

II. ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES DE L'ÉPIDÉMIE À VIH/SIDA.

Selon les estimations du Programme Commun des Nations-Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) et de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le nombre total de personnes infectées par le VIH, est de 36,1 Millions à la fin de l'année 2000 (22).

De même 21,8 Millions de personnes dans le Monde avaient été déjà emportés par la maladie à cette date. La plupart de ceux qui vivent actuellement avec le VIH suivront le même destin d'ici 10 ans. Le tableau ci-après nous résume la situation actuelle au niveau mondiale.

Tableau n°12 : Estimation mondiale de l'épidémie à VIH/SIDA fin 2001

| <u>ESTIMATIONS MONDIALES A FIN 2001 - ADULTES ET ENFANTS</u> | |
|--|----------------------|
| . Personnes vivant avec le VIH/SIDA : | 40 millions |
| . Nouveaux cas d'infection à VIH en 2001 : | 5 millions |
| . Décès dus au VIH/SIDA en 2001 : | 3,0 millions |
| . Total des décès dus au SIDA depuis le début de l'épidémie : | 21,8 millions |

Nombre de décès dus au VIH/SIDA chez l'adulte et l'enfant - Estimations 2001

| | |
|--|----------------|
| * Amérique du Nord | 20.000 |
| * Caraïbes | 30.000 |
| * Amérique latine | 80.000 |
| * Europe occidentale | 6.800 |
| * Afrique du Nord et Moyen-Orient | 30.000 |
| * Afrique subsaharienne | 2,3 M |
| * Europe orientale et Asie centrale | 23.000 |
| * Asie de l'Est et Pacifique | 35.000 |
| * Asie du Sud et de Sud-Est | 400.000 |
| * Australie et Nouvelle Zélande | 120 |
| TOTAL: 3,0 millions | |

Tableau n°13 : Estimation mondiale de l'épidémie à VIH/SIDA fin 2000.

Tableau récapitulatif de l'épidémie d'infection à VIH/SIDA dans le monde, décembre 2000.

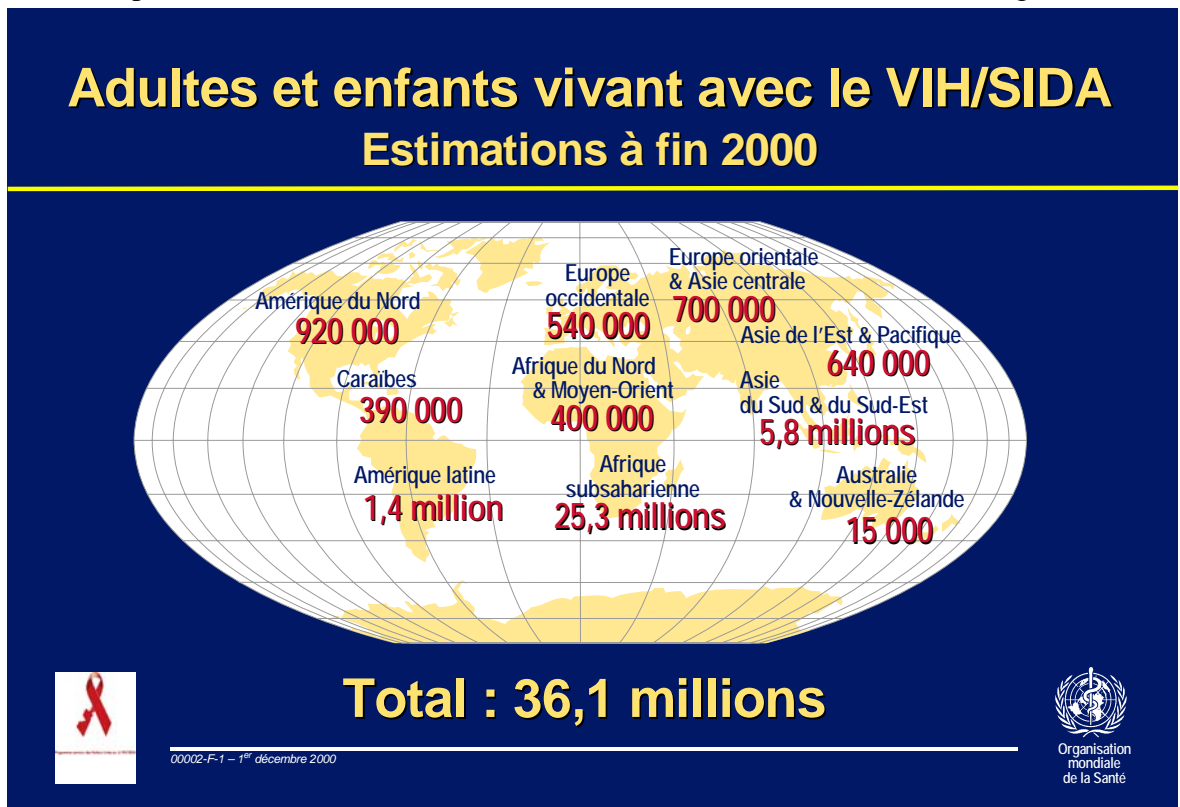
| | | |
|--|------------------|----------------------|
| Nouveaux cas d'infection à VIH en 2000 | Total | 5,3 millions |
| | Adultes | 4,7 millions |
| | Femmes | 2,2 millions |
| | Enfants < 15 ans | 600.000 |
| Nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA | Total | 36,1 millions |
| | Adultes | 34,7 millions |
| | Femmes | 16,4 millions |
| | Enfants < 15 ans | 1,4 millions |
| Décès dus au SIDA en 2000 | Total | 3 millions |
| | Adultes | 2,5 millions |
| | Femmes | 1,3 millions |
| | Enfants < 15 ans | 500.000 |
| Nombre total de décès dus au SIDA depuis le début de l'épidémie | Total | 21,8 millions |
| | Adultes | 17,5 millions |
| | Femmes | 9 millions |
| | Enfants < 15 ans | 4,3 millions |

Source: ONUSIDA :Le point sur l'épidémie de SIDA Décembre 2000 p.3

Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), responsable du SIDA, a provoqué une épidémie mondiale beaucoup plus importante que ce que l'on avait anticipé il y a une décennie encore. L'ONUSIDA et l'OMS estiment aujourd'hui que le nombre des personnes vivant avec le VIH ou le SIDA à la fin de 2000 est de 36,1 millions, ce qui dépasse de 50% les projections faites en 1991 par le

Programme mondial de lutte contre le SIDA, sur la base des données disponibles alors (22).

Les problèmes posés par le VIH varient considérablement d'un endroit à un autre, selon la distance et la rapidité de progression du virus et selon que les personnes infectées ont commencé à tomber malade ou à décéder en grand



II.1. Interaction des facteurs qui alimentent la transmission sexuelle

Il y a des raisons de penser que de nombreux facteurs jouent un rôle de démarreur d'une épidémie de VIH sexuellement transmise ou de moteur de sa propagation.

Parmi les facteurs sociaux et comportementaux, on peut noter :

- peu ou pas d'utilisation de préservatif

- une grande proportion de la population adulte ayant des partenaires multiples
- des partenaires sexuels qui se chevauchent (plutôt que de se suivre) ; les individus sont très infectieux au moment où ils viennent de contracter le VIH et ont plus de risque d'infecter des partenaires concomitants.
- de vastes réseaux sexuels (fréquemment observés chez les individus qui se déplacent entre leur foyer et un lieu de travail éloigné)
- le "mélange des âges", généralement entre des hommes plus âgés et des femmes jeunes ou adolescentes
- la dépendance économique des femmes à l'égard de leur mariage ou de la prostitution, qui leur enlève tout contrôle sur les circonstances ou la sécurité des rapports sexuels

Les facteurs biologiques comprennent :

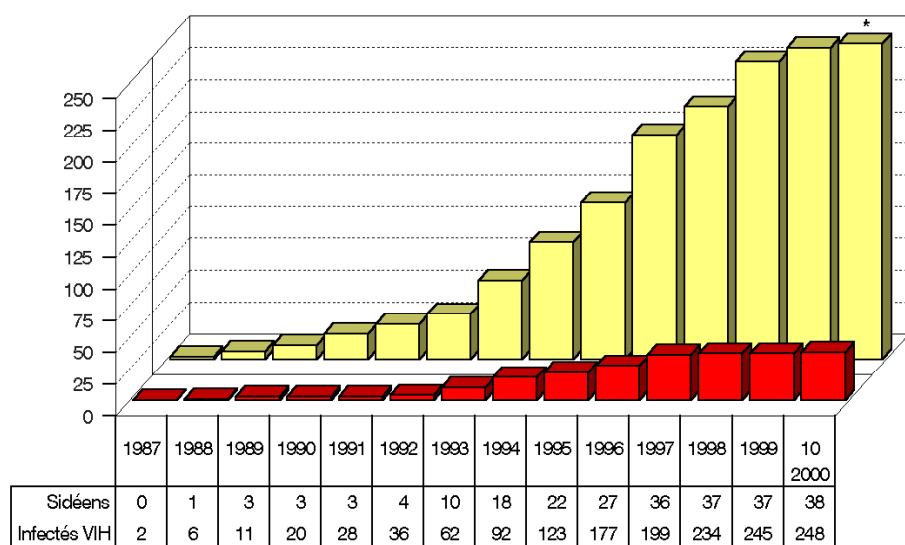
- des taux élevés d'infections sexuellement transmissibles, en particulier celles qui provoquent des ulcères génitaux
- des taux peu importants de circoncision masculine
- une charge virale élevée - c'est au moment où une personne est infectée, puis à nouveau dans les derniers stades de la maladie, que le taux de VIH sanguin sont généralement les plus élevés.

II.2. Le SIDA à MADAGASCAR:

II.2.1. Epidémiologie du SIDA à Madagascar.

Au début de l'épidémie en 1987, 2 cas de séropositivité ont été enregistrés et le nombre n'a cessé de croître jusqu'à ce jour, et au mois d'octobre 2000, nous avons enregistré 248 cas d'infection à VIH avec 38 cas de SIDA sur un nombre cumulatif des cas de 1987 à fin octobre 2000.

GRAPHIQUE N°1 : INFECTES VIH ET SIDEENS A MADAGASCAR
NOMBRE CUMULATIF DES CAS DE 1987 A FIN OCTOBRE 2000**



■ Sidéens

■ Infectés VIH

Note : (**) en tenant compte de la date de notification

(*) 3 autres cas de sida probables mais en attente de confirmation

Nb d'individus testés = 216.274

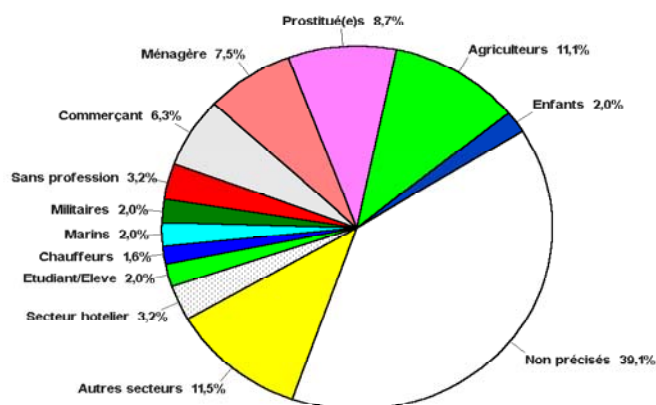


LNR - Novembre 2000

La répartition de ces personnes séropositives est cosmopolite allant des travailleurs sexuels (8,7 %) aux simple agriculteurs qui à première vue semblent être la catégorie la plus touchée (11,1%). Bien entendu une grande partie des personnes testés n'ont pas déclaré leur identité soit puisqu'il s'agit d'un dépistage anonyme volontaire, soit que l'individu appartient à l'échantillon de séro-surveillance qui s'effectue selon le protocole OMS basé sur le dépistage anonyme et non corellé.

GRAPHIQUE N° 2

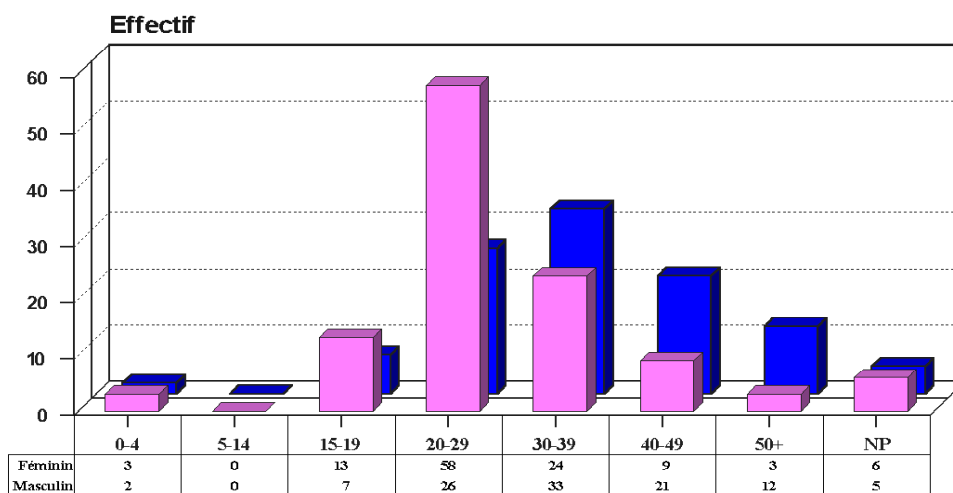
INDIVIDUS INFECTES PAR LE VIH (1987 A FIN OCTOBRE 2000) DISTRIBUTION SELON LA PROFESSION



LNR, Novembre 2000

GRAPHIQUE N° 3

INDIVIDUS INFECTES PAR LE VIH (1987 A FIN OCTOBRE 2000) DISTRIBUTION PAR AGE ET PAR SEXE



Note : 26 individus de sexe non précisé



LNR, Novembre 2000

■ Féminin ■ Masculin

Il apparaît ici de façon très nette que les femmes sont plus atteintes que les hommes avec 46,8% et 42,7%. Cette vulnérabilité du sexe féminin s'explique aisément par le fait que les femmes débutent plus précocement sur le marché du sexe par rapport aux hommes. Il en est aussi de cette passivité ou réceptivité sexuelle des femmes en particulier des femmes des routiers les exposant facilement à une IST (et surtout du SIDA)

Selon les cadres d'activités à Madagascar, c'est au cours des dépistages, 48,8%, que nous avons le plus enregistré de cas, suivi de la Surveillance Epidémiologique 33,1%, des Enquêtes ponctuelles à 11,7%, Sécurité transfusion 6,0%, et des autres 0,4%, comme le démontre le Graphe 9.

En ce qui concerne la distribution par Age et par Sexe, c'est dans la tranche d'âge 20-29 ans qu'il y a plus de femmes (58%) contre la tranche d'âge 30-39 ans pour les hommes (24%). Donc, c'est entre 20-39 ans que nous avons recensé le plus d'individus infectés par le VIH, âge où l'activité sexuelle intense est maximum.

La situation matrimoniale apparaît ici comme un facteur non déterminant dans la transmission du VIH. En effet le taux d'infection entre les célibataires (29,4 %) et les personnes mariées (28,2%) n'est pas très différent.

Plus de la moitié (62,5%) des infectés VIH de 1987 à mai 2000 à Madagascar sont des Malgaches, contre 21,0% pour les autres nationalités. Parmi ces derniers 50% sont des Européens, 30,8% des gens du continent africain

Pour ce qui est des cas de SIDA, la distribution par âge et par sexe domine fortement chez les Hommes entre 30-39 ans avec 9 cas, et entre 20-29 ans avec 4 cas chez les Femmes.

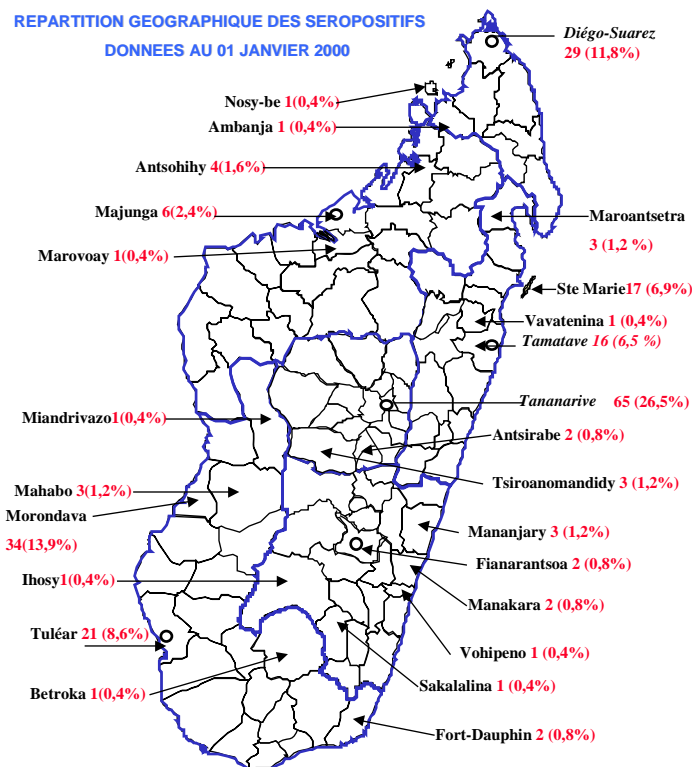
Pour ce qui est de la nationalité, sur les 38 cas de sida déclarés 63,2% sont des nationaux, 23,7% des Européens, 2,6% des Africains.

Pour le cas de SIDA selon le sexe, sur les 38 Sidéens : 68,4% sont des Hommes contre 31,6% des Femmes.

La majorité des décès dus au sida sont dans la tranche d'âge de 40 à 49 ans et la moyenne d'âge est de 32,3 ans. Avec une nette prédominance du sexe masculin (57,9% chez les hommes contre 42,1 % chez les femmes).

Pour ce qui est de la répartition géographique des séropositifs à Madagascar, les données du 01 janvier 2000 relevées sur la carte ci-dessous nous montre certaines zones de concentration des séropositifs comme Antananarivo (26,5% avec 65 cas) ,

Morondava 13,9% avec 34 cas, Diégo-Suarez 11,8% avec 29 cas. Les autres cas sont répartis dans 17 Fivondronana avec un taux variant de 0,4 à 8%.



II.3. MADAGASCAR : Estimation des individus infectés en 2015

Le début de l'épidémie à Madagascar se situe vers 1983. L'étude de l'impact socio-économique du VIH à Madagascar réalisé en 1995 avec l'appui de la Banque mondiale a permis d'établir une projection de l'épidémie du VIH selon le logiciel OMS EPIMODEL. Selon qu'il s'agit de scénario d'épidémie faible (cas de Thaïlande) ou du type forte (Kenya) le tableau n°17 nous donne les chiffres attendus de nouveau malades ou du nombre cumulé des décès en 2015.

Tableau n°14 : Projection sur l'épidémie du SIDA en 2015:

| | Nombre de personnes VIH+ | Nouveaux malades de SIDA | Nombre cumulé de décès dus au SIDA |
|------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|
| Epidémie faible | 450.000 | 40.000 | 260.000 |
| Epidémie forte | 2.100 .000 | 193.000 | 1.300.000 |

Source : LNR : Le SIDA à Madagascar, 1996.

D'après ces quelques données, Madagascar figure parmi les quelques rares pays encore à faible prévalence pour l'infection à VIH (23). Certes, la lutte contre le SIDA ne date pas d'aujourd'hui dans la Grande Ile, cependant, saura-t-on vraiment éviter une éventuelle explosion du SIDA à Madagascar ?

(24) Aussi, des interventions en tout début d'épidémie doivent être particulièrement efficaces telles que des conseils à prodiguer aux personnes infectées et de soins à apporter aux malades, et en plus de la mise en place rapidement des moyens de prévention de la contamination et ce, dans tous les groupes à risque.

Cinq interventions majeures sont indiquées dans ce cas (25) :

L'information sur le SIDA et ses modes de transmission et de prévention, particulièrement auprès du grand public.

L'éducation des communautés visant 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).

Le contrôle des autres IST classiques ulcératives ou non.

La promotion de l'utilisation du préservatif, la seule protection efficace contre toutes les IST, y compris le SIDA, hormis l'abstinence et la fidélité etc....

L'épuration des banques de sang par un dépistage systématique des donneurs.

II.4. Les effets escomptés des interventions (26)

L'évaluation de l'épidémie dépend de la mise en œuvre et de l'efficacité des différentes interventions. Celle-ci sera très différente selon qu'elles s'effectuent de manière précoce ou tardive dans le déroulement de l'épidémie.

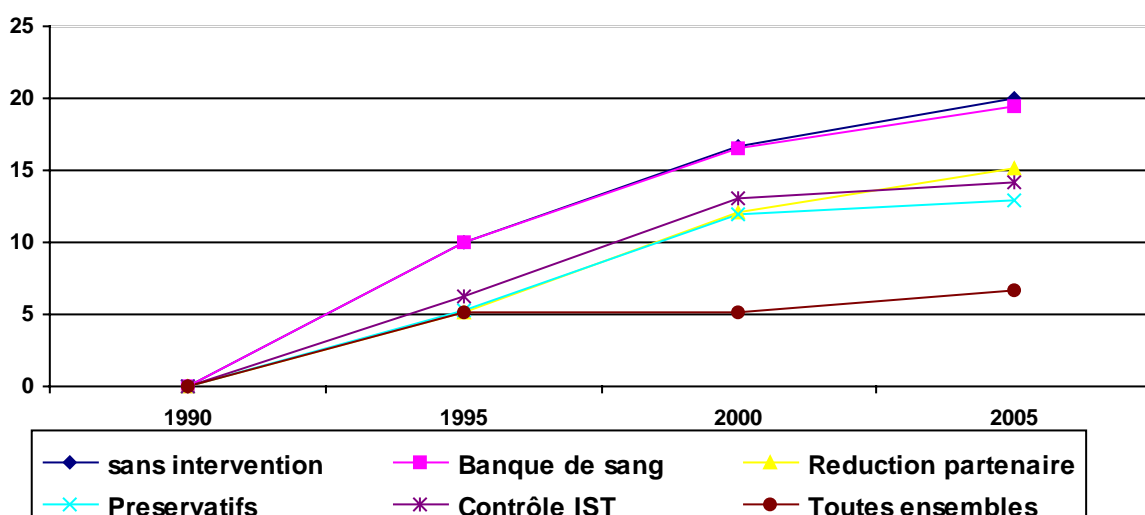
Dans le cas de Madagascar, des interventions précoces et combinées effectuées en milieu urbain dans les domaines de la réduction du nombre des partenaires sexuels, de la promotion de l'utilisation des préservatifs, du contrôle des autres IST, du contrôle systématique des banques du sang et, enfin du nettoyage et de la stérilisation des instruments médicaux auront un effet positif sur le contrôle de l'épidémie.

Sans intervention, la prévalence du VIH parmi les adultes en milieu urbain serait comprise entre 20 et 25% en 2015 étant donné que la Prévalence en milieu urbain est souvent plus forte qu'en milieu rural). Elle serait, respectivement, inférieure de 3% après le contrôle systématique des banques de sang, de 25% avec la réduction du nombre de partenaires sexuels, de 30% suite au contrôle des autres IST, et de 35% grâce à l'utilisation accrue des préservatifs.

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

Des mesures effectuées plus tardivement ne permettront pas d'atteindre ces résultats et la prévalence urbaine parmi les adultes serait en 2015 comprise entre 20 et 25% sans intervention. Elle sera réduite de 50% environ si toutes ces interventions étaient mises en œuvre de façon conjointe. D'où la nécessité d'une intervention urgente et coordonnée intéressant tout les domaines de la prévention : primaire, secondaire et tertiaire.

Deux de ces interventions telles que le contrôle des IST et autres, et utilisation accrue des préservatifs seront menées dans notre étude.



Graphique N°4 : Effets escomptés des interventions urbaines précoces

II.5. Contrôle des IST (27)

Un essai aléatoire visant à évaluer l'impact d'une meilleure prise en charge des IST au niveau des soins de santé primaire, réalisé à MWANZA, en TANZANIE a démontré une incidence de 1,2% sur le VIH dans la communauté participant à

l'intervention sur deux ans, contre 1,9% dans le groupe de comparaison. Cette réduction de 40% a évité environ 254 infections.

Cette étude a démontré que le traitement des IST constitue une stratégie de prévention importante contre l'infection par le VIH dans une population prise dans son ensemble. (Lancet, 1995 ; 346 : 530-36)

Cette stratégie a été initiée à Madagascar depuis 1998 par la mise en œuvre d'une nouvelle approche thérapeutique dite "approche syndromique".

Une prise en charge bien menée chez les routiers serait donc une stratégie très efficace pour la lutte contre le VIH/SIDA à Madagascar.

II.6. Le rôle des IST dans la transmission accrue du VIH (28) :

Au début, on a suspecté que les IST avaient un impact sur la transmission du VIH par voie sexuelle au vu des études épidémiologiques qui montraient que les personnes atteintes des IST ulcérautes ou non-ulcérautes avaient une susceptibilité accrue vis-à-vis du VIH. Les études ultérieures ont montré que l'inflammation urétrale et endocervicale provoquée par les IST non-ulcérautes accroît la desquamation des cellules génitales infectées par le VIH et augmente probablement l'infectiosité de la personne porteuse du VIH (29)(30). Le rôle important que jouent les IST dans la facilitation de la transmission du VIH et l'efficacité potentielle de la lutte contre la transmission du VIH a été confirmée à Mwanza en Tanzanie où un essai évaluant l'intérêt d'un traitement syndromique renforcé au sein des communautés a été associé à une diminution de 42 pour cent de l'incidence au bout de deux ans (31). La prévention et le traitement des IST sont donc devenus des aspects essentiels des programmes de prévention du VIH.

En matière de maladies transmissibles, les traitements offrent une prévention secondaire au niveau individuel et une prévention primaire au niveau de la population.

II.7. Relation entre IST et SIDA.

Les IST augmentent de 4 à 5 fois la transmission du VIH/SIDA (32). La relation est plus claire entre infection VIH et IST ulcéraives. Deux raisons peuvent expliquer ce phénomène :

a) la présence des agents IST dans le courant circulatoire local stimule le système immunitaire du corps à augmenter le nombre de globules blancs, lesquels sont à la fois cibles et sources de VIH.

b) l'inflammation génitale (vaginale et urébrale) peut causer des coupes microscopiques qui permettent au VIH d'entrer dans le corps.

Par ailleurs, l'infection à VIH expose l'individu aux IST dont le traitement pose le problème de résistance aux germes.

De nombreuses études épidémiologiques et biologiques ont apporté la preuve que les IST – qu'elles soient ulcéraives ou non ulcéraives- favorisent la transmission du VIH(33). En outre, il semble que le VIH affecte le cours naturel de certaines des IST(34). On a trouvé du VIH dans les voies génitales chez l'homme ainsi que chez la femme, aussi bien dans sa forme associée aux cellules que sous sa forme libre (35). On a également isolé du VIH dans l'exsudat provenant d'ulcéraives génitales chez l'homme ou chez la femme (36). Le relargage du VIH dans les liquides biologiques est accru par la réponse inflammatoire liée aux IST et les exsudats provenant des lésions, rendant ainsi les hommes et les femmes qui présentent une IST porteurs du VIH plus infectants (37) (38).

En outre, il a été démontré que le taux de lymphocytes CD4+, la cellule – cible du VIH, augmente dans l'endocervix de manière disproportionnée chez les femmes souffrant de gonococcie ou d'infection à chlamydia (39). Des études ont montré que le fait de traiter une IST diminue le pourcentage d'hommes chez lesquels on retrouve du VIH et la quantité du VIH dans leur éjaculat (40) (41).

II.8. Impacts IST et SIDA

Les IST se propagent de façon importante dans certaines populations qui ont une activité sexuelle élevée et qui changent fréquemment de partenaires. Ces maladies ont un coût humain et économique élevé. Leur gravité s'est accrue depuis l'avènement du SIDA vers les années 1980 car la propagation du VIH est favorisée par les autres IST.

Nul n'ignore que depuis 1991, Madagascar traverse une crise socio-économique et politique des plus difficiles entraînant avec elle des effets pervers sur la vie quotidienne et plus particulièrement sur le comportement sexuel des malgaches.

En effet, les IST/SIDA sont devenues de vrais problèmes de société et de développement.

Au niveau mondial, le nombre total d'orphelins du SIDA depuis le début de l'épidémie est actuellement évalué à 8,2 Million.. Ces enfants qui auront perdu leurs mères ou leurs deux parents à cause du SIDA avant l'âge de 15 ans, vont constituer une charge énorme pour la société (famille, amis).

Leur prise en charge requiert en effet la contribution des grands parents, des autres membres de la famille ou des amis, qui sont visiblement mal préparés à la tâche d'élever les enfants d'autrui, ce devoir s'ajoutant à leurs nombreuses autres obligations. Ces enfants sans le soutien de leur famille vont couvrir eux- même leurs besoins ou renforcer l'effectif des enfants de la rue.

Le problème de la pauvreté qui règne dans le pays du tiers monde avec de nombreux facteurs socioculturels intriqués les uns avec les autres favorisent la dissémination ou la réémergence de différents germes.

Les bouleversements d'ordre politique, démographique, socio-économique et culturel considérables, ne font qu'aggraver la situation dans la plupart des pays pauvres africains où les adolescents et les jeunes adultes sexuellement actifs sans emploi sont majoritaires au sein de la population.

Ce climat psychosocial délétère fait le lit de la promiscuité sexuelle et de la prostitution des jeunes d'où aggravation de la situation.

II.9. Le Traitement des cas de IST. (42)

Le traitement rapide et efficace est une des composantes essentielles de la lutte contre les IST. Les objectifs de la prise en charge des IST sont la guérison de la maladie, la prévention de la transmission de l'infection à des tiers et la réduction du risque de transmission du VIH. L'idéal serait de pouvoir établir un diagnostic et d'instaurer un traitement de manière précoce afin de prévenir la contamination des partenaires et la survenue des complications.

II.10. Approche Syndromique pour la Prise en Charge des IST classiques.

(43) En cas de IST symptomatique, l'approche Syndromique, c'est à dire le traitement fondé sur un faisceau de signes cliniques et de symptômes – est conseillé. Cette approche est pragmatique dans la mesure où elle nécessite aucune confirmation biologique, aucun examen de laboratoire, qui ne sont pas disponibles dans de nombreux pays en voie de développement.

En outre, cette approche permet de traiter les patients dès qu'ils se présentent à la consultation, évitant de les perdre de vue. Cela contribue à prévenir la survenue de séquelle et de transmissions ultérieures. Enfin, on traite ainsi tous les germes majeurs, ce qui élimine le risque d'un traitement incomplet dû aux résultats faux- négatifs des examens complémentaires.

La formation des soignants à une approche globale, à l'utilité de la prise en charge Syndromique et à l'utilisation d'arbres décisionnels est une des conditions

nécessaires à son succès. La mise en œuvre de cette méthode nécessite une modification du comportement des soignants qui peuvent être aussi difficile à réaliser que celle que l'on tente d'obtenir de la part des membres de la communauté.

Idéalement, les soignants devraient s'efforcer de prescrire un médicament à dose unique, donc un traitement de courte durée et qui entraîne le moins d'effets secondaires. Un traitement ainsi conduit aura le plus de chance d'être efficace contre l'infection. Qu'en est-il du traitement des IST chez les routiers ? C'est l'une des questions à laquelle nous tenterons d'apporter du moins en partie une réponse claire

II.11. La Prise en Charge du (des) partenaire (s). (44)

Le traitement du ou des partenaires est un des piliers de la prise en charge des IST. A cause de la stigmatisation qui accompagne les IST et le coût social qu'elles impliquent, ainsi que l'absence de système institutionnel, la notification est souvent effectuée de manière incomplète. Suivant la façon dont elle est mise en place, la notification au ou à la partenaire peut nécessiter du temps, des ressources, et peut être rendue plus difficile encore par la stigmatisation sociale des IST. Il est important de préciser que la main d'œuvre migrante et la prostitution, qui donnent lieu à des contacts sexuels anonymes, diminuent également l'efficacité des efforts de notification aux partenaires. Ici encore les routiers offrent des sujets d'étude intéressants dans la mesure où le multi partenariat est réputé de mise compte tenu de la profession elle-même.

II.12. La Formation (45)

La formation et la remise à jour des connaissances des soignants en matière de prise en charge appropriée des cas de IST constituent un aspect essentiel de l'amélioration des soins dans la lutte contre les IST. C'est une approche qui tient compte du temps qu'ont les patients pour se faire soigner lors de leur première consultation à l'aide d'une méthode qui ne nécessite pas qu'ils reprennent rendez-vous. Elle a également de grandes chances d'être efficace car elle traite les infections les plus prévalentes dans une zone géographique donnée. En outre, la formation des soignants

qui prend en considération les aspects socio-comportementaux de la prévention des IST aboutira à des approches cliniques qui respectent le patient. Cela facilite la compréhension de la transmission, du traitement et de la prévention des IST. Les soignants doivent apprendre à porter des soins qui intègrent le diagnostic, le, traitement, la réduction du risque avec formulation de conseils, la promotion du recours au préservatifs et la notification au ou à la partenaire.

Cependant, bien que les prestataires de services aient acquis toutes ces compétences, si la demande ne vient pas des utilisateurs de soins (ici les routiers), les résultats seront maigres. Ainsi l'évaluation des comportements de recherche des soins figure parmi les onze questions posées aux enquêtés lors de notre étude.

On se réfère souvent aux messages essentiels de la prise en charge des patients souffrant des IST (46) :

- Antibiothérapie suivie,
- Banalisation du recours au préservatif,
- Counseling/Education,
- Déclaration /Notification au partenaire/contact en vue du traitement des partenaires sexuels. »

(Les 4 C des anglo-saxons : Counseling, condom, compliance, contact referral) (47)

En conclusion,

Cette considération générale nous a permis d'évaluer l'intensité du problème inhérent aux IST et de sa relation avec l'épidémie du sida. Le contrôle de ces pathologies dépend de l'adéquation des approches utilisées selon les catégories de personnes intéressées. Si on se réfère aux travailleurs itinérants que sont les routiers,

il serait alors utile de connaître leurs attitudes vis à vis de ce problème et surtout leurs comportements en matière de soins et de prévention. La suite de