

Le VIH/sida en

*Quarraisha Abdoool Karim
Centre for Epidemiological
Research in South Africa;
South African Medical
Research Council; Southern
African Fogarty HIV/AIDS
International Training and
Research Programme,
Congella, Durban, South Africa*

*Salim S. Abdoool Karim
Centre for Epidemiological
Research in South Africa;
South African Medical Re-
search Council; Division of
Epidemiology, Columbia
University, New York*

L'épidémie de VIH se répand au sud de l'Afrique à une telle vitesse que cette petite région porte une part importante du poids mondial des nouvelles infections.¹ Dans cette région, le VIH est transmis principalement par voies hétérosexuelles, le sous-type C est dominant. En 1996, le taux de femmes enceintes testées séropositives lors de visites médicales pré-natales au Zimbabwe était de 40 %, au Malawi et au Botswana, ce taux était de 30 %.² En Afrique du Sud, les infections au VIH étaient rares jusqu'en 1987.³ Un dépistage systématique anonyme effectué chaque année dans l'ensemble du pays lors de visites médicales pré-natales des femmes ayant leur première grossesse nous renseigne sur la fréquence des infections au VIH et les tendances en Afrique du Sud. Le taux de séropositivité est passé de 0,76 % en 1990 à 10,44 % en 1995 et 22,8 % en 1998.⁴ Pour le moment, rien ne semble indiquer que le taux annuel de nouvelles infections soit en train de se stabiliser ou de diminuer. Le nombre total de sud-africains séropositifs est estimé à 3,5 millions. Le développement de l'épidémie de VIH en Afrique du Sud ne peut qu'être qualifié «d'explosif».

Des enquêtes répétées parmi les femmes enceintes (sur des

échantillons d'environ 1000 femmes) effectuées de 1992 à 1997 dans la région de Hlabisa, une région rurale sur la côte est du pays, permettent de calculer pour l'année 1997 une incidence de nouvelles infections au VIH se montant à 11,9 % des femmes âgées de 15 à 30 ans.⁵ Dès 1993, alors que le taux de nouvelles infections était encore relativement bas, 3,8 % des femmes étaient infectées par le VIH. Parmi les jeunes femmes, le taux d'infections dans la population d'Afrique du Sud a atteint un niveau qui n'existait auparavant que parmi les prostituées.^{6,7} Le VIH se répand particulièrement vite parmi les jeunes femmes, mais l'augmentation du nombre d'infections dans l'ensemble de la population âgée de 20 à 24 ans (de 6,9 % en 1992 à 21,1 % en 1995)⁸ montre que la population jeune est fortement touchée dans son ensemble.

Des enquêtes effectuées en 1990 et 1992 sur la prévalence du VIH dans des communautés rurales d'Afrique du Sud ont montré que les infections sont quatre fois plus fréquentes chez les femmes (1,6 %) que chez les hommes (0,4 %) et touchent les femmes plus jeunes que les hommes.⁹ Une autre étude de 1994 a trouvé un facteur de 2,3 pour la différence de prévalence du VIH entre les sexes. Ceci

semble indiquer que cette différence s'estompe à mesure que l'épidémie se répand.¹⁰

Une des causes principales de la progression du VIH et des maladies sexuellement transmissibles (MST) en Afrique du Sud est le travail itinérant. Malgré l'abolition de l'apartheid, le phénomène de migration est partie intégrante de la vie de nombreux sud-africains. Parmi les femmes dont le partenaire travaille en itinérant, le risque d'infection est nettement plus important. Une étude en Afrique du Sud rurale a montré que 13,7 % des femmes dont le partenaire passe un maximum de 10 nuits par mois à la maison sont séropositives, contre 0% des femmes qui passent plus de 10 nuits par mois avec leur partenaire.¹⁰ Des études sur la population du KwaZulu/Natal, une région rurale, qui n'étaient basées que sur des estimations grossières des comportements de mobilité et de migration, ont montré que les adultes «mobiles» ont un taux d'infection 2,5 fois plus élevé que les sédentaires installés dans la région depuis au moins un an.⁹ Pour les femmes, le risque d'infection lié à la migration est 2,4 fois plus élevé, pour les hommes, il est 7,3 fois plus élevé.⁹

La prévalence des MST est un indice concernant la prévalence du sida et représente également



Afrique du Sud

un problème de santé et un problème médical grave pour l'Afrique du Sud. Chaque jour, environ une femme sur quatre parmi environ 60 000 femmes vivant à Hlabisa et âgées de 15 à 49 ans, est infectée par au moins une nouvelle MST.¹¹ 48 % de ces infections se déroulent de manière asymptomatique et 50 % de manière symptomatique; elles ne sont pas traitées. Seules 2 % des femmes ont recours à un médecin. Et parmi elles, deux tiers seulement reçoivent un traitement adéquat.¹¹ En 1995, des directives concernant la lutte contre les MST et l'intégration de leur traitement aux soins médicaux de base ont été instaurées. Ceci était un premier pas dans la bonne direction, mais le succès de la mise en application dans la pratique clinique est fortement entravé dans la mesure où on manque de médicaments, où les partenaires refusent de se faire soigner et où une visite chez le médecin pour une MST est socialement stigmatisée.¹²

L'infection opportuniste la plus fréquente liée au VIH/sida est la tuberculose. Un nombre croissant de nouvelles infections à la tuberculose et de co-infections au VIH est le signe de la progression des infections au VIH asymptomatiques vers les premiers symptômes. Les nouveaux cas de tuberculose présentent des ressemblances statistiques avec l'épidémie de VIH pour ce qui est de l'âge et du sexe des personnes atteintes. A Hlabisa, le nombre de personnes adultes atteintes de tuberculose qui sont en même temps séropositives a augmenté de 36 % en 1993 à 58 % en 1995 et 65 % en 1997.¹²

L'apparition relativement tardive du VIH en Afrique du Sud aurait pu permettre d'établir des programmes de prévention dès le début. Mais l'incompétence et le manque de crédibilité de l'ancien régime ont fait que cette chance n'a pas été saisie. Le nouveau gouvernement élu démocratiquement est de bonne volonté pour ce qui est de combattre l'épidémie de VIH, mais n'est pas non plus en mesure d'affronter une épidémie d'une telle ampleur de manière adéquate.

Les défis posés par la situation actuelle de l'épidémie de VIH sont énormes. Les questions décisives à moyen et long terme sont celles de savoir comment réduire les effets de la migration sur la transmission du VIH et comment améliorer le statut des femmes en dépit de perspectives économiques sombres et d'un taux de chômage galopant. Un but essentiel doit être d'empêcher les nouvelles infections. De plus, il faut développer des stratégies pour gérer les énormes problèmes dus aux maladies et au décès de personnes jeunes à cause du VIH et du sida. Le succès de ces stratégies dépendra de la capacité à construire un partenariat efficace entre le gouvernement, la population civile, et les organisations privées et non-gouvernementales.

Littérature:

- ¹ Joint United Nations Programme on HIV/AIDS und WHO: Report on the Status of the HIV/AIDS Pandemic, Geneva 1998
- ² US Bureau of Census-Metropolitan Life Doyle Model. Business Day, August 1997.
- ³ S. S. Abdoool Karim, Q. Abdoool Karim: Changes in HIV seroprevalence in a

rural black community in KwaZulu (letter).

In: South African Medical Journal, 1992/82, S. 484

⁴ Department of Health, RSA: 1998 National HIV seroprevalence survey of women attending antenatal clinics in South Africa. Summary Report. Pretoria: Health Systems Research & Epidemiology, Department of Health, 1999.

⁵ S. S. Abdoool Karim: Establishing a South African vaccine trial site through intervention trials of HIV prevention among high risk rural female sexual partners of migrant workers in Hlabisa. HIVNET proposal submitted to Family Health International, April 1997. (The HIV Network Prevention Trials (HIVNET) was established in 1993 to conduct domestic and international multicenter trials.)

⁶ N. Nzila, M. Laga, M. A. Thaim et al. HIV and other sexually transmitted diseases among female prostitutes in Kinshasa. In: AIDS, 1991/5, S. 715-721

⁷ G. Ramjee, S. S. Abdoool Karim, A. W. Sturm: Sexually transmitted infections among sex workers in KwaZulu/Natal, South Africa. In: Sexually Transmitted Diseases, 1998/25, S. 346 - 349

⁸ R. L. Coleman, D. Wilkinson: Increasing HIV prevalence in a rural district of South Africa. In: Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology, 1997/16, S. 50 - 53

⁹ Q. Abdoool Karim, S. S. Abdoool Karim, B. Singh, R. Short, S. Ngxongo: HIV Infection in rural South Africa. In: AIDS, 1992/6, S. 1535 - 1539

¹⁰ M. Colvin, S. S. Abdoool Karim, C. Connolly, A. A. Hoosen, N. Ntuli: HIV infection and asymptomatic sexually transmitted infections in a rural South African community. In: International Journal on STD & AIDS, 1998/9, S. 548 - 550

¹¹ D. Wilkinson, S. S. Abdoool Karim, A. Harrison, M. Lurie, M. Colvin, C. Connolly, A. W. Sturm: Unrecognised sexually transmitted infections in rural South African Women - the hidden epidemic. In: Bulletin WHO (in print).

¹² D. Wilkinson: TB research in South Africa. South African Medical Journal, 1999/89, S. 155-159.

La république d'Afrique du Sud

Capitale: Prétoria

Population (1996): 45 millions

Noirs: 76,1 %

Blancs: 12,8 %

Métisses: 8,5 %

Asiatiques: 2,6 %