



Revue critique  
de l'actualité scientifique internationale  
sur le VIH  
et les virus des hépatites

n°106 - janvier-mars 03

VIH - PREVENTION

# Quelle évaluation pour les programmes de promotion de la santé en Afrique ?

**Nathalie Lydié**

Université de Montréal (Canada)

**School based  
HIV  
prevention in  
Zimbabwe :  
feasibility and  
acceptability  
of evaluation  
trials using  
biological  
outcomes**

Cowan F.M.,  
Langhaug  
L.F.,  
Mashungupa  
G.P.,  
Nyamurera T.,  
Hargrove J.,  
Jaffar S.,  
Peeling R.W.,  
Brown  
D.W.G.,  
Power R.,  
Johnson A.M.,  
Stephenson  
J.M., Bassett  
M.T., Hayes  
R.J. for the  
Regai Dvize  
Shiri Project  
AIDS, 2002,  
16, 1673-1679

**Dans le cadre de la mise en place, au Zimbabwe, d'un programme de promotion de la santé de la reproduction chez des adolescents, les auteurs de cette étude ont cherché à montrer la faisabilité et l'acceptabilité d'un essai randomisé à base communautaire comportant, en plus d'un questionnaire, un prélèvement urinaire visant à déterminer la sérologie VIH et à rechercher d'autres infections sexuellement transmissibles (IST).**

Depuis quelques années, les jeunes, et en particulier les adolescents, sont au cœur de la lutte contre le sida, non seulement parce que ces derniers sont particulièrement vulnérables à l'infection - on considère que la moitié des 6000 infections qui ont lieu chaque jour concernent les jeunes - mais aussi parce que prévenir l'infection dans cette population est le passage obligé pour inverser la tendance de l'épidémie de VIH/sida dans le monde.

Puisque la prévention passe par l'éducation, la mise en place de programmes de promotion de la santé de la reproduction des jeunes est très vite apparue comme un élément essentiel de toute action nationale de lutte contre le VIH, non sans avoir suscité de nombreux débats tant sur le contenu que sur la manière de faire.

C'est à un autre débat que Cowan et coll. s'intéressent dans un article publié dans la revue *AIDS* : celui de l'évaluation, à partir d'un constat clair: **les programmes de promotion de la santé des jeunes sont nombreux en Afrique, mais peu d'entre eux font l'objet d'évaluations sérieuses permettant de mesurer leur capacité réelle à améliorer la santé reproductive des populations visées.** Evaluer de tels programmes est bien entendu la question sous-jacente de ce constat. Les auteurs s'accordent pour dire que les essais randomisés utilisant des indicateurs de comportement sont la manière la plus rigoureuse de faire, tout en soulignant les limites bien connues d'une telle procédure. Ils proposent donc d'introduire des mesures biologiques, seules véritablement capables de démontrer que le programme en question prévient les infections à VIH.

Ainsi, dans le cadre de la mise en place, en milieu rural zimbabwéen, d'un programme de promotion de la santé de la reproduction chez des jeunes adolescents scolarisés, ils ont cherché à montrer la faisabilité et l'acceptabilité d'un essai randomisé à base communautaire qui comporterait, en plus d'un questionnaire recueillant des indicateurs de comportements, un prélèvement urinaire visant à déterminer

la sérologie VIH, chlamydia et gonorrhée.

L'étude a été menée dans quatre communautés de la province de Masvingo au Zimbabwe entre octobre 1999 et mai 2001. C'est à peu près tout ce que l'on connaît du contexte de l'étude et c'est un peu dommage. Même si cette communication se veut concise, on aurait aimé quelques données contextuelles supplémentaires (niveau de prévalence, environnement socio-économique et culturel, etc.) qui auraient pu aider à éclairer certains résultats.

L'acceptabilité de l'essai randomisé à base communautaire a été évaluée à partir de la tenue de discussions incluant, dans chaque communauté, d'une part des élèves et d'autre part des adultes (parents, enseignants, leaders communautaires et agents de santé). Les discussions ont aussi bien porté sur l'intervention proprement dite et son évaluation que sur la formulation des questions et la manière de parler de sexualité dans cette communauté.

**Impliquer la communauté dans ce type de discussion est sans doute l'une des originalités de cette étude : généralement, les équipes de recherche se contentent de l'avis d'un ou deux anthropologues spécialement embauchés pour l'occasion,** considérant trop souvent que c'est un débat de spécialistes auquel la communauté, bien que première concernée, ne peut prendre part. C'est aussi le moyen le plus sûr d'obtenir son adhésion, comme cela fut le cas à l'issue des discussions.

Cette adhésion a concerné aussi bien l'intervention que l'évaluation. Même si les auteurs ne le précisent pas, on peut imaginer que le choix d'une technique moins invasive - un prélèvement d'urine plutôt qu'un prélèvement sanguin - a pu aider à obtenir le consentement de la population.

Lors de ces discussions, il a également été question avec les élèves de la communication des résultats de laboratoire et, dans ce domaine, il nous semble que les choix arrêtés par l'équipe de recherche posent problème. Ainsi il a été convenu que les prélèvements concernant la gonorrhée et la *chlamydia* seraient nominatifs et les résultats remis à chaque élève. Les individus séropositifs à l'une ou l'autre infection recevront un traitement. Les auteurs ne précisent pas si les parents étaient informés ou pas. A l'inverse, les tests concernant le VIH seraient anonymes et non corrélés. Les individus désireux de connaître leur statut sérologique devront se soumettre à un autre test de dépistage.

Cette procédure est celle généralement appliquée dans ce type

d'études. **Elle pose déjà problème lorsqu'elle concerne une population adulte** : d'une part peu de personnes vont se faire dépister, d'autre part on laisse aux équipes locales la responsabilité de l'annonce et du counselling alors qu'elles-mêmes ont été peu ou pas formées à cet exercice. **Lorsqu'il s'agit d'une population adolescente, c'est encore pire**, car même s'il est proposé gratuitement, on peut se demander dans quelle mesure un jeune (12-19 ans) va entreprendre la démarche d'un dépistage alors que les auteurs soulignent plus loin dans la discussion que les rapports sexuels prémaritaux sont prohibés dans cette région et que tout manquement à cette règle peut entraîner un mariage forcé ou des violences physiques.

Le choix fait par l'équipe équivaut donc à accepter le fait de laisser les jeunes dans l'ignorance de leur statut sérologique. Il ne reste plus qu'à espérer que le programme d'intervention qui leur est destiné sera suffisamment efficace pour les convaincre d'utiliser un préservatif. Rendre un résultat positif au VIH a certes d'autres implications que de rendre un résultat positif à d'autres IST, mais il est peut-être temps pour les équipes de recherche de se donner les moyens de faire cette démarche, surtout lorsque - comme c'est le cas ici - l'objectif premier est la promotion de la santé des jeunes.

Suite à ces discussions, l'équipe a conduit une enquête incluant un questionnaire et un prélèvement urinaire auprès de deux groupes d'élèves âgés de 12 à 18 ans, scolarisés dans quatre établissements des quatre communautés concernées. Le premier groupe était constitué de 197 jeunes scolarisés dans un pensionnat ; le second de 530 élèves issus de trois écoles secondaires. Les auteurs indiquent que ces jeunes étaient tous éligibles, sans toutefois préciser les critères d'éligibilité retenus. De la même manière, ils ne disent rien de la manière dont ces écoles et ces jeunes ont été choisis : est-ce que ces écoles sont les seules écoles de la zone ? Ces jeunes représentent-ils l'ensemble de la population scolarisée ? C'est peu probable. Si tel est le cas, il aurait été intéressant de connaître l'importance de la population scolarisée et le pourcentage de jeunes concernés par cette enquête. Pour pouvoir participer, les jeunes devaient obtenir le consentement écrit de leurs parents. Eux-mêmes devaient donner leur consentement verbal et avaient donc la possibilité de refuser en cas d'accord de leurs parents. Sur l'ensemble des quatre écoles, 72% des élèves ont obtenu le consentement de leurs parents : 79% dans les trois écoles classiques et 51% dans le pensionnat. Malheureusement, les auteurs

commentent peu cette différence significative si ce n'est en évoquant le fait que, dans le cas du pensionnat, le formulaire d'agrément devait être renvoyé par la poste alors que, dans le cas des écoles classiques, le formulaire était ramené par l'élève chargé de le remettre lui-même à ses parents. On ne connaît pas le pourcentage de jeunes scolarisés en pensionnat par rapport à l'ensemble des élèves scolarisés, mais ce faible taux de réponse pose tout de même problème, surtout que l'on peut légitimement penser que les élèves scolarisés en pensionnat sont différents des autres élèves. Mais à ce stade, les auteurs ne proposent aucune solution pour améliorer ce niveau de participation.

Le questionnaire était auto-administré au sein des établissements scolaires sous la surveillance d'une personne extérieure et a été rempli par 97% des élèves ayant reçu l'accord de leurs parents ; les prélèvements urinaires ont été effectués chez 95% d'entre eux. A peine 5% des filles et 18% des garçons ont déclaré avoir déjà eu des rapports sexuels. Or **la confrontation des données recueillies dans les questionnaires avec les résultats sérologiques laissent apparaître des problèmes de sous-déclaration importants** : seulement 1 des 16 élèves VIH+ et 4 des 16 pour lesquels une infection à *chlamydia* et gonorrhée a été diagnostiquée ont déclaré avoir eu des rapports sexuels.

Ce résultat amène les auteurs à remettre en cause la validité des études qui n'utilisent que des indicateurs de comportement. Cependant, il nous semble que cette position doit être quelque peu nuancée :

- les auteurs ne discutent pas la possibilité d'une autre source d'infection à VIH (par voie sanguine par exemple) ;
- au moins une partie de ce décalage peut s'expliquer par les conditions dans lesquelles les données ont été collectées. Les auteurs admettent eux-mêmes que c'était une erreur d'avoir administré le questionnaire en milieu scolaire, les élèves craignant que la confidentialité ne soit pas respectée et que les professeurs aient accès aux informations recueillies ;
- à notre connaissance, aucune autre étude n'a signalé un décalage aussi important entre des marqueurs biologiques et des données d'enquête. Par exemple, les résultats de l'étude multicentrique sur les facteurs de risque de l'infection à VIH qui associait des marqueurs biologiques et comportementaux montrent une bonne concordance entre les résultats sérologiques et les informations recueillies par questionnaire<sup>1</sup>. La prévalence de l'infection à VIH parmi les hommes âgés de 15 à 24 ans qui ont déclaré ne pas avoir eu de rapports sexuels

était de 0% à Cotonou, Yaoundé et Kisumu et de 4,8% à Ndola. Chez les femmes, ces pourcentages étaient respectivement de 0%, 1,1%, 10,8% et 7,6%.

Vingt-quatre des 670 élèves ayant donné un prélèvement d'urine se sont révélés VIH+. Contrairement aux tendances généralement observées, plus de garçons que de filles étaient infectés, mais la différence n'était pas significative (4,4% *versus* 2,6%). Plus intéressant est de constater que 10 des 16 garçons VIH+ fréquentaient la même école, celle située sur la route nationale qui rejoint l'Afrique du Sud. Ce n'est probablement pas une coïncidence.

Parallèlement à cette enquête en milieu scolaire, l'équipe a mené une enquête communautaire dans des villages avoisinants tirés au sort et appartenant à trois des quatre communautés concernées par cette étude. L'objectif de cette enquête était d'interroger des adolescents plus âgés que les précédents (16-19 ans) afin de mesurer le taux de scolarisation de cette tranche d'âge et également les niveaux de prévalence du VIH et des autres IST (*chlamydia* et gonorrhée). Un groupe de 573 jeunes a été constitué, représentant 65% des éligibles, sans une nouvelle fois que les auteurs énoncent clairement les critères d'éligibilité. Les jeunes devaient-ils être scolarisés pour être inclus ? Les auteurs ne mentionnent pas non plus clairement le pourcentage de ces jeunes scolarisés au moment de l'enquête, mais signalent seulement que 95% d'entre eux avaient déjà fréquenté l'école secondaire.

Les niveaux de prévalence du VIH dans ce groupe étaient de 5,1% pour les garçons et 6,6% pour les filles. On observe donc une progression des taux par rapport au groupe précédent, particulièrement forte chez les jeunes filles, pour lesquelles la prévalence est passée de 2,6% chez les 12-18 ans du milieu scolaire à 6,6% chez les 16-19 ans du milieu communautaire ( $p < 0,01$ ). **Ces résultats renforcent, s'il le fallait, l'argumentation en faveur de la mise en place de programmes d'éducation sexuelle à un âge relativement précoce, dans tous les cas avant la survenue des premiers rapports sexuels.**

A l'issue de ce travail, les auteurs concluent qu'il est possible et acceptable de mener un essai randomisé à base communautaire dans le but d'évaluer l'efficacité d'un programme de promotion de la santé de la reproduction chez les jeunes. Si aucun élément fort ne permet d'aller à l'encontre



de cette conclusion, on peut toutefois émettre quelques réserves à la vue des taux de participation relativement faibles des jeunes scolarisés en pensionnat (51%) et des jeunes en milieu communautaire (65%).

La possibilité de disposer de marqueurs biologiques dans le cadre d'une évaluation est certes un atout, et le choix du prélèvement urinaire par rapport au prélèvement sanguin est sans doute judicieux. Toutefois, il serait précipité de conclure que les enquêtes ne disposant que de marqueurs de comportement ne sont pas valides lorsque l'on ne s'est pas assuré, comme c'est le cas ici, que l'information a été recueillie dans les meilleures conditions. De plus, les procédures relatives à la remise ou plutôt à l'absence de remise des résultats VIH posent véritablement problème.

Enfin, **on peut regretter que le programme de santé de la reproduction dont il est question ne touche que les jeunes scolarisés. *Quid des non-scolarisés ? Ils sont une nouvelle fois laissés pour compte***, alors que l'Onusida rappelle dans son dernier rapport que l'élévation du niveau d'éducation est associée à des taux plus importants d'utilisation du préservatif<sup>2</sup>.

Toucher les jeunes non-scolarisés est beaucoup plus compliqué et nécessite la mise en place d'autres moyens que ceux nécessaires à une intervention en milieu scolaire - moyens pour les mobiliser (à travers les associations de jeunes, les associations de quartiers, etc.), moyens pédagogiques, moyens pour l'évaluation de l'intervention proprement dite. Cependant, malgré les difficultés que cela comporte, il n'est plus possible de laisser une partie des jeunes à l'écart de la prévention alors que l'on sait, par ailleurs, qu'ils sont l'une des sous-populations les plus vulnérables aux infections sexuellement transmissibles et, en particulier, au VIH/sida.

---

1 - Buvé A, Lagarde E, Caraël M et al.

"Validity issues in the Multicentre study on factors determining the differential spread on HIV in four African towns"

AIDS, 2001, 15 (Suppl. 4), S117-S126

2 - Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA 2002. ONUSIDA, Genève. Disponible sur le site de l'ONUSIDA

[www.unaids.org](http://www.unaids.org)