

INTRODUCTION

A l'heure actuelle, le VIH/SIDA figure parmi les maladies pandémiques ; il est une maladie d'extrême gravité et il commet beaucoup de dégâts dans le monde. Depuis son apparition à Madagascar, il y a environ 21 ans (1987-2008), le nombre de personnes séropositives ne cesse d'augmenter.

Le taux de prévalence du VIH/SIDA à Madagascar est passé de 0,02% en 1989 à 1,1% en 2003 au niveau national. Ce taux de prévalence varie selon les régions. En 2003, par exemple, ce taux de prévalence est relativement élevé à Tuléar. La nécessité d'une intervention précoce pour endiguer cette épidémie est une des priorités de la région du Sud-ouest. Comme cette dernière est très vaste, nous nous consacrons à l'étude du VIH/SIDA dans la commune urbaine de Tuléar. Cette dernière est la capitale régionale du Sud-ouest. Elle est composée de plusieurs quartiers ou Fokontany. Sa population cosmopolite, jeune est à dominance Tanalana, Vezo et Antandroy. La ville de Tuléar est comme un bassin démographique où se mélangent les groupes ethniques venant des autres régions de l'île et des Etrangers. La pluralité des origines de la population tuléaroise s'explique, en partie, par la complexité et la diversité de ses us et coutumes. Ces dernières constituent parfois des facteurs de vulnérabilité et de risque de cette population quant à la transmission du virus du VIH/SIDA. Ces facteurs sont favorisés par la pauvreté, le tourisme sexuel, le niveau d'instruction assez bas de la population. La liberté sexuelle liée aux us et coutumes, la grande mobilité spatiale de la population des villages périphériques augmentent les risques de contamination du virus.

Aussi, l'étude de l'évolution et des facteurs de risques, la vulnérabilité de la population vis-à-vis du VIH/SIDA deviennent-elles une priorité, d'où notre choix de Mémoire de Maîtrise qui s'intitule « **Contribution à l'étude de l'évolution et les facteurs de risque du VIH/SIDA parmi à la population : cas de la ville de Toliara** ». Nos travaux de recherches vont dans le sens de la contribution à l'étude des grands problèmes que connaissent le monde entier en général et la ville de Tuléar en particulier. L'épidémie du VIH/SIDA constitue un obstacle au développement du pays dans la mesure où cette pandémie a des conséquences néfastes tant sur le plan sanitaire qu'économique. Pour lutter contre ce virus, la communauté internationale octroie des aides afin de faire face aux problèmes

engendrés par cette maladie. Malgré les tentatives de prévention et les efforts des services responsables pour endiguer ce fléau, de nouveaux séropositifs sont dépistés dans la ville de Tuléar lors des campagnes de dépistage du virus. Cela nous montre que les impacts de ce fléau pèsent économiquement lourds au niveau national, régional et communal, ce qui nous amène à poser un certain nombre de questions :

- Comment le VIH/SIDA progresse-t-il dans la ville de Tuléar ?
- Quels sont les facteurs de risque de l'expansion du VIH/SIDA ?
- Quelles sont les conséquences qui en découlent ?
- Comment endiguer ce fléau ?

Ces questions attendent des éléments de réponse.

Nous pensons que ce sujet nous amènera à connaître les problèmes et les risques que court la population citadine la plus touchée par ce fléau, notamment celle de Tuléar. Sans être trop prétentieux, nous espérons apporter notre contribution en montrant aux dignitaires malgaches l'importance et l'urgence de multiplier les opérations de lutte contre le VIH/SIDA.

Pour l'élaboration de ce Mémoire de Maîtrise, nous avons adopté une démarche méthodologique comprenant deux étapes :

Les travaux de documentation et les enquêtes sur terrain. La consultation des ouvrages est une étape préparatoire nécessaire à la pertinence des investigations. Ils peuvent exister dans les différentes bibliothèques de la ville de Tuléar, de la capitale, voire en ligne. Ils peuvent tracer les grandes lignes de la problématique. Dans cette optique, nous avons consulté des travaux spécialisés sur le VIH/SIDA à Madagascar et/ou des autres pays, notamment ceux d'Afrique subsaharienne. Après les travaux de documentation, la descente sur le terrain est une phase obligatoire et essentielle pour répondre à la problématique. Trois sortes d'enquêtes ont été menées :

- enquêtes préliminaires auprès des responsables des différentes ONGs qui travaillent sur le VIH/SIDA et la lutte menée contre cette maladie.
- enquêtes auprès des différents établissements sanitaires de la ville de Tuléar pour la collecte des informations sur l'infection du VIH/SIDA.

- enquêtes auprès des ménages, des associations et des responsables prenant en charge les personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA.

Dans tous les cas de figure, nous avons utilisé des questionnaires destinés aux différentes couches sociales. Ces sorties étaient satisfaisantes.

Avant la rédaction définitive, nous avons élaboré un plan comprenant trois parties.

La première partie est intitulée : Présentation de la ville de Tuléar et généralités sur le VIH/SIDA. Elle est composée de deux chapitres : dont le premier chapitre consiste à donner quelques informations relatives sur notre zone d'étude et le second chapitre donne quelques généralités sur le VIH/SIDA.

La deuxième partie est intitulée : Evolution et Facteurs de risques de contamination par le VIH/SIDA. Elle est composée également deux chapitres. Le premier chapitre de cette deuxième partie explique l'évolution du VIH/SIDA dans l'organisme, dans la commune urbaine de Tuléar, à Madagascar et quelques données statistiques de cette infection à l'échelle mondiale.

Le second chapitre de cette deuxième partie se consacre à expliquer les différents facteurs favorisant les risques de l'explosion du VIH/SIDA dans la commune urbaine de Tuléar.

La troisième partie est intitulée : conséquences du fléau et lutte contre le VIH/SIDA.

Le premier chapitre de cette dernière partie consiste à expliquer les impacts de ce fléau au niveau individuels : familiaux et communautaires. Il consiste également à expliquer les impacts de cette pandémie dans tous les différents secteurs. Et enfin le dernier chapitre consiste à expliquer les différentes stratégies adoptées dans la lutte contre le VIH/SIDA à Tuléar. Les obstacles de la lutte contre le VIH/SIDA à Tuléar sont aussi mentionnés dans ce chapitre, ainsi que les perspectives pour une lutte efficace et durable

Première partie:

PRESENTATION DE LA VILLE DE TULEAR

ET DES GENERALITES SUR LE VIH/SIDA

Chapitre I : PRESENTATION DE LA VILLE DE TULEAR

Ce chapitre, sans être exhaustif, se propose de donner quelques informations relatives sur notre zone d'étude. En effet, nous allons présenter tout d'abord la situation géographique de la ville de Tuléar. Ensuite, nous allons voir la structure de la population. Enfin, nous montrerons les différentes structures hospitalières et les principales maladies de la population.

1.1. - la situation géographique de la ville de Tuléar (Carte 1)

La ville côtière de Tuléar, située à 43°41' de longitude Est et 23°21' de latitude Sud est la capitale de la région Sud-ouest de Madagascar. Elle couvre une superficie relativement restreinte (282¹km²) comparée à celle des autres sous-préfectures telles qu'Ampanihy-Ouest avec 1 354 km² ou Tuléar-2 (6420km²), soit respectivement 20,29% et 9,62% de la superficie totale de la région Sud-ouest, etc. Elle est comprise entre deux fleuves : le Fiherenana à 4 km au Nord de l'agglomération actuelle et au Sud, l'Onilahy à environ une vingtaine de kilomètres. A l'Ouest est le canal de Mozambique fermant une baie portant le nom de la ville et protégée de la houle par un grand récif corallien.

La ville de Tuléar est incluse dans un climat tropical semi-aride qui s'explique par des facteurs naturels : l'absence d'un obstacle orographique, le parallélisme du vent dominant TSIOKANTIMO et le plateau calcaire éocène de la TABLE. Ce climat se caractérise par un été pluvieux suivi d'une longue saison sèche, une forte évapotranspiration, un fort ensoleillement, d'où le nom de la VILLE DU SOLEIL. Les précipitations sont inégalement réparties dans le temps et dans l'espace. Les températures moyennes annuelles sont de l'ordre de 23 à 24°C avec un maximum de 27°C. Des maxima de 40°C peuvent survenir en été austral. Quant à l'hiver austral ou saison fraîche et sèche, les températures matinales descendent jusqu'à 6°C avant le lever du soleil.

1. 2. - La population de la commune urbaine de Tuléar

La ville de Tuléar est une ville cosmopolite ; les principaux groupes ethniques de la Grande île y sont presque représentés : les Mahafaly, les Bara, les Betsileo, les Vezo, les Masikoro, les Antandroy, les Sakalava, les Tanalana, les Merina et d'autres. Selon les sources orales, les Vezo et les Masikoro seraient les premiers habitants de la commune urbaine

¹ INSTAT : (Institut National de la Statistique, Année 2005)

Carte 1: localisation de la zone d'étude

de Tuléar et de la basse vallée du Fiherenana. Les Vezo se déclarent même être les natifs de la ville tandis que les Masikoro sont les propriétaires de la terre. Ils sont donc les deux groupes autochtones de la ville de Tuléar. Les autres groupes sont des migrants. Ces derniers, venus par vagues successives, s'installent dans la ville plus tardivement. Ils s'éparpillent dans différents quartiers de la ville. Les raisons qui ont motivé leurs migrations sont multiples. Elles seront détaillées à l'occasion d'autres études du genre. Ces différents composants de la population sont complétés par une minorité étrangère, en particulier les Indopakistanaïens, les Européens et les Comoriens, ... dont les activités principales sont le commerce, l'hôtellerie et les transports.

Tableau 1: - L'effectif des groupes ethniques de la Commune Urbaine de Tuléar, 2001 (y compris les habitants de Mitsinjo et de Betsinjaka)

Groupes ethniques	0 à 5 ans	6 à 15 ans	16 à 20 ans	21 et plus	Ensemble
Tanalana	2359	4677	8904	17108	33048
Vezo	3085	6384	8732	9186	27387
Antandroy	2136	4354	7671	11570	25731
Masikoro	1009	2762	4615	6318	14704
Merina	1120	3525	3535	5707	13887
Sakalava	1692	2503	3228	4591	12014
Betsileo	1282	1154	2587	6198	11221
Mahafaly	1125	1935	3421	4379	10860
Bara	637	2578	2737	3226	9178
Antanosy	1074	183	2914	2685	6856
Antaimoro	458	2210	3690	2004	8362
Makoa	367	369	2689	2730	6155
Antaifasy	223	226	1998	2956	5403
Antaisaka	375	413	1079	1185	3052
Tsimihety	106	622	1059	1067	2854
Tanala	137	168	1639	355	2299
Betsimisaraka	78	113	223	310	724
Sihanaka	24	41	101	101	267
Bezanozano	105	88	252	234	679
Antakarana	48	32	73	120	273
Antambahoaka	45	47	38	69	199
St-Mariens	17	8	25	37	87
Zafisoro	2	-	1	3	6
TOTAL	17 504	34 392	61 211	82 139	195 246

Source : - Préfecture de la ville de Tuléar

Il faut noter qu'il est très difficile de donner le nombre exact de la population actuelle de la ville de Tuléar faute de statistiques. Les chiffres avancés après le recensement de 1975 par l'INSTAT sont souvent erronés car ils sont établis au gré de la politique. Cependant, la population urbaine actuelle de Tuléar (Betsinjaka et Mitsinjo y exclus ainsi que les Etrangers) est estimée à 176 074 habitants.

1. 2. 1. – Les populations autochtones de la ville de Tuléar

Comme nous l'avons déjà annoncé dans les premières pages de notre propos, les Vezo et les Masikoro sont les originaires « tomponany » de la ville de Tuléar selon l'expression de Jean Michel HOERNER. Le groupe ethnique Vezo serait les premiers habitants de la ville de Tuléar. Le Vezo a comme activité principale la pêche. Aussi, donne-t-il à la mer et aux milieux littoraux une très grande importance. L'activité de pêche le retient à proximité de la mer. C'est le cas du village de Mahavatse dans lequel les habitants sont originaires des pêcheurs Vezo. D'après les témoignages, ce quartier serait le premier à être habité. Il a été découvert par des navigateurs Hollandais et Portugais vers la fin du XVII^{ème} siècle. Au début, ce quartier est appelé « Ankotsaoke » ; ce n'est que vers la fin du XIX^{ème} siècle qu'il est baptisé « Mahavatse » et devient un quartier où habite une grande majorité des pêcheurs de la ville. Les Vezo sont numériquement le deuxième groupe ethnique composant la population de la ville de Tuléar après les Tanalana comme le montre le tableau n°1. Si on se réfère au recensement de décembre 2001, la ville de Tuléar incluant encore les villages périurbains de Mitsinjo et de Betsinjaka, comptait 195 246² habitants. Les Vezo seraient de 27 387 habitants. En termes de pourcentage, ils représentaient environ 13,97% de la population urbaine. Les pêcheurs Vezo jouent un rôle important dans l'approvisionnement journalier des marchés de la ville en produits halieutiques. Sur le plan professionnel, les Vezo, bien qu'ayant un niveau d'instruction relativement bas, ne sont pas négligeables dans la ville de Tuléar comparativement aux autres groupes ethniques.

Actuellement, ils habitent dans presque tous les quartiers de la ville où les conditions sont favorables à leurs activités économiques. La plupart d'entre eux résident sur le littoral Exemple : 85% de la population de Mahavatse-2 sont des pêcheurs Vezo ; de la même manière, 80% sont dénombrés à Besakoa. La plupart d'entre eux aiment l'alcool et ils

² INSTAT : Année 2001

pratiquent la polygamie lorsqu'ils ont suffisamment des ressources financières. Les Vezo sont formés de plusieurs lignages, à savoir les Sara, les Ambolava, les Tanjoro, les Voroneoke, les Timarà, les Tihala, etc. Chaque groupe lignager conserve ses us et coutumes comme le « hazomanga » ou certaines formes d'alliances comme le fati-dra et le « ziva » ou la fraternité par plaisanterie.

Les Masikoro sont les autochtones « tompontany » dans la ville de Tuléar. Ils se déclarent propriétaires de terres et s'intéressent beaucoup plus à l'agriculture et à l'élevage. C'est la raison pour laquelle ils préfèrent résider dans les quartiers périphériques de la ville. D'après les sources orales, les Masikoro seraient les propriétaires de la terre. Ils ont commencé à résider dans la ville de Tuléar vers la fin de XVII^{ème}. Les Masikoro occupent le quatrième rang par le nombre de leurs habitants. Ils sont environ 14 704 habitants. Ils participent aussi aux activités économiques de la ville.

1. 2. 2. - Les groupes ethniques migrants venant des autres régions

On appelle les groupes ethniques migrants parce qu'ils sont venus à Tuléar après l'installation des premiers autochtones Vezo et Masikoro. Les groupes les plus importants présents par leur effectif dans la ville de Tuléar sont les Tanalana, les Antandroy, les Mahafaly, les Merina, les Betsileo. Dans ce domaine, les Tanalana dominent nettement dans la commune urbaine de Tuléar car le recensement de la population de 2001 montre qu'ils sont 33 048 habitants et ils représentent 16,92% de la population totale. Ils habitent surtout dans les périphéries de la ville comme Andaboly, Anketa et dans d'autres quartiers. Ce groupe migrant vient essentiellement de la plaine côtière « mahafale », notamment de Soalara, Beheloka, Itampolo, Androka. Les Tanalana ont quitté leur village natal à cause des mauvaises conditions de vie générées par la sécheresse. Le rythme d'accroissement des ressources n'arrive pas à suivre celui de la population rurale. Ils sont en quête de meilleures conditions de vie. Ils ont quitté la campagne parce qu'ils espèrent trouver un emploi dans les entreprises industrielles et commerciales de la capitale régionale du Sud-Ouest. Malheureusement, la plupart d'entre eux n'ont pas de qualification professionnelle. Ils gonflent une main-d'œuvre bon marché qui ne demande qu'à être employée, ne serait-ce qu'à l'essai pourvu que les activités professionnelles procurent un revenu monétaire.

Les Mahafaly viennent de la péninsule mahafale ou « fatrambe ». La plupart d'entre eux viennent des villages suivants : Tongobory, Betioky-Sud, Ejeda, Ampanihy-Ouest,

Ankiliabo, etc. Lors du recensement de 2001, ont été dénombrés dans la ville de Tuléar 10 860 Mahafaly, soit 5,56% de la population urbaine totale.

Les Antandroy ont quitté leur pays parce qu'ils sont soumis à des conditions de vie très rudes dues à une sécheresse presque permanente. Ils ont commencé à migrer vers les années 1920 des problèmes liés à la stérilité de leur territoire de l'extrême Sud. La sécheresse de 1992 a accéléré les mouvements migratoires des Antandroy vers le centre urbain le plus proche. Cette sécheresse a provoqué une grande famine dénommée « KERE ». Face à cette crise, beaucoup d'Antandroy ont émigré vers la commune urbaine de Tuléar. Lorsqu'ils sont arrivés dans la ville, ils n'ont ni fortune, ni habitat. Ils sont donc confrontés à de nombreux problèmes de survie. La plupart de tireurs de pousse-pousse de la ville de Tuléar sont des Antandroy. Les données statistiques du recensement par groupes ethniques de 2001 montrent que les Antandroy totalisaient 25 731 habitants dans la ville de Tuléar, soit 13,17% de la population totale.

Les Merina et les Betsileo viennent des Hautes Terres centrales. Ils sont installés dans la ville de Tuléar depuis l'époque coloniale, voire de l'époque précoloniale. Ils étaient envoyés par le roi Radama-1^{er} pendant la période de la pacification de la Grande île pour assurer la sécurité de l'administration française et celle de la ville. Ils étaient surtout des militaires et des fonctionnaires. Pendant la colonisation, ils étaient les auxiliaires fidèles des colons. Les Merina et les Betsileo sont les deux groupes ethniques les plus aisés de la commune urbaine de Tuléar car ils sont plus instruits par rapport aux autres groupes et ils ont plus de ressources financières et plus de compétences humaines. Plus particulièrement, les Merina arrivent à concurrencer les Etrangers dans le domaine du commerce. Les Hautes Terres centrales ont des conditions de vie plus meilleures que les autres groupes ethniques du pays mais, Tuléar est un exécutoire pour le surplus de leur population.

La fin du XX^{ème} siècle a vu de nouvelles vagues de populations migrantes vers la ville de Tuléar, notamment des Merina et des Betsileo pour exercer des activités essentiellement commerciales (l'agribusiness, le commerce ambulancier de gros ou de détails des légumes, la confection, l'exploitation minière, le commerce de l'électroménager ou des produits électroniques). Les Merina sont plus nombreux que le Betsileo dans la commune urbaine de Tuléar. Les Merina comptaient 13 887 habitants en 2001, soit 7,11% de la population totale tandis que les Betsileo 11 221 individus.

Les Sakalava, les Bara, les Antanosy et d'autres groupes sont des groupes ethniques minoritaires jouant des rôles importants également dans la vie de la commune urbaine de Tuléar.

1. 2. 3. - La présence de la communauté étrangère

La population tuléaroise n'est pas formée tout simplement par des ethnies nationales. Elle compte parmi ses rangs 5 509 ressortissants étrangers, soit 2,82% notamment les Indopakistanaïses qui représentent 37,32% du groupe, les Comoriens 32,89%, les Français 10,92%, les Britanniques au nombre de 68 personnes, etc. Les ressortissants étrangers présents dans la ville de Tuléar jouent un rôle très important dans la mesure où ils atténuent le taux du chômage de la population migrante bien qu'ils profitent de la situation en exploitant cette population à la dérive.

Tableau 2: - Effectif des groupes de la communauté étrangère présents dans la commune urbaine de Tuléar (année 2001)

Etrangers	0 - 5 ans	6 – 15 ans	16 - 20 ans	21 ans et plus	Ensemble
Français	102	163	156	181	602
Comoriens	165	232	555	860	1812
Greco	3	3	4	11	21
Chinois	87	82	77	178	424
Indiens	243	416	272	1125	2056
Britanniques	7	14	18	29	68
Autres Africains	14	20	23	51	108
Asiatiques	36	125	132	116	409
Autres	1	-	5	3	9
Total	658	1055	1242	2554	5509

Source : - Préfecture de Tuléar (Division de VISA)

L'ensemble de tous ces groupes ethnies et raciaux se mélangent et forment la population de l'agglomération de Tuléar. Celle-ci devient un grand carrefour de la région Sud-ouest. Elle est un pôle d'attraction administrative où existent tous les grands bureaux administratifs (le palais de justice régional, les bureaux de la Région Sud-ouest, les banques centrale et primaires, les centres hospitaliers, les écoles, les bâtiments commerciaux, etc.).

La ville de Tuléar est devenue un lieu d'attraction culturelle (des établissements universitaires publics et privés, des lycées publics et privés, des écoles publiques et privées

d'enseignement général ou technique, des écoles primaires publiques et privées confessionnelles et/ou non confessionnelles, différentes bibliothèques, des centres de loisirs, les centres de formation spécialisée, etc.).

La ville de Tuléar est également une zone d'activités financières (le commerce de matériaux de construction, les marchés couverts et non couverts, les pharmacies, les quincailleries, les agences de voyages, les hôtels et restaurants, une multitude de débits de boisson et d'épiceries, les transports collectifs ou individuels, les publiphones et les taxiphones, les ateliers de réparation de matériels électroménagers et d'appareils informatiques, les salons de thé et les cyber café, etc.). Les Indopakistanaïsi, les Européens, les gens des Hautes Terres Centrales investissent massivement dans ces genres d'activités. Les banques proposent des crédits aux opérateurs économiques avec des taux d'intérêt plus ou moins allégés. Toutefois, ces dernières années, le développement des activités financières s'accompagne d'autres phénomènes qui, au début paraissaient négligeables. Il s'agit de la croissance de la délinquance et de la criminalité (les actes de banditisme sous toutes ses formes, le kidnapping, le proxénétisme, la drogue, le tourisme sexuel, le détournement des mineurs, l'homosexualité, la prostitution aussi bien féminine que masculine, etc.). Les femmes et les hommes se prostituent, d'où la prolifération des maladies sexuellement transmissibles, en l'occurrence le VIH/SIDA et dont les effets sont irréversibles. Ces phénomènes sont synonymes d'un taux de chômage élevé, de quartiers sales et dont l'insécurité sociale domine, l'apparition de pauvres qui fouillent les ordures ménagères, de problèmes d'hygiène, de la pollution, de constructions illicites et illégales, de l'absence de mise en œuvre du plan de développement municipal.

1. 3. - Les différentes structures hospitalières et les principales maladies

1. 3. 1. - Les différentes structures hospitalières de la ville (Cartes 2 et 3, p.14-15)

La ville de Tuléar comporte plusieurs structures hospitalières. Elle a trois sortes de structures hospitalières : les structures hospitalières publiques et parapubliques, les structures hospitalières privées. La majorité de ces structures sont implantées dans la commune urbaine de Tuléar. Tous les sites sanitaires de la ville de Tuléar n'exercent pas les mêmes activités. Il y a des sites qui exercent beaucoup d'activités que les autres. Pour bien montrer les activités des sites hospitaliers de la ville, il s'avère préférable d'évoquer l'infection par le VIH/SIDA.

- La commune urbaine de Tuléar dispose 25 structures hospitalières dont 11 formations sanitaires publiques, 03 formations sanitaires parapubliques et 11 formations sanitaires privées (voir la carte de localisation des structures hospitalières).

Dans la commune urbaine de Tuléar, 11 sites hospitaliers fonctionnels sur 25 procèdent au dépistage du VIH/SIDA par des tests. Ces 11 sites fonctionnels sont répartis en deux catégories : les PTME et les CTV. Tous ces sites ont les mêmes objectifs : le dépistage du VIH/SIDA. Le test de dépistage est anonyme et volontaire.

Les PTME sont des sites sanitaires (CSB-2 de Besakoa, Marie Stops, de Mahavatse (Photo1, p. 16) etc.) qui ne s'intéressent qu'aux femmes enceintes.

Les CTV sont des sites sanitaires qui font les tests du VIH/SIDA pour toutes les catégories d'âge et de sexes confondus (hommes, femmes, enfants, jeunes et adultes). Ce sont les sites de SISAL (Photo 2, p.16), le CSB-2 de Tsimenatse et autres.

Le nombre des sites fonctionnels pour les tests de dépistage du VIH/SIDA augmente régulièrement pour endiguer la prolifération de la pandémie dans la ville de Tuléar. En 2008, les sites fonctionnels de dépistage du virus VIH/SIDA a atteint un effectif total de onze centres.

Le CHRR est le centre qui exerce le maximum d'activités (consultations des malades, hospitalisation, différentes analyses de laboratoire, dépistage du VIH/SIDA). Le deuxième et le troisième test de dépistage pour les personnes séropositives sont effectués dans ce Centre Hospitalier Régional de Référence. Le troisième test de dépistage du VIH/SIDA est un test de confirmation de la séropositivité. Toutefois, l'analyse de sang pour la détermination du CD4 ou la détermination du nombre de virus dans le sang ne se réalise pas dans ce centre faute de réactif. Le CHRR envoie le sang au Laboratoire National de Référence (LNR) à Antananarivo.

Le CHRR fait plus du travail que les autres dans la mesure où il s'occupe de la prise en charge de PV/VIH et de tout ce qui concerne les médicaments (ARV).

Carte 2; localisation des structures hospitalières dans la commune urbaine de Toliara

Carte 3: localisation des sites de dépistage du VIH/SIDA dans la commune urbaine de Tuléar (année 2000-2008)



Photo 1 un site de P T M E à Mahavatse



Photo 2 un site de CTV SISAL

Tableau 3: - Evolution quantitative des sites de dépistage du VIH/SIDA à Tuléar

Années	Nombre	Sites	Activités
2000	02	SALFA – Infirmerie de la garnison	Dépistage du VIH/SIDA
2004	04	SALFA – Infirmerie de la garnison – CHRR – SISAL	-« -
2005	07	SALFA – Infirmerie de la garnison – CHRR – SISAL – FISA – Clinique Saint Luc – CSB II Tsimenatse	-« -
2006	09	SALFA – Infirmerie de la garnison – CHRR – SISAL – FISA – Clinique Saint Luc – CSB II Tsimenatse – CSB II Mahavatse – CSB II Sanfily	-« -
2007	10	SALFA – Infirmerie de la garnison – CHRR – SISAL – FISA – Clinique Saint Luc – CSB II Tsimenatse – CSB II Mahavatse – CSB II Sanfily – CSB II Besakoa	-« -
2008	11	SALFA – Infirmerie de la garnison – CHRR – SISAL – FISA – Clinique Saint Luc – CSB II Tsimenatse – CSB II Mahavatse – CSB II Sanfily – CSB II Besakoa – Marie Stops	Dépistage du VIH/SIDA – Planning familial (Marie Stops)

Source : Service de District de la Santé de la Protection Sociale de Toliara I

1. 3. 2. – Les principales pathologies

De sources bien informées du SALFA, du SISAL et du CHRR, les principales pathologies qui affectent la population de la ville de Tuléar sont les suivantes : les infections respiratoires aiguës (IRA), le paludisme, les infections sexuellement transmissibles, la diarrhée, les infections cutanées, la carie dentaire, les infections de l'œil et ses annexes, la rougeole, la malnutrition qui touche plus de la moitié des enfants, la tuberculose chez les adultes, la typhoïde, etc. Ces maladies sont directement liées à l'environnement naturel, socioéconomique et humain. La question se pose : « Les comportements sexuels des habitants, les problèmes socio-économiques et environnementaux dans la commune urbaine de Tuléar accélèrent-ils la transmission du VIH/SIDA ? » Les éléments de réponses seront évoqués dans la deuxième partie de notre travail.

Chapitre II : - GENERALITES SUR LE VIH/SIDA

Partout dans le monde, bon nombre de personnes ignorent encore le danger que peut provoquer le VIH/SIDA. Elles ne réalisent pas encore les conséquences de cette maladie et elles nient la réalité. Elles ont peu d'informations sur le VIH/SIDA alors que beaucoup de cas se sont produits dans les pays sous-développés. C'est pourquoi dans ce chapitre, il est nécessaire d'expliquer tout d'abord, les définitions des termes VIH et SIDA, leurs origines et leurs caractéristiques spécifiques. Par la suite sera abordé l'explication concernant le mode de transmission du virus. Enfin, la détermination des concepts relatifs au VIH/SIDA sera étudiée.

2.1. – les définitions, origines et caractéristiques du VIH/SIDA

2.1.1. – les définitions

Le sigle VIH signifie « Virus Immunodéficience Humaine » tandis que SIDA peut être développé comme étant le « Syndrome d'Immunodéficience Acquis ». Que signifie alors l'abréviation composée VIH/SIDA ?

Le virus est un organisme microscopique parasitant les cellules de l'organisme.

Immunodéficience : la défaillance du système de défense de l'organisme vivant.

« Humaine » qui concerne l'homme.

L'abréviation « SIDA » peut être développée comme suit :

- Le mot *syndrome* traduit l'ensemble des signes qui caractérisent une maladie.
- *Immuno* est tout ce qui concerne le système de défense du corps.
- *Déficience* signifie affaiblissement.
- *Acquis* : attrapée par le malade au cours de sa vie.

Bref, le VIH est le virus responsable de la maladie du SIDA qui est incurable jusqu'à preuve du contraire.

Le SIDA est un sigle pour traduire un ensemble de maladies se manifestant après l'affaiblissement du système immunitaire de l'organisme contaminé par le VIH.

En anglais, le VIH/SIDA est connu sous le sigle HIV/SIDS. Toutefois, ces deux termes ont la même signification.

Actuellement le sigle SIDA est devenu un mot français. Ce terme VIH/SIDA est utilisé dans plusieurs livres.

2.1.2. – l'historique du VIH/SIDA

Certains chercheurs de la communauté médicale du monde entier démontrent que le VIH/SIDA semble être une infection très ancienne. Ils ont démontré que les virus en général, le virus du SIDA en particulier ont la propriété de se transformer fréquemment. Au fur et à mesure que le virus du SIDA opère une mutation, il devient une redoutable maladie fatale. Par ailleurs, ces chercheurs soulignent que le premier cas du VIH/SIDA a été décrit pour la première fois chez un jeune marin de 25 ans. Ce marin a succombé à Manchester suite à cette maladie en 1959³ (Grande Bretagne). D'autres cas isolés ont été repérés en 1958, 1966, 1968 et 1970⁴ respectivement en Grande Bretagne, Norvège, Etats-Unis et en Afrique.

Pour les épidémiologistes du monde, l'histoire retient que l'infection du VIH/SIDA a débuté aux Etats-Unis en 1981. Le premier patient atteint du VIH/SIDA fut découvert parmi les couples homosexuels d'une prison. A cette période, le VIH/SIDA a été perçu comme une maladie qui ne peut toucher que les couples homosexuels. Durant la même période, le VIH/SIDA se manifestait chez les enfants et les jeunes hémophiles qui n'étaient ni homosexuels, ni toxicomanes. Cette maladie a comme symptômes les hémorragies répétées et abondantes.

En 1983, le virus VIH/SIDA fut découvert chez des individus ayant bénéficié d'une transfusion sanguine et des femmes enceintes. La même année 1983, le VIH/SIDA fut identifié au Laboratoire de l'Institut Pasteur de Paris dirigé par le Professeur Luc Montagnier qui travaille en collaboration avec des chercheurs et des cliniciens des Hôpitaux de l'Assistance Publique. De 1983 à 1986, le Professeur Luc Montagnier et ses collègues ont

³ VIH/SIDA : *De la conscience à l'urgence*. Sous la direction de Pr. Willy ROZENBAUM AIDISC

⁴ QUERCY et ZYTHUM : *Grand Usuel Larousse*, Dictionnaire Encyclopédique Atlas (Tome 5). Editions, Larousse – Bordas : Paris 1997, p 6760.

défecté différents types de VIH/SIDA, notamment le VIH₁ et le VIH₂. C'est grâce à ces expériences sur le VIH/SIDA que ces chercheurs ont pu identifier le mode de transmission du virus et ses caractéristiques.

2.1. 3. - Les caractéristiques du VIH/SIDA

Le professeur Luc Montagnier et son équipe ont montré que le VIH/SIDA comporte deux catégories de virus : le VIH₁ et le VIH₂. Le VIH₁ est découvert en 1983 ; il est classé en trois catégories : A, B et C. Les sous catégories A et C sont répandues dans les pays développés (Europe, Etats-Unis, etc.). La sous-catégorie B est fréquente dans les pays sous-développés, en particulier dans divers Etats d'Afrique subsaharienne et dans les pays en développement.

Le VIH₁ est le Virus le plus répandu dans le monde. Son taux de transmission est très élevé : 12 à 40%⁵. Il se multiplie plus vite dans l'organisme ; c'est la raison pour laquelle, les personnes infectées par ce virus risquent de mourir très rapidement.

Par contre, le VIH₂ est découvert en 1986. Il est moins répandu dans le monde à cause de son taux de transmission relativement bas (inférieur à 3%⁶).

On le rencontre surtout en Afrique de l'Ouest et en Inde. Il comporte aussi plusieurs variantes. En effet il varie d'une cellule à une autre, d'une personne à une autre. Son évolution est moins lente dans l'organisme que le VIH₁. C'est pourquoi les sujets infectés par le VIH₂ peuvent vivre assez longtemps par rapport à ceux atteints par le VIH₁. Le VIH₂ ne se transmet pas facilement de la mère à l'enfant. Par ailleurs, le VIH/SIDA vit spécialement dans les cellules humaines. Il peut vivre à l'intérieur de l'organisme sans qu'il se manifeste durant plusieurs années. C'est la raison pour laquelle, la plupart des personnes atteintes du VIH/SIDA peuvent encore vivre pendant plusieurs années sans qu'elles aient le moindre signe pathologique. Elles ne présentent que des infections bénignes (des taches violettes sur la peau, une peau sèche ou d'autres manifestations). Ces personnes sont, certes, contaminées par le VIH/SIDA mais elles ne sont pas pour autant des sidéennes parce que leur système immunitaire n'est pas encore affaibli. Elles ne peuvent donc pas être contaminées par des infections opportunistes. Après une période plus ou moins longue, le virus finit par vaincre ce

⁵ Rapport de l'UNICEF, OMS, ONUSIDA, et USAID : Modules de formation de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, Direction générale de la lutte contre le SIDA, Editions : 2003, p.7.

⁶ Rapport de l'UNICEF, OMS, ONUSIDA et USAID, Ibidem.

système de défense de l'organisme ; il se multiplie et se prolifère très vite et s'installe définitivement dans l'organisme. Apparaissent alors les maladies opportunistes, notamment la tuberculose, la diarrhée ou autres. C'est à ce stade qu'apparaît le VIH/SIDA.

D'une manière générale, le virus du SIDA a du mal à vivre en dehors de l'organisme. Il est relativement fragile dans le milieu naturel :

- Il ne résiste pas et il est inactif sous la sécheresse et la chaleur ;
- Il périt facilement et il est inoffensif lorsqu'il est exposé à l'air libre pendant plus de 30 minutes ;
- Il est sensible aux désinfectants comme l'eau de Javel en solution à 0,2% et à d'autres ;
- Il ne supporte pas l'éthanol et le virucide (CF. : - Le produit FANDIO).

Existe-t-il un troisième virus ou un SIDA sans virus ?

Cette question a abouti à beaucoup de polémiques sur le plan planétaire, car deux médecins ont pu trouver des cas de SIDA dans lesquels ils n'ont pas pu détecter ni le VIH₁, ni le VIH₂ chez le malade avant 1992. Cette nouvelle se répandait dans différents pays à travers le monde entier. Des patients se sont retrouvés avec le SIDA sans VIH et d'autres personnes malades de SIDA avec un autre type de virus : le VIH₃.

En Juillet 1992, la huitième Conférence internationale sur l'étude du VIH/SIDA et de ses problèmes a eu lieu à Amsterdam (Pays Bas). Au cours de cette conférence, la question d'un SIDA sans Virus et d'un troisième Virus (VIH₃) a été évoquée. Parmi les participants, certains spécialistes et chercheurs ont confirmé avoir constaté l'existence d'un SIDA sans virus. Lorsque les organisateurs de la Conférence étaient mis au courant de cette information, ils avaient réorganisé immédiatement une autre réunion pour vérifier le fondement de cette nouvelle scientifique. Suite à cette réunion, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) avait lancé un appel pour d'autres recherches dont l'objectif est la vérification de l'information. En 1993, toutes les recherches planétaires ont pu découvrir une quarantaine de cas de SIDA douteux. Cela montre que les bruits fracassants de 1992 n'étaient pas fondés. En un mot, il n'existe ni de SIDA sans VIH, ni un troisième virus VIH.

2.2.- Les différents modes de la transmission du VIH/SIDA

Depuis la découverte du VIH/SIDA, les études épidémiologiques des différents centres de recherches n'ont détecté que trois modes de transmission : le mode de transmission par voie sexuelle, le mode de transmission de la mère à l'enfant et le mode de transmission par voie sanguine.

2.2.1.- Le mode de transmission par voie sexuelle

Il concerne 96,8% des cas de sujets atteints par le VIH/SIDA à Madagascar. La transmission du VIH/SIDA peut se faire par trois possibilités : le rapport sexuel vaginal, le rapport sexuel anal et le rapport sexuel par la voie du sexe à la bouche.

2.2.1.1.- Le rapport sexuel vaginal (homme / femme)

Il est le principal mode de la contamination du virus dans les différentes régions du monde. Il suffit d'avoir une seule relation sexuelle vaginale avec un séropositif (un homme infecté par le VIH/SIDA) pour que le virus soit transmise à la personne saine. En d'autres termes, la transmission du VIH/SIDA par voie vaginale ne peut se faire que par des contacts favorisant le transport des spermatozoïdes infectés par le liquide vaginal ou des sécrétions vaginales porteuses du virus vers le partenaire sain. Il est important de signaler que dans cette pratique (relation sexuelle vaginale), la femme est plus vulnérable par rapport à l'homme. Elle a trois fois plus de risque que l'homme lors d'un rapport sexuel non protégé. Cette vulnérabilité de la femme est due à des raisons biologiques et socioéconomiques.

2.2.1.2.- Le rapport sexuel anal (anus)

Le rapport sexuel par voie anale offre au VIH/SIDA une porte d'entrée dans notre organisme. Pendant le rapport sexuel anal, la contamination par le virus se fait à cause de la sécrétion d'un liquide se trouvant dans l'anus. Il est l'une des relations la plus risquée car ce liquide figure parmi ceux qui contiennent beaucoup de virus. Si une relation sexuelle anale est faite sans préservatif et que le sperme ou la sécrétion de l'anus comporte le virus, ce dernier peut facilement pénétrer dans l'organisme de la personne saine. Le rapport sexuel anal est condamné strictement par toutes les religions malgré l'officialisation des relations matrimoniales homosexuelles dans certains grands pays. Le rapport sexuel par voie anale se fait entre un homme et un autre homme ou entre un homme et une femme, notamment en

Amérique du Nord où le mariage entre personnes de même sexe est autorisé. Ce type de rapport sexuel expose les deux partenaires au virus, surtout lorsqu'il a lieu sans l'utilisation de préservatif. Cette pratique a fait couler beaucoup d'encre, a fait naître des polémiques, car les religions estiment qu'elle est perverse.

2.2.1.3.- Le rapport sexuel par voie du sexe / bouche

Le rapport sexuel par la voie du sexe à la bouche est pratiqué par des personnes instruites ou par des prostituées qui ne réalisent pas la portée de leur comportement. La fellation comporte un risque : elle est l'une des possibilités permettant au VIH/SIDA d'entrer dans notre organisme. La bouche est un milieu naturel favorable pour la transmission du VIH/SIDA dans la mesure où il peut y avoir des plaies, l'irritation de la gencive. Mais il ne peut pas vivre dans l'appareil digestif à cause des sécrétions très chaudes. Selon, la loi coranique, il n'est pas permis de pratiquer le rapport sexuel sexe/bouche avec sa femme légitime. La transmission ou la contamination par le virus responsable du SIDA peut se faire par le rapport sexuel sexe/bouche de la manière suivante :

Il suffit que la personne qui suce le sexe comporte des plaies ou des irritations (légères inflammations) dans la gencive ou dans la langue pour que le VIH trouve une porte d'y pénétrée dans le sang ;

- Il suffit que la personne qui suce la verge de son partenaire ait une plaie ou une irritation de la langue ou de la gencive pour que le VIH/SIDA infecte le sang du partenaire ;
- Il suffit aussi que la personne qui est sucée soit séropositive pour que le virus soit contaminé par l'éjaculation de l'homme.

2.2.2.- Le mode de la transmission de la mère à son enfant

La transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant est possible lorsque la maman est séropositive. Elle ne représente que 0,8% de cas dépistés à Madagascar. Elle se fait selon trois possibilités :

- Pendant la grossesse ;
- A l'accouchement ;
- Au moment de l'allaitement.

2.2.2.1.- La transmission du virus au cours de la grossesse

Ce phénomène est lié à une perturbation de la barrière placentaire par l'infection virale ou bactérienne. C'est d'ailleurs dans le placenta que se font les échanges entre le fœtus et la maman pendant la grossesse, c'est-à-dire durant les 9 mois de la grossesse. Cette perturbation de la barrière placentaire se réalise surtout pendant la 28^{ème} semaine de la grossesse. C'est à cette date qu'il y a un échange du sang entre la future maman et celui du fœtus. Cette transmission de sang est une opportunité offerte au virus qui pourra infecter le placenta. Une femme enceinte séropositive peut alors transmettre le Virus au fœtus au cours des derniers mois de la grossesse. Il y a environ 10% de risque d'infection du fœtus. Il faut souligner qu'un traitement à l'aide de Zidovudine antirétroviral pour la femme enceinte séropositive et de l'enfant juste après l'accouchement diminue d'environ 5% le risque de la transmission du VIH/SIDA vers le fœtus.

2.2.2.2.- La transmission du virus durant l'accouchement

Elle est surtout possible lors du passage éventuel du sang de la maman dans la circulation fœtale lors de la contraction utérine durant l'accouchement. La transmission du VIH/SIDA à l'accouchement est aussi possible pendant la durée de travail de l'accouchée. Le contact du nouveau-né avec le sang maternel et les sécrétions génitales lors de l'accouchement peut être une cause de la contamination. Lorsque la sage-femme coupe le cordon ombilical, elle offre une voie au sang ou aux sécrétions génitales de la mère porteuse du VIH/SIDA lequel peut entrer en contact avec l'enfant qui pourra devenir séropositif, lui aussi. A part cela, si le nez, les yeux, la bouche, le sexe, l'anus et les oreilles du nouveau-né en contact avec le sang maternel souillé, le risque d'avoir un nouveau-né infecté par le virus du VIH/SIDA augmente également. Une mère séropositive a environ 10 à 20% (source : CNLS, 2004) de risque de transmettre à son bébé le virus du VIH/SIDA au cours de l'accouchement. Ce pourcentage montre qu'il est possible (avec plus de chance) d'éviter la contamination de l'enfant par le virus lors de l'accouchement en organisant une opération césarienne pour faire sortir le bébé au lieu de le laisser passer par voie vaginale.

2.2.2.3. - La transmission au cours de l'allaitement

Le lait maternel contient une concentration élevée de virus chez une mère séropositive. La contamination post-natale (après la naissance) par le virus VIH/SIDA a deux causes : l'état de santé de la maman et la durée prolongée de l'allaitement.

➤ Pour le cas de la santé de la maman, plus elle est au stade avancé de la maladie, plus la charge virale est très élevée dans le lait. Le virus peut contaminer le nouveau-né à tout moment de l'allaitement. Une mère séropositive au stade avancé ne doit pas allaiter son bébé, car le système immunitaire d'un nouveau-né n'est pas encore capable de lutter contre le VIH/SIDA. C'est la raison pour laquelle les médecins nous recommandent de bien protéger les nouveau-nés contre les virus.

➤ La durée prolongée de l'allaitement de l'enfant par une mère séropositive expose le premier à des risques d'environ 25 à 30% pour une durée de 6 mois. Ces risques augmentent (30 à 45%) lorsque la durée de l'allaitement par le lait maternel se prolonge jusqu'à 24 mois.

En fin de compte, les risques de contamination par le virus VIH/SIDA est directement fonction de l'allongement de l'allaitement au lait maternel.

Tableau 4: - Estimation des risques de la transmission du VIH/SIDA mère/enfant

Moment de la transmission du VIH/SIDA	Absence d'allaitement maternel (%)	Allaitement maternel de 6 mois (%)	Allaitement maternel de 18 à 24 mois (%)
Au cours de la grossesse	5-10	5-10	5-10
Au cours de l'accouchement	10-20	10-20	10-20
Allaitement précoce (2 premiers mois)		5	5
Allaitement tardif (après 2 mois)		5-10	10-15
Globalement	15-30	25-30	30-45

Source : - CNLS, 2004

2.2.3.- Le mode de transmission par voie sanguine (2,4%)

Lorsque le sang d'un porteur du VIH/SIDA entre en contact avec celui d'une personne saine, le virus pénètre facilement dans le sang non contaminé. Ce passage s'effectue pour de multiples occasions de la vie quotidienne.

2. 2. 3. 1. - La transfusion sanguine

La transfusion sanguine figure parmi les multiples occasions pour la transmission du virus dans un organisme sain. La transmission se fait sans le moindre doute lorsque le sang transfusé comporte un ou des virus VIH/SIDA. Le virus, véhiculé par le sang, se propage rapidement dans le corps de la personne qui a bénéficié d'une transfusion sanguine. En quelques semaines ou pendant deux mois, le virus finit par contaminer l'ensemble du sang de cette personne. Beaucoup de cas ont été observés dans plusieurs centres hospitaliers, notamment en France, Roumanie, Afrique Subsaharienne, Madagascar et autres. La transmission par la transfusion sanguine persiste toujours dans les pays en développement, car les hôpitaux de ces derniers ne disposent pas encore d'autres moyens de substitution. Les appareils appropriés font défaut. Il est alors recommandé de refuser un sang non testé et des seringues ou des aiguilles déjà utilisées lorsque la transfusion sanguine s'avère nécessaire.

2.2.3.2.- La transmission par des objets tranchants et non tranchants

Une personne peut aussi avoir le VIH/SIDA à partir d'objets souillés d'un sang contaminé.

- Le virus du VIH/SIDA peut être transmis à une personne blessée profondément par un objet tranchant et souillé d'un sang infecté. Parmi ceux-là, on peut citer le rasoir, le couteau, les paires de ciseaux, les morceaux de verre, les lames de rasoir, etc.

- Le virus du VIH/SIDA peut être transmis également à une personne piquée par des objets pointus tels que la cure dent, la brosse à dents, etc. Les accessoires servant aux pratiques sexuelles peuvent aussi être des vecteurs pour la transmission du virus s'ils sont infectés et réutilisés par une autre personne saine ayant une plaie, une irritation quelconque dans le sexe ou dans la bouche.

2.2.3.3.- La transmission par l'intermédiaire d'instruments perçants (Photo 3)

Certaines personnes peuvent être infectées à partir d'objets perçant la peau. Les exemples sont nombreux. On peut citer, entre autres : les aiguilles utilisées lors des injections intraveineuses faites les intéressés eux-mêmes dans beaucoup de pays, les instruments chirurgicaux, le tatouage, le piercing, etc. En effet, les toxicomanes utilisent une seule aiguille pour plusieurs personnes lors de l'injection de la drogue dans leur corps. Il y a donc des risques de transmission du VIH/SIDA lorsque l'un d'entre eux est séropositif. Parmi les îles de l'Océan Indien par exemple, l'île Maurice occupe le premier rang pour cette pratique ;

beaucoup des personnes sont infectées à cause de l'injection de drogue. D'autres sont infectées par des instruments chirurgicaux, le tatouage, le piercing parce que les instruments ne sont pas bien nettoyés ou ont été déjà utilisés par des personnes séropositives. L'utilisation des instruments déjà utilisés est à bannir. Il faut signaler, en passant, que le matériel souillé par le VIH/SIDA ne peut pas être stérilisé.

■ Un cas à étudier : les moustiques transmettent-ils le VIH/SIDA ?

La réponse à cette question est très difficile à dire car jusqu'à la preuve du contraire, la transmission du VIH/SIDA par les moustiques n'a encore été vérifiée scientifiquement. On connaît pertinemment le mode de transmission qui se fait d'un sang contaminé vers du



Photo 3: un lieu de tatouage où on utilise des instruments perçants (près de service d'immigration)

sang sain. Or, le VIH/SIDA ne peut vivre que dans l'organisme humain. Le VIH/SIDA contenu dans le sang d'une personne séropositive ayant été piquée par un moustique ne trouvera pas chez l'insecte un milieu favorable pour sa survie. Les moustiques ne disposent donc pas de sang malade pouvant contaminer celui d'une personne saine.

Les études démontrent que le mode de transmission du VIH/SIDA se fait par contact entre le sang sain et le sang déjà contaminé par le virus. Les différents modes de transmission du VIH/SIDA ont fait l'objet d'analyse dans les pages précédentes. Aussi, le moustique pourrait-il constituer un excellent agent pour la transmission du virus d'une personne séropositive à une autre qui n'est pas malade à l'instar du paludisme. Cependant, le virus du SIDA est détruit dans l'organisme de l'insecte. Il n'y a donc pas de contact de sang contaminé et de sang sain. Depuis la découverte du VIH/SIDA en 1959, des chercheurs n'ont pas encore

déecté des modes de transmission d'un insecte vers une personne, notamment d'un moustique vers un être humain.

Si les moustiques transmettaient le VIH/SIDA, les premières victimes seraient les enfants parce que ces derniers ne sont pas bien armés. Or, aucun cas de transmission du VIH/SIDA n'a pu être découvert. A titre de rappel, les cas les plus fréquents ont été découverts chez les nouveau-nés issus de mères séropositives ou ceux qui ont été transfusés d'un sang contaminé.

Une autre explication qui peut nous aider à mieux comprendre également pourquoi le moustique ne transmet pas le VIH/SIDA par ses piqûres est que le sang contaminé sucé par l'insecte perd ses virus car ceux-ci ne peuvent vivre dans l'estomac de la bestiole. Le virus VIH/SIDA n'arrive pas non seulement à se multiplier dans l'estomac de l'insecte, mais il finit par périr dans ce milieu non favorable. A titre de rappel, le virus du SIDA ne peut se développer que dans l'organisme humain et/ou chez le chimpanzé. Il n'y a donc pas de possibilité de transmission du VIH/SIDA du moustique vers un être humain.

2.3.- Quelques concepts clés liés à l'épidémie du VIH/SIDA

■ Fenêtre sérologique : Il s'agit d'une période relativement courte (3 à 12 semaines) pendant laquelle une personne pourrait être déjà infectée par le VIH. La personne semble bien portante. Comme ses anticorps sont encore forts, il est quasiment difficile de détecter la présence du virus dans son sang. Le virus pourra être dépisté seulement après la douzième semaine, c'est-à-dire que les anticorps de la personne atteinte du SIDA s'affaiblissent et n'arrivent plus à repousser le virus.

■ ARV (Antirétroviral) : L'antirétroviral est un médicament qui permet de bloquer la multiplication rapide du VIH/SIDA dans l'organisme.

■ La charge virale : La charge virale est le taux de virus (VIH/SIDA) dans le sang d'une personne infectée par le SIDA. On peut la mesurer grâce à une prise de sang infecté. Plus le VIH se multiplie, plus on a une charge virale très élevée. Elle est calculée en fonction du nombre de copies par ml (Exemple 10 000 copies par ml de sang). Une charge virale est dite « indétectable » lorsque les tests de dépistage ne permettent pas de déceler la présence de virus dans le sang ; les matériels ne sont pas assez sensibles pour la mesurer. En général, en dessous de 50 copies/ml de sang, la charge virale est indétectable.

Deuxième partie :

**EVOLUTION ET FACTEURS DE RISQUE
DE CONTAMINATION PAR LE VIH/SIDA**

Chapitre-III : - EVOLUTION DU VIH /SIDA

La plupart de la population considèrent qu'une personne séropositive est une sidéenne. D'autres pensent que le SIDA n'est pas une réalité. C'est le système politique de l'Etat qui voudrait réduire le nombre des naissances. Ils disent que si le VIH/SIDA est une réalité de certains pays du monde, plus particulièrement des pays de l'Afrique subsaharienne, le VIH/SIDA n'existe pas encore à Madagascar. Ce qui n'est pas toujours vrai, car une personne séropositive n'est pas forcément une sidéenne. La personne sidéenne est obligatoirement séropositive. L'existence du VIH/SIDA à Madagascar est une réalité indéniable. Le premier cas de VIH/SIDA a été détecté, pour la première fois, dans la l'ex-province de Tuléar à Morondava en 1987. Actuellement, la lutte pour l'éradication de cette maladie figure parmi les priorités nationales parce qu'elle affecte toutes les provinces de Madagascar.

Dans ce chapitre, l'effort sera axé sur l'explication de l'évolution du VIH/SIDA, les infections opportunistes, ses manifestations au cours de l'infection et ses impacts sur le système immunitaire de l'organisme humain. Ensuite, nous verrons la progression du VIH/SIDA dans la communauté urbaine de Tuléar. Enfin, sera expliquée la situation des PVVIH⁷ dans la ville de Tuléar. Les informations des données concrètes sur l'évolution du VIH/SIDA au niveau national et mondial ne seront pas négligées.

3.1.- l'évolution du VIH dans l'organisme

L'infection par le VIH évolue lentement dans l'organisme humain vers le SIDA en tant que maladie virale. L'histoire de l'évolution de la maladie est variable d'une région à l'autre et d'un individu à l'autre. Le temps de la progression de la séropositivité varie également en fonction de la prise en charge et en fonction des traitements que bénéficie le patient. Il y a des sujets séropositifs chez qui le SIDA ne se manifeste que 5 ans après la contamination ; ils représentent 10 à 30% des cas dans le monde. Il existe même des cas où la maladie virale ne laisse apparaître ses symptômes qu'après 10 ans (35 à 55%) ou 15 ans (70%).

Selon les documents que nous avons lus et les enquêtes que nous avons menées sur le terrain auprès des spécialistes qui s'occupent des personnes infectées du VIH/SIDA dans la ville de Tuléar, l'infection du VIH ne présente que quatre étapes :

⁷ PVVIH : Personne vivant avec le VIH

- La phase primo-infection,
- La phase asymptomatique,
- La phase symptomatique,
- Et la phase SIDA maladie.

3.1.1.- La phase primo-infection

Il s'agit souvent d'une étape inapparente, car pour 70 à 80%⁸, elle ne présente pas des signes apparents. Parfois, pour 20 à 30% des cas, elle présente des symptômes tels que la fièvre, les ganglions, les éruptions cutanées, les maux de gorge, etc.

La phase primo-infection se répartit sur deux périodes :

- Une période de « fenêtre » qui se caractérise par l'absence des anticorps contre le VIH dans le sang et une variation positive du nombre de virus d'un jour à un autre. Elle dure généralement 4 à 8 semaines ou peut se prolonger jusqu'à 3 mois pour des cas très rares.

La séropositivité ou la séronégativité pendant cette période dépend du réactif utilisé au moment du test. S'il s'agit d'un réactif qui détecte directement le VIH ; alors le résultat sera immédiatement positif. Les pays développés (Europe, Etats-Unis, Japon, etc) sont les seuls à disposer ce genre de réactif. Quand il s'agit de réactif qui détecte les anticorps contre le VIH, le résultat sera obligatoirement séronégatif. Ce genre de réactif existe à Madagascar.

- Une période appelée séroconversion qui commence au moment où le système de défense de l'organisme fabrique les premiers anticorps anti-VIH. Ils sont détectables dans le sang. C'est à partir de la séroconversion que les examens sérologiques qui sont effectués à Madagascar sont séropositifs car les réactifs que le pays arrive à acheter sont des réactifs détectant les anticorps anti-VIH mais non pas le VIH. Il est important de signaler que quelle que soit la période (période de fenêtre ou de séroconversion), la maladie virale peut être transmise.

⁸ Bernard Joinet et Théodore Mugolola : Survivre face au SIDA en Afrique. Edition Karthala, Paris 1994, p 19.

3.1.2.- La phase asymptomatique

Elle commence après la séroconversion (période pendant laquelle l'organisme produit les premiers anticorps anti-VIH). Le système de défense de l'organisme produit encore d'autres anticorps anti-VIH. Ces derniers arrivent à éliminer une grande partie du virus et la multiplication rapide du nombre du virus reste lente et même elle va être diminuée. Cette diminution est due à la production d'une grande quantité d'anticorps anti-VIH dans l'organisme. L'effet de la multiplication lente du VIH dans l'organisme de la personne infectée peut durer plusieurs années (2 à 7 ans). Cette période s'appelle « période latence » d'une manière générale ; la personne séropositive n'a pas de maladies graves dans son corps (Photo 4). Malgré tout, après cette longue période où la multiplication se fait d'une manière relativement lente, les virus vont se réveiller et se multiplier rapidement à la fin de cette phase asymptomatique. La personne infectée commence à avoir quelques anomalies biologiques initialement nulles ou minimales mais qui augmentent avec le temps.



Photo 4: un homme, apparemment en bonne santé, annonce publiquement sa séropositivité

Source : Express de Madagascar «spécial fin d'année » lundi 29 décembre 2008

3.1.3.- La phase symptomatique

La phase symptomatique commence à partir de quelques anomalies biologiques et par la destruction des lymphocytes TCD₄. Elle progresse peu à peu et elle provoque un affaiblissement progressif du système immunitaire du patient. Elle se traduit, d'une manière générale, par des signes cliniques et par certaines pathologies. Elle se caractérise aussi par une augmentation progressive de la quantité du virus dans le sang ; des infections opportunistes résistantes aux traitements apparaissent. C'est pendant cette période que des signes mineurs pathologiques se manifestent.

3.1.4.- Le SIDA maladie

Le SIDA maladie est la phase finale de l'infection ; il se définit par la disparition d'un nombre important de lymphocytes TCD₄ (inférieur ou égal à 200/mm³ du sang). Le système de défense immunitaire de l'organisme très diminué expose la personne à beaucoup d'infections opportunistes. Ces dernières vont s'additionner et se combiner avec les manifestations mineures avant de provoquer la mort de la personne infectée par le VIH/SIDA.

A la phase avancée de l'infection, une personne séropositive est atteinte facilement de plusieurs maladies. Celles-ci sont dites infections opportunistes, car elles ne se développent que lorsque le système immunitaire est très affaibli. Elles varient d'un pays à l'autre, d'une personne à l'autre.

Selon, le médecin référent de la prise en charge de PVVIH, les infections opportunistes les plus fréquentes de la région de Tuléar chez les personnes infectées sont la pneumocystose, la tuberculose, la maladie de Kaposi, la maladie de cytomégalovirus et d'autres. Par ailleurs, les résultats des enquêtes effectuées auprès des médecins nous apprennent qu'au cours de l'infection du VIH, une personne séropositive est le siège de plusieurs signes pathologiques lesquels peuvent être classés en deux catégories :

■ Les signes mineurs ou les premiers signes de l'infection :

- des ganglions au niveau du cou, derrière l'oreille ou dans d'autres endroits,
- des éruptions cutanées douloureuses,
- une sensation de douleur au niveau de la gorge quand le patient avale quelque chose.

■ Les signes majeurs ou signes secondaires de l'infection. Ils sont observés surtout au stade avancé de la maladie. On peut citer parmi les signes majeurs :

- la perte de poids plus de 10% du poids corporel,
- les diarrhées persistantes de plus de trois mois,
- des signes de la tuberculose, de cancer et des maladies pulmonaires,
- une faiblesse et une fatigue générale inexplicable,
- des vomissements et le manque d'appétit, etc.

Il faut signaler que beaucoup de maladies ont les mêmes symptômes. Alors, il faut se garder de dire que les signes ou les symptômes sont obligatoirement des signes indicateurs de la séropositivité ou du SIDA. Seul le test de dépistage peut confirmer ou infirmer la séropositivité du VIH ou la séronégativité du VIH.

■ Comment le VIH/SIDA arrive-t-il à affaiblir le système immunitaire ?

Pour bien expliquer ce passage, nous pouvons utiliser l'image d'une maison rongée par les termites. Ces derniers sont des insectes sociaux appelés aussi fourmis blanches. On les rencontre, la plupart du temps, dans les pays intertropicaux (pays chauds). Ils causent beaucoup de dégâts parmi les maisons et les habitations parce qu'ils creusent des galeries dans les bois d'œuvre. Quand ils commencent à manger le bois, on ne se rend compte de rien. Mais ces insectes affaiblissent progressivement les poutres (ensemble des pièces de bois) de la maison. La maison devient fragile ; l'humidité et le vent l'abîment et provoquent des dégâts énormes. Elle s'écroule. C'est ainsi que nous pouvons comprendre le mécanisme d'affaiblissement de l'organisme humain par le VIH/SIDA. Petit à petit, le virus affaiblit les anticorps sans que le sujet infecté s'en rende compte.

Quand le système de défense du corps devient plus faible, toutes sortes de maladies se manifestent et s'installent définitivement chez le patient. Une fois que le corps n'arrive plus à résister aux attaques extérieures, les infections opportunistes interviennent. A ce stade, l'homme devient sidéen et il meurt sous le poids de différentes sortes de maladies.

3.2.- l'évolution du VIH/SIDA dans la ville de Tuléar

Actuellement, le VIH/SIDA est présent partout dans les différents pays du globe. De 1987 à 2003, le taux national de la prévalence du VIH/SIDA à Madagascar était de 1,1%⁹ au niveau de la population totale du pays. Celui de la région de Tuléar a largement dépassé le taux national (1,17%) au niveau régional. En quelque sorte, ces différences manifestes dans les statistiques montrent que certaines zones ou certaines régions sont moins touchées que les autres. En effet, la région de Tuléar en général, la commune urbaine de Tuléar mérite bien d'être l'objet d'une étude sur l'évolution de cette pandémie. Selon le service de santé de district, la protection sociale de Tuléar I a enregistré de 2004 à juillet 2008 sur l'ensemble des sites de dépistage 64 cas des personnes séropositives. Le tableau suivant montre aussi que le nombre de personnes atteintes par le SIDA varie dans le temps. En 2004, sur 99 personnes dépistées, une seule a été séropositive. En 2005, 14 personnes parmi les 2996 tests effectués étaient porteuses du VIH. En 2006, ce chiffre n'a pas cessé de grimper de telle sorte que sur

Tableau 5: - Evolution de l'effectif des personnes infectées dans la ville de Tuléar (2004-2008)

Années	Nombre des personnes dépistées	Nombre des personnes infectées
2004	99	1
2005	2996	14
2006	14149	31
2007	10766	10
2008 de Janvier à Juillet	3189	8
Total	31199	64 ¹⁰

Source : Service de district de la santé et de la protection sociale Tuléar I

14 149 tests réalisés, 31 cas comportent le virus. Ces chiffres révèlent une fois de plus que plus le nombre de personnes ayant fait le dépistage du SIDA est important, plus le nombre de personnes séropositives augmente. Le nombre de personnes séropositives est proportionnel à celui des personnes dépistées. Tout cela nous amène à dire que la ville de Tuléar est une ville à fort taux en matière de VIH/SIDA. Il faut sensibiliser la population à faire le test du SIDA.

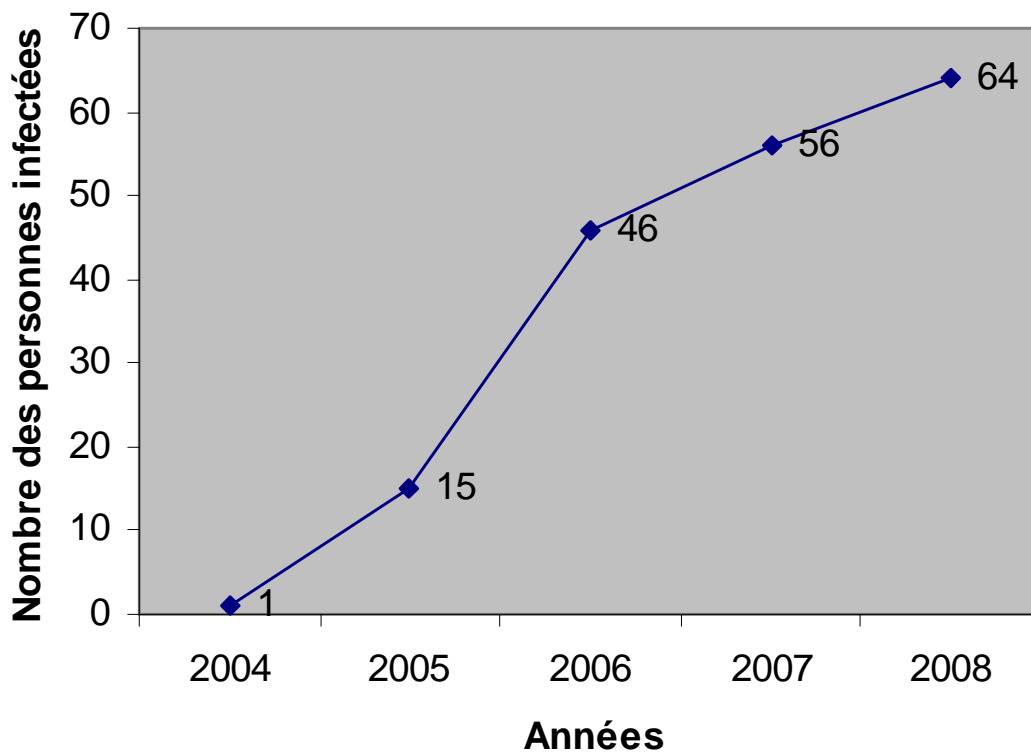
Pour 2007, sur un total de 10 766 personnes dépistées, 10 étaient malades du SIDA. Enfin, pour 2008 (du janvier à juillet), 8 cas de personnes contaminées par le VIH ont été signalées.

⁹ CNLS : Comité National de la lutte contre le SIDA, 2003 à Antananarivo

¹⁰ Service de district de la Santé Tuléar II

Sur une période de quatre ans et quelques mois, le nombre total des personnes séropositives est de 64 pour 31 199 tests réalisés dans la ville de Tuléar.

Courbe 1: - Représentation graphique de l'évolution du VIH/SIDA dans la ville de Tuléar (2004 à mi 2008)



Le nombre de personnes séropositives augmente d'une année à l'autre. En 2004, un seul cas de personnes séropositives a été signalé. Ce chiffre n'a pas cessé de grimper de telle sorte qu'en 2005, le nombre total est passé à 15.

De 2005 à 2006 le nombre de personnes malades a augmenté de 31 cas supplémentaires ; donc, au total la ville 46 personnes séropositives ont été dépistées entre 2006 et 2007. Dix (10) cas s'ajoutent encore aux précédents et portent le nombre à 56 personnes porteuses du VIH/SIDA. Pour les cinq premiers mois de l'année 2007-2008, il a été dépisté 8 personnes séropositives. En tout, 64 personnes atteintes du VIH/SIDA ont été enregistrées de 2004 à juillet 2008 dans la commune urbaine de Tuléar. Entre 2005 et 2006, la courbe présente une pente très forte. Cela veut dire que la progression du VIH/SIDA n'est pas uniforme. Pour plus de précision, nous allons prendre trois échantillons des sites fonctionnels de dépistage de la commune urbaine de Tuléar : le centre SISAL, le CSB-II de Tsimenatse et MARIE-STOP.

Tableau 6: - Le nombre de personnes séropositives détectées à SISAL

Années	Nombre de personnes examinées	Nombre de personnes séropositives
2004	379	0
2005	1831	5
2006	2525	6
2007	2622	5
2008 (janvier à mars)	970	4
Total	8327	20 ¹¹

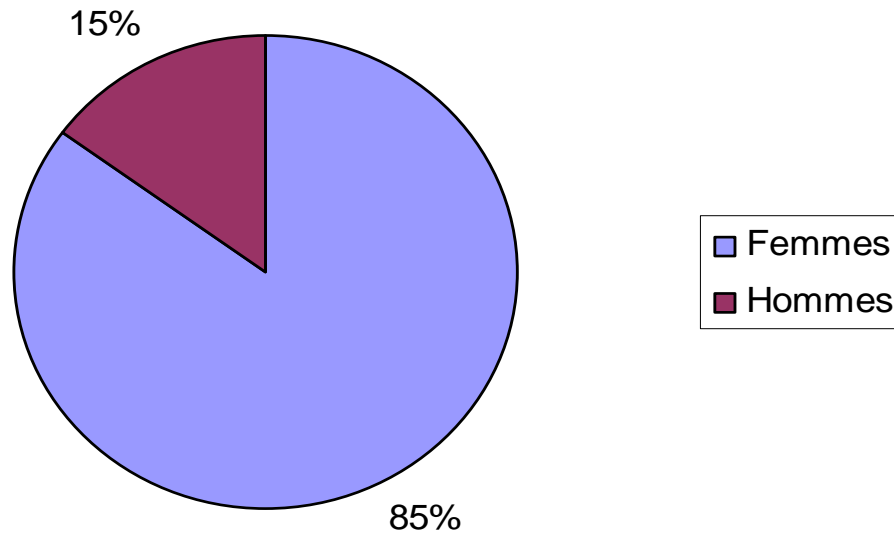
Le CTV/SISAL a débuté le test de dépistage du VIH/SIDA en 2004. Au cours de cette année 2004, ce centre a pu tester 379 personnes mais aucune d'entre elles n'a été séropositive. En 2005, il a pu dépister 5 personnes séropositives sur 1 831 testées. En 2006, le chiffre a augmenté jusqu'à 6 personnes infectées sur 2525 sujets examinés. En 2007, le centre de dépistage SISAL a testé 2 622 individus parmi lesquels 5 étaient infectées par le VIH. Enfin, pour le trois premiers mois de l'année 2008, les résultats des dépistages ont montré 4 séropositifs parmi les 970 personnes ayant subi le test.

De 2004 à mars 2008, le centre hospitalier SISAL a examiné 8 327 personnes parmi lesquelles 20 étaient séropositives. Ce qui représente 31,25% du nombre total des personnes séropositives de la commune urbaine de Tuléar. Avec ces résultats, on peut admettre que SISAL figure parmi les centres de dépistage qui ont pu détecter le maximum de personnes séropositives.

Par respect de la confidentialité des données, le médecin-chef de ce centre n'a pas voulu nous révéler l'identité des malades et beaucoup de détails concernant les personnes infectées. Pour les statistiques, il a mentionné que parmi les 20 personnes séropositives, 17 sont des femmes dont une enceinte et les trois restants sont des hommes. Les chiffres montrent que les femmes sont plus concernées par les problèmes du VIH/SIDA que les hommes. Dans la mesure où la quasi-totalité des personnes séropositives détectées dans ce site sont des femmes (voir le graphique ci-dessous illustrant leurs pourcentages par rapport aux hommes.

¹¹ SISAL (Sambatra Izay Salama) : Médecin chef

Graphique 1: - Pourcentage des femmes séropositives par rapport aux hommes



Le CSB-II de Tsimenatse a commencé le dépistage en 2005. Lors de cette première année, 900 personnes ont été dépistées. Une seule personne âgée de 25 ans a été infectée par le VIH. Le pourcentage de personnes infectées par le VIH était de 0,1% par rapport au nombre des personnes dépistées.

L'année suivante, ce centre a pu dépister 4 autres cas de personnes infectées par le VIH sur 4661 têtes examinées. Elles sont des chômeuses de sexe féminin. Les deux premières sont âgées de 31 et 35 ans. Les deux autres (un étudiant âgé de 24 ans de l'université de Tuléar et une lycéenne de 18 ans) sont des personnes en cours de formation.

Tableau 7: - Nombre de personnes séropositives dépistées au CSB II de Tsimenatse (2005 à mi 2008)

Années	Nombre des personnes dépistées du VIH	Nombre des personnes séropositives	Agés	Travail	Sexe
2005	900	1 séropositif	25 ans →	Chômeur	M
2006	4661	4 séropositifs	31 ans →	Chômeur	F
			35ans →	Chômeur	F
			24 ans →	Etudiant	M
			18 ans →	Lycéenne	F
2007	1200	3 séropositifs	33 ans →	Chômeur	F
			35 ans →	Tireur de pousse	M
			26 ans →	Ménagère enceinte	F
2008 Janvier à Mai	100	4 séropositifs	30 ans →	Fonctionnaire	F
			27 ans →	Ménagère	F
			20 ans →	Commerçant	M
			16 ans →	Pêcheur	M
Total	6861	12 séropositifs	-	-	5M 7F

Source : - CSB II de Tsimenatse

En 2007, le centre a pu dépister 1200 personnes parmi lesquelles 3 sont porteuses de la maladie dont un chômeur de 33 ans de sexe féminin, un tireur de pousse-pousse de 35 ans et une ménagère de 26ans.

Pour les cinq premiers mois de l'année 2008, le centre a pu dépister 100 personnes parmi lesquelles 4 sont contaminées par le VIH (une femme chômeur âgée de 30ans, une ménagère de 27ans, un commerçant de 20ans et un pêcheur de 16 ans).

Au total, de 2005 à mai 2008, le CSB-II de Tsimenatse a dépisté 6 861 personnes parmi lesquelles 12 (16-35 ans) sont des séropositives. Cet intervalle d'âges nous montre que l'infection du VIH/SIDA touche plus particulièrement les jeunes de moins de 30 ans. En effet, parmi ces douze (12)¹² personnes séropositives, sept (07) sont des jeunes de 16 à 27ans.

¹² CSB II TSIMENATSE : Chef du centre

Toutes les catégories socioprofessionnelles sont concernées (des agents de la fonction publique, des ménagères, des commerçants, des pêcheurs, des tireurs de pousse-pousse, des étudiants, des lycéens, des chômeurs, des prostituées).

Tableau 8: - Nombre de personnes séropositives dépistées au centre MARIE-STOP

Année 2008	Nombre de personnes dépistées	Nombre de personnes séropositives	Situation matrimoniale	Age	Travail	Sexe
Janvier	15	0	-	-	-	-
Février	15	0	-	-	-	-
Mars	18	1	Marié de Vazaha	19 ans	Ménagère	F
Avril	3	1	Marié de Vazaha	31 ans	Ménagère	F
Total	51	2 ¹³	-	-	-	2 F

Le centre Marie-Stop a ouvert ses portes en 2007. Les données statistiques de ce centre sont calculées par mois. C'est un centre de planning familial qui s'attache à faire le contrôle volontaire des naissances. A partir de Janvier 2008, ce centre a dépisté 15 femmes mais aucune d'entre elles n'était séropositive. En février, il a réalisé aussi 15 tests mais tous sont séronégatifs. Par contre, en mars, sur 18 femmes dépistées, une est séropositive. Elle est une jeune fille de 19 ans, mariée avec un Européen. Enfin, pour le mois d'avril, 3 femmes ont été testées et une parmi elles est séropositive. Elle est une femme âgée de 31 ans, mariée également avec VAZAHA.

Au total, le centre Marie-Stop a dépisté 51 femmes parmi lesquelles deux (02) sont séropositives. L'analyse de ces données montre que le VIH/SIDA ne fait pas d'exception du point de vue des origines, de la race, de l'appartenance socioprofessionnelle, de l'âge, du sexe. Les trois sites (SISAL, CSB-II de Tsimenatse et MARIE-STOP) sont des centres fonctionnels pour le dépistage du VIH/SIDA ont pu détecter plus de la moitié des personnes infectées par le virus du sida entre 2004 et mai 2008. Les autres cas ont été détectés par les autres sites qui font les tests du VIH/SIDA (PTME et CTV). Voir le pourcentage dans la courbe cumulative de la page suivante.

¹³ Marie-stop (le responsable du centre)

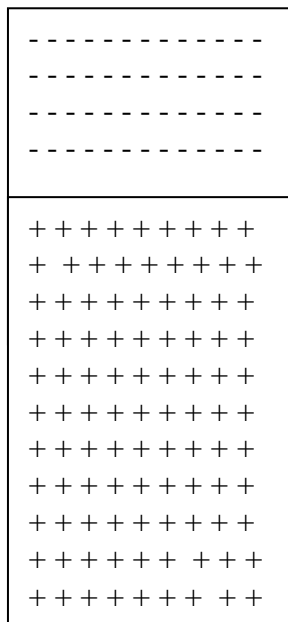
Graphique 2: - Représentation graphique des pourcentages de cas de personnes séropositives des sites pris comme échantillons et les autres sites qui dépistent le VIH dans la ville

Les autres sites représentent 46,875% :

Infirmierie de la garnison, CHRR, FISA,
Clinique Saint Luc, CSB-II Mahavatse,
CSB-II Sanfily, CSB-II Besakoa
Et SALFA

Echelle utilisée :

100%	—————>	64
53,125%	—————>	34
10cm	—————>	100%
1cm	—————>	10%
?	—————>	53,125%



Les sites pris comme échantillons
(SISAL, CSBII TSIMENATSE
ET MARIE-STOP) : 53,125%

Légende

- | |
|------|
| ---- |
| ---- |

 : Nombre de cas détectés par les autres sites
- | |
|----|
| ++ |
| ++ |

 : Nombre de cas détectés par les sites considérés comme échantillons

3.3.-la Situation des PVVIH au CHRR, évolution de l'épidémie à l'échelle nationale

3.3.1.- la Situation des PVVIH au CHRR (2004-2008)

Les chiffres officiels du CHRR montrent que de 2004 à 2008, le nombre de malades répertoriés et faisant l'objet de suivi médical s'élève à 46 personnes infectées. La plupart de ces malades sont des habitants de Tuléar I. Les autres viennent de Tuléar II (Mangily, Saint-Augustin), Morombe, Sakaraha et Ilakaka. Le tableau de la page suivante montre leur situation au cours de la période 2004-2008.

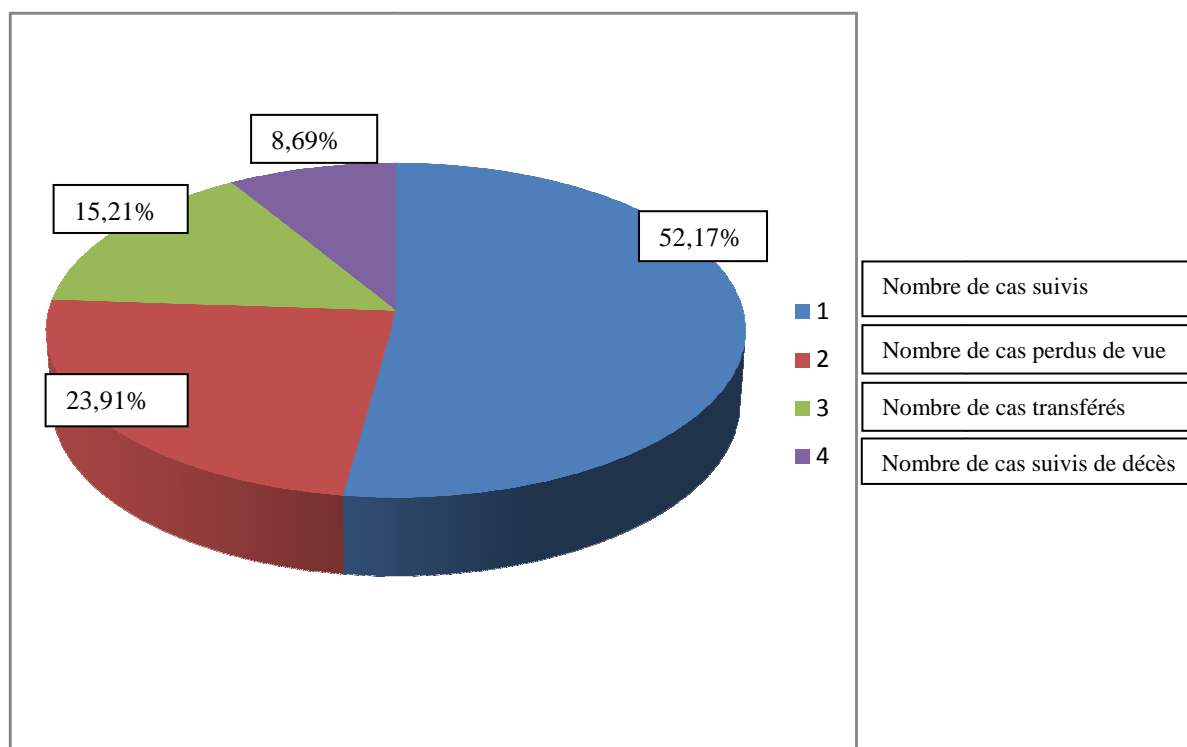
Tableau 9: - Situation des PVVIH au CHRR (2004 à mi 2008)

Années \ Situation	2004	2005	2006	2007	2008	Total
Inscrits	06	06	21	05	08	46
Transférés	01	01	02	00	00	04
Décédés	00	01	03	01	02	07
Perdues de vue	02	03	04	02	00	11

Source : - Médecin Référent de la Région de Tuléar

Les malades ne se comportent de la même manière. En effet, 04 malades ont été transférées à Antananarivo, 07 sont décédés et 11 ont perdu. Il ne reste donc que 24 malades qui suivent régulièrement le traitement des ARV au CHRR. Parmi ces malades, on compte 9 femmes enceintes, soit 37,5% des personnes poursuivant leur traitement. Ce taux très élevé montre que la région de Toliara court un grand danger. La plupart des femmes séropositives sont indigentes de telles sortes que leurs bébés risquent d’être infectés.

Graphique 3: - Représentation graphique de la situation de PVVIH s’inscrivant au CHRR (2004-2008)

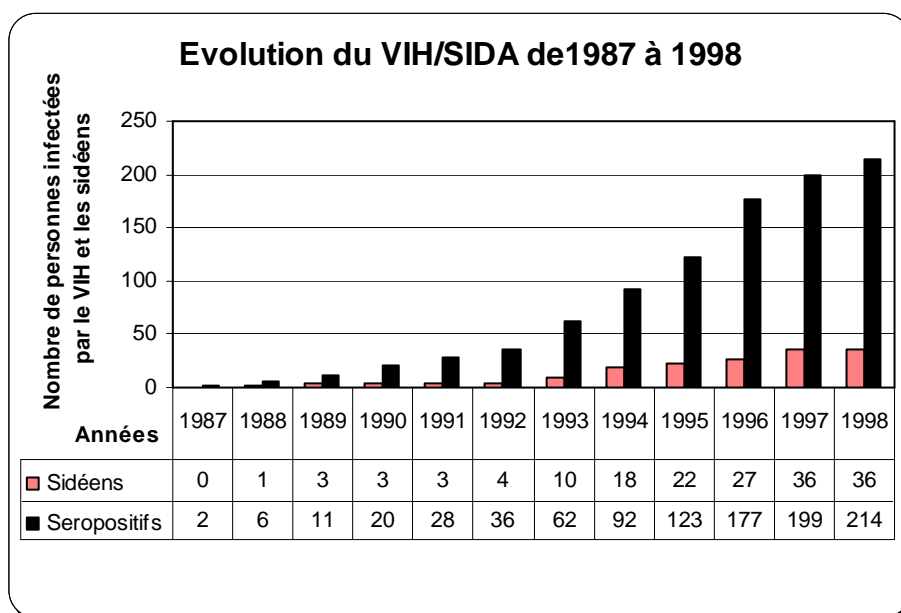


Les malades poursuivant le suivi médical au CHRR représentent 56,17% du total des inscrits durant la période 2004-2008. Les malades transférés représentent 8,69%, ceux qui sont décédés sont assez nombreux (15,21%) et les personnes infectées par le VIH/SIDA perdues de vue équivalent à 23,91%. Les personnes infectées par le virus du sida et qui ont demandé d'être transférées à Antananarivo sont originaires de la capitale ; elles ne supportent plus leurs conditions de vie précaires à Tuléar. Celles qui sont perdues de vue ne comprennent pas l'importance du suivi médical. Le manque de suivi médical peut aggraver leur situation car ces personnes risquent de transmettre inconsciemment le virus à d'autres personnes encore saines. Elles sont, en quelque sorte, des vecteurs du VIH/SIDA qui pourra contaminer rapidement beaucoup de personnes.

3.3.2.- l'évolution de l'épidémie à Madagascar entre 1987 et 1998

Selon les études menées par les MSF ou Médecins Sans Frontières entre 1987 et 1998 concernant l'évolution du VIH/SIDA à Madagascar, le nombre de personnes infectées par le virus a augmenté progressivement d'une année à l'autre. Au cours de cette période, sur 203 340 personnes dépistées au niveau national, 214 cas sont séropositifs et 36 des sidéens. Cela donne un taux de prévalence de 0,12% au niveau national.

Graphique 4: - Représentation graphique de l'évolution du VIH/SIDA à Madagascar entre 1987-1998



Le diagramme à bâtons ci-dessus montre le nombre de personnes atteintes du VIH/SIDA évoluent d'une manière très rapide pendant la fourchette de temps (1987-1998). Entre 1987 et 1992, le nombre de personnes séropositives est passé de 2 à 36, soit dix huit fois plus nombreux en l'espace de cinq ans. Pour l'intervalle 1992-1995, la hauteur des bâtons a triplé, c'est-à-dire que le nombre de personnes séropositives est multiplié par trois.

Enfin, pour la fourchette de temps (1995-1998), la hauteur des bâtons est multipliée par deux. Par contre, pour les sidéens, de 1988 à 1993, le nombre de sidéens est huit fois plus fort en 1998 qu'en 1993. La situation ne cesse de progresser positivement en faveur du sida de telle sorte qu'en 1998, il y a un doublement du chiffre de 1994.

Les données précédentes montrent que le VIH/SIDA évolue à Madagascar d'une manière exponentielle. Il n'y pas de période où le VIH/SIDA a stagné.

3.3.3.- l'évolution du VIH/SIDA entre 1998 et 2003 à Madagascar

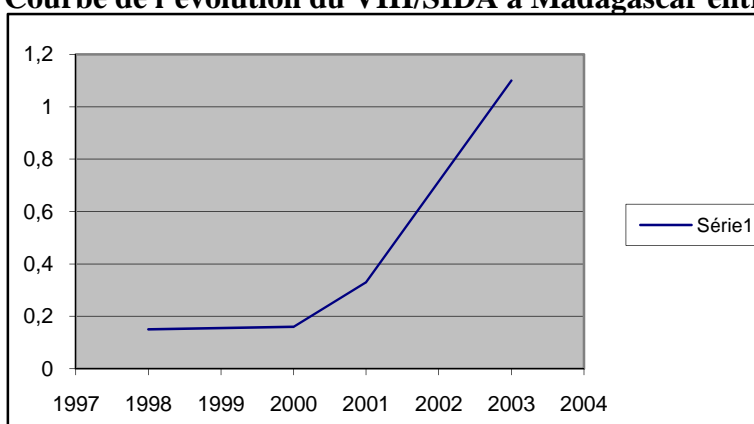
Parallèlement aux actions de MSF, le CNLS a mené d'autres études sur l'évolution du VIH/SIDA à Madagascar entre 1998 et 2003. Les résultats de ces études ont montré que le taux de prévalence du SIDA à l'échelle nationale est passé de 0,15 à 1,1%.

Tableau 10: - Evolution du VIH/SIDA à Madagascar entre 1998 et 2003

Années	Cas de l'infection à VIH/SIDA	Pourcentage
1998	Un séropositif pour 750 habitants	0,15%
2000	Un séropositif pour 600 habitants	0,16%
2001	Un séropositif pour 350 habitants	0,33%
2003	Un séropositif pour 90 habitants	1,1%

Source : - CNLS (fini de l'année 2003)

Courbe 2: - Courbe de l'évolution du VIH/SIDA à Madagascar entre 1998 et 2003



Entre 1998 et 2000, l'évolution de l'épidémie au niveau national est encore très lente. Entre 2000 et 2001, c'est-à-dire en l'espace d'une année, la pente de la courbe s'est accentuée. Cela veut dire que le taux de prévalence a grimpé ; il est passé de 0,16% en 2000 à 0,33% en 2001. Ces données statistiques nous montrent qu'il y a un doublement du taux de prévalence au niveau national en une année.

Entre 2001 et 2003, la pente de la courbe est plus forte que celle de la période de 2000-2001. Cela signifie que le taux de prévalence est plus élevé que celui de 2000 à 2001. Quand on se réfère au nombre de taux de prévalence, on constate que le taux est passé de 0,33% en 2001 à 1,1% en 2003. Au cours de cette période, le taux de prévalence de l'infection par le VIH/SIDA a triplé au niveau national.

Actuellement selon les données récentes de l'ONU SIDA, Madagascar a environ 49000 personnes vivant avec le VIH/SIDA.

3.3.4.- Quelques données de l'infection par le VIH/SIDA à l'échelle mondiale

Selon les dernières estimations de l'ONU/SIDA en 2007, le monde est menacé par le VIH/SIDA. Il est enregistré environ 33,2 millions de personnes contaminées par le VIH/SIDA. Parmi ceux-ci, les adultes et les jeunes (15-49 ans) comptent 30,8 millions. Les enfants de moins de 15 ans sont au nombre de 2,4 millions d'âmes. Le continent le plus touché par le VIH/SIDA est le continent noir (Afrique) où il existe 22,5 millions de séropositifs rien qu'en Afrique subsaharienne. Ils représentent environ 68% des personnes séropositives au niveau mondial. Par ailleurs, il faudrait ajouter à ces lots d'autres adultes et enfants qui sont nouvellement infectés par le VIH/SIDA durant les derniers mois de l'année 2008.

Le VIH/SIDA menace plusieurs millions de personnes parmi lesquelles beaucoup ont perdu la vie. Il engage beaucoup de dépenses à l'échelle mondiale, en particulier dans les pays pauvres. Exemple : Lors de la 17^{ème} conférence mondiale sur le VIH/SIDA qui s'est tenue à Mexico au mois de Juillet de l'année 2008, plus 15 millions de dollars destinés à l'endroit des pays sous-développés ont été fournis par les Etats-Unis. Cette conférence a rassemblé environ 22 000 personnes venant des différentes régions du monde et cela, dans le but d'échanger des expériences en matière de lutte contre le VIH/SIDA.

Chapitre IV : - LES FACTEURS DE RISQUE DU VIH/SIDA

A Tuléar comme dans les autres villes de l'île, l'évolution ou la tendance actuelle du taux de la prévalence du VIH/SIDA laisse supposer que la population n'est pas à l'abri des risques de l'épidémie. Ces risques s'expliquent surtout par des phénomènes d'ordre socioculturel, biologique, environnemental et économique. En effet, les risques d'infection par le VIH/SIDA s'expliquent par différents facteurs favorisant son explosion dans les différentes communautés. Ces facteurs sont : les facteurs sociaux liés étroitement aux comportements et à la fragilité des femmes, culturels, environnementaux et économiques

4.1.- Les facteurs sociaux liés aux comportements sexuels et à la fragilité de la femme

D'une manière générale le comportement sexuel de la population de la ville de Tuléar comme dans les autres villes se caractérise par un silence et une liberté toujours grande. Ce silence et cette liberté sont acceptés par les jeunes filles, les garçons, les femmes et les hommes. Cette situation amène la population sur un autre horizon du monde où les femmes et les jeunes pratiquent librement des actes sexuels qui peuvent augmenter le taux d'infection par le VIH/SIDA.

4.1.1. - Les facteurs sociaux liés aux comportements sexuels

4.1.1.1. - Les rapports sexuels non protégés et les multi-partenariats quasi généralisés

Le rapport sexuel non protégé augmente le risque d'infection par le VIH/SIDA. Il est le premier facteur favorisant la propagation du VIH/SIDA dans le monde. Il représente également le mode majeur de la transmission du virus avec une fréquence estimée à 98% au niveau national.

Le rapport sexuel sans préservatif avec un partenaire infidèle constitue donc la cause principale de risque de la propagation du VIH/SIDA. Au niveau national les rapports sexuels sans protection sont presque des rapports occasionnels. A titre d'exemple, selon les enquêtes menées par le PSI à Madagascar, à peu près les $\frac{3}{4}$ des rapports sexuels occasionnels se font sans préservatif. Dans ce cas, le taux de propagation des maladies sexuellement transmissibles MST ou du VIH/SIDA est élevé et atteint 75%. Les rapports sexuels occasionnels sans

protection expose les partenaires à un risque de contamination soit par le virus du SIDA, soit par les autres IST.

La commune urbaine de Tuléar ne dispose pas dans ce domaine de données récentes. Les chiffres disponibles pour illustrer la fréquence de la contamination par le VIH/SIDA datent de 2003. Au cours des derniers mois de cette année 2008, 44% pour les hommes contre 15% pour les femmes ont déclaré avoir fait des rapports sexuels occasionnels sans préservatif.

Comparativement aux statistiques quant au pourcentage de l'utilisation des préservatifs, le taux est très faible, car 2,6% des hommes et 0,3% des femmes ont déclaré utiliser les préservatifs au cours de la même année. Ce phénomène gagne de plus en plus du terrain, car selon une petite enquête que nous avons menée auprès des jeunes femmes et des jeunes gens de 15 à 19 ans, ils n'aiment pas utiliser les préservatifs lors des rapports sexuels. Dans ce cas, dans la commune urbaine de Tuléar, les jeunes sont plus exposés au VIH/SIDA et aux autres maladies sexuellement transmissibles s'ils ne changent pas de comportement sexuel.

Le multi-partenariat dans le domaine des relations sexuelles est quasiment généralisé dans la ville de Tuléar tant pour les jeunes que pour les adultes. Les hommes et les jeunes gens éprouvent beaucoup de fierté en multipliant leurs partenaires sexuels (flirts). Les femmes, de toutes les catégories d'âge, sont fières d'avoir changé de partenaires à plusieurs reprises dans la commune urbaine de Tuléar. La plupart des collégiens et des collégiennes, des lycéens et des lycéennes, des étudiants de l'enseignement supérieur ont, au moins, deux partenaires, ce qui signifie que les jeunes gens et les jeunes filles courent le plus de risque d'être contaminés par le VIH/SIDA.

Par ailleurs, certains anthropologues affirment bien que le fait d'avoir plusieurs partenaires est un phénomène très ancien. Ce comportement sexuel est tout de même critiquable parce qu'il favorise la multiplication du risque de transmission de certaines maladies. Il semble que les termes utilisés pour traduire la fidélité des partenaires sont rares dans la langue malagasy. Par contre, ceux utilisés pour désigner l'infidélité et le multi partenariat sont nombreux : « mampirafy », « maro maso », « janga » pour ne citer que quelques uns. Ces derniers justifient que la multi partenariat et l'infidélité sont très répandus depuis une époque immémoriale et ils s'accroissent au fil des temps à cause de la liberté sexuelle, de la pauvreté et du silence qui entourent le phénomène à Madagascar en général, à

Tuléar en particulier. Toutefois, la nouvelle maladie (VIH/SIDA) irréversible expose les partenaires à des risques de contamination dont les conséquences sont graves. Les gens utilisent des termes nouveaux pour désigner la fidélité tels que « tsy mijangajanga », c'est-à-dire rester mutuellement fidèles l'un envers l'autre « tsy mifamitaka » ou ne pas tromper son conjoint et/ou sa conjointe. Ce sont des termes récents pour faire passer le message de la fidélité qui est l'une des clés pour lutter et endiguer les IST et le VIH/SIDA.

4.1.1.2. - La prostitution et les transactions sexuelles

La prostitution, c'est-à-dire le commerce du sexe pour l'argent est un très vieux métier du monde. Elle consiste à monnayer les relations sexuelles. Cette pratique est parmi les facteurs qui augmentent le nombre de personnes séropositives, voire l'accélération de l'infection par le VIH/SIDA à Madagascar. La prostitution est plus pratiquée par les femmes célibataires et les jeunes filles non scolarisées dans le centre urbain tel que Tuléar. La prostitution est, en quelque sorte, une profession qui permet d'avoir des revenus monétaires. Les prostituées s'exhibent partout dans les rues pendant la nuit, notamment sur l'axe de la route de la Sanfily tout près de la gare routière communément appelé « stationnement des taxis-brousse », au grand marché (Bazar-Be), à l'ombre de grandes boutiques, dans les boîtes de nuit (Photos 5) et d'autres lieux de la ville.



Photo 5: une boîte de nuit de zaza-club où certaines jeunes filles et femmes se vendent

Les transactions sexuelles sont définies entre les partenaires. Les relations sexuelles peuvent être payées en nature (biens matériels) ou en espèces (biens de banque). De plus en plus, avec les difficultés de la vie, les parents incitent leurs enfants (jeunes femmes) à sortir

avec une ou des personnes fortunées. Dans ce cas, la prostitution n'est pas une activité purement professionnelle. Cette forme de prostitution est souvent pratiquée par les femmes de ménage très pauvres et les jeunes filles scolarisées qui ne pensent pas au problème du VIH/SIDA. Par conséquent, la prostitution et les transactions sexuelles constituent des facteurs qui augmentent les risques d'infection par le VIH/SIDA parce que les personnes séropositives ne s'affichent pas et elles aiment faire le rapport sexuel non protégé.

4.1.1.3. - Le rapport précoce et l'activité sexuelle qui précède l'éducation

Les enquêtes sanitaires et démographiques de 1997 montrent que plus de la moitié (56% de jeunes de 18ans) ont commencé leur vie reproductive au niveau national. La proportion est beaucoup plus élevée dans les zones peu développées que dans les milieux plus évolués et techniquement avancés. Ainsi, dans la région de l'Imerina, les premiers rapports sexuels chez les jeunes débutent vers l'âge de 16-20 ans. Par contre, sur la côte et plus particulièrement dans les zones à fortes activités touristiques tels que Morondava, Ifaty, Tuléar ville et autres, les premiers rapports sexuels chez les jeunes filles commencent entre 12-15 ans. Toutefois, dès l'âge de 10 à 12ans chez certaines filles, il n'est pas rare de constater les premiers rapports avant les premières règles. Bref, les rapports sexuels précoces accroissent les risques de la transmission ou de l'explosion du VIH/SIDA parce que les jeunes filles ne sont pas suffisamment protégées contre le VIH/SIDA qui trouve facilement dans ces êtres un terrain favorable. La rupture de l'hymen (membrane qui bouche en partie l'entrée du vagin et qui est déchiré lors du premier rapport sexuel) expose la jeune fille au virus du SIDA. A cela s'ajoute aussi un autre facteur : les muqueuses vaginales sont très fragiles chez les jeunes filles de moins de 15 ans. La combinaison de ces deux effets est l'une des causes qui facilitent et qui exposent les jeunes filles à l'infection par le VIH/SIDA.

- L'activité sexuelle antérieure à l'éducation est un fait très remarquable dans la commune urbaine de Tuléar. L'absence d'intervention des parents dans l'éducation sexuelle des jeunes filles et des garçons relevée dans plusieurs études menées précédemment et confirmée par les résultats de nos enquêtes sur le terrain est flagrante. La majorité des mères ne donnent pas de conseils en matière d'éducation sexuelle à leurs enfants avant qu'ils ne soient sexuellement actifs. Ce n'est qu'au moment de l'apparition des premières règles qu'elles interviennent surtout pour mettre en garde leurs filles contre la grossesse mais non contre les IST ou le VIH/SIDA.

Les pères de famille, quant à eux, s'occupent des garçons. Leur intervention en matière d'éducation des jeunes gens consiste surtout à conseiller leur progéniture à faire attention et éviter de mettre enceintes leurs copines. Ils n'interdisent pas la liberté sexuelle de leurs garçons. Tout cela favorise donc le risque de l'infection par les maladies sexuellement transmissibles, voire par le VIH/SIDA. Les jeunes gens ignorent complètement les mesures de protection et l'utilisation des préservatifs. Ils courent beaucoup de danger.

Tableau 11: manque d'information des enfants de 13 à 19 ans

Parlez-vous des sujets relatifs à la sexualité et du VIH/SIDA dans votre famille	Jeunes gens de 13 à 19 ans			
	Garçons		Filles	
	Nombre	Pourcentage %	Nombre	Pourcentage %
Jamais	17	68	20	80
Rarement	6	24	4	16
Souvent	2	8	1	4
Total	25	100	25	100

Source : - Enquête personnelle

A Tuléar ville, les enfants et les jeunes gens ne bénéficient aucune éducation sexuelle en matière de lutte contre le VIH/SIDA. Ils ne sont pas informés des comportements moins risqués avant qu'ils ne soient sexuellement actifs. La plupart des 50 enfants et jeunes gens interrogés (25 garçons et 25 filles de 13 à 19 ans) n'ont pas reçu de formation en matière d'éducation sexuelle. Quelquefois, le sexe est perçu comme un sujet tabou. Pour le cas de 25 garçons interrogés, 68% ont déclaré qu'ils n'ont jamais été invités par leurs parents à discuter sur des sujets relatifs à la sexualité et au VIH/SIDA. 24% ont affirmé qu'il est très rare d'aborder de tels sujets en famille. La minorité (8%) a déjà abordé ces sujets en famille, mais la discussion se fait dans les limites de l'acceptable.

Les jeunes filles (80% des jeunes filles interrogées) ont déclaré qu'elles n'ont jamais entendu les parents discuter les sujets relatifs au VIH/SIDA et aux comportements sexuels moins risqués. La minorité des jeunes filles (16%) affirme qu'il est très rare d'aborder de tels sujets en famille. Très peu parmi les jeunes filles interrogées (4%) ont été informées par leurs grands parents.

4.1.2. - La fragilité de la femme

La femme a trois fois plus de risque d'être contaminée par le virus du SIDA que l'homme lors d'un rapport sexuel non protégé. Cette différence s'explique par des raisons biologiques liées à l'organisme et à son fonctionnement. En effet, les spermatozoïdes contiennent plus de virus que les sécrétions vaginales. Après un rapport sexuel, ils peuvent rester plusieurs jours dans les organes génitaux de la femme. Les virus passent dans les organes génitaux par des muqueuses. Or, la surface des muqueuses du sexe féminin est plus importante. Par ailleurs, il y a des moments où elle est particulièrement fragile ; ce qui veut dire que le risque augmente encore.

Il y a aussi des raisons liées au mode de vie : les inégalités sociales et économiques, la dépendance financière et la violence physique et morale qu'endurent certaines femmes dans leurs relations avec les hommes sont autant de facteurs qui peuvent avoir une influence directe sur la capacité de négociation d'un rapport sexuel protégé. Toutes les femmes ne sont pas exposées au risque de la contamination par le VIH/SIDA de la même façon, car les aspects biologiques et les modes de vie sont différents pour chacune d'elles.

4.2. - Les facteurs socioculturels

A part les facteurs liés aux comportements sexuels et à la fragilité de la femme, il existe aussi d'autres facteurs qui augmentent le risque de contamination par le VIH/SIDA.

4.2.1.- Les us et les coutumes

Ils sont définis comme les usages et les habitudes de la population ainsi que ses manières de vivre héritées des ancêtres.

4.2.1.1. - Le fati-drà et certaines méthodes traditionnelles

- Le « fati-drà » ou la fraternité par incision est une pratique traditionnelle qui consiste à faire une fraternité sanguine selon laquelle deux personnes s'unissent par le pacte du sang. Une petite incision faite au niveau de l'abdomen de chaque individu laisse couler quelques gouttes de sang utilisées pour sceller la fraternité de deux personnes d'origines différentes. Le sang du futur frère est bu par l'autre et réciproquement pour bien montrer qu'ils deviennent

désormais unis par le sang. En d'autres termes, il s'agit d'un pacte unissant deux personnes qui visent la consolidation de leurs relations par un rite au cours duquel ils échangent leur sang par contact direct. Ce pacte instaure donc l'amitié et la fraternité sanguine durant toute leur vie. A Madagascar, la région Sud-ouest, en l'occurrence Tuléar est l'une des régions qui conservent encore cette pratique ancestrale aussi bien dans le milieu rural qu'en ville. Avec la prolifération du virus du SIDA, cette pratique est un risque parce qu'elle la porte au VIH/SIDA, car il s'agit d'un échange direct de sang d'une personne à une autre.

- Par ailleurs, certaines méthodes traditionnelles de guérison qui utilisent des instruments pointus ou coupants entrent dans le cadre du risque de l'expansion de la maladie. La médecine traditionnelle, le tatouage, la percée d'oreilles en masse, la circoncision en masse qui utilisent un même instrument pour plusieurs enfants constituent un danger si les règles de l'hygiène ne sont pas bien respectées.

4.2.1.2. - Les rites

Les rites traditionnels sont l'un des facteurs qui exposent les habitants au risque de contamination par le VIH/SIDA dans certaines régions de Madagascar. Ces rites traditionnels autorisent les rapports sexuels sans limite durant une courte période de 3 à 4 jours. Ces rites varient d'une région à l'autre : à Majunga, le bain des reliques ou « Fanompoam-be », le « Fitampoha » à Belo-sur-Tsiribihina, le « Kiridy » à Fianarantsoa. A Tuléar, les rites coutumiers sont très nombreux : la circoncision « savatse », l'exorcisme « bilo », le bain des reliques royales « fitampoha », les veillées mortuaires « aritory », les funérailles « asa lolo », etc. Chaque circonstance est une occasion pour les libations (boissons alcooliques, repas en abondance, rapports sexuels libres et sans protection). Tous ces rites exposent la population tuléaroise au danger du VIH/SIDA parce qu'ils autorisent des comportements sexuels sans le moindre contrôle et sans la moindre retenue. Pendant ces cérémonies rituelles, un jeune homme ou une jeune femme peut faire des relations sexuelles avec plus des trois personnes sans préservatif en une seule nuit. Si l'un de partenaire est séropositif, ce qui est fort probable, en une nuit combien de personnes sont infectées par le VIH/SIDA ou par toute autre maladie sexuellement transmissible ?

4.2.1.3. - L'alcool et la drogue

L'alcool et la drogue augmentent la vulnérabilité des hommes dans la mesure où ces substances altèrent la faculté de jugement et conduisent à des comportements à haut risque.

L'alcool est consommé beaucoup plus que la drogue surtout par les hommes que par les femmes. Cette consommation est quantitativement très exagérée pendant les fêtes et les cérémonies traditionnelles ; les gens s'enivrent et commettent des actes inconscients.

4.3. - Les facteurs environnementaux et socio-économiques

Les facteurs environnementaux et socio-économiques contribuent une grande influence sur l'évolution de la propagation du VIH/SIDA à Madagascar en particulier à Tuléar.

4.3.1. - Les facteurs environnementaux

4.3.1.1. - Le silence dans la communication sur le VIH/SIDA

Compte tenu des tabous et des coutumes qui entourent le sexe et le VIH/SIDA, les parents n'osent pas discuter les questions relatives au sexe avec leurs enfants. Pour ceux qui comprennent l'importance de l'éducation sexuelle pour les enfants, lorsqu'ils essaient de leur donner des conseils, ils ne les écoutent pas. Parfois, les enfants préfèrent même quitter la famille pendant toute la journée et ne revenir que la nuit pour dormir.

Pour eux, les parents gardent le silence et négligent ainsi toutes les conséquences que cela peut entraîner. C'est d'autant plus grave que certaines filles se révoltent contre les parents lorsque ces derniers leur donnent fréquemment des conseils sur la manière de vivre et de se comporter. Elles choisissent vivre isolées, libres et entièrement indépendantes. Souvent, elles se regroupent et louent des maisons pour échapper à l'emprise familiale ; elles évitent ainsi les critiques et les conseils interminables.

Ceux qui ne comprennent pas l'importance de l'éducation sexuelle pour leurs enfants restent bouche cousue. Les problèmes relatifs au VIH/SIDA, les MST et les débats concernant le bon comportement pour éviter le mal n'ont pas de place dans les discussions familiales et dans la communauté villageoise. Les parents ont une certaine honte quand il s'agit d'aborder le problème alors que la lutte contre le VIH/SIDA doit constituer la priorité des priorités. Cette révolte et cette absence de conseils poussent les jeunes filles à chercher de l'argent ailleurs et elles finissent par tomber dans un environnement malsain. D'où « Toliara tsy

miroro » avec l'existence de bars dans tous les coins qui entraînent à la dérive sexuelle de tout genre et qui rendent les jeunes filles plus vulnérables à l'infection du VIH/SIDA.

4.3.1.2. - L'influence du phénomène saphir

Ce phénomène saphir de Sakaraha et d'Ilakaka joue une grande influence sur la population tuléaroise qui est attirée par l'appât du gain. Dans cette perspective, les jeunes filles et les femmes qui ont déjà des partenaires préfèrent quitter la ville de Tuléar pour aller s'installer à Sakaraha. Comme elles n'ont pas de qualification professionnelle en matière de pierres précieuses, elles ne trouvent pas du travail dans le lieu de migration. Pour survivre et faire face aux dépenses de logement, elles s'adonnent à la prostitution. Elles s'exposent ainsi au risque de l'infection par le VIH/SIDA. Quant aux hommes, une fois qu'ils aient de l'argent, ils ne pensent qu'à le dépenser en payant la plus belle fille et cela, quel que soit le prix. Les hommes choisissent la ville de Tuléar (la capitale région) pour passer leur temps de loisirs. La plupart de ces hommes ne pensent qu'à l'alcool et aux femmes.

4.3.1.3. - La stigmatisation, la discrimination et le rejet du test de dépistage

Dans la ville de Tuléar, la grande majorité de la population a un bas niveau d'instruction. Un individu sur 100 a le niveau universitaire ; le taux de l'analphabétisme est très élevé. La stigmatisation (Photo 6) et la discrimination persistent toujours dans la commune urbaine de Tuléar. Auparavant, les responsables qui s'occupent des PVVIH négligent les malades et les laissent seuls dans les chambres d'hospitalisation des tuberculeux. Cette négligence a causé la fuite des personnes infectées par le VIH de ces formations sanitaires. Mais les choses ont évolué de telle sorte qu'actuellement, les personnes séropositives acceptent un suivi assuré par le personnel de la santé, plus particulièrement par le médecin référent du (CHRR).

Certaines personnes infectées par le VIH/SIDA ont peur de se rendre chez le médecin car, a priori, elles pensent qu'elles seront rejetées par la société. D'autres personnes refusent totalement de faire le dépistage par peur d'être séropositives. La stigmatisation, la discrimination ainsi que le refus de faire le test de dépistage constituent un obstacle de suivi des personnes séropositives. Si le suivi des personnes séropositives n'est pas assuré, la maladie peut se transmettre d'une personne malade vers une personne saine.



Photo 6: la stigmatisation d'un séropositif

4.3.1.4. - Les mouvements migratoires de la population interne

Les mouvements migratoires figurent parmi les facteurs qui stimulent la propagation du VIH/SIDA. Dans une région semi-aride comme le Sud-Ouest de Madagascar, les migrations sont l'une des stratégies adoptées par la population pour lutter contre la pauvreté, la pénurie alimentaire, la famine. Une part importante de la population quitte sa région d'origine pour aller dans des zones aux conditions climatiques plus clémentes ou dans les centres urbains tels que Tuléar car elle espère y trouver un emploi. D'autres personnes se déplacent à cause de leur travail ou bien elles changent de métiers dans le cadre de ce que l'on appelle la migration professionnelle. Ce changement de métier nécessite quelquefois le changement de lieu de résidence. Les mouvements migratoires peuvent être temporaires ou définitifs. Le nombre important de personnes migrantes peut comporter des individus séropositifs qui résideront à Tuléar ou dans d'autres centres urbains. Ils augmenteront le taux de personnes séropositives dans la ville. A titre d'exemples, on peut citer les militaires ou les personnes attirées par le saphir vers Ilakaka ou Sakaraha. Ils laissent leurs femmes chez eux. Ils fréquentent d'autres femmes pour leurs besoins physiologiques. Ils n'envoient pas de l'argent pour entretenir leurs familles. Les femmes abandonnées deviennent indigentes et elles

se trouvent dans l'obligation d'accorder leurs faveurs sexuelles extraconjugales contre de l'argent.

Les déplacements temporaires comme ceux des chauffeurs de camion ou de bus, des commerçants ainsi que ceux des élèves et des étudiants sont aussi des facteurs des risques car ils favorisent le multi partenariat.

L'exode rural est jugé un facteur potentiel de la vulnérabilité par le VIH/SIDA parce que beaucoup de jeunes gens venant s'installer en ville ont un niveau d'instruction très bas. Lorsque les jeunes filles arrivent dans les villes où le taux de chômage est déjà élevé, elles acceptent la prostitution parce qu'elles n'arrivent pas à trouver un emploi.

Dans la commune urbaine de Tuléar, les derniers recensements de la population ont fait ressortir que les principaux migrants sont constitués par les Tanalana, Mahafaly, Antandroy, Antanosy, Tanosy, Betsileo et d'autres encore (Carte 4).

4.3.2. - Les facteurs socioéconomiques

Pour faire face au manque d'argent dans le ménage, certains hommes autorisent, voire incitent leurs épouses ou leurs filles à sortir avec des Etrangers ou des hommes riches. Les prix élevés des produits locaux comparativement aux salaires de misère poussent certaines catégories sociales à adopter des stratégies de survie allant jusqu'à la pratique de la prostitution. Elles s'exposent ainsi au danger de l'infection par le VIH/SIDA.

4.3. 2.1. - Le tourisme sexuel

Il se définit comme l'effet de voyager ou de se déplacer dans une région ou dans un pays dans le but de chercher les plaisirs sexuels. La plupart des touristes qui viennent à Madagascar sont d'origine européenne, asiatique, africaine, etc. (Carte 5). Ils ne cherchent ou ne profitent que les « 3S » suivants ; Sex (sexe), Sun (soleil) et Sea (mer).

La plus grande majorité de ces touristes s'intéressent beaucoup au Sud du pays sachant pertinemment qu'ils peuvent avoir l'occasion de pratiquer librement le tourisme sexuel. En arrivant dans cette région, ils sont à la recherche de partenaires faciles. Ils profitent les conditions économiques précaires de la plus grande majorité de la population tuléaroise et ils

sortent avec des jeunes filles, la plupart du temps, mineures. Souvent, les couples sont formés par des Vazaha de troisième âge (65-70 ans) et des jeunes filles de 13-15 ans. Ils sont présents dans les différents quartiers de la ville, dans les hôtels tels que SAÏFEE ou dans les cafés

Rapport-Gratuit.com

Carte 4: les mouvements migratoires de la population interne

Carte 5: les principaux touristes migrants dans la commune urbaine de Toliara

Comme LA TERRASSE et plus encore dans les boîtes de nuit (ZAZA CLUB). Ils se font remarquer par les voitures 4 x 4, les Quades, les motos, etc. Mais les partenaires formant ces couples ne sont jamais fidèles, car d'un côté comme de l'autre, ils ont d'autres copains et d'autres copines supplémentaires. Avec cette liberté sexuelle, la population court très facilement le danger de l'infection par le VIH/SIDA. Les Etrangers ne sont pas les seuls responsables qui incitent les jeunes à la débauche ; des ressortissants malagasy très fortunés agissent de la même manière que ces Vazaha. Les partenaires aspirent à une vie de luxe et ils n'hésitent pas à vendre leur sexe par des pratiques immorales.

Dans la vie sociale, ce genre d'homme est considéré comme une personne de prestige. Parfois toute décision devant être par la communauté dépend de lui. Ces hommes riches profitent de la pauvreté et la misère persistante que certaines familles tuléaroises vivent pour demander la main de n'importe quelle fille. La famille de cette dernière accepte sans la moindre objection. C'est d'abord la richesse ou l'argent qui compte. Toutefois, ce genre d'unions comporte beaucoup de conséquences négatives. Très âgés, ces hommes ne peuvent plus satisfaire les besoins physiologiques des jeunes mariées ; elles se sentent dans l'obligation de trouver d'autres hommes plus jeunes qui sont, la plupart du temps, des gavroches. Ces jeunes femmes mariées sortent avec plusieurs hommes ou abandonnent leurs maris. Les solutions pour résoudre ces problèmes d'insatisfaction sexuelle les amènent à courir un grand risque de contamination par les IST, voire le VIH/SIDA.

4.3.2.2. - La hausse des prix de produits alimentaires

Tableau 12: - Variation des prix de quelques produits vivriers dans la commune urbaine de Tuléar (2003, 2004, 2005 et 2008)

Produits / Années	2003	2004	2005	2008
Un sac du riz de 50 kg (FMG)	110.000	225.000	265.000	310.000
Un litre d'huile (FMG)	8.000	10.000	11.000	22 500
Un kilo de viande (FMG)	9.000	12.000	13.000	15.000
Un kilo de farine (FMG)	4.500	5.000	6.000	8.000

Source : - Enquête personnelle

La récession économique est fortement ressentie par la population de telle sorte que la plupart des ménages usent de tous les moyens pour joindre les deux bouts du mois. En effet, les prix des denrées alimentaires grimpent régulièrement au fil des temps alors que les salaires

restent stationnaires. La population tuléaroise n'échappe pas à la règle. Faute de mieux, cette population vulnérable est tentée de s'exposer à des risques dans la mesure où les jeunes sans emploi ou encore vivant d'un salaire de misère s'adonnent à des activités peu catholiques, notamment le commerce du sexe. Cette activité les expose à des risques de contamination par les IST et par le VIH/SIDA. Les femmes célibataires sont particulièrement concernées par ce fléau. Elles sont plus exposées que les autres, car elles éprouvent le besoin d'argent pour leurs emplettes journalières comme tant d'autres. Mais elles n'ont pas de maris qui pourront les aider à trouver ce dont elles ont besoin. Par conséquent, elles fréquentent les boîtes de nuit en espérant y trouver d'éventuels clients. Ainsi, la prostitution sous toutes ses formes se développe dans les villes comme à la campagne. Le risque est grand parce que les éventuels partenaires ne sont pas toujours sains.

Etant donné la dégradation du pouvoir d'achat de la population tuléaroise liée à la hausse sans cesse croissante des prix de produits de premières nécessité et la presque stagnation des salaires ou de son revenu, les difficultés de la vie quotidienne ne peuvent que s'empirer. Ces conditions de vie déplorables entraînent de nombreux problèmes à la population citadine. Celle-ci est, entre autres, tentée de se prostituer et ce, au risque d'attraper le VIH/SIDA. Cette situation lamentable constitue un facteur de risque pouvant augmenter l'épidémie du VIH/SIDA. On peut même admettre que plus on est pauvre, plus le risque de la vulnérabilité au VIH/SIDA augmente. La pauvreté est synonyme du VIH/SIDA et le SIDA appelle ou instaure la pauvreté.

Troisième partie :

CONSEQUENCES DU FLEAU ET LUTTE CONTRE

LE VIH/SIDA

Chapitre-V : - LES CONSEQUENCES DU VIH/SIDA

Une fois que le VIH/SIDA s'introduit et poursuit sa propagation dans un pays, une région ou une communauté, les conséquences deviennent de plus en plus graves et désastreuses. Elles sont multiples et extrêmement complexes et ce, sur plusieurs niveaux. Elles commencent tout d'abord au niveau individuel, ensuite au niveau familial et enfin au niveau communautaire. Ces conséquences peuvent avoir diverses formes : psychologiques, culturelles, sociales, stratégiques, politiques, éducatives, démographiques, sanitaires, économiques. Tous ces différents aspects que nous avons cités forment les conséquences ou les impacts globaux de l'épidémie du VIH/SIDA. Ces impacts sont aussi vrais tant pour les pays développés que ceux qui sont pauvres. Toutefois, dans ces derniers, le VIH/SIDA a plus d'impacts, car il leur manque des moyens pour se défendre.

Par ailleurs, les pays où le taux de prévalence du VIH/SIDA est très élevé sont les pays économiquement pauvres tels que l'Afrique subsaharienne. Les conséquences de la pandémie sont ressenties plus profondément par rapport à celles vécues par les pays riches où le taux de prévalence est faible comme dans les pays, en majorité musulmane du Moyen-Orient.

Comment se présentent alors les impacts du VIH/SIDA dans la commune urbaine de Toliara ? Les réponses à cette question feront l'objet de ce chapitre intitulé les conséquences du VIH/SIDA.

5.1.- Les impacts individuels, familiaux et communautaires

Les conséquences de l'infection du VIH se font d'abord sentir au niveau individuel. Etre séropositif ou être atteint du SIDA quel que soit son statut social (enfant, jeune ou vieux, riche ou pauvre) réduit considérablement l'espérance de vie. Une personne séropositive est toujours nerveuse : elle rejette tout, elle désespère à tout moment, elle a de l'angoisse, elle est stressée et elle se démoralise facilement. Le VIH/SIDA est considérée comme une maladie honteuse, car elle peut être interprétée de différentes manières selon les points de vue. C'est la raison pour laquelle les séropositifs ou les sidéens ne montrent pas au grand public la situation sanitaire dans laquelle ils se trouvent.

5.1.1.- les impacts individuels

Selon les laborantins et l'Association FIFAFI, certaines pistes pour le dépistage du VIH/SIDA confirment que différentes réactions sont observées chez les personnes infectées du VIH dès la révélation de leur statut sérologique.

Les personnes chargées d'annoncer le statut sérologique d'une personne soumise au dépistage du VIH/SIDA dans les PVVIH confirment que la révélation de la vérité est vraiment délicate, plus particulièrement lorsque le patient apparemment sain est porteur du virus. Ce moment est un choc terrible pour la personne concernée. Ce moment envahit toute la capacité de défense de la personne infectée qui se sent et se voit déborder par la situation de la séropositivité. Elle se panique. Elle peut être entraînée vers un état où elle perd ses sensations extérieures. Dans cette étape de la perte de sensation, la personne séropositive n'est plus réceptive par rapport à son environnement social et par rapport à ce qui l'entoure. C'est pourquoi, il est recommandé à la personne concernée de se faire accompagner par un ami ou un parent. Le technicien responsable de révéler la situation sérologique de la personne concernée doit respecter un moment de silence pour lui permettre à la personne concernée d'avoir un temps de récupération. A travers ce moment de silence, un regard plein de compassion, un contact physique peut aider la personne concernée à mieux s'armer pour affronter le pire.

Le déni qui est une réaction pouvant se manifester chez la personne séropositive après qu'elle ait été mise au courant de sa situation sérologique à l'annonce du résultat des examens de son sang. Le déni est aussi le fait même de ne pas accepter cette séropositivité. La personne concernée refuse énergiquement ou nie ce résultat. Elle peut dire, par exemple : « Non, ce n'est pas vrai, peut-être le docteur a commis une erreur ».

La colère est également une forme des réactions enregistrées chez une personne infectée par le VIH/SIDA. Elle est un début d'acceptation des résultats de l'analyse médicale de son sang ; elle se traduit par des réactions verbales qui sont difficilement tolérables par l'entourage. Parfois, elle peut se traduire par des lamentations.

La frustration de la personne infectée par le VIH/SIDA peut se traduire aussi par le repli sur soi. Ce repli, cependant, n'est pas systématique. Le danger du repli sur soi peut

entraîner la personne séropositive à commettre des actes criminels tels que le suicide ou la volonté de transmettre le virus pour contaminer le maximum de personnes.

La honte gagne souvent les personnes séropositives tant celles-ci se demandent comment elles peuvent affronter la société. Pour d'autres, cette situation est d'autant plus insupportable qu'elles préfèrent se suicider.

5.1.2.- les impacts familiaux

La séropositivité d'une personne peut avoir des impacts négatifs sur la vie d'une famille qui est soumise à de dures épreuves. La famille doit veiller sur la santé de la personne malade en faisant face aux frais des déplacements, des chambres d'hospitalisation et aux coûts relatifs aux autres médicaments à part les ARV qui sont gratuits. Cette situation devient un problème très grave pour les familles indigentes. La famille doit sacrifier une grande partie de ses ressources pour l'achat de médicaments et d'autres choses. Pour la famille déjà pauvre, la situation va de mal en pis. Si la personne séropositive est le pilier de la famille, les choses deviennent plus graves encore. Elle se soigne en même temps qu'elle traite les infections opportunistes. Arrivée au stade avancé de la maladie, elle ne peut plus bouger et elle laisse à sa famille de s'occuper de sa personne. Le cas échéant, l'Association FIFAFI intervient pour l'aider. Elle mourra tout en laissant derrière elle des personnes âgées sans revenu, sans soutien moral et financier.

Il y a des cas où les membres de la famille de la personne séropositive n'interviennent plus. La personne malade est abandonnée ; elle n'a ni un soutien moral, ni une aide financière. Plus de trois cas de séropositifs abandonnés par les membres de leurs familles ont été enregistrés lors de nos enquêtes sur le terrain. Il y a même un homme qui a laissé tomber sa femme à cause du statut sérologique de cette dernière laquelle est porteuse du VIH/SIDA. Cette femme fait face aux divers frais (transport par pousse-pousse, les honoraires des médecins pour les consultations et d'autres dépenses imprévues). Pour faire face à ces dépenses très lourdes, elle met en vente les biens de la famille.

On peut dire que le VIH/SIDA prive la personne malade de sa famille. Il appauvrit plus encore les familles nécessiteuses. Il est à l'origine de la rupture des liens qui unissaient

les membres d'une famille. En 2005, il y a un homme qui a refusé d'informer sa femme sur sa situation sérologique. Il a préféré se suicider, car il savait pertinemment qu'il allait mourir à cause du VIH/SIDA dont il est victime. L'épidémie du SIDA provoque des tensions nouvelles ; tel est le cas d'un homme séropositif qui a perdu tous les membres de sa famille à cause du VIH/SIDA. Il préfère mourir comme les siens avant même que la maladie ne termine pas ses jours.

5.1.3.- les impacts du VIH/SIDA sur les communautés

L'infection par le VIH/SIDA peut créer de nouveaux problèmes parmi les communautés touléaroises. En effet, deux familles sont en discorde suite à la disparition de l'un de leurs membres qui a succombé à cause de l'infection par le VIH/SIDA. La famille du défunt voulait enterrer la dépouille mortelle dans le tombeau familial réservé à cet effet. Mais l'autre famille n'a pas permis qu'on l'enterre avec les ancêtres. En outre, dans la ville de Toliara comme partout ailleurs, une personne infectée par le VIH/SIDA provoque une stigmatisation des familles et une discrimination sociale, voire une exclusion. Certaines personnes ont perdu leur travail à cause de la discrimination et de la stigmatisation liées au VIH/SIDA. Dans la ville de Toliara, un chauffeur de taxi a vécu cette situation.

Par conséquent, nous pouvons dire que l'infection par le VIH/SIDA pourrait entraîner la rupture des relations sociales de différents ordres (professionnel, amical, familial et communautaire).

5.2.- Les impacts de l'infection par le VIH/SIDA sur le service de la santé

Dans tous les pays touchés, l'infection du VIH/SIDA augmente de pression sur le secteur de la santé dont le personnel médical est largement insuffisant, surtout dans les pays pauvres. Les besoins en matière de soins pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA augmentent sans cesse comme le montre les données statistiques de PVVIH. Pour bien comprendre cette situation, les besoins des hôpitaux quant aux réactifs pour le dépistage ou les médicaments pour traiter les personnes atteintes du VIH/SIDA sont très significatifs.

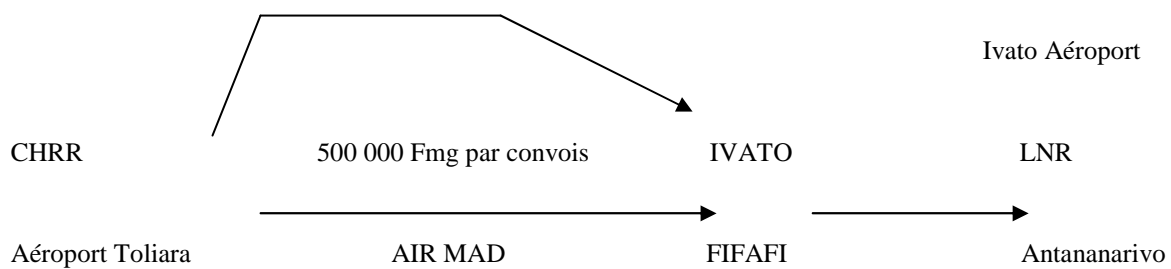
Tableau 13: Antirétroviraux disponibles à Madagascar pour le traitement des patients adultes infectés par le VIH/SIDA

Noms	Posologie	Présentation	Conditions de prise
AZT Zidovudine	300 mg x 2/jour	Gel à 250 mg Cp à 300 mg	Indifférente
DDI Didanosine	150 mg x 2/jour si poids = 60 kg 200 mg x 2/jour si poids > = 60 kg ou 250 mg en prise unique si < 60 kg 400 mg en prise unique si > = 60 kg	Cp à 100 mg Cp à 150 mg Cp à 400 mg Gel à 250 mg Gel à 400 mg	A jeun, 1/2h avant le repas ou 2h après le repas, avec IDV : prendre les deux produits à jeun à 1h d'intervalle
3 TC Lamivudine	300mg / jour	Cp à 150 mg Cp à 300 mg	Indifférente
AZT + 3 TC	1 Cp x 2/jour	Cp à 300 mg d'AZT et 150 mg de 3 TC	Indifférente
D4T Stavidune	30 mg x 2/jour si poids < 60 kg 40 mg x 2/jour si poids > = 60 kg	Gel à 15 mg, 20 mg, 30 mg et 40 mg	Indifférente
Abacavir	300 mg x 2/jour	Cp à 300 mg /jour	Indifférente
IDV Indinavir	800 mg x 3/jour (Boostage)	Gel à 200 mg Gel à 400 mg	A jeun, 1h avant ou 2h après le repas, boire 2 à 3 l d'eau /jour, avec DDI : prendre les deux produits à jeun à 1h d'intervalle
NFV Nelfinavir	750 mg x 3/jour	Cp à 250 mg	Pendant le repas
NVP Névirapine	200 mg/jour jusqu'à J 14 puis 400 mg/jour en 1 ou 2 prises	Cp à 200 mg	Indifférente
EFZ Efavirenz	600 mg/jour en 1 prise unique	Gel à 200 mg Gel à 600 mg	Plutôt le soir au coucher
TRIVIZIR (AZT + Lamivudine + Abacavir)	1 Cp /jour	Cp : 300 mg d'AZT + 150 mg 3 TC + d'Abacavir	Au cours ou en dehors de repas
KALETRA	3 Gel x 2/jour	Gel	Au cours d'un repas 1h après ou 2h avant la DDI

Source : - CNLS à Antananarivo, 2007

De 1987 à ce jour, le pays n'a cessé de commander ou d'acheter des médicaments pour lutter contre l'infection par le VIH/SIDA (voir le tableau de la précédente) qui nous montre tous les antirétroviraux disponibles pour le traitement des patients adultes atteints du VIH/SIDA à Madagascar. Ce tableau nous montre que Madagascar achète 12 types d'antirétroviraux (Photo 7 ;) . Les dépenses, de plus en plus lourdes pour l'acquisition de ces médicaments dépassent largement les possibilités financières de l'Etat qui n'arrive plus à les payer. Ces dépenses sont également accentuées par le coût de transport en vue de l'acheminement de ces médicaments d'une région à une autre et l'envoi du sang (suivi biologique) vers Antananarivo puis vers la France à cause de l'inexistence de certains réactifs dans le pays. Beaucoup d'aides financières sont offertes pour l'achat de ces médicaments et pour les soins des personnes infectées par le virus du SIDA. Pour savoir plus sur les dépenses sanitaires de la ville de Toliara relatives à l'envoi de sang vers Antananarivo (Laboratoire Naturel de Référence LNR), il faut voir le tableau suivant.

Schéma : - Circuit de l'envoi du sang de Toliara vers Antananarivo



Le CHRR de la ville de Toliara envoie quatre fois par an du sang vers le Laboratoire National de Référence LNR d'Antananarivo. Le sang est expédié vers Antananarivo par la voie aérienne. Le CHRR envoie ce sang à destination du LNR via l'Aéroport de Toliara (Photo 8).



Photo 7 quelques cartons des ARV dans un cabinet médical de l'HOPITAL BE

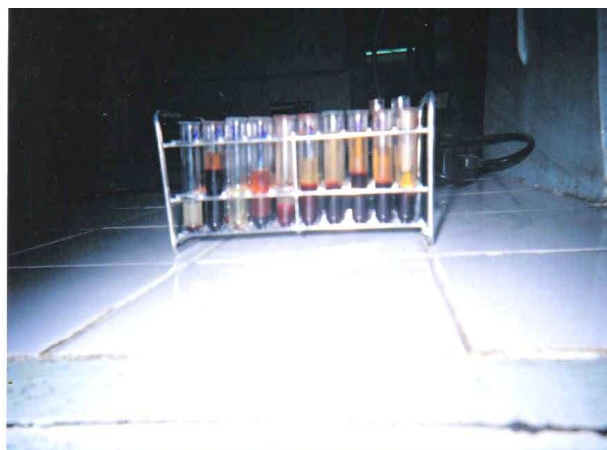


Photo 8 échantillon du sang infecté du VIH/SIDA au CHRR à destination du LNR

L'association FIFAFI se charge de récupérer ce sang à l'aéroport et son expédition vers le Laboratoire National de Référence. Les frais de transport d'un seul envoi de ce sang de Toliara à Antananarivo coûtent 500 000¹⁴FMG. Pendant une année, les dépenses atteignent 2 000 000 FMG ; en l'espace de quatre ans, les dépenses sont de 8 000 000 FMG exception faite du coût de transport entre Antananarivo et Paris.

Dans certains pays où l'infection touche massivement la population, le traitement des personnes infectées absorbe plus de 66% du budget de la santé publique. Dans les pays de l'Afrique comme le Kenya, la Mozambique, le Cameroun et d'autres, 70% des lits des hôpitaux peuvent être récupérés pour les sidéens de telle sorte que les autres malades n'ont pas assez de place. L'infection du VIH/SIDA est une menace potentiellement importante et elle grève le budget sanitaire d'un Etat lorsque le taux de prévalence est très élevé.

En Afrique subsaharienne, les dépenses médicales annuelles réservées pour faire face au SIDA sont estimées à 30 dollars par patient alors que les coûts globaux de la santé publique sont inférieurs à 10 dollars par habitant. En Afrique, le nombre de patients admis dans les hôpitaux augmente. Dans la ville de Toliara, nous n'avons pas accès aux statistiques quant aux dépenses relatives pour l'achat de médicaments chez le Médecin Référence. A part cela, une affaire concernant le VIH/SIDA (une consultation à domicile ou un patient venant récupérer les ARV), provoque une pléthore de malades chez les autres médecins. Cette surcharge est d'autant plus ressentie que le Médecin Référence de la ville de Toliara est aussi un Pédiatre et un Médecin chargé de la prise en charge médicale des PVVIH. Pour lui, il faut,

¹⁴ Médecins Référents (CHRR) Toliara ville

en priorité, s'occuper des patients affectés par le VIH/SIDA, car il n'y a pas d'autres médecins qui s'en occupent. Par contre, les patients de la catégorie enfants et les autres malades peuvent être reçus par d'autres médecins.

5.3.- Les impacts de l'infection par le VIH/SIDA sur la démographie

Dans certains pays plus touchés par l'épidémie, le rythme d'accroissement de la population stagne. Dans le cas où le pays avait connu déjà une diminution de son accroissement, il risque de voir sa population diminuer considérablement. Nous pouvons prendre l'exemple de l'Afrique du Sud et du Botswana. Dans d'autres pays, la croissance démographique peut ne pas baisser, mais elle est ralentie. En Ouganda par exemple, l'espérance de vie à la naissance atteignait 49 ans pendant la période de 1980 à 1985. Les démographes prévoient en 1990 que cette espérance de vie atteindrait 57 ans entre 2000 à 2005. Or, réellement, elle n'était que de 43 ans, soit un recul de 6 ans au lieu d'une progression de 8 ans.

Le VIH/SIDA provoque beaucoup de décès dans le monde. La région la plus touchée est l'Afrique subsaharienne où la maladie ravage surtout les jeunes de 15 à 40 ans et les enfants. Chez les enfants de moins de 5 ans, le taux de mortalité a augmenté de 20 à 40% à cause de cette épidémie dans ces dernières années. Avant l'épidémie du VIH/SIDA, l'espérance de vie en Afrique subsaharienne était à 62 ans. Actuellement, elle n'est plus que de 47 ans. Ce phénomène est dû par le fait que le VIH/SIDA touche plus particulièrement les jeunes et les enfants. De plus, un séropositif ne vit pas longtemps. Une fois que le SIDA maladie apparaît dans le corps, la personne ne peut pas vivre plus d'une année. Entre 1987 et 1998, le SIDA maladie a tué plus 36¹⁵ personnes et environ 214 sont infectées au niveau de Madagascar. D'après les projections, si rien n'est fait d'ici 2015, le taux de prévalence du VIH pourra atteindre 15% dans le pays.

En ce qui concerne la région du Sud-ouest de Madagascar, sur 24¹⁶ personnes qui ont bénéficié de suivi ou de traitement médical entre 2004 à 2008 (au mois de Juillet), 7 sont mortes, ce qui représente un taux de mortalité de 29,16% par rapport au total. La considération de cette fourchette de temps de très court (2004-2008) nous permet de dire que les personnes séropositives de la région de Toliara ne vivraient pas longtemps. L'impact du

¹⁵ Médecins sans frontières – Suisse à Madagascar, Morondava du 11 au 16 Janvier 1999.

¹⁶ CHRR : Médecins Référents de la région de Tuléar.

VIH/SIDA dans le monde réduit considérablement l'espérance de vie. Cet effet est très remarquable surtout dans les pays de l'Afrique subsaharienne. Selon certains démographes, le VIH/SIDA continue son bonhomme de chemin en Afrique Australe ; le pays risque de perdre la totalité de la population noire, car plus de 40% des Noirs sont infectés.

5.4.- Les impacts du VIH/SIDA sur l'éducation nationale

Le secteur de l'éducation est aussi touché. Les conséquences sur les ressources budgétaires et sur les ressources humaines sont importantes. Les premiers constats se rapportant sur une baisse des inscriptions sont visibles dans les pays où le taux de prévalence est élevé ; c'est le cas au Kenya, en Afrique du Sud, en Côte-d'Ivoire, etc. Cette baisse est due au retrait d'enfants des écoles et ce, afin de prendre en charge les parents séropositifs ou les sidéens. En effet, ces enfants se trouvent dans l'impossibilité de payer les frais scolaires (frais d'inscription, achat des fournitures scolaires, etc.) parce qu'une grande partie ou la totalité des revenus de la famille sont réservés au paiement des frais de médicaments.

Parfois, les enfants eux-mêmes sont infectés par le VIH/SIDA. Ils sont contraints d'abandonner leurs études à cause des soins journaliers. Un autre constat des abandons des études a été remarqué à l'Université de Toliara. Une étudiante a arrêté de poursuivre ses études supérieures après qu'elle ait été soupçonnée d'être séropositive en 2003. Cette mauvaise nouvelle l'a terrorisée. Elle se voyait rejeter par ses amis et par la société, sa vie n'avait plus de sens. Mais à partir de l'année 2005, elle s'était rendue compte qu'elle était séronégative et elle a repris ses études en 2006.

En 2006, le même type d'abandon a été enregistré au Lycée d'Antaninarenina. Mais la seule différence est que cette fois-ci, la fille a été vraiment infectée et qu'elle a laissé définitivement tomber ses études. La même année (2006), un jeune étudiant de 24 ans a été classé séropositif ; il a abandonné, lui aussi, les études à l'Université de Toliara.

En outre, les enseignants ne sont pas épargnés. Parfois, dans les pays où l'infection touche fortement la population, des enseignants peuvent être concernés ; certains sont même séropositifs ou sidéens, plus particulièrement dans les zones rurales où les écoles connaissent

une insuffisance d'instituteurs. Etant donné que les enseignants qualifiés sont rares, leur remplacement ou la formation des nouveaux enseignants coûte toujours cher.

5.5.- Les impacts du VIH/SIDA sur l'économie

La perte des travailleurs qualifiés par le VIH/SIDA entraîne une baisse de la production, des exploitations, des ressources et du revenu, surtout dans les régions où le taux de prévalence de l'épidémie est très fort. La pression exercée sur les services sociaux et sanitaires nécessite une augmentation des dépenses publiques au moment où d'autres priorités de développement existent.

Les investissements dans l'éducation, la formation, l'acquisition d'expérience professionnelle, la prévention et la sensibilisation, qui, normalement doivent être augmentés sont freinés par les pressions exercées par l'infection par le VIH/SIDA sur l'économie nationale.

5.5.1.- les impacts du VIH/SIDA sur l'agriculture

Dans de nombreux pays en développement, le VIH/SIDA touche également le secteur agricole. Or, les paysans sont les plus nombreux et représentent 75% de la population totale. Le virus réduit considérablement sa capacité de production. Elle peut avoir des conséquences graves sur l'économie nationale lorsque ce secteur est concerné. Plusieurs membres des familles paysannes ont contracté le VIH/SIDA et ils sont malades. Les membres non infectés de ces familles prennent en charge les malades et les accompagnent dans les centres hospitaliers durant leur traitement. La diminution de la main-d'œuvre ne resterait pas sans conséquence sur la production agricole. Telle est le cas de Zimbabwe où la production de maïs a enregistré une baisse considérable ; il en est de même pour les autres produits. Une Organisation Non Gouvernementale qui s'occupe des problèmes du SIDA au Zimbabwe a signalé une crise alimentaire qui pourrait survenir dans ce pays au cours des (15) quinze prochaines années. L'alerte de crise alimentaire dans ce pays s'explique par deux faits :

- Primo, le nombre de personnes en âge de s'occuper des travaux des champs diminue à cause du SIDA ;
- Secundo, il s'ensuit une régression des superficies cultivées.

Pour le cas de la ville de Toliara, les effets de l'infection par le VIH/SIDA ne sont pas encore ressentis au niveau de l'économie régionale. Toutefois, une famille paysanne résidant dans la ville et dont un membre est infecté par le SIDA, ressent les effets de la maladie d'autant que le malade a été responsable des travaux des champs.

Il sera incapable de travailler, car son statut sérologique de séropositif le désespère. Au début, lorsqu'il a contracté la maladie, la famille ne se rendait pas compte de la gravité de la situation. Mais une fois que le SIDA maladie lui a été révélé, le malade s'est effondré, car il a perdu tout espoir. C'est à ce moment seulement que la famille s'est rendu compte aux impacts de la maladie sur l'agriculture, notamment la diminution de la production agricole, voire son anéantissement.

5.5.2.- Les lourdes dépenses relatives au traitement du VIH/SIDA

L'existence du VIH/SIDA dans un pays, quelle que soit l'économie de ce dernier, nécessite l'engagement d'énormes dépenses monétaires auxquelles sont confrontés certains pays qui ne peuvent pas à faire face à une lutte efficace et durable. C'est la raison pour laquelle l'ONU/SIDA intervient en apportant à ces pays une aide conséquente pour la lutte contre l'épidémie. A Madagascar, le programme des Nations Unies pour l'éradication du VIH/SIDA est en place depuis 1996. Depuis 1987, le pays a perdu beaucoup d'argent dans le cadre de la lutte contre les IST, en particulier contre le SIDA. En 2006, Madagascar a bénéficié d'un financement étranger pour faire diminuer ces maladies, voire les éradiquer. Plusieurs bailleurs de fonds ont participé à ce financement (cf. Tableau suivant).

Tableau 14: - Financement du programme de lutte contre le SIDA

BAILLEURS	NATURE DU FINANCEMENT	MONTANT DU FINANCEMENT (en millions d'ECU)
FAD	Don	6,00
OPEP	Prêt	3,41
ONUSIDA	-	0,34
Gouvernement malagasy	-	1,85
Total	-	11,60
<i>Total en Ariary</i>	-	<i>36,5 Milliards d'Ariary</i>

NOTA BENE :

- FAD : Fonds Africain de Développement
- OPEP : Organisation des Pays Exportateurs de Pétrole

Source : - IRR : Initiation des Résultats Rapides.

Ces financements nous montrent que la lutte sinon pour l'éradication, du moins pour la réduction de ces maladies transmissibles ont besoin d'énormes sommes d'argent. Des sommes qui auraient pu être utilisées pour le développement de l'économie du pays qui est déjà précaire. Ces financements ne font qu'augmenter les dettes extérieures du pays.

Pour le cas de la ville de Toliara, l'ONG SISAL investit annuellement environ 105 cartons de préservatifs lesquels ont un coût global de 3 360 000 FMG. Pendant une période de (4) quatre ans, ce centre a dépensé à peu près 13 440 000 FMG, soit 2 688 000 Ariary sans compter les dépenses de carburants pour les déplacements aux fins de distribution de ces préservatifs dans les lieux cibles tels que ZAZA CLUB et autres.

La lutte contre le VIH/SIDA nécessite plus de financement pour la mobilisation de la population dans la ville de Tuléar. Le cas des campagnes effectuées par les OCB (Organisations Communautaires de Base) est un exemple parmi tant d'autres. Pour l'année 2005, les OCB de la ville de Tuléar ont mobilisé (4) quatre écoles, (4) quatre églises, un groupe de marins, la Hasyma, un camp de la gendarmerie, un camp militaire, un camp des policiers, l'association des transporteurs, un groupe de travailleurs de sexe et d'autres groupes.

Les dépenses de ces campagnes s'élèvent à 37 490 000¹⁷Ariary. C'est ainsi que la lutte contre le VIH/SIDA augmente les dépenses tant au niveau de la communauté tuléaroise que dans les autres communautés. Cette épidémie met beaucoup de pressions au niveau de l'économie du pays. La plupart des aides internationales sont orientées vers les campagnes d'information et de sensibilisation en faveur de la lutte contre le SIDA. Ces campagnes nécessitent des équipements adéquats en vue de la mobilisation de la population. C'est à partir de tous ces problèmes et d'autres que Madagascar devient de plus en plus endetté vis-à-vis des puissances internationales. Le VIH/SIDA rend de plus en plus déficitaire la balance commerciale d'un pays, car celui-ci doit acheter des réactifs et des médicaments (ARV).

¹⁷ RRI (Initiation de Résultats Rapides) à Tuléar ville.

Chapitre-VI : - LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA

Depuis la découverte de cas du VIH/SIDA dans le monde, les recherches d'un remède efficace n'ont jamais cessé. Toutes les catégories sociales se sont mobilisées (scientifiques, organismes gouvernementaux et non gouvernementaux, médecins, artistes, journalistes, politiciens, associations, religieux, etc.).

La mise en place de l'ONUSIDA est un témoin de la mobilisation générale de la lutte contre cette épidémie. Tout le monde n'a pas cessé de chercher les moyens pour endiguer la maladie et/ou pour l'éradiquer. L'ONUSIDA aide financièrement les pays à mettre en place une politique et des stratégies de lutte contre le VIH/SIDA.

A Madagascar, des programmes de sensibilisation et de lutte contre le SIDA sont identiques avec les programmes internationaux. Les responsables du pays ont mis en application dans toutes les régions et dans toutes les villes des programmes de lutte contre le SIDA. Pour le cas de la ville de Tuléar, plusieurs stratégies et mesures de préservation sont mises en application afin de prévenir l'infection par le VIH/SIDA. Certaines stratégies de lutte contre le VIH/SIDA feront l'objet de ce qui suit.

6.1.- Les différentes stratégies adoptées dans la lutte contre le SIDA

Compte tenu de l'expérience acquise dans ce domaine, les responsables et les acteurs de la lutte contre le VIH/SIDA à Madagascar ont reconnu de plus en plus que l'épidémie du SIDA n'est pas le problème d'un seul secteur médical. Elle est plutôt un problème à multiples qui nécessitent l'adoption de stratégies pluridimensionnelles.

6.1.1.- Les stratégies adoptées par le gouvernement

Conscient des dangers de l'épidémie du SIDA dans le pays, l'Etat a mené une lutte contre ce fléau. Dans cette perspective, en 2001-2006, un Plan Stratégique National (PSN) de lutte contre le VIH/SIDA a été mis en œuvre. Malgré les efforts déployés pendant cette période, le taux de prévalence du VIH/SIDA n'a pas cessé d'augmenter dans le pays. C'est

pourquoi la commune urbaine de Tuléar est l'une des 20 zones prioritaires pour l'intervention de la lutte contre le SIDA.

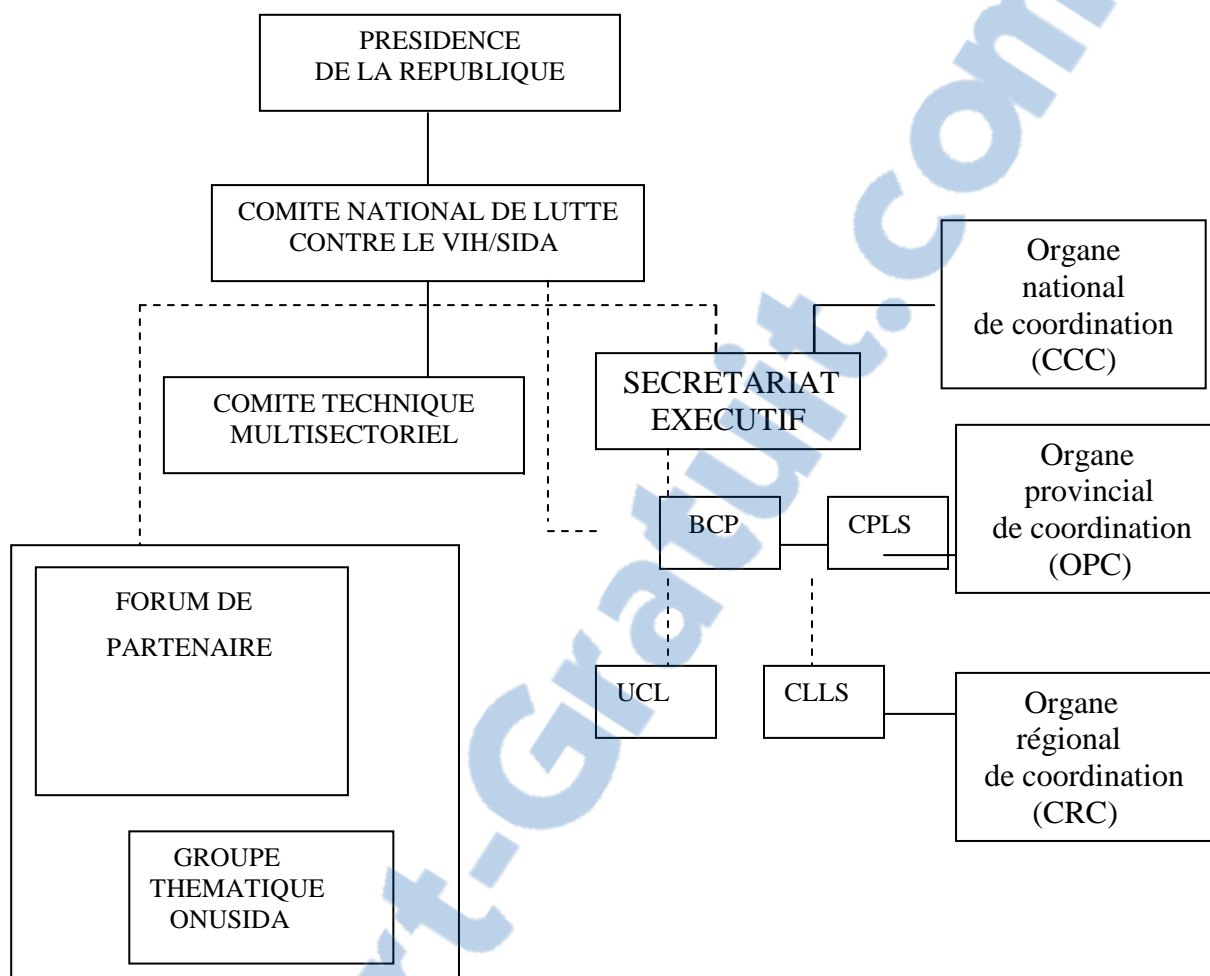
Avec la mise en application du MAP ou Madagascar Action Plan 2007-2012, l'un des objectifs visés est la réduction du taux de prévalence jusqu'à un chiffre inférieur à 1%. Dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA, Monsieur le Président de la République a instauré dans le pays un Comité National de la Lutte Contre le SIDA (CNLS) qui est placé sous sa responsabilité. Le CNLS est un organe institutionnel chargé de la réalisation du programme national de la lutte contre le SIDA. Il joue deux rôles fondamentaux : (1) il coordonne la lutte contre le SIDA, (2) il guide l'exécution du Plan Stratégique National.

Le CNLS et ses représentations provinciales (Comité Provincial de la Lutte Contre le SIDA) et local (Comité Local de la Lutte Contre le SIDA) ont été créés par décret en Octobre 2002. Ces représentations provinciales sont composées par les parties prenantes de la lutte contre le VIH/SIDA, à savoir des représentants du gouvernement, ceux des Organisations Non Gouvernementales (ONG), ceux des organisations communautaires et religieuses.

Au niveau provincial, le CPLS a pour mission d'assurer une meilleure efficacité de la lutte multisectorielle contre les IST et le VIH/SIDA. Chaque comité est composé des représentants de différentes institutions publiques et privées, de ceux de la société civile.

Au niveau communal, le Comité Local de la Lutte contre le SIDA (CLLS) est composé de plusieurs membres qui représentent les institutions publiques et privées, de la société civile.

Graphique 5: - Organisation de la multisectorielle contre le VIH/SIDA à Madagascar



CCC : Communication pour le Changement de Comportement.

— : Liaison hiérarchique

BCP : Bureau de Coordination Provinciale.

- - - - : Liaison fonctionnelle

UCL : Unité de Coordination de la Lutte contre le SIDA

Dans le domaine de l'orientation politique et stratégique, le CNLS a pour mission de :

- donner une orientation politique et stratégique générale suivant les résultats du plan stratégique national ;
- promouvoir les actions de plaidoyer ;
- valider les programmes ;
- assurer l'intégration de la lutte contre le VIH/SIDA dans les programmes de développement ; assurer l'évolution de la lutte contre le VIH/SIDA à Madagascar ;
- valider le rapport annuel sur la lutte contre le VIH/SIDA.

Dans le domaine de mobilisation des ressources, le CNLS a pour mission de :

- proposer au Président de la République un programme de mobilisation de toutes les entités nationales et internationales pour les activités de lutte contre le VIH/SIDA à Madagascar ;
- proposer un programme d'allocation et d'utilisation des fonds nécessaires, à savoir le fonds mondial de la lutte contre le VIH/SIDA ;
- développer et promouvoir le partenariat avec la société civile, les ONGs et les bailleurs de fonds.

Quant au CLLS, il est chargé de :

- faire une supervision générale de la mise en œuvre de l'ensemble du programme de lutte au niveau local ;
- mobiliser les ressources locales ;
- développer le partenariat local ;
- assurer la transmission des données au niveau provincial ;
- assurer la mobilisation communautaire et le plaidoyer au niveau local.

Dans la ville de Tuléar comme dans les autres villes, plusieurs acteurs sont sur le terrain et ils interviennent dans la lutte contre le VIH/SIDA. Parmi ces acteurs, nous pouvons citer les OCBs, associations, ONGs, services de santé, les militaires, les pêcheurs, etc.

6.1.2.- Les OCBs et les différentes associations

Les OCBs ou Organisations Communautaires de Base font partie des acteurs qui mènent des actions de lutte contre le VIH/SIDA sur le terrain. Dans la ville de Tuléar, il existe plusieurs OCBs qui ont participé à la sensibilisation de la population. Ces OCBs ont un seul objectif : le renforcement des actions de lutte contre le VIH/SIDA que les pairs ont déjà menée. Bien que les OCBs soient nombreuses, la zone de renforcement de la sensibilisation est vaste et certains quartiers à l'instar des quartiers périphériques ne sont pas encore touchés.

Les expériences des membres en développement social et celles du CLLS en santé communautaire a facilité leur tâche dans la création des OCB dans certains quartiers en vue de la participation à la sensibilisation de la population locale. Tel a été le cas de l'OCB de la Section FRAM Faritra Atsimo Tsimenatse-II (EPP Petit Lycée) qui intègre dans le programme d'enseignement une éducation tendant à familiariser les enfants et leurs parents au test de dépistage du VIH/SIDA. Cette OCB s'efforce de prévoir la possibilité de transmission des IST et du VIH/SIDA, et par la même occasion attirer l'attention de tout un chacun à avoir un comportement exemplaire. Des moyens efficaces en matière d'information-communication sont utilisés pour parvenir au changement de comportement moral.

Les activités de l'OCB Section FRAM Faritra Atsimo Tsimenatse-II ont abouti aux résultats suivants :

- distribution de six cartons de préservatifs durant les trois premiers mois de l'année 2006,
- sensibilisation de 939¹⁸ personnes cibles (hommes, femmes, jeunes, etc) parmi lesquelles 215 ont participé au test de dépistage du VIH/SIDA,
- formation de dix adhérents bénévoles sur la prévention contre l'infection par le SIDA.
- création d'autres OCB telles que celles d'AVOTRA dans le quartier de Sanfily, de VEHIVAVY à Tsimenatse, etc. L'objectif est de renforcer la sensibilisation de la lutte contre le VIH/SIDA auprès des habitants (Photo 9).



Photo 9: la mobilisation d'OCB dans la lutte contre le SIDA à Tsimenatse II

¹⁸ RRI (Initiative de Résultat Rapide) année 2006 : Tuléar ville

En outre, les différents secteurs forment les associations dans le cadre de la sensibilisation et de la lutte contre le VIH/SIDA.

L'armée est aussi impliquée dans la lutte contre l'expansion des IST et du VIH/SIDA :

- association œuvrant dans la lutte contre le VIH/SIDA au Camp Militaire de Tsianaloke,
- association de lutte contre le VIH/SIDA du Cercle Mess,
- association de lutte contre le VIH/SIDA au camp du Groupement de la Gendarmerie à la Sanfily.

Par ailleurs, des associations en vue de la lutte contre le VIH/SIDA ont été mises sur pied par les épouses des hommes en armes (association des VADY ZANDARY MIARADIA). Cette dernière a été créée en janvier 2008. Son objectif est de convaincre beaucoup de gens, particulièrement les femmes des gendarmes, des policiers, des militaires et leurs enfants sur la nécessité du dépistage du SIDA. L'association se déplace jusqu'aux domiciles de ces hommes en armes en vue d'une animation.

Pour l'Association de Jeunes Coiffeurs (AJC) créée également au mois de Janvier 2008, le but est d'enrayer la transmission du VIH/SIDA par les instruments tranchants utilisés dans leurs activités professionnelles (Photo 10). Ainsi, une lame de rasoir doit être à usage unique. Pour les paires de ciseaux et les autres instruments, le coiffeur doit les stériliser ou les laver par « Fandio » chaque fois après usage. Le « Fandio » est une solution qui sert à tuer les virus en général, le VIH/SIDA en particulier.

La mission de l'association RIAC¹⁹ est de transmettre les informations en vue de changement de comportements sexuels (Photo 11). Il faudrait parvenir à avoir des comportements sexuels à moindre risque. Ce changement de comportements est valable pour tous (femmes, jeunes filles et hommes). L'association donne des informations sur les précautions à prendre afin d'être à l'abri de toute contamination par les IST et le VIH/SIDA. Exemple, l'utilisation de préservatif pour les femmes et de condom pour les hommes. Par la même occasion, l'association améliore le niveau de connaissance de tout un chacun quant au

¹⁹ RIAC : Réinsertion Information Animation pour le changement de comportement.

VIH/SIDA même si elle n'améliore pas automatiquement et directement le changement de comportements sexuels.



Photo 10 sensibilisation sur l'usage des objets tranchants et perçants dans la lutte contre le SIDA



Photo 11 mobilisation de la population pour le changement des comportements



Photo 12 et 13 la sensibilisation de la population par les Vezo pour la lutte contre le SIDA au bord de la mer

Les professionnels de la mer (Vezo) ont aussi leurs associations qui travaillent en collaboration avec des responsables Mauriciens. Ces derniers dispensent une formation au bénéfice de ces associations. Ils sensibilisent les pêcheurs dans le cadre de la lutte contre les IST et le VIH/SIDA. Les formateurs octroient des cadeaux aux participants afin de les motiver (tricots, cartables ou autres choses servant à médiatiser la lutte contre le VIH/SIDA). Ainsi, le message est lancé au quotidien ; les promoteurs de ces slogans espèrent par cette

méthode atteindre le maximum de monde (Photos 12 et 13). Dans ce même cadre, d'autres associations sont réparties dans presque les différents quartiers de la ville, notamment les quartiers d'Antaninarenina avec l'Association « FAMONJEA », Ampasikibo avec l'Association « FIKAMBANANA TARATRA », etc.

6.1.3.- Les ONG œuvrant dans la lutte contre le VIH/SIDA

Parmi ces ONGs, on peut citer à titre d'exemples : BEL AVENIR et AIDE & ACTION.

L'organisation non gouvernementale « Bel Avenir » a pour mission de promouvoir un programme d'éducation de base. Elle est présente dans la ville de Toliara depuis 2003. L'objectif de l'ONG est de permettre aux enfants et aux jeunes handicapés illettrés et sidéens d'être impliqués dans la lutte contre le VIH/SIDA par des procédés ludiques et informels. Elle donne des actions d'éducation sanitaire en axant les débats sur la lutte contre le VIH/SIDA. Elle distribue des préservatifs gratuitement et elle organise des projections de films cinématographiques qui aident la population quant à la manière de se protéger contre le VIH/SIDA.

L'organisation non gouvernementale « AIDE & ACTION » (Photo 13) est un organisme français qui a pour mission de :

- défendre le droit à l'éducation des enfants et des jeunes, surtout soutenir les plus pauvres ;



Photo N°14 : l' ONG Aide et Action intervenant dans la lutte contre le SIDA

- contribuer au développement de la province pour les biens de l'éducation de base ;
- intégrer la communauté locale dans le cadre de ses propres progrès ;
- former les enseignants ;
- donner aux enfants une éducation adéquate les préservant contre les risques des travaux du sexe, contre la prostitution.

Il y a aussi d'autres ONGs qui ont les mêmes objectifs, mais qui agissent dans d'autres secteurs d'activités.

6.2.- Les hôpitaux privés et publics

Parmi les hôpitaux privés qui contribuent plus à la lutte contre le VIH/SIDA, on peut citer, entre autres, le centre hospitalier SISAL et celui de SALFA. En ce qui concerne les hôpitaux publics, on a par exemple le CSB-II de Besakoa et celui de Tsimenatse.

6.2.1.- Les centres hospitaliers « SISAL » et « SALFA »

Le centre hospitalier « SISAL » est un hôpital privé le plus préféré de la population de la commune urbaine de Toliara. Le test de dépistage du VIH/SIDA y est gratuit. Il traite plus particulièrement les IST. Il reçoit les personnes qui veulent faire volontiers le test de dépistage des IST et du VIH/SIDA pour toutes les catégories sociales, d'âges et pour les deux sexes.

Ce centre hospitalier projette régulièrement tous les jours des films évoquant les dangers présentés par le VIH/SIDA ; la manière de se protéger contre l'infection par le virus n'est pas oubliée. Les responsables de ce centre hospitalier invitent, le plus souvent, les élèves des écoles primaires et ceux des collèges, en particulier les filles visionner ces films. A la fin de chaque projection, l'animateur de ce centre pose des questions aux auditeurs afin de savoir ce qu'ils n'ont pas compris. Ce centre donne des conseils aux enfants et aux gens illettrés en ce qui concerne les problèmes relatifs aux IST, au VIH/SIDA et sur les conséquences de la maladie.

Le centre hospitalier SISAL organise également des sorties pour sensibiliser les hommes dans les différents quartiers de la ville, mais aussi les habitants de certains villages se trouvant à la périphérie de la ville. Il distribue des condoms masculins aux prostituées qui exercent leur métier sur les places publiques, dans les gares routières, notamment celle de la Sanfily, les différents hôtels et les boîtes de nuit, etc. Ce centre est le mieux doté matériellement pour les activités de lutte contre le SIDA.

Par contre, le centre hospitalier « SALFA » n'a pas beaucoup d'activités. Il fait le dépistage du VIH puis il donne des conseils aux personnes faisant une analyse sérologique. Ce centre dispose d'un poste téléviseur dans son salon où les malades attendent leur tour avant d'être reçus par les médecins. La plupart du temps, les films suivis sur le petit écran n'a rien à voir avec le SIDA.

6.2.2.- les CSBs-II de Tsimenatse et celui de Besakoa

Les Centre de Santé de Base sont des centres de santé publique. Ils s'efforcent comme les centres hospitaliers privés à fournir beaucoup d'efforts pour améliorer la santé de la population.

Le CSB-II de Besakoa est un centre de santé de base-II qui ne s'intéresse qu'aux femmes. Ses stratégies ne concernent que les mesures de prévention quant à la possibilité de transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant. Ces stratégies comprennent plusieurs étapes :

- la prévention primaire du VIH/SIDA chez les futurs parents, les mères infectées et leurs enfants ;
- la prévention des grossesses non désirées chez les femmes porteuses du VIH/SIDA ;
- les soins et les soutiens moraux aux mères séropositives pendant leur grossesse, au cours de l'accouchement, durant le travail et au moment de l'allaitement ainsi qu'aux soins devant être accordés aux nourrissons.

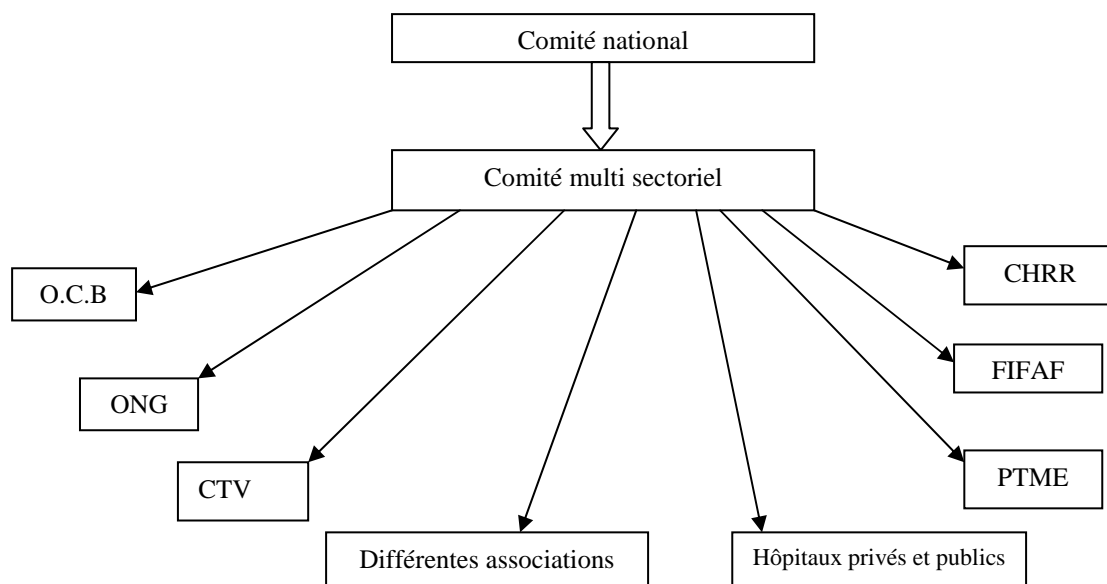
Le CSB-II de Tsimenatse quant à lui, est le premier centre de santé de base-II le plus actif en matière de lutte contre le VIH/SIDA dans la ville de Toliara. Il fait de consulting qui

est une relation d'aide dynamique et interactive entre un client (une seule personne ou un couple ou encore une famille) et le conseiller. Dans le cadre de la prévention du VIH/SIDA, le counseling et le test de dépistage volontaire se font en trois étapes : le pré-test, le test proprement dit et le post-test.

Le pré-test consiste à expliquer au client comment se déroule le test. Il consiste également à expliquer au client comment se fait la transmission du VIH/SIDA. On lui transmet aussi les principales informations sur la maladie. Il consiste également à expliquer les fausses croyances et les rumeurs. Le conseiller s'efforce de fournir au client les informations sur les différents modes de prévention.

Le post-test consiste donc à expliquer au client le résultat du test. Si le client est séronégatif, le conseiller ou le docteur insiste sur les méthodes de prévention et lui proposera de venir refaire un autre test après (3) trois mois. Si le résultat est séropositif, le médecin ou le conseiller lui proposera un suivi psychologique, social et médical ; d'où l'intervention de l'association FIFAFI²⁰ et le médecin de prise en charge médicale.

Graphique 6: - Schéma simplifié de la lutte contre le VIH/SIDA à Madagascar



²⁰ FIFAFI : Finoana - Fanantenana - Fitiavana (Atsimo – Andrefana)
Foi – Espoir – Amour (Région Sud- Ouest)

6.3.-la prise en charge psychologique et médicale

Plusieurs acteurs de la lutte contre le VIH/SIDA soulignent qu'il faut soutenir les PVVIH pour diminuer les impacts ou les conséquences de cette épidémie.

6.3.1.-la prise en charge psychologique des séropositifs

Toutes les personnes infectées ou affectées par l'épidémie du VIH/SIDA bénéficient d'une prise en charge psychosociale dans toutes les régions du pays. Dans la ville de Toliara, ce soutien moral est assuré par les ONG ou par les associations telles que la FIFAFI. Cette dernière est créée au mois de mai de l'année 2005 et il a trois objectifs principaux :

D'abord, elle améliore la prise en charge psychosociale des PVVIH. On entend par prise en charge psychosociale, c'est-à-dire la prise en charge psychologique et sociale de la personne malade et de son environnement (les membres de sa famille, etc.). Elle aide financièrement les personnes infectées au cas où elles n'arrivent pas à payer les frais de déplacement vers les centres de soins.

L'Association FIFAFI distribue chaque année des fournitures scolaires aux écoliers qui ont perdu leurs parents à cause du VIH/SIDA. Elle fait des soutiens moraux, d'accompagnement de counseling et de suivi. Ensuite, elle facilite la prise en charge médicale en orientant les PVVIH vers les services de soins, plus particulièrement chez les médecins de suivi biologique ou de suivi médical. Elle peut évacuer également les malades très graves (sidéens) vers Antananarivo. Enfin, elle sensibilise la communauté pour encourager les attitudes de tolérance à l'égard de la crise de PVVIH en luttant contre la discrimination et la stigmatisation.

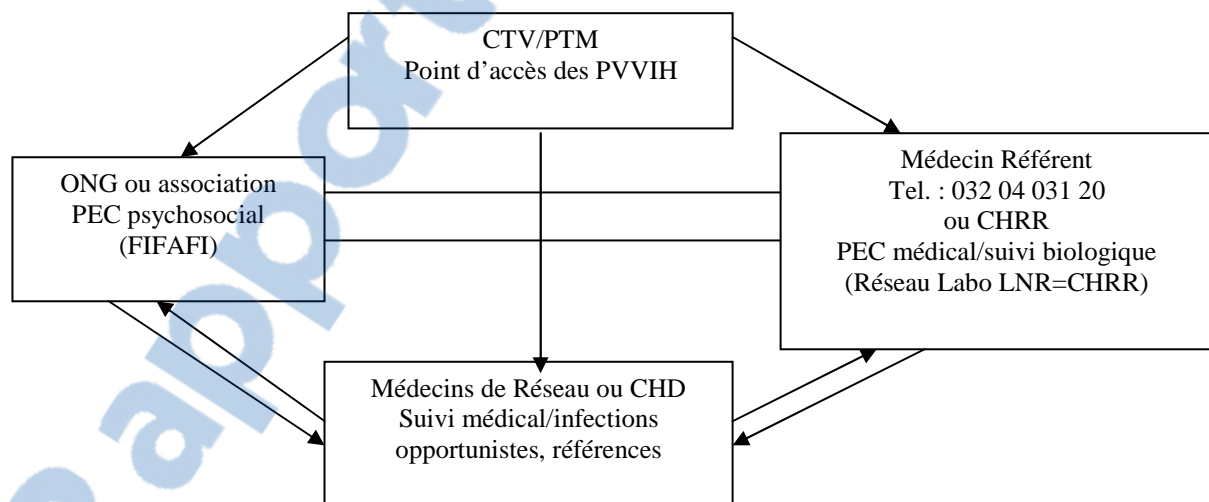
6.3.2.- La prise en charge médicale des malades

L'infection du VIH/SIDA est incurable. Aucun vaccin, aucun sérum n'a pas été découvert à l'échelle planétaire pour éliminer cette épidémie. Les progrès de la médecine et de la thérapeutique, la production d'antirétroviraux (ARV) permettent l'amélioration de l'état de santé des personnes infectées. Dans la ville de Toliara, ces ARV ne se trouvent pas partout

dans les hôpitaux. Le CHRR est le seul centre à posséder ces médicaments appropriés à cause leur coût excessif.

Une fois que les CTV ou les PTME dépistent un cas ou des cas séropositifs, ils les envoient directement à l'association psychosociale FIFAFI ou les orientent vers les Médecins Référents ou encore vers les médecins de suivi médical. En tout cas, les différents réseaux (réseau de prise en charge psychosociale, réseau des Médecins Référents de suivi biologique et réseau des médecins de suivi médical) travaillent en collaboration étroite. Les membres du FIFAFI peuvent voir les Médecins Référents et les Médecins du Réseau de suivi biologique pour bien assurer la prise en charge médicale. Le FIFAFI et ses compagnons peuvent entreprendre des visites à domicile pour voir la situation des personnes infectées et affectées par le virus. C'est ainsi que se déroule la prise en charge globale des PVVIH/SIDA dans la commune urbaine de Toliara. En d'autres termes, la prise en charge globale des PVVIH/SIDA s'appelle aussi « coutume de soins ». C'est l'ensemble de soins qu'on donne au PVVIH, au niveau des structures sanitaires à domicile et en milieu communautaire. Le circuit de la prise en charge des PVVIH dans la ville de Toliara est représenté par le schéma suivant :

Graphique 7: - Circuit de la prise en charge de PVVIH à Tuléar



PEC : Prise en charge

CHD : Centre hospitalier de district

6.4.- Quels sont alors les obstacles de lutte contre le SIDA à Tuléar ?

Plusieurs phénomènes constituent les obstacles à la lutte contre le VIH/SIDA :

- le fort taux de prévalence en matière d'IST ;
- l'ignorance des risques du VIH/SIDA ;
- le tabou et le silence autour du VIH/SIDA ;
- une prévention insuffisante en matière de soins ;
- le manque de réactifs et d'ARV efficaces ;
- la fréquence des rapports sexuels sans préservatif ;
- le taux élevé des multi partenariats sexuels occasionnels ;
- le refus de faire de dépistage, etc.

En outre, on a :

- la discrimination et la stigmatisation de PVVIH ;
- le manque de spécialistes ;
- le manque de volonté pour le changement de comportement sexuel pour éviter les risques ;
- l'inactivité des associations ou d'autres membres de la communauté pendant le manque de financement ;
- le refus de quelques séropositifs de se faire traiter ou d'aller dans un CHRR pour se faire soigner ;
- la disparition de certaines personnes séropositives au cours du traitement.
- la pauvreté et la misère persistante de la population ;
- le statut de la femme par rapport à l'homme ;
- le tourisme sexuel ;
- les us et coutumes.

6.5.- Quelles sont les perspectives pour une lutte efficace et durable ?

Jusqu'à la preuve du contraire, il n'existe pas encore de médicament avec lequel on peut guérir les malades du SIDA. Aussi, la lutte doit être concentrée sur les moyens d'empêcher les nouvelles infections.

Que faudra-t-il faire pour empêcher les nouvelles infections ?

Pour empêcher des nouvelles infections par voie sexuelle, il faudra s'abstenir de rapports sexuels avant le mariage. Le cas échéant, les deux éléments du couple doivent rester fidèles réciproquement. L'utilisation de préservatifs est obligatoire pour les rapports sexuels extraconjugaux. Pour le cas de la transmission par voie sanguine, il s'avère nécessaire de préciser que le dépistage d'un sang s'avère obligatoire avant sa transfusion chez une autre personne. Ainsi, on évitera de favoriser la multiplication des séropositifs. Il faudrait éviter à tout prix l'exemple des « infirmiers bulgares et des médecins d'origine palestinienne qui ont inoculé volontairement le virus du SIDA chez des enfants libyens ». Par ailleurs, il est nécessaire de stériliser les instruments qui peuvent transmettre le VIH/SIDA. Enfin, le cas de la transmission de la mère à son enfant nécessite un sérieux suivi des femmes séropositives pour qu'elles ne mettent pas au monde des enfants séropositifs.

Pour parvenir aux objectifs visés, il faudra renforcer la mobilisation, l'information et l'éducation dans la commune urbaine de Toliara.

La mobilisation de la population urbaine a, au préalable, besoin d'une bonne identification et d'un bon renforcement des capacités des structures communautaires. Celles-ci connaissent et comprennent leurs propres réalités. C'est à partir de là que la communauté elle-même se proposera des solutions adaptées à sa culture et à rompre avec les comportements sexuels à hauts risques.

L'information sur les dangers de la pandémie du SIDA et l'éducation sexuelle des jeunes sont nécessaires dans la mesure où ces derniers sont les responsables de demain. Ils doivent d'amples connaissances sur le SIDA avant leurs activités sexuelles. Cette connaissance doit être entretenue par la famille et par les écoles. Les jeunes ayant abandonné leurs études doivent avoir une somme de connaissance en matière de la lutte contre le VIH/SIDA.

Au niveau des foyers, il est primordial de renforcer la communication parents/enfants sur l'éducation sexuelle aux fins d'un changement positif des mentalités et des comportements des jeunes. Le changement de comportement et de mentalités permet de faire un choix clair et de retarder les rapports sexuels jusqu'au mariage. Les parents doivent avoir un dialogue franc et direct avec leurs enfants sur les dangers du VIH/SIDA. Cela permettra

aux jeunes de prendre leur responsabilité quant aux diverses influences de leur vie quotidienne.

Par ailleurs, il faut :

- encourager les gens pour le dépistage du VIH/SIDA ;
- canaliser les gens pour un suivi médical adéquat ;
- avoir des services de santé adéquats ;
- éviter la discrimination et la stigmatisation ;
- améliorer le statut de la femme ;
- réduire la pauvreté des ménages ;
- créer une association de lutte contre le VIH/SIDA à l'université de Toliara ;
- aider les PVVIH.

CONCLUSION

A travers l'analyse faite à propos de « **Contribution à l'étude de l'évolution et les facteurs de risques du VIH/SIDA parmi la population : cas de la ville de Toliara** » dans la commune urbaine de Toliara, les résultats montrent que cette pandémie menace non seulement les habitants de la ville, mais également les autres grandes agglomérations de l'ensemble du territoire national. Dans le monde entier, plus le pays est pauvre, plus le taux de prévalence de VIH/SIDA devient plus élevé. Cette remarque amène à conclure que le VIH/SIDA et la pauvreté sont deux phénomènes qui vont de pair la plupart du temps. Cette remarque pertinente est vraie pour l'Afrique subsaharienne.

La vitesse d'évolution du taux de l'infection par le VIH/SIDA préoccupe plus du fait que ce fléau gagne du terrain particulièrement dans les pays économiquement pauvres et dont font partie nos pays du Sud. Madagascar n'en est pas épargné. En effet, le taux global de prévalence du VIH/SIDA pour l'Afrique subsaharienne a atteint 1,1% en 2003. A Madagascar, ce taux, bien que relativement faible évolue d'une manière exponentielle (de 0% avant 1987, il a atteint 0,12% au début de l'année 1998 et 0,15% vers la fin de la même année ; de 0,33% en 2001, il est passé à 1,1% en 2003).

Avec cette vitesse inquiétante, il est tout à fait logique de renforcer la lutte contre ce fléau, car ce dernier pourra compromettre le développement sur tous les plans du pays. L'étude menée en vue de la réalisation de ce Mémoire montre que la commune urbaine de Toliara mérite d'être soutenue par les organismes et les associations de lutte contre la menace de l'infection par le VIH/SIDA au même titre que les autres villes de la Grande Ile. En effet, pour un laps de temps très court (durant sept mois de 2004 à 2008), il y a eu 64 cas de personnes dépistées par les différents sites de dépistage du VIH/SIDA dans la ville de Toliara. En 2004, un cas seulement a été dépisté. En 2005, 14 cas ont été retrouvés. En 2006, le chiffre a atteint 31. En 2007, les centres de dépistage du virus ont pu détecter 10 cas. Enfin, pour les sept premiers mois de l'année 2008, ils ont pu détecter 8 cas de personnes séropositives.

La progression de ce fléau s'explique par plusieurs facteurs qui peuvent être classés selon leurs effets :

- les comportements sexuels et la fragilité de la femme,

- les facteurs socioculturels,
- les facteurs environnementaux et socioéconomiques,
- la pauvreté et le tourisme sexuel.

Les effets de ces facteurs de risques font exploser cette épidémie dans l'ensemble du pays en général, dans la ville de Toliara en particulier. L'expansion du VIH/SIDA a des impacts divers et complexes dans le monde entier. Elle commence à se faire sentir à Madagascar. Les conséquences de cette maladie sont multiples : le désespoir, la perte des membres de la famille, l'endettement, les orphelins souvent séropositifs ou vivant avec le virus, des vieillards sans ressources. Elle laisse de mauvais souvenirs parmi la société. La personne séropositive est souvent rejetée par la société, les collègues de travail. Le VIH/SIDA a aussi des conséquences négatives sur les Etats auxquels appartiennent les victimes. Il augmente les pressions dans les hôpitaux, plus particulièrement dans ceux des pays pauvres comme les Comores, Madagascar et les autres îles de l'Océan Indien qui manquent de médicaments, d'infrastructures hospitalières d'accueil et de médecins spécialisés.

Il contribue à l'accentuation du déficit de la balance commerciale du pays, car celui-ci doit s'investir dans l'achat des ARV, des réactifs et des préservatifs. L'endettement des pays pauvres, mais ayant un taux de prévalence élevé comme les pays d'Afrique subsaharienne s'accroît. C'est pourquoi l'Etat malagasy déploie beaucoup d'effort dans la lutte contre les risques d'infection par le VIH/SIDA au niveau national.

La lutte contre l'expansion du VIH/SIDA pourra facilement endiguer la pandémie parce que celle-ci a des modes de transmissions bien connus et bien limités. Mais face aux facteurs que nous avons déjà cités précédemment (poids des traditions, liberté sexuelle, attachement aux habitudes, etc.), la lutte contre ce fléau connaît beaucoup de problèmes à Madagascar en général, à Toliara en particulier. Malgré ces problèmes, Madagascar est moins touché par la pandémie que les autres pays de l'Afrique subsaharienne. Il est grand temps de concentrer les efforts pour endiguer cette maladie, voire l'éradiquer.

A Madagascar, l'Etat malagasy a mis en place un Comité National de Lutte contre le VIH/SIDA. Pour rendre efficaces les opérations menées par ce comité, l'Etat a décentralisé ce comité par des structures provinciales. Cette approche institutionnelle est basée sur

l'engagement de tous les secteurs ministériels qui concourent à la lutte contre le VIH/SIDA et à la mise en œuvre du plan stratégique national, provincial et local.

Plusieurs projets sont à pied d'œuvre dans la ville de Toliara pour lutter contre le VIH/SIDA. L'engagement du gouvernement malagasy dans la lutte en vue de l'éradication du VIH/SIDA mérite un encouragement ; l'appui des institutions financières internationales en vue de renforcer cette lutte est méritoire à juste titre d'autant que tout espoir de gagner la bataille n'est pas encore perdu. Toutefois, il faut tenir compte du caractère complexe de la transmission et de l'infection par le VIH/SIDA, des impacts à multiples facettes de cette maladie, des stratégies multidimensionnelles de la lutte contre l'épidémie.

Comment devons-nous nous organiser pour déraciner le VIH/SIDA qui sévit dans nos pays pauvres d'autant que nous disposons de peu de moyens financiers pour lutter contre la maladie ?

Pour une génération à l'abri du VIH/SIDA, c'est ma responsabilité, ta responsabilité et notre responsabilité. En définitive, la lutte contre le SIDA est :

- une affaire de tous ;
- une question de développement national.
- seules, des stratégies de lutte adéquates, concertées et l'engagement de tout un chacun permettront de combattre cette pandémie.

BIBLIOGRAPHIE

- 01.- AGENCE NATIONALE DE RECHERCHE SUR LE SIDA (ANRS), L'observation aux traitements contre le VIH/SIDA. Collection Sciences Sociales et Sida, 101, rue de Tolbiac-5013 Paris, 112 pages.
- 02.- ALICE Desclaux et CLAUDE Raynard, (sd) Le dépistage du VIH et conseil en Afrique au Sud du Sahara. Edition Karthala. 22-24 75013, Paris, 121 pages.
- 03.- ALICE Desclaux et CLAUDE Raynard, 1997, Urgence, précarité et lutte contre le VIH/SIDA en Afrique. Edition l'Harmattan, 163 pages.
- 04.- ANFANI (HB), 2004, Contribution géographique à l'étude de la pauvreté urbaine dans la ville de Toliara. Exemple d'Ampasikibo. Mémoire de Maîtrise. Université de Toliara, 102 pages.
- 05.- BATTISTINI René, HOERNER Jean Michel, 1986, Géographie de Madagascar. Edition SEDICEF, 187 pages.
- 06.- BERNARD (J), THEODORE (M), 1994, Survivre face au Sida en Afrique. Edition Karthala, Paris, pp 22-24p.
- 07.- CENTRE D'ETUDE DE LA FAMILLE AFRICAINE, 2000, Gestion des services à base communautaire dans la lutte contre le VIH/SIDA. 80 pages.
- 08.- COMITE NATIONAL DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA, 2002, Madagascar vers une lutte efficace contre le VIH/SIDA. Tananarive, 20 pages.
- 09.- COMMUNE URBAINE DE TOLIARA, 2003, Plan d'action prioritaire de la lutte contre la pauvreté. Document de Travail. Toliara, 126 pages.
- 10.- Dr NEBOUT Nicole, 1992, Lumière sur le SIDA. St-Paul, les classiques Africains. Paris, 94 pages.

- 11.- GLEN William et SUNADA Rav, 2003, Au travail contre le SIDA. 71 pages.
- 12.- GREGOIRE (L), VIH/SIDA, 2001, Lutte contre la pauvreté et développement humain en Afrique subsaharienne : défis et enjeux. In conférences Satellite de la CISMA sur le VIH/SIDA, Burkina, 5 au 7 Décembre, 207 pages
- 13.- GRIMEK (M), 1989, Histoire du SIDA, début et origine d'une pandémie actuelle. Payot, 392 pages.
- 14.- HUYGENS (P), 2001, Comprendre et atteindre les prostituées clandestines dans le contexte de l'épidémie du VIH/SIDA au Sénégal : de la prostitution aux femmes économiquement et sexuellement vulnérables. 105 pages.
- 15.- INSTAT et PNUD, 2000, Rapport sur la pauvreté et le développement, province de Toliara. 58 pages.
- 16.- INSTAT, 2000, Rapport principal au niveau des ménages. 260 pages.
- 17.- INSTAT, 1988, Structure et facteurs déterminants de la pauvreté à Madagascar. 89 pages.
- 18.- INSTAT, 1997, Enquête démographique et santé. 26 pages.
- 19.- ISABELLE (B) et ISABELLE (G), 1995, Maux d'amour, vie des femmes, sexualité et prévention du SIDA en milieu urbain africain. Edition Harmattan. Ouagadougou, 167 pages.
- 20.- JACQUES (V), 1994, Population africaine et le SIDA. Edition, la découverte. Paris, 215 pages.
- 21.- KOTO Bernard, 1995, Relations villes-campagnes : l'exemple de Tuléar. Thèse de Doctorat. Université Michel de Montaigne, Bordeaux III, 338 pages.
- 22.- KOTO Bernard, 1996, Peuplement, naissance et développement de Toliara précoloniale. Université de Toliara, 15 pages.

- 23.- LAURENT Vidal, Silence et le sens. Edition Economica, 49 rue Hornica, 75015 Paris, 217 pages.
- 24.- MADHOUHOUNE Saïd, 2005, Les enfants travailleurs à Tuléar ville. Université de Tuléar, 142 pages.
- 25.- MARC Gentilini, 1993, Les religions, ensemble contre le SIDA, Edition l'Harmattan, 129 pages.
- 26.- MEDECINS SANS FRONTIERES (MSF), 1999, Compte-rendu de la formation sur la prise en charge des MST et de l'atelier de réflexion sur la problématique de MST/SIDA à Morondava du 11 au 16 Janvier 1999. 55 pages.
- 27.- MEDECINS SANS FRONTIERES (MSF), 1999, Compte-rendu de la formation sur la prise en charge des MST et de l'atelier de réflexion sur la problématique de MST/SIDA à Morondava du 19 au 23 Juillet 1999. 55 pages.
- 28.- MICHAEL (R), 2002, Les discours sociaux contre le SIDA. Edition Boeck, Université de Bruxelles, 261 pages.
- 29.- MINISTRE DE LA SANTE & DU PLANNING FAMILIAL, 2004, Guide pour la prise en charge de l'infection à VIH chez l'adulte et l'enfant à Madagascar. 72 pages.
- 30.- MINISTRE DE LA SANTE, 2003, Etude combinée des séroprévalences de l'infection à VIH et de la syphilis chez les femmes enceintes à Madagascar Mai - Juin 2003. 63 pages.
- 31.- MINISTRE DE LA SANTE, 2003, Etude comparative des indicateurs du VIH/SIDA à Madagascar. 145 pages.
- 32.- MIVIKOD (G), 1991, Histoire du SIDA, début et origine d'une pandémie actuelle. Nouvelle Edition, 469 pages.
- 33.- MOUSTAPHA Gueye, CHRISTINE Le Goustre, ETCHEPARE Assy, NOROARISOA S, RAVAOZANANY, Mireille RABENORO et Léon N RAZAFINDRABE, 2005, Genre et

comportement sexuel : les hommes et les femmes devant le VIH/SIDA. Collection Madagascar : préparer une riposte au VIH/SIDA, 56 pages.

34.- OIT, 2001, Le VIH/SIDA et le monde du travail. Recueil de directives pratiques, Genève, 50 pages.

35.- OMS, 1998, Importance des tests simples/rapides pour la recherche du VIH. pp 312-328.

36.- OMS, 2002, La prévention de l'infection du VIH chez les nourrissons et les jeunes enfants et activités de l'OMS. 17 pages.

37.- ONU, 1998, Le VIH/SIDA et les droits de l'homme. Directions internationales, New-York, 76 pages.

38.- ONUSIDA, 1999, Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, option stratégique. 25 pages.

39.- ONUSIDA, 1999, Transmission du VIH de la mère à son enfant. 19 pages.

40.- ONUSIDA, 2001, Aide mémoire, transmission du VIH de la mère à son enfant. Session extraordinaire des Nations-Unies sur le VIH/SIDA, New-York 25-27 Juin 2001. 21 pages.

41.- ONUSIDA, 2003, Etude de cas d'octobre 2000 : Espoir et réconfort, six études de cas sur la prise en charge du VIH/SIDA mobilisant les personnes séropositives et les malades vivant avec le VIH/SIDA. Edition, Genève, Suisse, 104 pages.

42.- ONUSIDA, 2000, Intensification de la participation accrue des personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA. Genève, 30 pages.

43.- ONUSIDA, 2002, Le point sur l'épidémie du SIDA. Genève Décembre 2002, 135 pages.

44.- ONUSIDA, 2001, Le SIDA, parlons-en. Guide de développement de messages sur les IST/VIH/SIDA, première, Edition, 108 pages.

- 45.- ONUSIDA, UNESCO, 2005, L'approche culturelle de la prévention et du traitement du VIH/SIDA, Synthèses des études par pays, un panorama international, Etudes et rapports. Série spéciale N° 10, 98 pages.
- 46.- PNUD, 2003, Le rôle de la gouvernance et de la décentralisation dans la réduction de la pauvreté. 163 pages.
- 47.- PNUD, 2001, Rapport mondial sur le développement humain. New-York, 135 pages.
- 48.- PRATT (R), 1993, SIDA et soins infirmiers. 3^{ème} Edition, 258 pages.
- 49.- REPUBLIQUE FRANCAISE, 2000, Conseil national du SIDA, l'accès confidentiel, des mineurs, adolescents aux soins. Rapport avis et recommandations adoptés le 16 Mars 2000, 51 pages.
- 50.- SABATIER Renée, 1989, SIDA, l'épidémie raciste. Edition, Harmattan, 224 pages.
- 51.- SAYFIDINE Ben Aboubacar, 2007, Le SIDA, un fléau qui fait des ravages dans les villes du Tiers-monde : le cas de la ville de Tuléar. Mini Mémoire de Licence à l'Université de Tuléar, 46 pages.
- 52.- SOLANGE Célestine, 2005, Le tourisme dans la région littorale de Toliara. Mémoire de Maîtrise. Université de Tuléar, 106 pages.
- 53.- SOUMAILLA Abdallah, 2005, La ruralisation d'une ville d'un pays sous développé. Exemple de Tuléar. Mémoire de Maîtrise. Université de Tuléar, 160 pages.
- 54.- TASSILIMA Ben Ali, 2005, L'analphabétisme des jeunes dans la ville de Tuléar. Mémoire de Maîtrise. Université de Tuléar, 117 pages.
- 55.- TSIBARA Flavien, 2005, La lutte contre le SIDA à Toliara, problématiques et perspectives d'avenir. Mémoire de Maîtrise. Université de Tuléar, 118 pages.

56.- WISSAM Djamil, SALIM Edine, 2005, Les différents niveaux de vie dans la ville de Tuléar. Université de Tuléar, 117 pages.

57.- YANNICK Le Jean et AZIZ Kébé, 2006, Guide du formateur de relais sur le SIDA, Edition, Enda Tiers-Monde/Santé, 57 pages.

JOURNAUX

58.- MIDI MADAGASCAR n° 7279 du 18.07.2007, *Alerte rouge à la syphilis !* 27pages

59.- MIDI MADAGASCAR n° 7562 du 24.06.2008, *Découverte d'un remède contre le SIDA*. 31 pages

60.- EXPRESS DE MADAGASCAR n° 4368 du 06.02.2007, *Les grossesses précoces gagnent du terrain*. 23 pages

61.- EXPRESS DE MADAGASCAR n° 3748 du 10.07.2007, *Lutte contre le SIDA : les droits des séropositifs reconnus*. 24 Pages

62.- EXPRESS DE MADAGASCAR n° 3756 du 19.07.2007, *Les jeunes utilisent peu les préservatifs*. 25pages

63 - EXPRESS DE MADAGASCAR 2008, spécial fin d'année, du 29 décembre 2008 43 pages.

64.- TRIBUNE DE MADAGASCAR n° 5609 du 18.07.2007, *Un autre pas pour renforcer la lutte contre le SIDA*. 26 pages

LISTE DES PHOTOS

Photo 1 un site de P T M E à Mahavatse -----	16
Photo 2 un site de CTV SISAL -----	16
Photo 3: un lieu de tatouage où on utilise des instruments perçants (près de service d'immigration) -----	27
Photo 4: un homme, apparemment en bonne santé, annonce publiquement sa séropositivité	32
Photo 5: une boîte de nuit de zaza-club où certaines jeunes filles et femmes se vendent ----	48
Photo 6: la stigmatisation d'un séropositif -----	55
Photo 7 quelques cartons des ARV dans un cabinet médical de l'HOPITAL BE -----	69
Photo 8 échantillon du sang infecté du VIH/SIDA au CHRR à destination du LNR -----	69
Photo 9: la mobilisation d'OCB dans la lutte contre le SIDA à Tsimenatse II -----	79
Photo 10 sensibilisation sur l'usage des objets tranchants et perçants dans la lutte contre le SIDA -----	81
Photo 11 mobilisation de la population pour le changement des comportements -----	81
Photo 12 et 13 la sensibilisation de la population par les Vezo pour la lutte contre le SIDA au bord de la mer -----	81

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: - L'effectif des groupes ethniques de la Commune Urbaine de Tuléar, 2001 (y compris les habitants de Mitsinjo et de Betsinjaka) -----	7
Tableau 2: - Effectif des groupes de la communauté étrangère présents dans la commune urbaine de Tuléar (Année 2001) -----	11
Tableau 3: - Evolution quantitative des sites de dépistage du VIH/SIDA à Tuléar -----	16
Tableau 4: - Estimation des risques de la transmission du VIH/SIDA mère/enfant -----	25
Tableau 5: - Evolution de l'effectif des personnes infectées dans la ville de Tuléar (2004-2008) -----	35
Tableau 6: - Le nombre de personnes séropositives détectées à SISAL -----	37
Tableau 7: - Nombre de personnes séropositives dépistées au CSB II de Tsimenatse (2005 à mi 2008) -----	39
Tableau 8: - Nombre de personnes séropositives dépistées au centre MARIE-STOP -----	40
Tableau 9: - Situation des PVVIH au CHRR (2004 à mi 2008) -----	42
Tableau 10: - Evolution du VIH/SIDA à Madagascar entre 1998 et 2003 -----	44
Tableau 11: manque d'information des enfants de 13 à 19 ans -----	50
Tableau 12: - Variation des prix de quelques produits vivriers dans la commune urbaine de Tuléar (2003, 2004, 2005 et 2008) -----	60
Tableau 13: Anti-rétroviraux disponibles à Madagascar pour le traitement des patients adultes infectés par le VIH/SIDA -----	67
Tableau 14: - Financement du programme de lutte contre le SIDA -----	73

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1: - Pourcentage des femmes séropositives par rapport aux hommes -----	38
Graphique 2: - Représentation graphique des pourcentages de cas de personnes séropositives des sites pris comme échantillons et les autres sites qui dépistent le VIH dans la ville -----	41
Graphique 3: - Représentation graphique de la situation de PVVIH s'inscrivant au CHRR (2004-2008) -----	42
Graphique 4: - Représentation graphique de l'évolution du VIH/SIDA à Madagascar entre 1987-1998-----	43
Graphique 5: - Organisation de la multisectorielle contre le VIH/SIDA à Madagascar-----	77
Graphique 6: - Schéma simplifié de la lutte contre le VIH/SIDA à Madagascar-----	85
Graphique 7: - Circuit de la prise en charge de PVVIH à Tuléar-----	87

LISTE DES CARTES

Carte 1: localisation de la zone d'étude -----	6
Carte 2; localisation des structures hospitalières dans la commune urbaine de Toliara -----	14
Carte 3: localisation des sites de dépistage du VIH/SIDA dans la commune urbaine de Tuléar (année 2000-2008)-----	15
Carte 4: les mouvements migratoires de la population interne-----	58
Carte 5: les principaux touristes migrants dans la commune urbaine de Toliara-----	59

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION-----	1
Première partie: PRESENTATION DE LA VILLE DE TULEAR -----	4
ET DES GENERALITES SUR LE VIH/SIDA -----	4
Chapitre I : PRESENTATION DE LA VILLE DE TULEAR -----	5
1.1. – la situation géographique de la ville de Tuléar -----	5
1. 2. – La population de la commune urbaine de Tuléar -----	5
1. 2. 1. – Les populations autochtones de la ville de Tuléar-----	8
1. 2. 2. – Les groupes ethniques migrants venant des autres régions -----	9
1. 2. 3. – La présence de la communauté étrangère-----	11
1. 3. – Les différentes structures hospitalières et les principales maladies -----	12
1. 3. 1. – Les différentes structures hospitalières de la ville -----	12
1. 3. 2. – Les principales pathologies -----	17
Chapitre II : - GENERALITES SUR LE VIH/SIDA-----	18
2.1. – les définitions, origines et caractéristiques du VIH/SIDA -----	18
2.1.1. – les définitions-----	18
2.1.2. – l’historique du VIH/SIDA -----	19
2.1. 3. - Les caractéristiques du VIH/SIDA-----	20
2.2.- Les différents modes de la transmission du VIH/SIDA -----	22
2.2.1.- Le mode de transmission par voie sexuelle -----	22
2.2.1.1.- Le rapport sexuel vaginal (homme / femme) -----	22
2.2.1.2.- Le rapport sexuel anal (anus) -----	22
2.2.1.3.- Le rapport sexuel par voie du sexe / bouche -----	23
2.2.2.- Le mode de la transmission de la mère à son enfant-----	23
2.2.2.1.- La transmission du virus au cours de la grossesse -----	24
2.2.2.2.- La transmission du virus durant l’accouchement -----	24
2.2.2.3. - La transmission au cours de l’allaitement -----	24
2.2.3.- Le mode de transmission par voie sanguine -----	25
2. 2. 3. 1. - La transfusion sanguine-----	26
2.2.3.2.- La transmission par des objets tranchants et non tranchants -----	26
2.2.3.3.- La transmission par l’intermédiaire d’instruments perçants-----	26
2.3.- Quelques concepts clés liés à l’épidémie du VIH/SIDA -----	28
Deuxieme partie : EVOLUTION ET FACTEURS DE RISQUES DE	
CONTAMINATION PAR LE VIH/SIDA -----	29
Chapitre-III : - EVOLUTION DU VIH /SIDA-----	30
3.1.- l’évolution du VIH dans l’organisme-----	30
3.1.1.- La phase primo-infection -----	31

3.1.2.- La phase asymptomatique -----	32
3.1.3.- La phase symptomatique-----	33
3.1.4.- Le SIDA maladie-----	33
3.2.- l'évolution du VIH/SIDA dans la ville de Tuléar -----	35
3.3.-la Situation des PVVIH au CHRR, évolution de l'épidémie à l'échelle nationale ----	41
3.3.1.- la Situation des PVVIH au CHRR (2004-2008)-----	41
3.3.2.- l'évolution de l'épidémie à Madagascar entre 1987 et 1998 -----	43
3.3.3.- l'évolution du VIH/SIDA entre 1998 et 2003 à Madagascar -----	44
3.3.4.- Quelques données de l'infection par le VIH/SIDA à l'échelle mondiale -----	45
Chapitre IV : - FACTEURS DE RISQUE DU VIH/SIDA -----	46
4.1.- Les facteurs sociaux liés aux comportements sexuels et à la fragilité de la femme ---	46
4.1.1. - Les facteurs sociaux liés aux comportements sexuels -----	46
4.1.1.1. - Les rapports sexuels non protégés et les multi-partenariats quasi généralisés -	46
4.1.1.2. - La prostitution et les transactions sexuelles -----	48
4.1.1.3. - Le rapport précoce et l'activité sexuelle qui précède l'éducation-----	49
Source : - Enquête personnelle -----	50
4.1.2. - La fragilité de la femme -----	51
4.2. - Les facteurs socioculturels -----	51
4.2.1.- Les us et les coutumes-----	51
4.2.1.1. - Le fati-drà et certaines méthodes traditionnelles -----	51
4.2.1.2. - Les rites-----	52
4.2.1.3. - L'alcool et la drogue-----	52
4.3. - Les facteurs environnementaux et socio-économiques -----	53
4.3.1. - Les facteurs environnementaux -----	53
4.3.1.1. - Le silence dans la communication sur le VIH/SIDA -----	53
4.3.1.2. - L'influence du phénomène saphir-----	54
4.3.1.3. - La stigmatisation, la discrimination et le rejet du test de dépistage -----	54
4.3.1.4. - Les mouvements migratoires de la population interne -----	55
4.3.2. - Les facteurs socioéconomiques -----	56
4.3.2.1. - Le tourisme sexuel -----	56
4.3.2.2. - La hausse des prix de produits alimentaires-----	60
Troisième partie : CONSEQUENCES DU FLEAU ET LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA	62
-----	-----
Chapitre-V : - CONSEQUENCES DU VIH/SIDA -----	63
5.1.- Les impacts individuels, familiaux et communautaires-----	63
5.1.1.- les impacts individuels -----	64
5.1.2.- les impacts familiaux -----	65

5.1.3.- les impacts du VIH/SIDA sur les communautés -----	66
5.2.- Les impacts de l'infection par le VIH/SIDA sur le service de la santé-----	66
Ivato Aéroport-----	68
5.3.- Les impacts de l'infection par le VIH/SIDA sur la démographie -----	70
5.4.- Les impacts du VIH/SIDA sur l'éducation nationale -----	71
5.5.- Les impacts du VIH/SIDA sur l'économie -----	72
5.5.1.- les impacts du VIH/SIDA sur l'agriculture -----	72
5.5.2.- Les lourdes dépenses relatives au traitement du VIH/SIDA-----	73
Chapitre-VI : - LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA -----	75
6.1.- Les différentes stratégies adoptées dans la lutte contre le SIDA -----	75
6.1.1.- Les stratégies adoptées par le gouvernement -----	75
6.1.2.- Les OCBs et les différentes associations -----	78
6.1.3.- Les ONGs œuvrant dans la lutte contre le VIH/SIDA-----	82
6.2.- Les hôpitaux privés et publics -----	83
6.2.1.- Les centres hospitaliers « SISAL » et « SALFA » -----	83
6.2.2.- les CSB-II de Tsimenatse et celui de Besakoa-----	84
6.3.-la prise en charge psychologique et médicale-----	86
6.3.1.-la prise en charge psychologique des séropositifs -----	86
6.3.2.- La prise en charge médicale des malades-----	86
6.4.- Quels sont alors les obstacles de lutte contre le SIDA à Tuléar ? -----	87
6.5.- Quelles sont les perspectives pour une lutte efficace et durable ?-----	88
CONCLUSION -----	91
BIBLIOGRAPHIE -----	94
LISTE DES PHOTOS -----	100
LISTE DES TABLEAUX-----	100
LISTE DES GRAPHIQUES -----	101
LISTE DES CARTES-----	101
TABLE DES MATIERES -----	102