

La Continue Campagne du Sénégal Contre le SIDA

Par Nicole Grieve

Introduction

Le Sénégal est indiscutablement le pays qui mène les campagnes de prévention contre le SIDA les plus complètes et les plus réussies d'Afrique subsaharienne. En dépit de ceci, de récentes preuves suggèrent que tous les secteurs de la population ne bénéficient pas des avantages de ce programme car de forts taux d'infection subsistent dans certains groupes. En outre, le développement de médicaments antirétroviraux plus accessibles signifie que le Sénégal peut commencer à se concentrer sur les traitements aussi bien que sur la prévention. Ainsi, il paraîtrait que bien que le programme en cours ait été un grand succès, des modifications peuvent être réalisées pour réduire encore plus la diffusion du VIH.

Le Sénégal avant l'arrivée du SIDA

Comme beaucoup d'autres pays subsahariens, le Sénégal a eu des difficultés économiques pendant plusieurs années. Dans les années 80, le seuil du revenu par habitant se trouvait en dessous des 600 dollars américains par an et en raison du fort taux d'analphabétisme (57% des hommes et 77% des femmes) les perspectives de travail pour la majeure partie de la population étaient limitées. Malgré ce retard, le Sénégal a pu maintenir un système de santé relativement stable. Bien que 40% des coûts engendrés par les soins de santé étaient payés par les familles, le gouvernement a efficacement adressé des problèmes importants tels que la prévention et les soins infantiles et des problèmes concernant la reproduction, dépensant pour cela environ 1 dollar par habitant. D'autres groupes oeuvrant dans la société se sont également occupés avec succès d'autres problèmes concernant la santé tels que la prévention et l'immunisation de la malaria. Cependant, dans les années 80, une diminution économique et la dévaluation de la devise sénégalaise ont mené à l'effondrement d'une grande partie de l'infrastructure instaurée par le gouvernement pour la santé. Afin de combattre ce problème, les ONGs se sont activement organisés pour rassembler le soutien public pour diverses campagnes de santé (Pisani, 1999).

La religion qui joue un rôle très important dans la société, est un autre facteur qui influence la santé au Sénégal. Quatre-vingt-treize pour cent de la population sont des musulmans et cinq pour cent sont des chrétiens. La plupart d'entre eux sont d'actifs participants au sein de leurs religions respectives. La religion influence positivement la santé et en particulier la santé sexuelle de différentes manières. D'abord, l'Islam et le Christianisme mettent en valeur la famille et les normes sexuelles qui réduisent la transmission de maladies, telles qu'interdire le sexe hors du mariage. En second lieu, la circoncision est universelle et des études ont montré que les hommes circoncis sont moins sujets à attraper ou transmettre des MSTs y compris le VIH. Troisièmement, la consommation d'alcool, un facteur qui peut entraîner des pratiques sexuelles non protégées, est rare. Quatrièmement, l'activité sociale est organisée autour des associations religieuses qui sont actives dans le développement de la santé et de l'éducation (Pisani, 1999).

Plusieurs autres facteurs de la culture et de la société sénégalaise qui existaient déjà avant l'arrivée du VIH/SIDA ont une influence sur les taux de transmission. D'abord, la polygamie est un phénomène très commun. Près de la moitié des femmes mariées partagent leurs maris avec d'autres femmes mariées. En second lieu, durant ces dernières années, la pratique sexuelle avant le mariage a augmenté, plus chez les hommes que chez les femmes. Enfin, depuis la légalisation de la prostitution en 1969, les travailleurs du sexe doivent se déclarer et faire des contrôles de santé réguliers. S'ils ont une MST qui peut être traitée, ils ont droit à un traitement (Pisani, 1999).

Répondre au SIDA

Après que le premier cas ait été identifié en 1986, le gouvernement a rapidement instauré un programme pour combattre le VIH/SIDA. Depuis lors, il a investi près de 20 millions de dollars dans des programmes de prévention du SIDA. Le soutien politique demeure constant et les effets ont même été augmentés lors d'une réunion parlementaire concernant le SIDA qui eut lieu en 1996 avec des ONGs, des personnes vivantes avec le VIH/SIDA (PVVIH), des chefs religieux et d'autres experts (Pisani, 1999). Bien que ce programme ait évolué au cours des années, il se compose de trois activités principales : la prévention, le traitement et la recherche. En termes de recherche, seulement quelques années ont suffi aux chercheurs sénégalais pour collaborer avec des chercheurs d'autres pays désireux d'établir des projets de recherche. Les résultats ont été employés afin de produire le soutien politique nécessaire pour des programmes de prévention et de traitement (Pisani, 1999). Une importante découverte qui s'est produite dans les années 90 lorsque le Dr. Souleymane Mboup trouve une variante du VIH présente au Sénégal et qui diffère de celles d'Europe, lequel a motivé le commencement des premières campagnes de santé (Tamba-Jean, 2004).

Le programme de traitement est la moins répandue et la plus récente de ces campagnes. En 1998, le gouvernement a introduit la thérapie HAART (thérapie Anti-rétrovirale fortement active) et est devenu le premier gouvernement africain à sponsoriser un programme de thérapie anti-rétrovirale fortement active. Le programme était d'abord limité et a servi à déterminer l'efficacité d'un programme complet. Pendant l'expérience, les résultats ont prouvé que l'adhérence des patients au programme était bonne et semblable à celle obtenue dans les pays occidentaux. En outre, la résistance virale a rarement émergé dans l'étude. Cependant, en dépit des bonnes réponses initiales, le taux de mortalité était toujours élevé (12%) selon la visite de suivi (Laurent et Al, 2002). De façon générale, deux groupes indépendants ont déterminé que le programme de HAART était faisable, fournissait des résultats cliniques et biologiques et pouvait être mis en application avec succès en Afrique (Laurent, et Al, 2002 et Desclaux et Al, 2003). Suite aux résultats de l'étude, un programme national de traitement a été mis en place en 2006 pour traiter 7 000 patients (Desclaux et Al, 2003).

Les nombreux efforts de prévention du Sénégal, comme effectués sous le Comité national de prévention du SIDA (CNPS) incluent principalement : analyser le sang destiné à la transfusion, augmenter la sensibilisation au travers de l'éducation, répandre le dépistage de MSTs et de son traitement, promouvoir l'utilisation du préservatif et fournir des préservatifs à des prix abordables et réaliser des interventions spéciales pour des groupes à risque tels que les travailleurs du sexe (Meda et Al, 1999). Une des plus

grandes forces du CNPS se base sur le fait qu'il utilise tous les niveaux de la société y compris les groupes de femmes, les groupes basés sur la foi, le gouvernement, le secteur privé et les médias. Selon l'ONUSIDA cet immense effort réalisé initialement continue, de nos jours, à avoir des effets positifs en réduisant les infections causées par le VIH (Tamba-Jean, 2004).

Le programme massif d'éducation du CNPS est peut-être le plus élaboré de ces efforts. Dès le début de la campagne d'éducation, le gouvernement s'est rendu compte qu'une des manières les plus efficaces de diffuser les informations sur la prévention était de le faire au travers des groupes et des chefs religieux. Dans beaucoup de pays, et plus particulièrement dans ceux dotés d'une forte influence religieuse, les groupes religieux s'opposent souvent aux activités de prévention en fournissant des informations contradictoires. Cependant, dès le début de la campagne, les chefs religieux ont voulu s'impliquer et ont joué un rôle principal dans l'éducation de la population. Afin de s'assurer de la correcte contribution des chefs religieux chrétiens et musulmans, le gouvernement a d'abord conduit un sondage pour déterminer ce qu'ils savaient sur la prévention en matière de VIH. Le résultat a indiqué que les chefs religieux ont jugé qu'ils étaient mal informés et qu'ils voulaient plus d'information afin de guider correctement leurs partisans (Pisani, 1999).

En conséquence, des matériaux éducatifs leur ont été remis. Mis à part les directives sur la prévention, la littérature contenait des informations sur le côté humain de l'épidémie. Un message qui a été caché au début à cause de la faible prédominance. Des sessions de formation pour les Imams ont été arrangées et ils ont été remis des brochures afin de les aider à dissimuler l'information à leurs partisans ; Le SIDA est également devenu un sujet souvent utilisé dans les sermons. L'appui religieux a continué et en 1995 deux cents soixante chefs islamiques se sont regroupés lors d'une conférence pendant laquelle leur soutien fut clairement établi au niveau des efforts de prévention. En outre, ils soutenaient les droits des personnes vivant avec le SIDA y compris l'utilisation des préservatifs pendant le mariage (Pisani, 1999).

À la différence des chefs musulmans, au début les chrétiens et les catholiques refusaient d'éduquer leurs partisans en terme de prévention. Ce fût un problème significatif parce que les groupes chrétiens étaient traditionnellement ceux qui fournissaient la plus grande partie des soins au Sénégal. Par la suite, ils ont fini par accepter la prévention et ont également commencé à fournir des séances de consultation et d'appui psycho-social. Comme leurs homologues musulmans, en 1996, des évêques et d'autres chefs ont tenu une conférence qui a établi leur support à la campagne d'éducation du gouvernement (Pisani, 1999).

D'autres aspects du programme de l'éducation du CNPS ciblent les enfants et les groupes à haut risque. Au sujet des enfants, le gouvernement fait un effort pour introduire l'éducation du sexe en toute sécurité dans les écoles avant même que l'activité sexuelle de ces enfants ne commencent. En outre, un effort spécial est réalisé pour éduquer les enfants qui ne vont pas à l'école et pour encourager les parents à instruire leurs enfants. Le gouvernement a plus porté son attention sur les travailleurs du sexe, considérés comme un des groupes à haut risque. Les campagnes éducatives se concentrent sur l'utilisation de préservatifs et des groupes de soutien censés promouvoir le sexe en toute

sécurité. Afin d'augmenter le sexe en toute sécurité parmi les étrangers, des efforts préventifs commencent à se concentrer sur d'autres secteurs qui engendrent le sexe occasionnel tels que les marchés, qui sont en dehors du réseau de prostitution (Pisani, 1999).

Le gouvernement sénégalais s'est également activé pour aider les communautés à traiter les problèmes liés au SIDA, tels que la prévention et le soutien social. Économiquement, par exemple, le gouvernement a également mis en place des programmes pour aider ses citoyens à payer en partie les coûts de leurs traitements et pour aider les familles à soutenir des parents malades. Pour ainsi faire, le gouvernement a accepté de financer les communautés pour qu'ils puissent commencer des projets économiques tels que l'agriculture et des activités artisanales de petite envergure pour assurer à des familles un certain revenu. Socialement, le gouvernement a formé des chefs de communauté en stratégies de consultation et de prévention (Tamba-Jean, 2004). Le CEDPA a lancé un composant de la jeunesse et du VIH/SIDA du projet de ENABLE pour augmenter la capacité d'ONG de la jeunesse et d'aide à la jeunesse pour répondre aux problèmes liés au SIDA dans leurs communautés locales. Des chefs de la jeunesse ont été rassemblés et informés des recommandations concernant les meilleures pratiques et stratégies pour promouvoir le sexe en toute sécurité. Les recommandations incluent la santé reproductrice d'intégration dans tous les programmes de la jeunesse, adressant la stigmatisation pour les PVVIH et renforçant la communication de parent à enfant (CEDPA, 2003).

Résultats

Tandis que les taux d'infection causé par le VIH/SIDA sont en général plus bas au Sénégal que dans d'autres pays subsahariens, la discussion se porte sur la proportion de la différence attribuée à la réponse rapide du gouvernement sénégalais face au problème. Ceci parce qu'il n'est pas clair de ce qui se serait passé sans son intervention. D'autres facteurs dans la société sénégalaise tels que les valeurs sociales et religieuses et une longue et active participation de la communauté dans la santé a également aidé à maintenir les taux d'infection de VIH/SIDA à un bas niveau (Pisani, 1999). La question que se posent maintenant plusieurs experts est comment déterminer exactement l'effet produit par les interventions du gouvernement et si ces taux peu élevés auraient pu se produire sans l'intervention du gouvernement. Bien qu'il soit peu probable que le combat du Sénégal contre le VIH/SIDA aurait été aussi réussi sans une telle réponse de la part du gouvernement. Lors de l'analyse des résultats, il est important de se rappeler que les programmes du gouvernement n'étaient pas la seule chose susceptibles d'aider la prévention et la diffusion du VIH.

Les statistiques au sujet des taux d'infection démontrent clairement que le combat du Sénégal contre le VIH/SIDA est un succès. À la fin de 2001, le taux d'infection était seulement de 0,5% selon l'ONUSIDA ; le nombre de personnes infectées était seulement de 40 900 et entre ceux-ci seulement 2 900 cas étaient des enfants en dessous de 15 ans. Ceci fait du taux d'infection du Sénégal le plus bas d'Afrique subsaharienne comparé aux 40% des pays tels que le Botswana et le Souaziland. En outre, de 1990 à 2002 sur cent

femmes enceintes seulement une a été infectée au Sénégal. Ce taux était d'une sur cinq dans beaucoup d'autres pays africains occidentaux (Tamba-Jean, 2004). Bien que certains remettent en cause l'exactitude de ces chiffres parce qu'il est difficile d'obtenir les informations des régions rurales, il est évident que le Sénégal ait atteint un objectif que ces voisins n'ont pas pu. L'Ouganda est l'unique pays africain qui a pu réaliser approximativement ces chiffres (Pisani, 1999).

En général, les campagnes d'éducation ont été très efficaces ; le niveau général de la connaissance de prévention parmi la population a excédé 90% au début des années 90 et les questionnaires récents démontrent que la plupart des personnes savent comment prévenir la diffusion du VIH (Meda et autres, 1999). En outre, les gens comprennent également l'importance du sexe en toute sécurité. Par exemple, 70% des travailleurs du sexe connaissent l'infection asymptomatique (Pisani, 1999). Une étude sur la communauté rurale de Niakhal a démontré que 75% des personnes connaissent le VIH/SIDA (Wade, Enel, et Lagarde, 2006).

L'éducation a également augmenté la mise en application des méthodes préventives. L'activité sexuelle commence plus tard et le taux de personnes qui pratiquent le sexe en dehors du mariage et qui ont de multiples partenaires diminue. Même parmi les personnes qui pratiquent le sexe en dehors du mariage, l'utilisation du préservatif a considérablement augmenté. Bien que le sexe pré-nuptial s'élève, il se produit plus tard en partie parce que l'âge du mariage augmente également. En conséquence, il y a moins d'adolescents sexuellement actifs au Sénégal qu'ailleurs en Afrique. Le sexe avec un partenaire d'un soir est également de plus en plus rare (Pisani, 1999).

Un autre secteur dans lequel l'éducation a amélioré le sexe en toute sécurité est l'utilisation du préservatif. Avant que le SIDA soit apparu au Sénégal, moins d'1% de la population utilisait des préservatifs mais maintenant ce chiffre est beaucoup plus élevé dans le cas des rapports sexuels occasionnels et parmi les travailleurs sexuels (bien qu'il demeure très peu élevé dans les couples mariés). En particulier, les ventes ont augmenté passant de 800 000 en 1988 à 7 millions en 1997. L'une des raisons est que le gouvernement a facilité l'obtention des préservatifs. Un fait également soutenu par la réponse des travailleurs sexuels. Le seul pays qui utilisent autant de préservatifs est l'Ouganda qui a également une campagne active sur l'utilisation du préservatif. Les baisses des taux d'infection de MST prouvent également que les pratiques en matière de sexe en toute sécurité augmentent (Pisani, 1999).

Les Soucis

En dépit de ces bons résultats, il reste plusieurs secteurs problématiques dans le combat du Sénégal contre le SIDA et secteurs de la campagne qui doivent être améliorés. L'un de ces secteurs concerne les communautés rurales et plus particulièrement ceux qui ont un accès limité ou pas d'accès aux cliniques de dépistage gratuit, à l'éducation ou aux centres de traitement. Un exemple est le secteur de touristes de Mbour, situé approximativement à 150 kilomètres de Dakar ; presque 1% de tout les Sénégalais infectés résident là-bas, en partie parce qu'il y a un manque de centres de dépistage et médicaux et le niveau élevé de la pauvreté augmente la diffusion de la maladie (Tamba-James, 2004). Dans le but d'évaluer la situation des régions rurales au Sénégal, une étude a été réalisée au Niakhal, comparant les attitudes en 1997 et 2003. Les résultats étaient

effrayants. Cette évaluation a permis de constater que le nombre de personnes qui estimait que leur risque personnel du VIH/SIDA était élevé, a diminué de 49,1% à 17,2% ; le nombre de personnes qui ont dit avoir changé leur comportement ont baissé de 56,3% à 24,9% (Wade, Enel, et Lagarde, 2006). Ces figures démontrent qu'au moins au Niakhal, des attitudes préventives n'ont pas été soutenues malgré le fait que les taux de l'infection dans quatre régions urbaines sont demeurés stables de 1989 à 1999 (Meda, et autres, 1999). L'étude a également démontré une diminution de la fidélité et d'un choix étudié du partenaire.

En outre, plusieurs études ont identifié des problèmes dans le secteur de l'éducation du programme de prévention. D'abord, malgré le fait que la plupart des personnes sont généralement au courant du VIH/SIDA et de sa prévention, il y a beaucoup de fausses informations qui circulent. Par exemple, dans une étude faite entre 1997 et 1998, il a été démontré que 1/3 de la population pensait qu'il était possible d'attraper le VIH par des piqûres de moustiques (Pisani, 1999). En outre, les programmes d'éducation semblent ne pas influencer le comportement sexuel autant qu'il était pensé précédemment. Beaucoup de jeunes pratiquent toujours le sexe sans protection, les mariages polygames sont toujours très fréquents et les travailleurs du sexe clandestins sont encore répandus (Tamba-Jean, 2004).

Les groupes à haut risque ont besoin davantage d'attention. En particulier, les hommes qui ont des rapports homosexuels (MSM) et les travailleuses du sexe (FSW) sont particulièrement en danger. Les deux groupes sont encore fortement touchés par le VIH et les autres MSTs par rapport à la population générale. En termes de FSW même la prédominance relativement basse du VIH/SIDA chez ce groupe est cinq fois plus haute que celle de la population générale (Laurent, 2003). Selon une étude d'intervention, les programmes sont nécessaires parmi les MSM et plus particulièrement à cause du taux élevés de la bisexualité (NewsRx, 2002). Le souci principal en ce qui concerne les FSW est que beaucoup de femmes demeurent en dehors du système et plus particulièrement les femmes en dessous de l'âge légal. Cependant, peu de femmes ont mentionné leur âge et ceci pour ne pas se déclarer ; d'autres raisons incluent le manque de connaissance du système légal ou du refus. Ces femmes doivent évidemment devenir une priorité pour le CNPS. Quelques suggestions de cette étude incluent : mieux informer les FSW sur la loi et les procédures à fournir, aider celles qui veulent se déclarer, supprimer ou baisser l'âge légal et toujours octroyer de l'aide aux femmes qui refusent de se déclarer (Laurent, 2003).

Il existe beaucoup d'autres problèmes qui entravent également le programme de prévention. D'abord, la religion est toujours un obstacle dans quelques situations, par exemple, le mariage polygame (Spira, 2000). En second lieu, la recherche locale n'est pas coordonnée. Troisièmement, le travail effectué par les ONGs est dupliqué. En réponse à ces problèmes le gouvernement a commencé à s'impliquer davantage dans certains secteurs ; il a pris le contrôle direct du Conseil National du SIDA, qui était précédemment dirigé par des médecins praticiens locaux (Tamba-Jean, 2004).

Beaucoup de ces succès sont le résultat de la soigneuse planification effectuée par le gouvernement. Mais les experts ont identifié quelques aspects spécifiques du Sénégal qui ont aidé à réduire les taux d'infection. D'abord, la conduite politique a créé le dialogue constructif entre les chefs religieux et la communauté. En second lieu, il y avait une longue et active participation de la communauté dans la santé. Troisièmement, le

gouvernement a utilisé sa structure existante de santé au maximum et quatrièmement, il a suivi une approche pragmatique en mettant en valeur la protection (Pisani, 1999). D'une manière primordiale, le gouvernement a continué à réévaluer son programme pour identifier les secteurs à améliorer et trouver de nouvelles manières de réduire continuellement l'infection. Bien que d'autres pays africains ne sont pas en oeuvre d'adresser tous ces problèmes, mettre en place l'une de ces approches peut encore aider à faire la différence.

Conclusion

Plusieurs études ont prouvé que les mesures que le gouvernement sénégalais a mis en application ont été efficaces et ont permis de réduire les chiffres concernant le VIH/SIDA. Bien que les changements sociaux - tels que le début tardif de l'activité sexuelle et une réduction de la pratique sexuelle extra-conjugale - aient également aidé à combattre le virus, il est difficile d'imaginer que le succès que le Sénégal a expérimenté aurait été possible sans intervention du gouvernement. En particulier la promotion de la prévention et du dépistage et le traitement des MSTs sont deux secteurs qui montrent des résultats élevés (Pisani, 1999). Cependant, en dépit de ce succès il reste plusieurs sujets de préoccupation. Les taux d'infection parmi les populations et les personnes des régions rurales et des groupes à haut risque, tels que les FSW et MSW démontrent qu'il y a beaucoup de travail qui peut encore être effectué pour baisser les taux d'infection causés par le VIH.

Bibliographie

- Desclaux, Alice A. et al. 2003. "Accès aux drogues antirétrovirales et management du SIDA au Sénégal." *AIDS* 17, supplément n° 3: S95-S101.
- CEDPA/Senegal Office. 2003. *Senegal Youth Assessment Report: The Informal Sector and HIV/AIDS: Prevention Practices and Strategies*. Washington, D.C.: CEDPA.
- Laurent, Christian et al. 2002. "L'initiative de la thérapie anti-rétrovirale fortement active du gouvernement Sénégalais : une étude de suivi de 18 mois." *SIDA* 16, no. 10: 1363-1370.
- Meda, Nicolas et al. 1999. "Les taux d'infection bas et stables au Sénégal: cours naturel de l'épidémie ou la preuve du succès de prévention ?" *SIDA* 13, no. 11: 1397-1405.
- NewsRx. 2006. "HIV/AIDS Risk Factors; HIV and STI risk factors identified for men who have sex with men in Senegal." *Obesity, Fitness & Wellness Week*. Pg. 813.
- Pisani, Elisabeth. 1999. "Acting early to prevent AIDS: The case of Senegal." Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.
- Spira, Rosemary et al. 2000. "Les attitudes préventives adressés à la menace du SIDA : Procesus et déterminants dans les régions rurales du Sénégal." *Prévention et Éducation du SIDA* 12, no. 6: 544-556
- Tamba-Jean Matthew III. 2004. "Senegal Renews Its Campaign Against AIDS." *Contemporary Review* 285, no. 1664: 167-170.
- Wade, A.S., Enel, C., and Lagarde, E. 2006. "Qualitative changes in AIDS preventative attitudes in a rural Senegalese population." *AIDS Care* 18, no. 5: 514-519.
- Laurent, Christian et al. 2003. "La prédomination du VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles and les comportements à risque des travailleurs sexuels non déclarés au Dakar, Sénégal." *SIDA* 17, no. 12: 1811-1816.