

Le sida à Madagascar.

II. Politique d'intervention pour maintenir la basse prévalence de l'infection par le VIH.

C. Ravaoimalala (1), R. Andriamahenina (2), B. Ravelojaona (2), D. Rabeson (1), J. Andriamiadana (1), J. F. May (3), F. Behets (4) & A. Rasamindrakotroka (5) (6)

(1) Ministère de la santé

(2) Laboratoire national de référence MST/sida

(3) Futures Group International, USA

(4) University of North Carolina at Chapel Hill, USA.

(5) Laboratoire national de référence MST-sida/Faculté de médecine d'Antananarivo

(6) Communication MR1996/050. Article accepté le 2 octobre 1997.

Summary: Policy intervention to preserve low HIV prevalence in Madagascar.

The HIV seroprevalence per 100,000 adults Malagasy rose from 20 in 1989, to 30 in 1992, and to 70 in 1995. In that year, the total number of HIV infected people in the Big Island was estimated at 5,000, the number of people sick with AIDS at 130, and the people at risk at more than 1,000,000. The latter are the persons infected with other STDs and individuals (or their partners) with risky sexual behaviour (e.g. numerous sexual partners, occasional sexual partners, and/or sexual contacts with commercial sex workers).

The HIV prevalence rate is low as compared with those of other countries. Nevertheless, the spread of the HIV infection is alarming in some parts of the country and the risk factors are also present, namely: the high prevalence of STDs, numerous sexual partners, the low use of condoms in all groups, the development of tourism, the development of prostitution associated with social and economical problems, and internal and international migrations (with risky sexual contacts).

Therefore, the still low but rising HIV prevalence in 1995 does not warrant complacency. To estimate the trend of HIV prevalence within the population, it is useful to know two different assumptions, as follows: firstly, a controlled evolution of the epidemic (low epidemic) and secondly, a very fast spread of the epidemic (high epidemic).

If we consider the 5,000 individuals seropositive in July 1995, the Aids Impact Model (AIM) projection model shows that HIV seroprevalence rates among adults in 2015 might be between 3% (when the progression course of HIV epidemic is low) and 15% (when the progression course of HIV epidemic is high). By 2015 AIDS could have severe demographic, social, and economic impacts. Then, it is necessary to take measures to prevent contamination. Five major interventions are required:

- public information about AIDS, HIV transmission mechanism, and its prevention, communities education via the respected people and the notabilities to promote moral values, reduce the number of sexual partners, delay visit of sexual activity, and advice for infected couples;

- screening of blood donors and the supposed high risk group;

- control of STDs;

- reduction of the number of sexual partners;

- promotion of condom use, abstinence, and fidelity.

To sum up, the fight against AIDS is not only the health professional workers' problem. It concerns all Malagasy people. Therefore, successfulness in prevention efforts to slow the epidemic needs concerted, collective, and long lasting actions from all sectors of the society for the nation's future and the well-being of the rising generations.

Résumé :

Madagascar est relativement épargnée de l'épidémie du VIH. Cependant, les facteurs favorisant l'explosion du VIH sont présents, tels la haute prévalence des MST, la prostitution et le tourisme.

Pour éviter la complaisance et l'inertie des autorités et de la population, un étude de projection et de l'impact socio-économique du sida à Madagascar a été menée en 1995. Cette étude a été réalisée à partir d'une enquête de séroprévalence du VIH et de la syphilis et a permis d'évaluer le problème du VIH et de déterminer les interventions préventives.

Sur 4131 individus étudiés, 8 (2 %) étaient séropositifs au VIH, et 732 (17,7 %) positifs à la syphilis. Le nombre total de séropositifs à Madagascar a été estimé à 5000 et les personnes à risque à 1 000 000 pour une population totale de 13 800 000. La séropositivité de la syphilis a été significativement associée à l'analphabétisme et à la prostitution. Les modèles de projection prévoient un taux de séroprévalence du VIH entre 3 % et 15 % parmi les adultes en 2015. L'impact des interventions spécifiques a été modelé. Le 1er Décembre 1995, la communication des résultats a été lancée durant la cérémonie officielle de la journée mondiale du sida avec 6 ministères.

Madagascar opte pour une approche singulière : malgré les problèmes graves énumérés, inhérents aux pays pauvres en développement, de grands efforts doivent être faits pour prévenir l'explosion du VIH tant que la prévalence est encore basse. Le taux de séroprévalence de la syphilis nécessite des actions urgentes. Les autres MST classiques curables doivent être contrôlées. Cependant, du fait de l'inadéquation des ressources publiques et privées, le contrôle des MST à travers tout le pays nécessitera des financements extérieurs.

Key-words: STD - HIV infection -

Prevalence -

Policy intervention -

Madagascar

Mots-clés : MST - Infection à VIH -

Prévalence -

Politique d'intervention -

Madagascar

Introduction

Les données épidémiologiques disponibles à Madagascar de 1985 à 1995 ont permis d'estimer la prévalence de l'infection par le VIH à 20 p. 100 000 en 1989, 30 p. 100 000 en 1992 et 70 p. 100 000 adultes en 1995, le nombre de cas de sida à 150, les séropositifs à 5000 et la population à risque à 1 000 000. Ces chiffres sont encore faibles comparés à ceux des autres pays et placent la Grande Ile dans la même situation que celle de 1983-1985 de la plupart des pays actuellement fortement contaminés.

Cette situation privilégiée risque d'occulter la menace d'explosion du sida. En effet, la plupart, sinon la totalité, des Malgaches se demandent pourquoi on s'investit et s'acharne pour lutter contre une maladie "imaginaire", alors qu'à côté, des moyens insuffisants sont engagés pour traiter des maladies endémiques telles que la tuberculose, la lèpre, la peste, le paludisme, les maladies diarrhéiques, les maladies respiratoires, etc.

Politique d'intervention

Sensibilisation sur le risque d'explosion du sida

Pour mieux sensibiliser les Malgaches au sujet du risque d'explosion du sida et pour mieux convaincre et engager les dirigeants, les leaders politiques, les leaders sociaux, les leaders économiques, les diverses associations, etc... dans la lutte contre ce fléau, une "étude de l'impact socio-économique de l'infection à VIH et du sida" a été réalisée en 1995 et 1996 dans les six régions de Madagascar. Elle a été financée par la Banque mondiale dans le cadre du projet PASAGE. Elle a permis, avec les données antérieures, d'estimer à 3 % (faible progression de l'épidémie) et à 15 % (forte progression de l'épidémie) la prévalence de l'infection à VIH en l'an 2015. Tous les facteurs de risque pour l'explosion de l'épidémie du sida sont également présents tels que :

- le développement de la prostitution associé aux problèmes socio-économiques (plus de 90 % des travailleurs sexuels) ;
- la promiscuité sexuelle : 11 % des femmes enceintes, 45 % des malades atteints de MST et 27,3 % des travailleurs sexuels ont des partenaires sexuels stables extra-conjugaux. 14 % des femmes enceintes et 31,4 % des malades atteints de MST ont des partenaires sexuels occasionnels ;
- le faible taux d'utilisation de préservatifs (tableau I) ;
- la haute prévalence des MST : 12 % à 30 % de syphilis évolutive selon les groupes d'individus. Des chiffres plus élevés sont observés avec d'autres MST ;
- le développement du tourisme, bien qu'il soit encore modeste, avec le risque de tourisme sexuel : 28 000 touristes en 1987, 52 000 touristes en 1990 et 78 000 touristes en 1995 ;
- les migrations internes et internationales ;
- certaines coutumes traditionnelles.

A l'horizon 2015, en plus des coûts qu'il occasionnera pour le secteur santé, le sida risquerait d'engendrer des répercussions sociales et économiques importantes pour les individus, les ménages, les collectivités et, enfin, pour tout le pays.

Tableau I.

	Taux d'utilisation des préservatifs.	
	au cours des rapports	
	avec conjoint	extra conjugaux
chez les malades MST	4,9 %	7,5 %
chez les prostituées	8,3 %	33,3 %
chez les femmes enceintes	4,6 %	4,5 %

Interventions

Pour préserver cette faible prévalence de l'infection à VIH, il faut continuer et renforcer les mesures déjà prises telles que :

- l'information, l'éducation et la communication (activités IEC) sur le sida, ses modes de transmission, ses manifestations et sa prévention, particulièrement auprès des jeunes, des prostitué(e)s et de leurs clients, et du grand public. Elles devraient être supportées par tous les différents acteurs potentiels : dirigeants, leaders politiques, leaders sociaux (les religieux, les chefs coutumiers traditionnels, les notabilités locales, etc...) les leaders économiques, éducateurs, journalistes, associations diverses, etc... Elles visent à promouvoir les valeurs morales, réduire le nombre de partenaires sexuels, retarder le début de l'activité sexuelle et enfin prodiguer des conseils aux personnes contaminées et aux malades (et si possible à leurs partenaires sexuels). L'information doit utiliser des messages appropriés aux groupes cibles pour améliorer leurs connaissances, l'éducation doit tenir compte des données anthropologiques, sociales et psychologiques pour positiver les attitudes et créer un climat favorable en faveur de la lutte contre le sida. La communication a ainsi toutes les chances d'aboutir au changement de comportement par la formation des pairs : former des politiciens pour communiquer avec les politiciens, des prostitué(e)s pour communiquer avec les prostitué(e)s, des jeunes pour communiquer avec les jeunes, etc...

- le contrôle sérologique systématique des donneurs de sang : bien que la prévalence annuelle de l'infection par le VIH chez les donneurs soit encore très faible, estimée à 0,008 %, il doit être systématiquement réalisé pour des raisons éthiques. Cette activité est déjà effective dans presque toutes les formations sanitaires publiques et privées de la Grande-Ile. Son exécution correcte permet de réduire de 3 % la propagation du VIH. Un interrogatoire épidémiologique précède toujours le prélèvement.

- le contrôle des autres MST : la prise en charge de ces maladies est encore limitée aux dispensaires MST/SIDA. Elle va être étendue aux formations sanitaires satellites. L'effort est réel, mais il n'est pas encore suffisant. Cette prise en charge devrait être étendue à toutes les formations sanitaires après la validation des algorithmes. La mise en place de la centrale d'achat par le ministère de la santé pour la disponibilité des médicaments, le développement des pharmacies communautaires, avec le système de recouvrement de coût (initiative de Bamako) assureront la pérennité de ce contrôle des maladies MST. La réduction du nombre de partenaires sexuels : le vagabondage sexuel étant un facteur de propagation de l'infection par le VIH, il est très important de pouvoir maîtriser ce comportement à risque. Ceci permettrait de réduire de 25 % la prévalence du VIH.

- la promotion de l'utilisation des préservatifs, la seule protection efficace contre les MST, y compris le sida, hormis l'abstinence et la fidélité. Devant la promiscuité sexuelle observée avec presque tous les groupes d'individus, elle figure en pôle position. Actuellement, son taux d'utilisation est encore très bas, aussi bien avec les partenaires sexuels stables extra-conjugaux (4,6 % à 33,3 %) qu'avec les partenaires sexuels occasionnels (4,5 % à 7,5 %). Ainsi, la promotion de l'utilisation accrue des préservatifs est urgente. Mais cela n'est pas possible sans l'évolution de mentalité, plus particulièrement pour les hommes, et la diffusion de condom au moyen de programmes de marketing social, actuellement en cours de réalisation avec SOMARK. Cette utilisation accrue de préservatifs permet de réduire de 35 % la vitesse de propagation du VIH.

Toutes ces interventions combinées permettraient de diminuer de 70 % la prévalence chez les adultes, à l'horizon 2015.

Conclusion

Comme Madagascar se trouve actuellement au début de l'épidémie, il est essentiel d'intervenir dès maintenant pour limiter la propagation du sida. Il faut également que les mesures déjà prises soient redynamisées et que de nouvelles actions soient mises en place de manière urgente. Il s'agit d'avoir l'engagement des dirigeants, des leaders politiques, des leaders sociaux, des leaders économiques, des diverses associations, etc..., de rattacher le Programme national à la Primature, d'adopter une approche multisectorielle des actions, d'obtenir une meilleure coordination entre les intervenants et d'évaluer périodiquement les différentes activités.

En somme, la lutte contre le sida n'est pas seulement l'affaire des personnels de santé, mais c'est l'affaire de tous les Malgaches. Le sida ne sera vaincu que par un effort concerté, collectif et durable de tous les acteurs soucieux de l'avenir de leur pays et du bien-être des générations futures.

Commentaires en séance (congrès)

Intervention de Mme Receveur :

Quelles sont les pratiques traditionnelles éventuellement incriminées dans la contamination ?

Réponse :

- circoncision collective,
- rites de liens de sang,
- rites traditionnels permettant des relations sexuelles libres.

Références bibliographiques

1. BEHETS FMT, ANDRIAMAHENINA R, ANDRIAMIADANA J, MAY JF, RASAMINDRAKOTROKA A - High syphilis and low but rising HIV seroprevalence rates in Madagascar. *Lancet*, 1996, **347**, 831.

2. Comité consultatif pour la population en Afrique- L'impact du VIH/sida sur la croissance de la population en Afrique, Washington, D.C., 1993.
3. CUDDINGTON JT - Modeling the macroeconomic effects of AIDS, with an application to Tanzania. *World Bank Economic Review*, 1993, **7**, 173-189.
4. GENTILINI M & CHIEZE F - Aspects socio-économiques de l'infection à virus de l'immunodéficience humaine (VIH) dans les pays en voie de développement. *Bulletin de l'Académie nationale de Médecine*, 1990, **174**, 1209-1221.
5. HANSON K - *The economic impact of AIDS : an assessment of available evidence*, Londres : Health policy Unit, London School of Hygiene and Tropical Medicine, 1992.
6. Nations Unies - *AIDS and demography of Africa*. No. ST/ESA/SER.A/137, New York : Nations Unies, Département pour l'information économique et sociale et l'analyse politique, 1994.
7. OMS - *Le sida, images de l'épidémie*. Genève, 1995.
8. RASAMINDRAKOTROKA A, ANDRIAMAHEFAZAFY B, ANDRIAMAHENINA R et al.- *Le sida à Madagascar*. Ed. Graphoprint. 1995, 32 p.
9. REFENO G et al.- *Enquête nationale démographique et sanitaire 1992*. Antananarivo : Centre national de recherches sur l'environnement. Calverton, MD: Macro International Inc., 1994.
10. République du Kenya - *AIDS in Kenya. Background, Projections, Impact, Interventions*. Nairobi : National AIDS Control Programme, Ministry of Health et National Council for Population and Development, 1993.
11. République de Madagascar/ministère de l'économie et du plan - *Recensement général de la population et de l'habitat (RGPH 1993). Résultats préliminaires Août 1993, 1995*.
12. STOVER J - *DEMPROJ. Modèle de projection démographique pour la planification du développement. Version 3*. Glastonbury, CT & Washington, DC : The Futures Group International, 1990.
13. STOVER J - *AIM. Version 2. Modèle d'impact du sida. Programme informatique permettant de présenter des informations sur le sida*. Glastonbury, CT & Washington, DC : The Futures Group International pour AIDSCAP/Family Health International, 1993.
14. VALLIN J (Dir.) - *Populations africaines et sida*. Paris : Editions La Découverte/CEPED, 1994.