

# Connaissances et attitudes face au VIH/sida

## Collection "Populations"

Dirigée par Yves Charbit, Maria Eugenia Cosio-Zavala, Hervé Domenach

La démographie est au cœur des enjeux contemporains, qu'ils soient économiques, sociaux, environnementaux, culturels, ou politiques. En témoigne le renouvellement récent des thématiques : développement durable, urbanisation et mobilités, statut de la femme et de l'enfant, dynamiques familiales, santé de la reproduction, politiques de population, etc.

Cette démographie contextuelle implique un renouvellement méthodologique et doit donc prendre en compte des variables en interaction, dans des espaces de nature diverse (physiques, institutionnels, sociaux).

La collection "Populations" privilégie les pays et les régions en développement sans pour autant oublier leurs liens avec les pays industrialisés et contribue à l'ouverture de la démographie aux autres disciplines. Elle est issue d'une collaboration entre les chercheurs de l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD), Populations et Interdisciplinarité (Université Paris V-René Descartes) et le Centre de Recherches Populations et Sociétés (Université Paris X-Nanterre).

### *Déjà parus*

Véronique Petit : *Migrations et société dogon*

Frédéric Sandron : *Curiosités démographiques*

Patrice Vimard et Benjamin Zanou, ed. : *Politiques démographiques et transition de la fécondité en Afrique*

Jesus Arroyo Alejandre et Jean Papail : *L'émigration mexicaine vers les Etats-Unis*

Stéphanie Toutain : *L'interminable réforme des systèmes de retraite en Italie*

Olivia Samuel : *La nuptialité en milieu rural mexicain*

Patrick Livenais : *Peuplement et évolution agraire au Morelos (Mexique)*

Frédéric Sandron et Bénédicte Gastineau : *Dynamiques familiales et innovations socio-démographiques*

MYRIAM DE LOENZIEN

# Connaissances et attitudes face au VIH/sida

*Préface de Daniel MPEMBELE SALA-DIAKANDA*

**L'Harmattan**  
5-7, rue de l'École-Polytechnique  
75005 Paris – France

**L'Harmattan Hongrie**  
Hargita u. 3  
1026 Budapest – HONGRIE

**L'Harmattan Italia**  
Via Bava, 37  
10214 Torino – Italie



## REMERCIEMENTS

Cet ouvrage est le fruit d'un travail collectif auquel ont participé en premier lieu les habitants des villages et collines dans lesquels ont eu lieu nos enquêtes : Ndiaw-Bambally et Sine-Ngayenne au Sénégal, Banga, Kambele III, Lolo II, Mindourou et Nyabi au Cameroun, Mugerero et Kinzobe au Burundi. Pour avoir bien voulu se prêter à un questionnement qui touche à des sujets très sensibles et pour l'accueil qu'ils nous ont réservés, je souhaite ici leur exprimer mes plus vifs remerciements.

Si répondre aux questions n'était pas chose aisée, les poser était également très délicat. Dans chacun des pays, nous avons bénéficié de la participation d'enquêteurs et interprètes. Il s'agit au Sénégal de Bachir MBACKE, Ndeye Maye DIOUF, François Adama FAYE, Mbène MBAYE, Arêthe NDOYE ; au Burundi de Evariste, Nestor BANKUMUKUNZI, Marie-Goreth NISUBIRE, Artemo et Félicité ; au Cameroun des étudiants de l'Institut de Formation et de Recherche Démographique (IFORD) et de l'université Paris V : Amadou MOUFTAOU, Hélène KAMGNO, Ferdinand NGUEYAP, Jean-François Silas KOBIANE, Stéphanie ZILTENER, Silvia SAVINI, Nathalie DUSSIEU, Cynthia MORGNY, Catherine EMBERSIN qui travaillaient avec leurs interprètes et ont rédigé des mémoires.

J'ai une pensée toute particulière pour Aboubacar MODIELI qui a participé à notre étude au Cameroun en tant qu'étudiant de l'IFORD et a disparu tragiquement en 1997.

Merci à Isabelle PARIZOT qui m'a apporté une aide efficace lors des travaux de terrain au Cameroun et au Burundi, de la rédaction de rapports et articles et a suscité des réflexions très enrichissantes à travers de multiples discussions aussi intéressantes qu'informelles.

De nombreux chercheurs et acteurs de la lutte contre le VIH-sida se sont directement impliqués. Au Sénégal, nous avons bénéficié de l'aide du Dr Ibra NDOYE de l'Institut d'Hygiène Sociale, du Pr Souleymane MBOUP et de Alpha WADE du Comité National Pluri-disciplinaire de Prévention du sida, de Salif NDIAYE, de la Direction de la Prévision et de la Statistique. Au Cameroun, le Dr Roger

SALLA, Joseph BETIMA, Jean-Claude FOU MENA ABADA et Gilles EKODO de l'Unité de Lutte contre le Sida ont joué un rôle déterminant. Au Burundi, le Dr Aloys KAMURAGIYE du Programme National de Lutte contre le sida et les maladies sexuellement transmissibles, Barbara et Nicéphore NDIMURUKUNDO, Joseph SEBARENZI, de l'Université du Burundi nous ont grandement facilité le travail. Qu'ils soient assurés de notre reconnaissance.

A Paris, au cours des différentes étapes de la réalisation de cette recherche, j'ai bénéficié du suivi du Pr Yves CHARBIT (Université Paris V). Je remercie également l'Agence Nationale de Recherche sur le sida (Paris) pour le financement du projet et la bourse de recherche qu'elle m'a accordée.

J'exprime ma profonde gratitude à l'Institut de Formation et de Recherche Démographiques qui m'a accueillie en 1991 et où j'ai pu enseigner pendant 7 ans. Je suis reconnaissante en particulier au Pr Daniel Mpembele SALA-DIAKANDA qui m'a permis d'initier la recherche au Cameroun et a encadré l'analyse de l'ensemble des données. Je remercie aussi le Dr Eliwo Mandjale AKOTO grâce à qui j'ai pu poursuivre ce travail. Tout ceci n'aurait pas été possible sans l'appui et l'aide du Ministère de la Coopération puis du Ministère des Affaires Etrangères qui m'ont accordé leur confiance.

Je souhaite exprimer ma gratitude à Benoît FERRY (IRD) et Claude RAYNAULT (CNRS) pour leurs nombreux et précieux commentaires. Merci également à Patrice VIMARD (IRD) pour son encadrement et son accueil. Je remercie beaucoup Maria Eugenia ZAVALA DE COSIO (Université Paris X Nanterre) pour m'avoir aidée à retravailler ce texte.

Enfin, je remercie ma famille, les nombreux amis qui m'ont aidée et que je ne peux pas tous nommer ici.

Je dédie ce travail à la mémoire de mon père.

## SIGLES

- AIDS : Acquired Immuno-deficiency Syndrome (Sida en français)
- CA(C)P : Connaissances, attitudes, (croyances) et pratiques
- CERPAA : Centre d'Etudes et de Recherches sur les Populations Africaines et Asiatiques (Université Paris V)
- F BU : Franc Bu (environ 0,018 FF au moment de l'enquête)
- F CFA : Franc de la Communauté Francophone d'Afrique (0,02 FF au moment de l'enquête)
- EDS : Enquête Démographique et de Santé
- EPC : Eglise Presbytérienne du Cameroun
- FED : Fonds Européen de Développement
- GPA : Global Programme on AIDS
- HIV : Human Immuno-deficiency Virus (VIH en français)
- IFORD : Institut de Formation et de Recherche Démographiques
- IST : Infection Sexuellement Transmissible
- MST : Maladie Sexuellement Transmissible
- OCEAC : Organisation de Coordination de la Lutte contre les Endémies en Afrique Centrale
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- ONG : Organisation non gouvernementale
- ONUSIDA : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
- PNLS : Programme National de Lutte contre le Sida
- PNB : Produit National Brut
- RGPH : Recensement Général de la Population et de l'Habitat
- RP : Relations entre partenaires

SRD : Société Régionale de Développement (Cameroun)

SRDI : Société Régionale de Développement de l'Imbo  
(Burundi)

UNAIDS : United Nations Programme against HIV/AIDS (Onusida)

VIH : Virus d'Immuno-déficience Humaine (HIV)

## PREFACE

*Si l'on peut considérer, comme le souligne Jacques Véron<sup>1</sup>, que l'épidémie de sida n'aura guère d'incidence démographique dans les pays du Nord où elle s'est pour l'essentiel limitée à des îlots de population très spécifiques (transfusés, drogués, homosexuels), la question est beaucoup plus controversée pour les pays du Sud, où les transmissions hétérosexuelle et verticale (de la mère à l'enfant) introduisent un risque de généralisation. Le problème est d'une actualité brûlante en Afrique, en particulier dans la partie subsaharienne du continent, où l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comptait 24,5 millions de personnes vivant avec le VIH/sida fin 1999, regroupant les adultes et les enfants, sur un total de d'environ 34,3 millions de personnes infectées à travers le monde (soit près de 70%) depuis le début de l'épidémie<sup>2</sup>.*

*Alors que l'Afrique paie le plus lourd tribut à la pandémie du VIH/Sida, les études portant sur les connaissances, opinions et attitudes face à ce phénomène concernaient surtout les populations non africaines. Aussi, en tant que Directeur de l'Institut de Formation et de Recherche Démographiques (IFORD) au moment où la présente recherche avait été initiée, c'est avec beaucoup d'intérêt et d'attente que nous avons apporté notre total appui à son auteur, convaincu qu'une œuvre scientifique majeure susceptible d'améliorer considérablement nos connaissances sur cette terrible pandémie ainsi que sur la manière dont elle est vécue par les populations africaines devant être étudiées était en chantier. D'ores et déjà, nous voudrions très sincèrement féliciter et remercier le Dr Myriam de Loenzien pour l'excellent travail accompli et dont les résultats attestent de la pertinence de sa démarche.*

*Placée dans une double perspective comparative et de relations de genre, et basée sur des enquêtes réalisées au Sénégal, au Cameroun et au Burundi, la présente recherche comporte deux objectifs*

---

<sup>1</sup> Véron J., "La population mondiale: défis et perspectives". *Problèmes politiques et sociaux* n°743, La Documentation française, Paris, janvier 1995, 80 pages.

<sup>2</sup> UNAIDS/WHO, *Report on the Global HIV/AIDS Epidemic*. Geneva, June 2000.

essentiels : i) étudier ce que la population vivant en milieu rural en Afrique connaît du sida, quelle place elle lui accorde parmi les problèmes de santé et quelles réactions et attitudes le sida suscite ; et ii) identifier les déterminants des connaissances, opinions et attitudes relatives au sida dans les populations étudiées dont la situation en termes de niveau de séroprévalence est très contrastée.

Utilisant une méthodologie développée par le Centre d'Etudes et de Recherches sur les Populations Africaines et Asiatiques (CERPAA, Université Paris V) dans le cadre de recherches sur la planification familiale en milieu rural, et se plaçant à un triple niveau d'analyse - individuel, interindividuel et collectif - l'étude qui s'ouvre ici contribue indiscutablement à combler quelques lacunes dans les recherches sur le VIH/sida. Primo, elle s'intéresse, fait rare, à la population générale – et pas aux seuls groupes dits à risque comme si le reste de la population, essentiellement hétérosexuelle, ne l'était pas – tout en mettant l'accent, dans une perspective comparative, sur le milieu rural qui compte environ deux tiers de la population africaine. Secundo, en adoptant une approche conjuguant rigueur quantitative et richesse qualitative, elle aborde de manière appropriée le "pourquoi" du phénomène et attire ainsi l'attention de la communauté scientifique et des populations elles-mêmes sur la nécessité d'une connaissance approfondie du contexte social et, donc, des facteurs à la base de la forte propagation de l'épidémie. Elle démontre ainsi, au passage, la nécessaire complémentarité entre les disciplines scientifiques, en particulier le fait que les sciences sociales, en synergie avec les sciences biomédicales notamment, ont un rôle fondamental à jouer dans le domaine de la santé publique. Tertio, en choisissant trois pays francophones du continent alors que ce sont les pays anglophones qui, jusqu'à preuve du contraire, payent le plus lourd tribut à la pandémie du VIH/Sida, elle voudrait attirer l'attention des chercheurs et des décideurs sur le fait que le sida est une menace réelle pour toutes les populations, que celles-ci vivent dans des pays considérés comme étant les plus affectés ou non par le phénomène.

Au terme d'une analyse approfondie basée sur une approche consistant à étudier dans un premier temps séparément les hommes et les femmes au sein de chaque pays et à ne les regrouper que pour évaluer l'importance relative du genre et de l'appartenance à un pays, l'auteur met notamment en lumière quelques similarités entre

les populations mais aussi une diversité de situations dans les connaissances, opinions et attitudes relatives au VIH/sida.

Ainsi, dans toutes les populations étudiées, les femmes paraissent défavorisées quant à l'accès à l'information en général et sur l'épidémie en particulier, aussi bien en termes de connaissance des paramètres de la maladie, à savoir sa létalité, ses modes de transmission et ses moyens de prévention. Ce qui montre l'intérêt, s'il en était encore besoin, de la dimension genre pour mieux mettre en évidence la situation particulière des femmes au regard des faits sociaux et, donc, la nécessité d'actions particulières visant l'amélioration de leur situation dans ces pays. Il existe par ailleurs dans ces populations une forte perception de la dimension collective des implications de toute maladie frappant un membre de la communauté ; ce qui serait une traduction de ce qu'il est convenu d'appeler la solidarité traditionnelle africaine, aujourd'hui mise à rude épreuve par les crises multiformes que traverse le continent africain. Un autre point commun aux populations du Burundi, du Cameroun et du Sénégal, est que le sida renvoie à trois paradigmes qui constituent autant de prismes à travers lesquels une lecture des sociétés africaines peut être faite, à savoir : la « modernité », les relations de genre et les clivages entre groupes sociaux au sein d'une société particulière.

Au-delà de ces ressemblances, il existe un sentiment de peur du sida lié notamment, dans le cas du Sénégal, à une méconnaissance de ses modes de transmission alors qu'au Cameroun où la population est à la fois plus confrontée à l'épidémie et mieux informée à son sujet, cette peur est accompagnée d'une attitude de défiance vis-à-vis de la maladie. La très forte prévalence de la séropositivité au Burundi, comparativement aux deux autres pays, pousse par contre la population à plus de méfiance dans les rapports sexuels, surtout hors union conjugale.

Je voudrais terminer en disant que les résultats de cette étude, y compris les différentes perspectives théoriques qui s'en dégagent, non seulement confirment la pertinence de la méthodologie utilisée mais montrent aussi la nécessité de restituer le VIH/sida, perçu par les populations étudiées à la fois comme une maladie spécifique et une menace, dans une problématique plus large d'élucidation de la pandémie en tant que fait social. Il est enfin à espérer que le courage

*et la détermination de Myriam de Loenzien feront des émules dans la communauté scientifique africaine et africaniste.*

*Daniel M. SALA-DIAKANDA*

## INTRODUCTION

L'infection par le virus d'immunodéficience humaine (VIH, agent causal du sida découvert en 1981) a commencé à provoquer une épidémie voire une endémie, dans de nombreuses régions, au début des années 1980. En deux décennies, sa propagation s'est effectuée selon une progression géographique marquée par une « tiers-mondisation ». Ainsi, en 1999, « une majorité écrasante de personnes infectées par le VIH – environ 95% du total mondial – vit dans le monde en développement » (ONUSIDA, 1999). Le continent africain est la région la plus affectée par l'épidémie, notamment sa partie subsaharienne qui avec à peine 10% de la population mondiale<sup>1</sup>, regroupe plus de 70% du nombre estimé des personnes vivant avec le VIH à la fin de 1999 (ONUSIDA, 2000). Cette polarisation se poursuit : parmi les 5,4 millions de personnes nouvellement infectées en 1999, plus des deux tiers vivaient dans cette région (ONUSIDA, 2000).

Les personnes atteintes n'appartiennent pas à des groupes isolés mais font partie des jeunes actifs de la population générale. D'où l'impact de l'infection en termes de pertes humaines et de coûts socio-économiques directs et indirects. Ceci est lié à l'une de ses principales caractéristiques : dans cette région, 90% des infections chez les adultes se font par voie hétérosexuelle (ONUSIDA, 2000). Bien que les données épidémiologiques soient insuffisantes, on estime que peu de transmissions sur ce continent ont eu lieu par le biais d'une seringue, d'un instrument infecté (lors de scarification par exemple) ou d'une transfusion sanguine avec du sang contaminé. Ainsi, alors que l'épidémie touche principalement les hommes dans nombre de pays développés en raison de transmissions homosexuelles ou de l'utilisation multiple de seringues, 55% des adultes âgés de 15 à 49 ans séropositifs en Afrique sont des femmes (ONUSIDA, 2000).

---

<sup>1</sup> Les estimations donnent pour la population de l'Afrique sub-Saharienne au milieu de l'année 1999 un total de 601 millions d'habitants et pour l'ensemble de la planète, 5 982 millions (Lévy, 1999).

Or la transmission du VIH peut être évitée au moyen d'une plus grande fidélité entre partenaires sexuels ou de l'utilisation de préservatif; grâce à l'emploi de seringues à usage unique, la stérilisation des instruments infectés, le contrôle des dons de sang. Ces différents modes de prévention supposent l'adoption de comportements relativement nouveaux et spécifiques. Malgré leur urgence et leur nécessité, ces changements ne peuvent être ni immédiats ni évidents car ils impliquent une prise de conscience de la gravité de l'épidémie par la population et contredisent souvent des pratiques existantes insérées dans un contexte socio-historique complexe. Ils dépendent de la façon dont le VIH/sida est perçu, des valeurs attachées aux concepts auxquels il fait appel et des contraintes sociales auxquelles les anciennes pratiques sont liées.

Aussi certains auteurs du milieu des années 1980 ont-ils parlé de troisième épidémie du sida caractérisée par les « réponses et réactions sociales, culturelles, politiques et économiques à la pandémie de l'infection à VIH et du sida ». Après une première épidémie (ou premier aspect de l'épidémie) mondiale, avec sa découverte au cours des années 1970 et une deuxième lorsque ont surgi les méthodes de prévention, la troisième épidémie des années 1990 était caractérisée par l'importance des réactions sociales et la peur de l'exclusion des malades du sida, dans la mesure où son mode de transmission implique des relations interpersonnelles. Cet aspect a été considéré « au même titre que le VIH comme une partie intégrale et importante des problèmes liés au sida » (Mann, 1988 : 3). La décennie suivante, à partir de la fin des années 1990, a commencé à initier une mise à disposition encore très restreinte de traitements. Celle-ci sera probablement appelée à se développer et modifier à nouveau les perceptions liées au VIH et au sida ainsi que leur impact.

Il est donc important, pour lutter contre la propagation de l'épidémie en l'absence d'un vaccin ou d'un remède médical, et pour « gérer » la maladie, de connaître les connaissances, opinions et attitudes ainsi que le contexte socio-économique et culturel dans lequel vivent les personnes concernées. De telles études ne sont pas inutiles à la diffusion d'une éventuelle solution médicalisée pour laquelle de multiples travaux sont en cours depuis de nombreuses années. Elles se heurtent cependant au manque d'expérience et par conséquent d'outil, des chercheurs dans ce domaine.

### *Un champ de recherche relativement nouveau*

En raison de son caractère relativement récent (environ trois décennies) et de ses particularités (forte propagation, transmission essentiellement sexuelle, létalité en particulier), le VIH/sida constitue un champ d'étude relativement nouveau pour les sciences sociales. En effet, si quelques recherches interdisciplinaires se sont développées récemment<sup>2</sup>, les approches adoptées ont longtemps été exclusivement médicales. En sciences sociales, l'étude du VIH/sida s'opère principalement en référence à deux champs d'étude : la sexualité et la santé. Le développement du premier est relativement récent et souvent empreint de connotations morales et de préjugés qui en limitent l'intérêt, voire nuisent aux causes qu'il prétend servir, surtout pour ce qui concerne les études menées en Afrique (Fassin, 1999). L'apparition du VIH/sida a pu constituer une occasion, sinon un prétexte au développement de ce type d'étude. Le deuxième s'adresse à l'anthropologie médicale et cherche à savoir quelle place le VIH/sida occupe parmi les problèmes de santé.

D'un point de vue méthodologique, certains parallèles sont effectués avec des modèles développés pour l'étude d'autres maladies telles que le paludisme ou de phénomènes d'une autre nature telle que la fécondité. Par exemple, le calcul d'un taux de reproduction a été appliqué à la génération de nouveaux malades (Brouard, 1994). Ces nouvelles applications ont montré la pertinence de démarches qui *a priori* n'étaient pas conçues pour ce type de phénomène ainsi que l'intérêt et la nécessité de la complémentarité des différentes disciplines sur ce sujet. C'est dans cette optique que je me place ici, celle d'une tentative d'intégration des différentes dimensions de l'épidémie et de la prise en compte des domaines relatifs à la santé et à la sexualité.

Sur le plan thématique, le domaine socio-économique et démographique relatif au VIH/sida s'est développé selon trois types d'orientations. La première concerne la mesure de l'impact de l'épidémie au moyen de modèles démographiques et

---

<sup>2</sup> Par exemple, l'étude multicentrique des facteurs du maintien des différences de séroprévalence menée dans quatre villes d'Afrique sub-Saharienne par le Groupe d'Etude *ad hoc* est un bon exemple de recherche où la pluridisciplinarité ne consiste pas seulement à juxtaposer des approches disciplinaires menées indépendamment les unes des autres, mais à traiter ensemble les données issues des enquêtes médicales, socio-démographiques et anthropologiques (Caraël et Holmes, 2001).

épidémiologiques. Il s'agit de mesurer les effets actuels et de prévoir ceux à venir, en termes de personnes infectées et de malades, ceci afin de connaître et de prévoir les besoins actuels et futurs, notamment en matière d'infrastructures sanitaires. Le deuxième type d'études a trait à l'évaluation des conséquences socio-économiques de l'épidémie, pour la prise en charge de ses victimes directes (malades) ou indirectes (orphelins, membres de la famille du malade). Enfin, le dernier vise l'identification des facteurs de la propagation, grâce à l'utilisation de modèles mathématiques et statistiques, et une connaissance approfondie du contexte social dans lequel évolue la population, ceci afin d'améliorer la prévention. C'est dans ce dernier cadre que je me situe.

### *Un sujet souvent traité de façon restrictive*

Les travaux portant sur les connaissances et attitudes de la population générale face au VIH/sida<sup>3</sup> en Afrique sont peu nombreuses, portent sur des groupes spécifiques et adoptent une perspective souvent différente d'une stricte approche fondamentale. Les enquêtes CACP (Connaissances, attitudes, croyances et pratiques) en matière de VIH/sida en constituent une source d'information initiale quantitative, comparative et descriptive, complétées par des opérations du même type plus centrées sur les comportements sexuels, notamment les enquêtes Relations entre partenaires (R.P.). Ces protocoles de recherche standardisés menés à l'instigation de l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) ont été réalisés dans une soixantaine de pays, dont une vingtaine de pays africains (Carballo, 1995) auprès d'échantillons, comprenant 2 500 à 4 000 personnes, représentatifs de la population du pays, afin d'orienter les décisions en matière de prévention du sida (Cleland et al., 1995). On dispose ainsi d'un volume important de données de base mais celles-ci restent strictement quantitatives.

Les études plus qualitatives et plus approfondies sur le VIH/sida se sont souvent intéressées à des catégories spécifiques d'individus telles que les prostituées et leurs clients, les patients atteints d'une infection sexuellement transmissible, les consultants pour une tuberculose, les

---

<sup>3</sup> L'expression globalisante VIH/sida fait référence à l'épidémie considérée comme entité comprenant tant les aspects liés à sa transmission que ceux qui concernent ses conséquences cliniques. Elle sera utilisée lorsque la distinction entre le virus (VIH) et le syndrome (sida) qu'il entraîne ne sera pas pertinente.

femmes enceintes, les jeunes scolarisés, les routiers. Il s'agissait d'étudier des « groupes à risque » (de transmission du VIH) appellation maintenant perçue comme stigmatisante et moins utilisée depuis le début des années 1990, lorsqu'on lui a préféré celle de comportement à risque qui fait davantage référence à l'ensemble de la population, mais a été à son tour critiquée en raison des risques que peut courir une personne non pas à cause de son comportement mais de celui de son partenaire. Ce choix initial était favorisé par la relative facilité à atteindre ces groupes au sein d'infrastructures telles que des écoles, des centres de santé, des entreprises, des hôtels (pour les prostituées) ou des hôpitaux (pour les personnes atteintes) mais présentait l'inconvénient d'isoler les personnes étudiées de leur contexte social élargi. De plus, ces enquêtes concernent généralement le milieu urbain. Or, le milieu rural est également menacé.

Parmi les auteurs qui se sont intéressés aux connaissances relatives au VIH/sida de la population générale en Afrique, beaucoup ont étudié des pays anglophones tels que l'Ouganda, la Tanzanie, la Zambie, globalement plus affectés que les pays francophones. De plus, l'urgence de la prévention a jusqu'ici conduit les chercheurs à mettre l'accent sur des aspects programmatiques immédiatement applicables plutôt que sur une réflexion plus approfondie. Or, la nouveauté relative du sujet oblige à la fois à la formulation d'hypothèses nouvelles et à une certaine prudence. Par ailleurs, cette épidémie crée des difficultés d'ordre éthique qui rendent difficile son étude, surtout lorsqu'elle implique des tests de séroprévalence. Pour ces raisons, les enquêtes sur les connaissances et attitudes relatives au VIH/sida auprès de la population générale ont souvent constitué un complément à une autre investigation et non une recherche en soi. Il s'agissait alors d'étudier la santé au sens large, les comportements sexuels, des variables démographiques plus générales ou d'autres maladies, qu'il s'agisse d'infections sexuellement transmissibles ou non.

### *Perspective comparative et étude de genre*

Ce travail comporte deux objectifs. Le premier consiste à étudier ce que la population vivant en milieu rural en Afrique connaît du VIH/sida, quelle place elle lui accorde parmi les problèmes de santé, quelles réactions et attitudes ce sujet suscite. Le deuxième est d'en identifier les déterminants ; pour cela, je me place dans deux

perspectives : la comparaison de zones à niveaux de séroprévalence différents et la prise en compte des relations de genre. Une comparaison internationale est possible car l'infection à VIH en tant que phénomène biologique a un caractère « universel ». En effet, même si l'importance de l'épidémie n'est pas la même partout, celle-ci touche tous les pays. Et malgré des variations régionales quantitatives et qualitatives (liées à la présence de plusieurs souches par exemple), les paramètres biologiques varient peu (rôle des maladies opportunistes dans la pathogénie, caractère asymptomatique de la première phase qui suit une contamination, modes de transmission, etc.).

L'enquête que nous avons menée permet donc d'effectuer une double comparaison inter-zones, selon que celles-ci sont diversement touchées par le VIH ou au contraire caractérisées par des taux de séroprévalence estimés semblables. A l'intérieur d'un même pays, la situation épidémiologique des régions choisies est *a priori* relativement homogène pour plusieurs raisons. D'une part, bien qu'il existe des exceptions, l'opposition selon un critère épidémiologique se fait en général entre milieu rural peu affecté et milieu urbain plus touché par le VIH. Or, nous nous intéressons exclusivement au milieu rural. D'autre part, le taux de séroprévalence dans chaque localité n'étant connu avec exactitude ni de nous-mêmes ni de la population, ce qui importe est bien sûr l'épidémie dans la zone mais également l'environnement plus général, pour lequel l'appartenance à une entité nationale est déterminante, notamment pour l'exposition à une éventuelle politique de lutte contre le VIH/sida.

Le deuxième type de déterminants s'inscrit dans la perspective d'une étude de genre. Contrairement aux études anglophones qui emploient couramment ce terme (*gender*) pour désigner la place sociale d'un individu du fait de son sexe, la terminologie française est moins spécifique. Cette acception est peu utilisée et souvent remplacée par le terme de sexe, qui est ambigu dans la mesure où il ne permet pas de faire une distinction explicite entre une caractéristique sociale et un trait physiologique. L'expression « relations de genre » permet de mettre l'accent sur les aspects sociaux liés aux caractéristiques sexuelles. Elle spécifie les « relations entre les hommes et les femmes », expression qui, bien qu'un peu longue, permet d'éviter l'expression peu heureuse « relations entre sexes ».

Il ne s'agit pas tant ici de mettre l'accent sur les inégalités entre les hommes et les femmes, que d'étudier les différences entre eux, chaque catégorie de genre répondant à une logique qui lui est propre. L'étude des caractéristiques affectées par les relations qu'ils entretiennent permet parfois de clarifier le contenu de la variable genre, inscription culturelle d'une différence biologique, et ce faisant, de ramener une partie de son influence à des facteurs autres, par exemple la migration, la nuptialité, la fécondité, l'activité économique ou la scolarisation. Les différences de connaissances et d'attitudes relatives au VIH/sida ainsi étudiées renvoient en effet en partie au caractère sexuel de la transmission de l'épidémie et aux différences de rôles et statuts au sein de la société.

### *Distinguer connaissances et attitudes*

Deux concepts sont centraux dans notre étude : les connaissances et les attitudes. La connaissance suppose deux étapes : la constatation et la compréhension (Mengal cité par Doron et al., 1991). Elle fait référence ici à une réalité bio-médicale préexistante permettant de qualifier la première de correcte lorsque les deux types d'information sont identiques, d'erronée lorsqu'elles sont différentes et d'incomplète lorsqu'un élément au moins manque. Nous ne disposons pas de repères aussi précis pour étudier les attitudes, il faut donc procéder par comparaisons et rapprochements multiples. En effet, si « le terme attitude recouvre des notions très diverses », « toutes les définitions insistent sur un point : l'attitude implique un état dans lequel l'individu est prêt à répondre d'une certaine manière à une certaine stimulation » (Grawitz, 1993 : 439). Dans la mesure où une attitude est une « disposition plus ou moins permanente (...) à la source d'un grand nombre de comportements et d'opinions sur un sujet » (Mendras, 1975), elle n'est pas directement observable : c'est une variable inférée que l'on « construit après avoir analysé tout un jeu d'opinions et de comportements » (Mendras, 1975). Elle est acquise et subit des influences externes : « les attitudes de toute personne sont en relation avec un ou plusieurs groupes sociaux ou ancrés dans ceux-ci » (Kelley, 1978 : 139). Dans le cadre de recherches portant plus spécifiquement sur le sida, elle est considérée comme le produit de normes et de croyances que l'individu a intériorisées (WHO, 1990 : 9).

Le concept de représentation intervient de multiples façons dans notre étude. Il suppose un « processus de mise en correspondance entre deux éléments qui aboutit à ce que l'un (le représentant) répète, remplace ou « représente autrement » l'autre (le représenté) » ainsi « un matériel concret est organisé en catégories ou « objets de pensée » » (Bronckart cité par Doron et al., 1991). Elle conditionne la connaissance à travers le processus de compréhension et détermine en partie les attitudes.

Les perceptions relatives au VIH/sida renvoyant, comme nous l'avons vu plus haut, à celles liées aux relations sexuelles et à la maladie, leur étude nécessite une double approche : socio-démographique et socio-anthropologique. Ces deux approches n'expriment pas deux niveaux de détermination mais deux registres de compréhension en étroite relation l'un avec l'autre.

### *Allier qualitatif et quantitatif*

La séparation entre connaissances et attitudes peut paraître artificielle car ces phénomènes s'influencent mutuellement. D'une part la mesure des premières est tributaire des secondes : une personne peut détenir une information sans la livrer en raison de ses croyances. Les conditions dans lesquelles a lieu la recherche, notamment la réalisation d'entretiens semi-directifs, permettent d'émettre des hypothèses sur la distance entre les connaissances apparentes (dont nous parlons ici) et réelles (qui seront seulement mentionnées car difficiles à connaître). D'autre part une bonne connaissance du VIH/sida est souvent liée à une plus grande acceptabilité des contacts avec des personnes atteintes. Ces deux types de liens doivent être pris en compte en émettant les réserves nécessaires à une évaluation séparée de chacun de ces concepts et en étudiant les liens entre eux.

Nous nous intéressons plus particulièrement à trois indicateurs des connaissances et attitudes relatives au VIH/sida selon qu'elles portent sur son existence, trois de ses paramètres<sup>4</sup> (létalité, transmission et prévention) et le fait de considérer ou non cette épidémie comme un danger (risque individuel et menace collective). Alors que l'étude des déterminants du premier peut se faire sur l'ensemble de la population,

---

<sup>4</sup> Ce terme n'est pas consacré dans le contexte de l'épidémie à VIH. Je l'ai adopté ici pour rendre plus lisible l'exposé.

pour les deux autres indicateurs, seules les personnes connaissant l'existence du VIH/sida peuvent être prises en compte. Ceci restreint les possibilités d'analyse statistique. Le calcul d'indicateurs se fera principalement par pays ; la mise en perspective de ceux-ci permet ensuite de dégager les particularités de chacun et l'on n'examinera le niveau micro-local (du village par exemple) que lorsque cela s'avérera utile à l'explication et à la compréhension d'un phénomène global.

La prévalence locale d'une maladie, l'identification de ses symptômes et la référence à des catégories permettant des analogies entre les caractéristiques de la maladie et d'autres phénomènes existants semblent importants à la prise de conscience par la population de l'existence de cette maladie. On peut donc se demander d'une part quelle proportion de la population a identifié le VIH/sida, problème de santé comportant une phase asymptomatique et phénomène relativement nouveau, d'autre part quelles références la population utilise pour le caractériser. Pour permettre des comparaisons de nos résultats avec des enquêtes existantes, certaines questions posées lors des enquêtes nationales ont été reprises dans nos questionnaires individuels.

### ***Information et confrontation : deux modèles***

Si le niveau de séroprévalence de l'épidémie et les relations entre les hommes et les femmes sont déterminantes, leur influence est à replacer dans un modèle dominant. Nous en proposons deux. Les connaissances et attitudes relatives au VIH-sida sont liées d'une part à la circulation des informations sur ce sujet (modèle d'information), d'autre part au fait d'avoir vu ou connu une personne atteinte (modèle de confrontation). Les expériences auxquelles ces modèles font référence comportent une charge émotive plus ou moins forte selon la personne concernée : celles liées à la confrontation constituent une expérience souvent plus marquante que la simple réception d'information. Dans les deux cas, l'objectif est de synthétiser un ensemble d'informations du même ordre.

L'articulation de ces modèles avec les perspectives évoquées ci-dessus (les différences de séroprévalence et les relations de genre) est immédiate. D'une part les hommes et les femmes occupent des places distinctes dans la circulation de l'information en raison de leurs

places, rôles et statuts différentiels. De même, ils ne sont pas confrontés de la même façon à l'épidémie. On pourra étudier dans quelle mesure ces différences renvoient à des distinctions en termes de migration, de scolarisation, de nuptialité, de fécondité et d'activité économique. D'autre part le niveau de séroprévalence du VIH a une influence à la fois sur la circulation des informations à travers les campagnes de prévention et sur la confrontation en raison de la propagation de l'épidémie. L'importance relative de chaque modèle varie selon la région, d'où l'intérêt de comparer des zones diversement affectées par l'épidémie.

Ainsi, la situation varie selon la région étudiée mais une même logique peut intervenir de la même façon dans deux zones différentes. Celui-ci est caractérisé par l'intervention de deux modèles qui jouent le rôle de variables intermédiaires des connaissances et attitudes relatives au VIH/sida<sup>5</sup>.

### *Cadrage statistique d'analyses approfondies*

Outre des considérations d'ordre pratique<sup>6</sup>, le choix des pays étudiés repose sur deux critères. D'une part retenir un pays dans lequel une enquête nationale sur les comportements, attitudes, croyances et pratiques (CACP) relatives au VIH/sida ou sur les relations entre partenaires (R.P.) a été faite fournit un cadrage statistique pour des données locales à recueillir. D'autre part étudier des zones où les niveaux de séroprévalence du VIH/sida différent permet des comparaisons.

Le Sénégal, le Cameroun et le Burundi ont réalisé chacun au moins une enquête CACP mais deux types de difficultés surgissent : l'indisponibilité des résultats de l'enquête nationale CACP<sup>7</sup> réalisée au Sénégal en 1988 et le caractère non représentatif de la population enquêtée au Cameroun. En effet, dans ce dernier pays, deux enquêtes CACP ont été menées en 1990 dans les provinces du Sud-ouest et du

---

<sup>5</sup> Nous faisons allusion ici au modèle des variables intermédiaires de la fécondité qu'utilisent les démographes.

<sup>6</sup> Nous avons tenu compte de commodités liées aux études faites antérieurement (travail du CERPAA au Sénégal) ou au travail effectué simultanément (au Cameroun) et des impossibilités liées au contexte politique (le projet d'une enquête au Rwanda a dû être abandonné en raison du contexte socio-politique de ce pays).

<sup>7</sup> Une première analyse de cette enquête a été réalisée en 1994 mais n'a pas été publiée.

Nord-ouest. Elles ne sont pas représentatives du pays mais permettent des comparaisons<sup>8</sup>. Au Burundi, plusieurs enquêtes CACP ont été réalisées, les résultats de celle réalisée en 1990 ont été analysés et sont présentés dans un rapport. Parmi ces trois pays, seul le Sénégal a réalisé une enquête Relations entre Partenaires (Caraël, 1993, 31) qui approfondit les comportements sexuels mais se heurte à un manque de fiabilité des réponses. Par ailleurs, les Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) qui portent principalement sur la santé de la mère et de l'enfant, ont inclus, à partir de leur deuxième série (EDS-2 et EDS-3), des questions relatives aux maladies sexuellement transmissibles (MST) et au VIH/sida. Nous pourrions donc utiliser les résultats des enquêtes réalisées au Sénégal (1992/93 et 1997) et au Cameroun (1998).

Ces études fournissent un point de repère mais dans ces trois pays il manquait des informations plus approfondies. C'est à ce manque que cherche à remédier, ne serait-ce que partiellement, notre étude. Celle-ci utilise une méthodologie<sup>9</sup> caractérisée à la fois par son caractère comparatif et micro-local, l'utilisation de données qualitatives et quantitatives et par la prise en compte de différents niveaux sociologiques<sup>10</sup>. Ainsi, si l'on prend l'exemple de la migration, il est possible d'étudier l'influence de l'itinéraire migratoire d'une personne, de son appartenance à un ménage où le nombre de migrants est important, ou encore des croyances, représentations et comportements migratoires collectifs (perception et place des migrants dans la société par exemple).

Nous avons mené trois enquêtes d'une durée de cinq semaines chacune. La première a eu lieu au Sénégal en avril-mai 1992, la seconde au Cameroun en décembre 1992 et janvier 1993, la troisième au Burundi en mai et juin 1993. Au sein de ces trois pays, neuf sites ont été choisis par choix raisonné : deux villages (Sine-Ngayenne et Ndiaw-Bambally) dans la région de Kaolack au Sénégal, cinq villages (Mindourou, Nyabi, Banga, Lolo I et Kambele III) dans la province de l'Est-Cameroun et deux collines ou sous-collines (Kinzobe-Kavumu et Mugerero) dans les provinces de Bubanza et Kayanza au Burundi. De même que pour le choix des pays, celui des sites repose sur des

---

<sup>8</sup> Des analyses des résultats ont été effectuées principalement par la coopération allemande (GTZ) et l'Institut de Formation et de Recherche Démographiques.

<sup>9</sup> Il s'agit d'une méthodologie développée par le CERPAA dans le cadre de recherches sur la planification familiale en milieu rural (Charbit et al.; 1994).

<sup>10</sup> L'étude se situe aux niveaux individuel, interindividuel et collectif.

## INTRODUCTION

critères d'inclusion (le nombre d'habitants<sup>11</sup>, voir Tableau 1) qui constituent des conditions de sélection et des critères permettant de distinguer les sites entre eux (équipement, situation par rapport aux axes de communication) de façon à mesurer l'effet de différents facteurs. Ce choix permet à la fois de comparer des populations vivant dans des pays très différents du point de vue de l'épidémiologie du VIH et, à l'intérieur du pays, de mesurer l'influence de facteurs socio-démographiques et culturels sur les connaissances et attitudes relatives à l'épidémie.

TABLEAU 1- EFFECTIF DES POPULATIONS ET TAUX DE SONDAGE

Sites enquêtés <sup>(1)</sup>	Sénégal (1992)			Cameroun (1992-93)			Burundi (1993)		
	SN	NB	Min	Lol	Nya	Ka	Ban	Mug	Kin
Pop. recensée	911	755	3883	1157	1238	860	552	1171	1909
Tx de sondage	100	100	20/30	45	50	50	100	50	60 <sup>(*)</sup>

Source : étude socio-démographique 1991-1993

(1) Sine-Gayenne et Ndiaw-Bambally au Sénégal, Mindourou, Lolo II, Nyabi, Kambele III et Banga au Cameroun, Mugerero et Kinzobe au Burundi.

(\*) Ce taux de sondage a été calculé pour les sous-collines de Kavumu et Kinzobe, Karuriye n'ayant pas été enquêtée.

Dans chacun des neuf sites, une enquête d'une durée de cinq semaines a été menée de 1991 à 1993 par une équipe pluridisciplinaire (chercheurs et enseignants en sociologie et démographie, responsables d'actions de prévention) et regroupant des personnes d'horizons différents (instituts du Nord et du Sud). Au total, l'enquête a consisté en la passation de 2526 questionnaires individuels, 796 questionnaires unité familiale, 253 entretiens semi-directifs dont 124 entretiens individuels, 48 entretiens de groupe et 81 entretiens auprès d'informateurs privilégiés (Tableau 2). Enfin, 9 plans de sites ont été effectués.

Ce livre comprend huit chapitres. Après avoir donné le contexte de l'étude, notamment l'épidémiologie du VIH/sida en Afrique et plus

<sup>11</sup> La population à interroger (hommes de 18 à 55 ans et femmes de 15 à 49 ans) représente 40 à 50% de la population totale. Le nombre de questionnaires individuels à collecter étant de 100 à 150 et le taux de sondage fixé à plus de 30%, chaque site devait comporter 500 à 1500 habitants. Ceci permet une étude à la fois approfondie d'un point de vue qualitatif et satisfaisante sur le plan quantitatif.

## INTRODUCTION

spécifiquement dans les zones étudiées ainsi que les principales caractéristiques socio-démographiques et culturelles susceptibles d'influer sur les connaissances et attitudes à l'égard de l'épidémie, celles-ci sont étudiées de façon approfondie. Pour cela, trois indicateurs sont privilégiés : la connaissance de l'existence et des paramètres (létalité, transmission et prévention) de l'épidémie, ainsi que sa perception comme un danger. Enfin, au moyen des modèles d'information et de confrontation caractérisés chacun par un ensemble de variables, je mène une analyse explicative dont on peut dégager ensuite quelques éléments d'analyse systémique. Le caractère spécifique de cette étude m'amène à utiliser des données pour la plupart collectées lors de l'enquête que nous avons réalisée, enrichie des résultats d'autres travaux effectués par ailleurs.

TABLEAU 2- BILAN DE LA COLLECTE

Sites enquêtés	Sénégal 2 villages	Camroun 5 villages	Burundi 2 collines	Total 9 sites
Questionnaires individuels	567	1404	555	2526
- dont hommes	224	632	273	1129
- dont femmes	343	772	282	1397
Questionnaires unité familiale	89	493	214	796
Entretiens	46	150	57	267
- dont individuels	13	90	21	138
- dont collectifs	11	26	11	48
- dont informateurs privilégiés	22	34	25	81
Plans de sites	2	5	2	9

Source : étude socio-démographique 1991-1993



## CHAPITRE 1

# SANTE ET VIH/SIDA EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE

L'épidémie de VIH/sida en Afrique Subsaharienne est survenue dans un contexte sanitaire caractérisé par une mortalité et une morbidité élevées. La baisse de la mortalité observée au cours des dernières décennies fait l'objet de controverses et est qualifiée de lente. De plus, les disparités régionales déjà fortes tendent à s'accroître (Meslé et Vallin, 1997), notamment au détriment de l'Afrique de l'Ouest et des régions du centre, plus défavorisées (Waltisperger, 1988 ; Barbieri et Vallin, 1996). Le manque d'équipements sanitaires explique en partie l'importance de ces problèmes. Il est lui-même lié entre autres à l'absence de politique sanitaire cohérente (Lerberghe et al., 1988) dans un contexte de crise économique depuis les années 80 et d'instabilité politique (Barbieri et Vallin, 1996). La mise en œuvre de la politique de soins de santé primaires définie lors de la conférence d'Alma Ata en 1978 a permis l'installation d'équipements communautaires mais celle-ci s'est heurtée à de nombreux obstacles et le milieu rural reste largement défavorisé par rapport au milieu urbain (Akoto et Tabutin, 1989). Or, si la gestion du VIH/sida se faisait au début de l'épidémie dans des structures indépendantes en raison de l'urgence et l'importance des besoins, elle s'est intégrée peu à peu aux structures de santé publique, conformément aux résolutions adoptées par le Programme mondial de lutte contre le sida (Global Programme on AIDS) de l'Organisation Mondiale de la santé (OMS), remplacé par l'ONUSIDA<sup>1</sup> le 1<sup>er</sup> janvier 1996.

---

<sup>1</sup> L'Onusida (UNAIDS) est le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida auquel participent l'UNICEF, le PNUD, le FNUAP, le PNUCID, l'UNESCO, l'OMS et la Banque Mondiale (Onusida, 2000)

La propagation des infections sexuellement transmissibles (IST) constitue un premier témoin de ces difficultés, bien qu'un tel constat soit limité par le manque<sup>2</sup> de données. En effet, d'un point de vue biologique, de nombreuses études ont montré que ces maladies facilitent la transmission du VIH en augmentant à la fois son caractère infectieux (capacité du virus à s'introduire dans l'organisme et à s'y développer) et sa susceptibilité. A l'inverse, la concentration du VIH dans les sécrétions génitales diminue de façon significative lorsque l'infection a été traitée. En raison de leur transmission sexuelle, ces infections et le VIH ont des modes de prévention similaires en termes de moyens matériels et de populations cibles. Les services de traitement des infections sexuellement transmissibles constituent pour les patients des points d'accès à un diagnostic, un traitement mais aussi une information sur le VIH (Onusida, 2000). La transmission de telles infections constitue donc un indicateur d'activité sexuelle et d'impact des interventions de prévention, notamment de la promotion des préservatifs : ce sont des marqueurs de l'épidémie à VIH (Grmek, 1990, 289). Aussi, le contrôle et la prévention des infections sexuellement transmissibles ont-ils été peu à peu intégrés à la stratégie de prévention du VIH/sida. La mesure de la séroprévalence de la gonorrhée et la syphilis auprès de la population des femmes enceintes et des consultantes en gynécologie, considérées comme les plus proches de la population générale, donne des résultats variables selon les pays. Or, on estime que leur prévalence et leur incidence mondiales sont en augmentation (Mann et al., 1992 : 166). De même, sur le plan de l'épidémie de VIH/sida, le Sénégal, le Cameroun et le Burundi appartiennent à la même zone mais se situent dans trois sous-régions différentes.

---

<sup>2</sup> Comme pour le VIH, la mesure de la séroprévalence des IST est souvent effectuée auprès de populations spécifiques peu représentatives de la population générale. En dehors des centres de consultation, elle n'est pas aisée et a souvent été indirecte, ce type de mesure étant possible pour la gonorrhée en raison de ses effets sur la fécondité, mais moins aisé pour la syphilis. Ce manque d'information a été analysé comme le résultat en partie d'une faible volonté politique (Mann et al., 1992 : 178).

## UNE MEME ZONE EPIDEMIQUE

Au cours des années 1990, les pays ont été regroupés en dix zones géographiques d'affinité (*geographic areas of affinity*, GAA) selon leur situation à l'égard du VIH/sida (Man et al., 1992). Cette typologie toujours utilisée aujourd'hui, a permis d'affiner le découpage préalable de l'O.M.S. comprenant trois régions (Chin et al., 1990) et de tenir compte de leur évolution différentielle subséquente. Elle repose sur trois critères : la situation épidémiologique, les programmes de lutte contre le VIH/sida et des indicateurs sociaux. Le Sénégal, le Cameroun et le Burundi font partie de la zone<sup>3</sup> Afrique Subsaharienne (figure 1.1).

Celle-ci se caractérise par la propagation du VIH la plus ancienne (1977-1978)<sup>4</sup>. Les premiers cas de sida y ont été diagnostiqués vers 1985-1987<sup>5</sup>. La disponibilité des données sur l'épidémie y est considérée comme très bonne<sup>6</sup>. La transmission est essentiellement hétérosexuelle, en deuxième lieu sanguine, celle-ci étant d'une importance moyenne à faible. La transmission homosexuelle et celle due à l'injection de drogue intraveineuse y sont très peu fréquentes<sup>7</sup>. C'est la seule zone où les femmes contaminées sont proportionnellement aussi nombreuses que les hommes<sup>8</sup>. Fin 1999, le niveau de prévalence de l'infection à VIH au sein de la population adulte (15-49 ans) est très élevé : il se situe à 8,57%<sup>9</sup> (Onusida, 2000). La population rurale est

---

<sup>3</sup> Les autres zones sont : l'Europe de l'Ouest, l'Europe de l'Est et l'Asie Centrale, l'Amérique latine, la Caraïbe, l'Asie du Nord-Est, l'Asie du Sud et du Sud-Est, l'Asie orientale et le Pacifique, l'Afrique du Nord et le Moyen-Orient, l'Amérique du Nord.

<sup>4</sup> au lieu des années 1978 à 1984 pour le monde, la diffusion la plus tardive ayant eu lieu en Asie du sud-est

<sup>5</sup> Et non avant 1985 comme c'est le cas de l'Europe et des Etats-Unis.

<sup>6</sup> Ce qui est également le cas de l'Amérique du nord, de l'Europe et de l'Océanie.

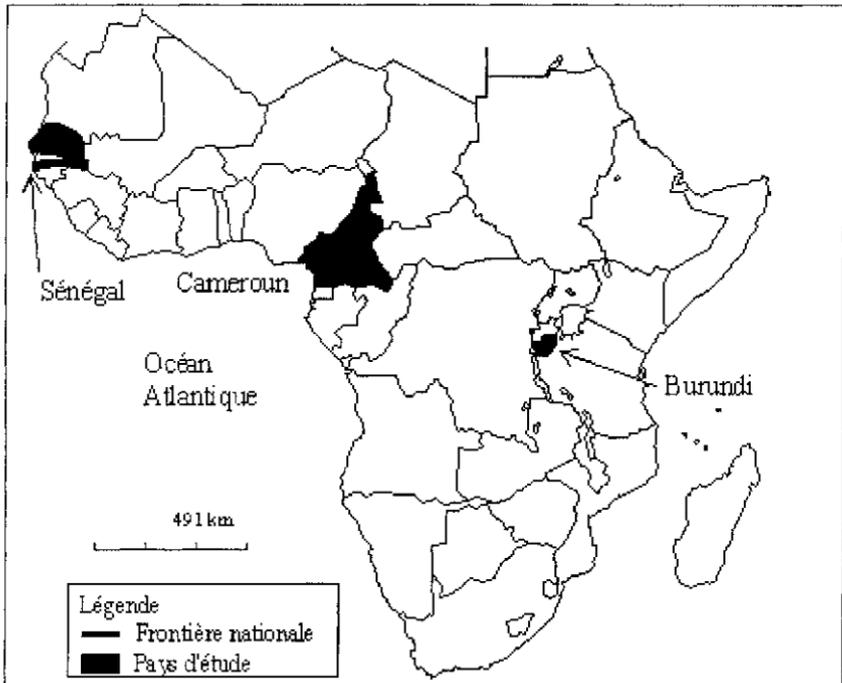
<sup>7</sup> Ce schéma est donc inverse de celui de l'Amérique du nord et d'Europe de l'ouest où la transmission par drogue intraveineuse est très élevée et la transmission hétérosexuelle relativement faible.

<sup>8</sup> Elles représentent 55% de la population contre moins de 35% dans les autres zones (Onusida, 2000).

<sup>9</sup> Le deuxième taux de prévalence le plus élevé est celui des Caraïbes, nettement plus faible : 2,11%, ceux des autres zones se situant à moins de 0,6%.

relativement peu atteinte : en 1991, pour une personne infectée en milieu rural, 3,6 appartiennent au milieu urbain<sup>10</sup>.

FIGURE 1.1 – AFRIQUE SUBSAHARIENNE. SITUATION GEOGRAPHIQUE DES TROIS PAYS ETUDIES



Source : adapté de Lydié, 2000 (non publié)

Les réactions à l'épidémie à partir de 1986<sup>11</sup>, en termes de mise en place de moyens nationaux de lutte contre le VIH/sida en Afrique sub-Saharienne ont été tardives et massivement financées par l'aide internationale, contrairement aux autres zones (à l'exception de l'Asie du Sud-Est). La part du produit national brut dépensé pour la lutte contre le VIH/sida y est faible alors qu'il est

<sup>10</sup> Ce ratio est proche de celui de la Caraïbe (3,6), de l'Océanie (3,3), d'Europe de l'est (3,2) et d'Amérique du nord (3,2), et est relativement faible par rapport à celui des autres zones (5 à 12).

<sup>11</sup> Les deux extrêmes étant 1982 pour l'Amérique du Nord et 1989 pour l'Europe de l'Est.

élevé dans les pays occidentaux, voire dans certains pays méditerranéens et asiatiques.

Si cette typologie permet une approche synthétique des situations épidémiologiques relatives au VIH/sida mais elle masque des différences marquées à l'intérieur de la zone.

## **FACTEURS DES DISPARITES REGIONALES**

La progression du VIH à partir d'épicentres identifiés dès son apparition n'est pas uniforme. En effet, dès le début de sa propagation, l'épidémie en Afrique a été marquée par une forte disparité régionale. Les contrastes importants dans la séroprévalence des pays d'Afrique Subsaharienne s'expliquent en partie de façons épidémiologique, démographique, anthropologique, sociologique et géographique (Buvé et al., 1995).

### ***Facteurs épidémiologiques***

Le VIH/sida peut être considéré comme un ensemble formé de « multiples épidémies adjacentes en interaction les unes avec les autres » (Fontanet et Piot, 1993 : 3). Dans une zone géographique donnée, chacun des trois modes de transmission (sexuel, médical et périnatal) est responsable d'une épidémie caractérisée par des comportements à risque et une date à laquelle le virus s'est introduit pour la première fois. Chacune se développe à son propre rythme, en fonction de la taille du groupe et de l'efficacité du mode de transmission. Ces épidémies sont en interconnexion de deux façons : à l'intérieur d'un même groupe à cause de la mobilité de ses membres et entre membres de groupes différents à cause des personnes impliquées dans des comportements à risques multiples. Ainsi, les comportements sont segmentés et les échanges entre les groupes-noyaux (*core-groups*) sont déterminants dans la propagation : une épidémie plus durable peut en alimenter d'autres.

Au sein d'un groupe, l'importance relative de chaque mode de transmission varie en fonction du temps, la transmission sexuelle étant responsable de la plupart des infections en Afrique. Le taux associé à cette dernière dépend de l'effet combiné de plusieurs