

UGANDA

La place des changements de comportements dans la baisse de la prévalence du VIH

Benoît Ferry
Ceped/Orstom

Change in sexual behaviour and decline in HIV infection among young pregnant women in urban Uganda
Asimve-Okiror G.,
Opio A.A.,
Musinguzi J.,
Madraa E.,
Tembo G.,
Caraël M.
AIDS, 1997,
11, 1757-1763

Alliée à la baisse du VIH chez les femmes ougandaises les plus jeunes, des changements substantiels de leurs comportements sont avérés, et particulièrement un retard à l'entrée dans la vie sexuellement active, qui ne faisait pourtant pas partie de campagnes de prévention. Il s'agit peut-être une forme d'adaptation spontanée qui n'avait pas été envisagée comme

efficace dans les interventions.

L'Ouganda a été l'un des premiers pays très sévèrement touchés par le sida. C'est aussi le pays où l'on a cru pouvoir déceler à partir de 1993 une baisse de la prévalence du VIH, qui se situait alors, chez les femmes enceintes, entre 25 et 30%. Mais on manque cruellement de recul pour comprendre les frémissements observés, pour trouver une rationalité et établir des relations de causalité.

L'article de Godwil Asiimve-Okiror et coll., rigoureux, documenté et systématique, a le mérite de venir confirmer et compléter les informations connues sur le déclin de la séroprévalence du VIH chez les femmes enceintes dans les sites urbains d'Ouganda. Il corrobore ainsi la baisse de la prévalence déjà mise en évidence ⁽¹⁾, et explore parallèlement la possibilité de changements de comportements.

A partir de données de surveillance de différentes cliniques prénatales urbaines en Ouganda suivies de 1989 à 1996, il montre une baisse sensible depuis 1993-94 après un pic en 1990-92. Proches de 30% il y a quelques années, les prévalences du VIH chez les femmes enceintes se trouvent maintenant entre 15 et 20%. Concernant les niveaux de prévalence par âge, il apparaît très clairement que ce sont les femmes les plus jeunes, principalement celles de 15-19 ans qui sont le moteur de cette baisse, alors qu'au-delà de 25 ans les niveaux sont restés relativement stables.

En parallèle, les auteurs présentent une série de résultats inédits sur un certain nombre de variables qui pourraient avoir un effet important sur l'évolution de la prévalence du VIH. Cet article est un des rares qui a le mérite de mesurer à peu près correctement les changements de comportement en rapprochant deux enquêtes relativement comparables faites en 1989 et 1995. De ces enquêtes auprès de la population générale, il ressort que l'âge au début de l'activité sexuelle des jeunes a été retardé en moyenne de deux ans, la médiane se situant en 1995 autour de 17 ans. Ainsi la proportion de jeunes de 15-19 ans qui n'a jamais eu d'activité sexuelle s'accroît fortement, passant de 31% à 56% pour les garçons, et de 26 % à 46% pour les filles. On constate en corollaire une plus forte proportion de femmes de 15 à 49 ans non mariées, celle-ci passant de 17,8% en 1989 à 23,1% en 1995.

On assiste également, au cours de la même période, à une augmentation de l'utilisation des préservatifs, notamment avec les partenaires occasionnels pour lesquels, en 1995, plus de 50% des rapports sont protégés -contre 11% avec le partenaire régulier. Il est cependant déconcertant de constater que la fréquence des relations avec des partenaires occasionnels, pour une grande part dans le cadre de la prostitution, n'a quant à elle pas changé. De même, la fréquence des MST déclarées par les hommes n'a pas changé non plus.

Une épidémie de sida telle que celle observée en Ouganda ne peut être sans effet sur la dynamique de la population, ses comportements et les modes d'adaptation conscients ou inconscients qu'elle met en œuvre. On ne dispose ici simplement que de quelques indicateurs sur l'évolution de la prévalence et des comportements sexuels. Lorsque chaque ménage est touché, que la culture s'est imprégnée du sida depuis plus d'une décennie, c'est l'ensemble des caractéristiques socio-culturelles et leur dynamique qui ont évolué.

De plus le sida, au-delà de son impact sur la culture, a eu très vite des effets structurels sur la mortalité, la fécondité, la nuptialité, les migrations... L'organisation sociale de la sexualité a évolué, le marché sexuel a changé et les modalités de l'activité sexuelle aussi. La dynamique sociale de cette épidémie est complexe et ressort d'un schéma de causalité mettant en œuvre un grand nombre de facteurs qu'il est difficile de maîtriser à partir de quelques indicateurs seulement. Les changements observés à partir de mesures ponctuelles et répétées de prévalence du VIH peuvent être des indicateurs muets en l'absence d'informations précises sur l'incidence, la mortalité, les migrations et le suivi de la prévention.

Les changements de prévalence peuvent être dus ou comme faisant partie de la dynamique intrinsèque de l'épidémie. Quelle part leur faire ? Dans l'évolution d'un début d'épidémie, il est connu qu'après une flambée de l'incidence (probablement en 1985-1990 en Ouganda), la prévalence monte puis décline (à partir de 1993) et se stabilise (période actuelle). La mortalité joue un rôle important dans cette évolution. Une baisse de la prévalence ne signifie pas

forcément une baisse de l'incidence ⁽²⁾. La baisse de la prévalence peut être due à la mortalité importante parmi les séropositifs et à une mobilité éventuelle. On n'a aucune idée sur les variations de l'incidence par âge et par sexe, qui seules seraient le signe d'un changement réel.

Il n'en demeure pas moins que toutes les études menées en Ouganda ont montré que ce déclin de la prévalence du VIH ne s'observe que chez les femmes les plus jeunes, de moins de 25 ans. Tout semble donc se jouer dans ce groupe d'âge.

Cependant, la mesure ne se faisant que dans les cliniques prénatales, on doit remarquer que la population des femmes fréquentant ces centres a pu changer dans le temps en termes de proportion des femmes enceintes, d'âge, et d'autres caractéristiques socioculturelles. Les femmes enceintes ne reflètent pas ce qui se passe pour l'ensemble des jeunes filles. On connaît très mal les effets sélectifs de ne prendre que ces femmes, et surtout leurs variations dans le temps. Si, comme visiblement c'est le cas en Ouganda, on a des retards d'âge d'entrée dans la sexualité et des changements de fécondité, la structure de la sous-population des femmes enceintes les plus jeunes a considérablement changé en quelques années, et leur exposition au VIH aussi.

L'ensemble des femmes en âge de se reproduire ont une distribution d'âge plus élevée que les femmes enceintes ; et cette tendance va en augmentant avec le temps et les changements de comportement observés.

Les femmes qui n'avaient jamais été mariées représentaient en 1989 17,8% de l'échantillon observé ; en 1995, 23,1%, ce qui fait une énorme différence. Un beaucoup plus petit nombre de femmes de 15-19 ans constitue le groupe des femmes enceintes. Chez celles-ci, le VIH a décru car pour une large part les plus jeunes ont retardé leur âge aux premiers rapports. Le groupe 15-19 ans a été exposé moins longtemps. Si l'âge moyen au début d'exposition est retardé, il est logique qu'une plus faible proportion de jeunes femmes soit infectée.

Du fait que les observations des niveaux de prévalence du VIH ne portent que sur les femmes enceintes, on est aussi en droit de se poser la question de savoir ce qu'il en est des changements de fécondité dans la même période. Selon Ntozi

(3), la fécondité en Ouganda a baissé de 7,3 à 6,0 enfants de 1992 à 1995. Ce genre de déclin allant plus vite en zone urbaine qu'en zone rurale, une chute très forte de la fécondité en milieu urbain au cours des dernières années doit avoir eu lieu. Les femmes des ménages comportant des séropositifs ont toujours une fécondité moindre. Les taux de fécondité des femmes séropositives sont eux aussi moindres que ceux des femmes séronégatives. Selon Zaba (4), les femmes séropositives peuvent avoir, à l'intérieur d'un même groupe d'âge, des niveaux de fécondité assez différents des femmes séronégatives, principalement du fait de la mortalité du partenaire, de niveaux différentiels de stérilité, d'une stabilité d'union différente, d'une moindre fréquence de rapports sexuels et d'une plus faible probabilité de ré-entrer en union.

De ce fait, on assiste avec le temps à un accroissement de la sous-estimation relative de la prévalence.

La mortalité liée au sida contribue certainement quant à elle pour une large part au déclin de la prévalence du VIH. Les femmes infectées jeunes décèdent rapidement et disparaissent de la cohorte des femmes enceintes. Par ailleurs, selon Serwadda et coll. (2), le nombre de personnes séropositives décédant chaque année dépasse largement les nouveaux cas d'infection; ce qui serait une explication complémentaire du déclin de la prévalence du VIH.

Que conclure ? Une baisse du VIH chez les femmes les plus jeunes est certaine, des changements substantiels de leurs comportements sont avérés. Ce retard à l'entrée dans la vie sexuellement active est observé, mais, comme l'indique l'article de Asiimwe-Okiror et coll., ne faisait absolument pas partie de campagnes de prévention. C'est peut-être une forme d'adaptation spontanée qui n'avait pas été envisagée comme efficace dans les interventions.

Des évolutions structurelles de la population sont en cours, mais si on doit s'en remettre aux chiffres, il n'y a pas de quoi crier victoire. Il existe certes quelques éléments disparates d'évolutions de quelques paramètres. Des indices trop minces pourtant pour parler de succès ou même d'effet de la prévention.

Quelle part, en effet, faire à la prévention ? Comment faire la

part entre l'effet de celle-ci et, simplement, l'impact socioculturel de la maladie elle-même ? L'article lui-même reste extrêmement prudent et se défend de conclure. Il faut s'en féliciter.

Quand un quart de la population est séropositive et que chaque jour des personnes meurent autour de soi, on ne peut parler de succès. On peut tout au plus parler d'une tragique expérience d'une population qui subit et s'adapte lentement à une situation critique. On est loin des " success stories " ...

Si des améliorations doivent venir des changements de comportements sexuels, pilotés ou non, pourquoi ne développe-t-on pas massivement des systèmes de surveillance des indicateurs des comportements sexuels et de leurs déterminants ? Au-delà de ces résultats substantiels, l'article de Asiimwe-Okiror et coll. démontre tout l'intérêt de la surveillance socio-comportementale au-delà des surveillances sentinelles VIH classiques. Pourquoi ne raffine-t-on pas les schémas explicatifs de la transmission du VIH qui devraient à présent prendre en compte les effets structurels de 15 ans d'épidémie et s'attacher davantage à comprendre les déterminants socio-épidémiologiques de l'exposition et de la transmission du virus ? Ces efforts ne pourraient qu'aboutir à un renforcement de l'efficacité d'une prévention plus pertinente.

1 - Konde-Lulle JK

" HIV seroprevalence in Uganda: What evidence? "

Health Transition Review, 1995, Supplement to Volume 5, 27-33

2 - Serwadda D, Wawer MJ, Sewankambo NK et al.

" Trends in HIV incidence and prevalence in Rakai District – Uganda " IX International Conference on AIDS and STD in Africa. Kampala, Décembre 1995, Abstract MoC085.

3 - Ntozi J, Nakanaabi I, Lubuaale

" Fertility levels and trends in the face of AIDS epidemic in Uganda".

Health Transition Review, Supplement to Volume 7, 1997, 145-155.

4 - Zaba B, Collumbien M

" HIV and Fertility: Modelling the effects of Changes of Union Dynamics "

IUSSP International Population Conference, Pékin, 11-17 October 1997, Vol 2, 583-609.