

# Agir vite pour prévenir le SIDA :

## *Le cas du Sénégal*



Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

**ONUSIDA**

UNICEF • PNUD • FNUAP • PNUCID  
UNESCO • OMS • BANQUE MONDIALE

Collection Meilleures Pratiques de l'ONUSIDA  
**OUTILS FONDAMENTAUX**

## Remerciements

*Le présent rapport a été rédigé par Elisabeth Pisani et coordonné par Michel Caraël, avec la collaboration de Ibrahim Ndoye, Nicolas Meda, Souleymane M'Boup, Alpha Wade, Salif Ndiaye, Cheick Niang, Fatou Sarr et Idrissa Diop.*

---

### ONUSIDA/99.34F (version française, mars 2000)

---

Version originale anglaise, UNAIDS/99.34E, juin 1999 :  
Acting early to prevent AIDS: The case of Senegal  
Traduction - ONUSIDA

---

© Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) 2000. Tous droits de reproduction réservés.

Ce document, qui n'est pas une publication officielle de l'ONUSIDA, peut être librement commenté, cité, reproduit ou traduit, partiellement ou en totalité, à condition de mentionner la source. Il ne saurait cependant être vendu ni utilisé à des fins commerciales sans l'accord préalable, écrit, de l'ONUSIDA (Contacter le Centre d'Information de l'ONUSIDA).

Les prises de position exprimées par les auteurs cités dans le document n'engagent que la responsabilité de ces auteurs.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'ONUSIDA aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'ONUSIDA, de préférence à d'autres. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

---

ONUSIDA - 20 avenue Appia - 1211 Genève 27 - Suisse  
tél. : (+41 22) 791 46 51 ; fax : (+41 22) 791 41 65  
Courrier électronique : [unaids@unaids.org](mailto:unaids@unaids.org)  
Internet : <http://www.unaids.org>

# Agir vite pour prévenir le SIDA : Le cas du Sénégal



Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

**ONUSIDA**

UNICEF • PNUD • FNUAP • PNUCID  
UNESCO • OMS • BANQUE MONDIALE

ONUSIDA  
Genève, Suisse  
2000

# Table des matières

<b>Introduction</b>	5
<b>Sources d'information</b>	6
<b>Société et sexualité au Sénégal avant le SIDA</b>	
Développement	7
Organisation sociale	7
Le secteur de la santé	8
Structures matrimoniales	8
Rapports sexuels avant le mariage	9
Prostitution	10
<b>La réaction du Sénégal à l'apparition du SIDA</b>	
Leadership politique	12
Leadership religieux	13
Leadership communautaire	14
Eviter les risques: les jeunes	15
Eviter les risques: les professionnelles du sexe et leurs partenaires	15
<b>Ces actions ont-elles fait une différence?</b>	
Connaissances sur le SIDA et les moyens de l'éviter	17
Activité sexuelle	18
Utilisation du préservatif	19
Prévalence des maladies sexuellement transmissibles	21
Prévalence du VIH	22
<b>La riposte du Sénégal au VIH était-elle réellement nécessaire?</b>	24
<b>Conclusion</b>	27

## Introduction

---

*M*algré les récents progrès thérapeutiques, le SIDA demeure une maladie sans traitement curatif. La prévention des nouvelles infections à VIH reste donc le seul moyen d'endiguer l'épidémie et d'atténuer les souffrances qu'elle entraîne pour les familles et les communautés.

La nécessité d'une intervention précoce pour arrêter la propagation du virus qui provoque le SIDA avant qu'il ne s'implante solidement dans une population a déjà fait l'objet de bien des écrits. Mais ceux-ci mettent généralement en lumière des pays qui, comme l'Ouganda et la Thaïlande, sont parvenus, grâce à des efforts de prévention admirables, à réduire des taux déjà élevés d'infection.

Cela signifie-t-il qu'il n'existe aucun pays en développement qui soit intervenu assez tôt pour empêcher le VIH de se répandre dans la population ? Pas nécessairement. Mais les scientifiques ont parfois hésité à mettre en évidence ces exemples, car il est impossible d'être absolument certain de ce qui se serait passé en l'absence de ces activités de prévention. En effet, si un pays intervient rapidement et conserve des taux peu élevés d'infection à VIH, il est difficile d'affirmer avec certitude que la faiblesse des taux est une conséquence irréfutable de l'intervention.

Pourtant, dans certains cas, nous disposons de données sérieuses indiquant qu'une action précoce contribue considérablement à l'instauration des comportements sûrs permettant d'endiguer l'infection à VIH et le SIDA. Le présent document décrit l'expérience du Sénégal, un pays de l'Afrique occidentale qui a lutté avec énergie pour prévenir la propagation du VIH et qui est parvenu à garder l'un des taux d'infection les plus bas de l'Afrique subsaharienne. Il passe en revue la situation du Sénégal avant que le SIDA ne commence sa progression rapide à travers une grande partie de l'Afrique. Il examine comment le pays a réagi à la menace et analyse cette réaction pour déterminer si elle a eu une incidence sur les comportements de la population et, en fin de compte, sur les taux d'infection à VIH dans le pays.

## Sources d'information

---

*L*information présentée dans ce document émane de plusieurs sources.

Une grande partie des données concernant le mariage et l'âge de l'activité sexuelle proviennent du programme d'enquêtes démographiques et sanitaires (EDS), un programme international qui interroge des échantillons d'hommes et de femmes représentatifs à l'échelon national. La dernière enquête réalisée au Sénégal date de 1997.

L'information concernant les comportements sexuels et l'utilisation du préservatif résulte de plusieurs enquêtes. La plus complète, une enquête aléatoire auprès des ménages portant sur le comportement sexuel, les connaissances et les attitudes, a été menée en 1997 dans un groupe de près de 2000 hommes et femmes de la capitale, Dakar, qui regroupe un quart de la population du pays.

Deux séries d'enquêtes comportementales sélectives – menées en 1997 et en 1998 auprès des écoliers, des étudiants et des professionnel(le)s du sexe, et en 1998 auprès des salariés – apportent des données supplémentaires sur le comportement sexuel et les connaissances en matière de sexualité. Les sujets ont été choisis de manière aléatoire afin d'obtenir des données aussi représentatives que possible du groupe choisi pour l'étude.

Les données sur les maladies sexuellement transmissibles (MST) chez les professionnelles du sexe proviennent d'études cliniques spéciales, menées en 1991 et 1996. Les données de prévalence du VIH sont fournies par un système de tests anonymes non corrélés pratiqués chez les femmes qui fréquentent les cliniques prénatales, ainsi que par le dépistage régulier des professionnelles du sexe lors de contrôles médicaux et des hommes en traitement pour des MST.

La Banque mondiale a fourni les données socio-économiques et les indicateurs sanitaires.

D'autres informations ont été apportées par le programme national de lutte contre le SIDA et les organisations non gouvernementales (ONG) travaillant dans le domaine de la prévention du SIDA au Sénégal.

Les sources d'information sur les autres pays sont analogues : des EDS, des enquêtes transversales sur le comportement et les attitudes en matière de sexe, des études publiées et des données nationales sur l'infection à VIH.

## Société et sexualité au Sénégal avant le SIDA

---

### *Développement*

**L**e Sénégal figure parmi les pays les plus pauvres du monde. Le revenu par habitant est inférieur à US\$ 600 par année et l'espérance de vie est peu élevée. La plupart des hommes ne vivront pas jusqu'à 50 ans et les femmes peuvent espérer atteindre 52 ans. Des efforts sont déployés pour améliorer l'accès à l'éducation – les effectifs de l'école primaire ont augmenté de 30% pour les garçons et de 60% pour les filles entre 1980 et 1995 – mais l'alphabétisation des adultes demeure l'exception. Environ 57% des hommes adultes et 77% des femmes sont illettrés.

### *Organisation sociale*

**L**e Sénégal est un pays très homogène sur le plan religieux. Environ 93% de la population est musulmane et 5% est chrétienne. La plupart des gens participent activement à la vie religieuse. Les chefs religieux, tant musulmans que chrétiens, encouragent activement des valeurs familiales et sexuelles aptes à réduire la transmission du VIH. Mais il ne fait pas de doute que les traditions religieuses contribuent par d'autres moyens à limiter la propagation rapide du VIH au Sénégal. Tout d'abord, la circoncision y est généralisée et les hommes circoncis semblent moins prédisposés que les autres à contracter ou à transmettre les infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH. Deuxièmement, la consommation d'alcool est peu répandue, conformément à la tradition de l'Islam. Dans l'étude comportementale réalisée à Dakar en 1997, 3% à peine des femmes et 4% des hommes indiquaient avoir consommé des boissons alcoolisées au cours du mois précédent l'enquête.

Une large part de l'activité sociale s'organise autour des associations religieuses, qui travaillent dans de nombreux secteurs du développement, dont la santé et l'éducation. D'autres organisations communautaires, par exemple les groupes féminins et les clubs de jeunesse, contribuent également aux campagnes sanitaires et éducatives. Tous ces groupes collaborent à la promotion de la vaccination, par exemple, ou à la lutte contre le paludisme.

### *Le secteur de la santé*

Depuis longtemps, le Sénégal considère la prévention et les soins de santé primaires comme le moyen le plus rationnel d'utiliser ses maigres ressources. Les dépenses publiques en faveur de la santé se montent à US\$ 1 par habitant environ. Cette somme est complétée par des fonds provenant de donateurs, mais 40% au moins des dépenses de santé sont à la charge des ménages. Pour les familles pauvres du Sénégal, les dépenses de santé constituent le poste le plus important à l'exception de la nourriture.

La santé reproductive et la santé infantile sont des priorités bien établies et les indicateurs sanitaires le confirment. Les taux de mortalité chez les nourrissons et les moins de cinq ans ont chuté de manière spectaculaire entre 1970 et 1996. Dans la même période, les décès infantiles sont passés de 135 à 60 pour 1000 naissances et la baisse de la mortalité a été encore plus marquée chez les enfants de moins de cinq ans. Les services de planification familiale sont en expansion : l'utilisation des moyens modernes de contraception a doublé entre 1993 et 1997. Le programme national de lutte contre les MST entrera bientôt dans sa quatrième décennie d'existence. La maternité sans risque est activement encouragée et la plupart des femmes enceintes fréquentent aujourd'hui les cliniques prénatales, qui offrent la possibilité d'organiser des programmes d'éducation sur la santé sexuelle. Depuis l'apparition du SIDA, ce système fournit une solide infrastructure pour la surveillance de l'infection.

Les ONG sont particulièrement dynamiques dans le domaine de la santé – un quart au moins de toutes les ONG du pays investissent dans ce domaine. Cela s'est révélé particulièrement important au cours des années 1980 et au début des années 1990, lorsque la crise économique accompagnée d'une dévaluation de la monnaie a entraîné l'effondrement d'une grande partie des infrastructures sanitaires gérées par le Gouvernement. Le nombre des consultations médicales a chuté de 8% entre 1978 et 1986, alors même que la population augmentait de 28% au cours de la même période. Les ONG ont dû intervenir pour soutenir le secteur et ont activement mobilisé le soutien de la population pour les campagnes en faveur de la santé.

C'est dans ce contexte de précarité économique – contexte partagé par bien d'autres pays du continent – que la lutte contre le SIDA a été engagée au Sénégal.

### *Structure matrimoniales*

Comme dans d'autres pays de l'Afrique de l'Ouest, la polygamie est courante au Sénégal. Globalement, près de la moitié des femmes mariées partagent leur mari avec d'autres épouses. Dans les sociétés pratiquant la polygynie, les hommes se marient généralement beaucoup plus tard que les femmes (car un petit nombre d'hommes plus âgés et plus riches sont en mesure de prendre pour partenaires un nombre élevé de femmes plus jeunes). Tel est certainement le cas au Sénégal, où la



moitié des femmes sont mariées avant l'âge de 20 ans alors que la moitié des hommes ne le sont pas encore à 31 ans. L'enquête comportementale réalisée à Dakar en 1997 a révélé que la moitié de toutes les jeunes femmes interrogées étaient mariées, contre moins d'un tiers des hommes.

Les femmes sénégalaises ont tendance à être plus âgées au moment du premier mariage que les femmes dans d'autres pays d'Afrique. De plus, les jeunes filles se marient plus tard depuis quelques années. Il y a 20 ans, à peine plus de quatre d'entre elles sur dix étaient encore célibataires entre 15 et 19 ans. En 1997, ce chiffre était supérieur à sept sur dix. Cela s'explique par le fait que les filles passent aujourd'hui plus de temps à l'école qu'auparavant. En fait, celles qui ne suivent aucune scolarité continuent de se marier très jeunes : la moitié des jeunes filles non scolarisées sont mariées avant 18 ans. Chez les femmes possédant une éducation secondaire ou supérieure, l'âge médian du mariage est de 10 ans plus élevé au moins.

Pour ce qui est des hommes, l'éducation entraîne également une différence dans les structures du mariage. Plus le degré d'éducation d'un homme est élevé, plus faible sera la probabilité qu'il prenne plusieurs épouses. Toutefois, la monogamie formelle semble s'accompagner d'une sorte de compensation sociale : les hommes dont le niveau d'éducation est élevé ont généralement un plus grand nombre de partenaires sexuelles au cours de leur vie que ceux dont le degré d'éducation est plus bas.

Les Sénégalaises mariées ont rarement des partenaires en dehors du mariage. Dans l'étude réalisée en 1997 à Dakar, 99% des femmes mariées déclaraient n'avoir pas eu de rapports sexuels avec des hommes autres que leur mari au cours des 12 mois précédents. Chez les hommes, la proportion est plus élevée : environ 12% des hommes mariés déclaraient avoir eu des partenaires sexuelles autres que leur épouse au cours de l'année écoulée. Malheureusement, ces données n'existent pas pour la période précédant le SIDA. Cependant, comme on le verra ci-après, ces taux de relations extraconjugales sont faibles, en comparaison de ceux relevés dans d'autres pays.

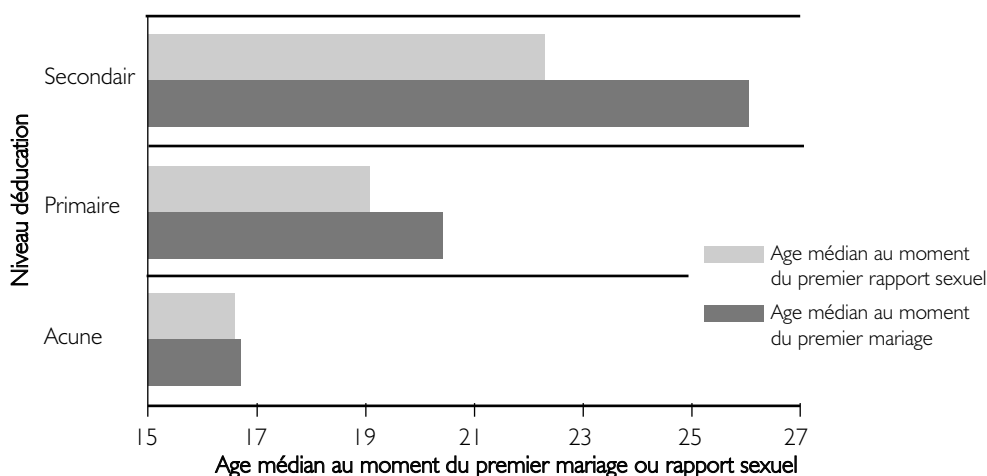
### *Rapports sexuels avant le mariage*

**T**raditionnellement, les femmes avaient rarement des rapports sexuels avant le mariage. Toutefois, le phénomène n'est pas totalement méconnu au Sénégal – les femmes mariées depuis plusieurs décennies indiquent des âges moyens plus bas pour le premier rapport sexuel que pour le mariage, ce qui laisse à penser que certaines d'entre elles au moins doivent avoir été sexuellement actives avant d'être mariées. Plus récemment, l'âge au moment du premier rapport comme l'âge au moment du mariage ont augmenté. Mais l'âge du mariage s'élève plus rapidement que l'âge du premier rapport sexuel. Ce qui indique que, si elles restent vierges plus longtemps, les femmes

sénégalaises ont une probabilité plus élevée qu'autrefois d'avoir des rapports sexuels avant le mariage.

Là encore l'éducation joue un rôle. Chez les femmes dont le degré d'éducation est bas, l'écart entre l'âge au moment du premier rapport sexuel et l'âge au moment du mariage demeure faible, comme l'indique la Figure 1. Les femmes dont le degré d'éducation est plus élevé attendent plus longtemps pour avoir un premier rapport sexuel, mais ont alors des rapports avant le mariage pendant une période plus longue. Les femmes qui ont reçu une éducation de niveau secondaire au moins restent vierges six ans de plus, en moyenne, que les femmes qui n'ont pas eu d'éducation, mais elles se marient neuf ans plus tard que ces dernières.

Figure 1. Age médian au moment du premier mariage et du premier rapport sexuel chez des femmes actuellement entre 20 et 49 ans, en fonction du niveau d'éducation



La probabilité que les femmes aient des rapports sexuels avant le mariage est beaucoup plus faible que pour les hommes. Dans l'étude comportementale de Dakar, 68% des femmes ont déclaré n'avoir pas eu de rapports sexuels avant le mariage. Moins de 10% des hommes étaient vierges lors de leur mariage. Cela n'est peut-être pas surprenant étant donné la moyenne élevée de l'âge au moment du mariage chez les hommes.

### *Prostitution*

Dans de nombreux pays, on faisait peu de cas de la prostitution avant l'apparition du SIDA, lorsqu'il s'est avéré que les professionnelles du sexe étaient particulièrement vulnérables à l'infection par le VIH et qu'elles pouvaient rapidement transmettre le virus à un grand nombre d'autres personnes.

Au Sénégal pourtant, des services à l'intention des prostituées existent depuis la légalisation de la profession en 1969. Depuis, les prostituées enregistrées doivent faire des bilans réguliers de santé et les MST guérissables dont elles sont atteintes, le cas échéant, sont soignées. Ce système d'enregistrement a fourni le cadre nécessaire pour organiser à l'intention des prostituées des campagnes d'éducation et de santé.

## La réaction du Sénégal à l'apparition du SIDA

---

*L*es premières notifications du SIDA au Sénégal se sont produites en 1986, lorsque six cas ont été découverts. La riposte a été immédiate. Un programme national de lutte contre le SIDA a été mis en place et des mesures ont été prises rapidement afin de protéger la population de toute exposition inutile au virus. D'ici à 1987, par exemple, un système avait été créé dans les 10 régions du pays pour permettre la recherche systématique des anticorps anti-VIH dans toutes les unités de sang destinées à la transfusion.

Le grand intérêt manifesté par la communauté scientifique déjà bien implantée dans le pays a contribué à renforcer la riposte. Les chercheurs sénégalais ont collaboré avec leurs collègues d'autres pays pour mettre en place des projets de recherche. Ces projets ont recueilli rapidement des données crédibles qui ont permis d'obtenir l'appui politique nécessaire pour agir dans ce domaine délicat.

### *Le leadership politique*

*A*lors que les personnalités politiques dans d'autres pays feignaient d'ignorer la menace posée par le SIDA par crainte de perdre l'appui des conservateurs en abordant la question de la sexualité sans risque, les politiciens du Sénégal ont appuyé les efforts entrepris pour faire face à l'épidémie. Le Gouvernement à Dakar a été l'instigateur d'une déclaration sur le SIDA faite par les chefs d'Etat des membres de l'Organisation de l'Unité africaine en juin 1992. La déclaration insistait sur l'importance du leadership politique, religieux et communautaire dans la lutte contre le SIDA.

Le Gouvernement a joint l'action à la parole : en association avec des donateurs internationaux, il a investi près de US\$ 20 millions dans des programmes de prévention du SIDA entre 1992 et 1996. Et il s'est attaqué aux problèmes qui faisaient obstacle au succès des programmes. Pour contribuer aux campagnes de promotion du préservatif, il a par exemple aboli un impôt indirect qui en quadruplait le prix pour le consommateur sénégalais. L'appui politique apporté à la direction du programme national de lutte contre le SIDA – direction qui s'est révélée remarquablement conséquente au cours du temps – a également contribué au succès de l'action nationale.

Plus récemment, des efforts ont été déployés pour accroître encore la portée de l'appui politique à la prévention du SIDA. Des campagnes d'information ont été élaborées à l'intention des membres du parlement et, en juillet 1996, a eu lieu la

première réunion parlementaire sur le SIDA, une session de deux jours à laquelle participaient les ONG, les personnes vivant avec le VIH et bien d'autres protagonistes de l'action nationale. D'autres groupes influents, notamment des propriétaires de médias, des rédacteurs et des journalistes, ont également été la cible de programmes d'information et de formation sur les questions en rapport avec le VIH.

### *Le leadership religieux*

Dans de nombreux pays, le plus grand obstacle aux activités de prévention a peut-être bien été l'opposition, ou la simple crainte de l'opposition, des autorités religieuses. La tendance des responsables religieux à prescrire l'abstinence et la monogamie mutuelle en dépit de tous les signes indiquant que ces comportements ne sont pas toujours la norme, a été observée dans pratiquement tous les coins du monde. La crainte d'offenser des groupes religieux puissants a bloqué certains gouvernements nationaux et non sans raison. Les lobbies conservateurs ont montré qu'ils étaient capables de faire obstacle à tout, de l'éducation à la vie de famille à la promotion du préservatif, s'ils le jugent bon.

La quasi-totalité des Sénégalais pratiquant activement l'Islam ou le christianisme, les responsables religieux jouent donc un rôle crucial dans la vie de la nation. Leur soutien aux activités de prévention du SIDA était essentiel au succès de la lutte. Et de toute évidence, les responsables religieux souhaitaient s'impliquer dans ce domaine important. Dès 1989, une organisation islamique conservatrice, Jamra, s'est adressée au programme national de lutte contre le SIDA pour parler des stratégies de prévention du VIH. Si, au début, il s'est montré plutôt hostile à la promotion du préservatif, le groupe est devenu un partenaire important du dialogue entre les responsables de la santé publique et les leaders religieux.

Pour mieux comprendre les besoins de la communauté religieuse, le Gouvernement a financé une enquête sur les responsables musulmans et chrétiens. Cette enquête a révélé que les responsables religieux se sentaient mal informés des questions concernant le VIH et le SIDA et qu'ils souhaitaient recevoir davantage d'information pour leur permettre d'orienter clairement leurs fidèles. Ils ont également exprimé certaines réserves quant aux initiatives qu'ils étaient prêts à soutenir. Par exemple, ils n'étaient pas disposés à encourager l'utilisation du préservatif chez les jeunes célibataires, mais étaient prêts à le faire auprès des couples mariés.

En conséquence, des matériels éducatifs ont été préparés pour répondre aux besoins des chefs religieux. Ces matériels étaient en partie fondés sur les témoignages de personnes vivant avec le SIDA – le visage humain de l'épidémie, qui est souvent occulté lorsque la prévalence demeure faible. Des séances de formation ont été organisées à l'intention des imams et des enseignants de langue arabe, et des brochures ont été produites pour les aider à faire passer l'information nécessaire. Le SIDA est devenu un sujet régulièrement abordé au cours du sermon du vendredi dans les mosquées de tout le Sénégal, et des personnalités religieuses respectées en ont parlé à la télévision et à la radio.

En mars 1995, 260 hauts dignitaires islamiques se sont réunis pour une conférence sur le SIDA. Il en est ressorti un soutien marqué pour les efforts de prévention du SIDA. Les leaders religieux ont affirmé que le VIH n'était pas une sanction divine infligée pour punir un comportement immoral. Ils ont manifesté leur appui aux droits des personnes vivant avec le SIDA, ainsi qu'à l'utilisation du préservatif aux fins de prévention de l'infection au sein du mariage lorsque l'un des partenaires est infecté. Ils ont en outre déclaré que chacun devait avoir accès à une information complète et précise sur le VIH et le SIDA.

Parmi les chrétiens, et notamment les catholiques opposés à l'utilisation des moyens contraceptifs, on a pu observer tout d'abord une grande résistance à la prévention du SIDA. Et pourtant, les organisations chrétiennes sont des partenaires importants de la distribution des services de santé au Sénégal et le SIDA menaçait de toute évidence de devenir un grave problème de santé s'il n'était pas combattu. Entraînées par une ONG catholique, SIDA Service, les églises ont peu à peu développé une attitude plus positive par rapport à la prévention. Elles ont apporté un soutien psychosocial et psychologique important et ont souvent invité les personnes à s'adresser à d'autres dispensateurs de soins mieux à même de répondre à leurs besoins, en particulier en matière de fourniture de préservatifs.

En janvier 1996, les responsables chrétiens ont organisé une autre conférence sur le SIDA. Tous les évêques du Sénégal étaient présents. A nouveau, les participants ont convenu que la prévention du SIDA était une activité nationale capitale.

Le soutien moral accordé par les leaders religieux à la prévention du SIDA a permis aux autorités civiles et sanitaires d'agir efficacement et de mettre en place des programmes d'éducation et des services de prévention spécifiques au VIH.

### *Le leadership communautaire*

Comme on l'a déjà dit, la société sénégalaise a une longue tradition d'engagement communautaire actif dans les domaines de la santé et du développement. Lorsqu'il est devenu évident que le SIDA constituait une menace potentielle pour le bien-être national, les groupes religieux, féminins, de jeunesse et d'autres groupes communautaires étaient bien placés pour réagir. En 1995, 200 ONG participaient à la lutte contre le SIDA. Plus de 400 groupes féminins, regroupant une demi-million de membres, appuyaient des activités en rapport avec le SIDA, allant des marches nationales contre le SIDA aux spectacles de marionnettes.

De toute évidence, ce domaine était nouveau pour les ONG et les organisations communautaires et nombre d'entre elles avaient besoin d'un appui pour acquérir les compétences nécessaires aux activités de prévention du SIDA. Une organisation a été créée pour chapeauter ces ONG, pour apporter un soutien à leurs membres et pour servir d'organe de liaison avec le programme national de lutte contre le SIDA. Des cours de formation ont été organisés à l'intention de plus de 100

organisations qui souhaitaient riposter à la menace posée par le SIDA mais estimaient qu'elles manquaient des compétences essentielles.

### *Eviter les risques : les jeunes*

**L**es responsables de l'élaboration des politiques se sont vite rendu compte que les jeunes devaient être informés sur le VIH et les comportements sans risque avant le début de leur vie sexuelle. Même si la sexualité commence relativement tard au Sénégal, un effort a été fait pour introduire l'éducation sexuelle assez tôt. Dès 1992, cette discipline faisait partie des programmes scolaires des degrés primaire et secondaire. En outre, des efforts ont été déployés pour atteindre les jeunes non scolarisés, principalement par l'intermédiaire des groupes de jeunesse.

Les jeunes disposent de plusieurs sources d'information, mais les parents ont un rôle particulièrement important à jouer dans ce domaine. Les organisations religieuses et communautaires ont activement encouragé les parents à assumer leur responsabilité qui est de protéger la santé sexuelle de leurs enfants en leur fournissant toutes les informations utiles et en encourageant les comportements sûrs.

Les messages destinés aux jeunes ont souvent porté sur l'amélioration des connaissances concernant les risques des rapports sexuels non protégés et sur la promotion de l'abstinence. Mais il est préoccupant de noter que la fourniture réelle de services aux jeunes ayant choisi d'être sexuellement actifs s'est révélée insuffisante.

### *Eviter les risques : les professionnelles du sexe et leurs partenaires*

**L**enregistrement des prostituées était systématique au Sénégal depuis plus de 15 ans au moment de l'apparition du SIDA. Les prostituées enregistrées étaient tenues de subir des contrôles sanitaires réguliers et les MST étaient soignées le cas échéant. De ce fait, les prostituées étant régulièrement en contact avec les services de santé, il était facile de surveiller la propagation de l'infection à VIH dans ce groupe.

Il s'est rapidement avéré que les professionnelles du sexe sont particulièrement exposées tant au risque de contracter le VIH que de le transmettre à leurs clients. Des interventions de prévention axées sur la promotion de l'utilisation du préservatif ont été immédiatement mises en place. Un grand nombre de prostituées sont entrées dans des groupes d'entraide afin de se protéger du SIDA. Plus de 30 groupes de ce type ont été fondés. Les membres participent environ cinq fois par an à des débats, à des séances de cinéma et à d'autres rencontres d'information sur le VIH et le SIDA. Elles servent aussi d'éducatrices de proximité auprès des femmes qui travaillent dans le commerce du sexe mais ne font pas partie des groupes d'entraide. Il s'agit parfois de femmes qui ne sont pas enregistrées comme prostituées. Il est difficile de connaître exactement le nombre des prostituées non enregistrées – on estime qu'elles sont aussi nombreuses que celles qui le sont. On sait également peu de choses

sur les taux d'infection ou les comportements à risque chez ces personnes. Il est très probable que les activités de prévention futures seront davantage ciblées sur ces groupes.

Des efforts accrus sont également faits pour toucher des groupes de populations qui pourraient bien offrir ou avoir régulièrement des rapports sexuels occasionnels, avec ou sans échange d'argent. On pense notamment aux populations mobiles comme les ouvriers migrants ou les employés du secteur des transports. Des actions de prévention plus énergiques sont également organisées dans les lieux où des rapports sexuels occasionnels peuvent se produire, notamment les marchés hebdomadaires.

On sait depuis longtemps que la présence d'autres MST facilite l'acquisition ou la transmission de l'infection à VIH. C'est pourquoi le traitement régulier et approprié des MST s'est élevé sur l'échelle des priorités sanitaires lorsque la menace d'une épidémie de VIH s'est précisée. La prestation de services MST a été renforcée tant auprès des professionnelles du sexe que dans la population générale.

Le Sénégal a été l'un des premiers pays d'Afrique à mettre en place un programme national de lutte contre les MST et l'un des premiers à intégrer les MST dans ses services de santé primaires. Pour faire face à la menace du SIDA, le pays a entrepris la formation à grande échelle des agents de santé dans le domaine de la prise en charge par syndrome des MST. La qualité des soins s'en est trouvée considérablement améliorée, si on la compare avec les données d'une étude faite avant la formation. La fourniture de conseils précis concernant les mesures de prévention dans l'avenir et la notification des partenaires s'est améliorée de manière encore plus spectaculaire.



## Ces actions ont-elles fait une différence?

Toutes ces activités de prévention ont-elles eu une incidence et si oui, laquelle ? Il est parfois difficile de le dire, car il est impossible de savoir ce qui se serait produit en l'absence d'activités de prévention ou parce que la situation pré-épidémique n'est pas suffisamment connue. Dans certains domaines toutefois, l'effet est évident. L'utilisation du préservatif, qui était proche de zéro avant le SIDA a passé à 67% chez les hommes ayant des rapports sexuels occasionnels en 1997. Pourrait-on imaginer une telle augmentation si ces hommes n'avaient pas été exposés aux campagnes d'éducation et de promotion du préservatif ? Pas vraiment.

Cette section fait le bilan des connaissances, de l'activité sexuelle, de l'utilisation du préservatif, de la prévalence des MST et du VIH au Sénégal. Dans toute la mesure du possible, elle examinera les tendances dans le temps, pour tenter de déterminer les effets éventuels des activités de prévention.

### *Connaissances sur le SIDA et les moyens de l'éviter*

De toute évidence, les campagnes de sensibilisation au SIDA ont été efficaces. Des études transversales répétées en 1997 et en 1998 ont montré que plus de 95% des élèves des écoles secondaires et 99% des professionnelles du sexe savaient ce qu'est le SIDA et pouvaient citer au moins deux moyens corrects de l'éviter.

Une importante proportion d'entre eux étaient au courant de questions plus complexes telles que l'infection asymptomatique. Quatre élèves sur cinq et près de 70% des prostituées savaient que le VIH peut être transmis par une personne qui a l'air en parfaite santé.

Dans la population générale représentative de l'ensemble du pays, davantage d'hommes que de femmes étaient au courant de la transmission du VIH par la voie sexuelle (81% des hommes contre 76% des femmes). Mais dans les zones urbaines, aucune différence entre hommes et femmes n'est apparue, ni entre les hommes et les femmes ayant dépassé l'école primaire.

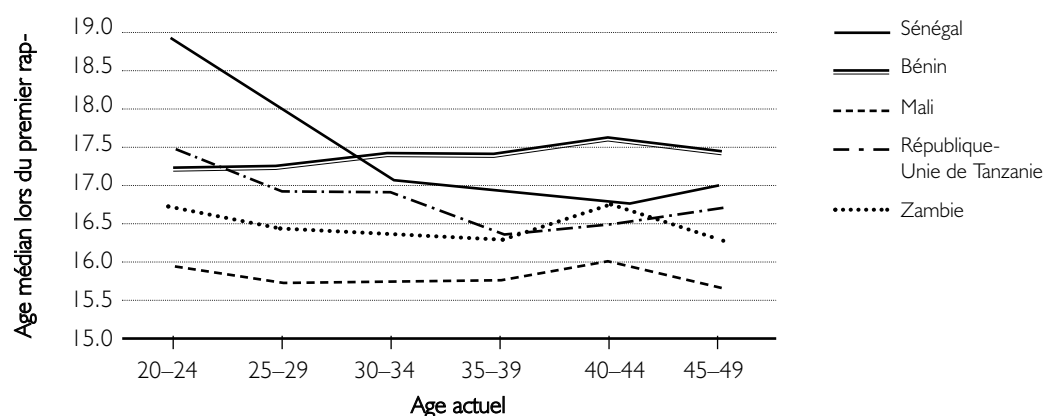
Des niveaux de connaissances aussi élevés prouvent le succès des campagnes d'information incessantes qui ont permis d'atteindre les Sénégalais partout, de l'école à la mosquée, et de la radio au marché. Ces campagnes d'information ne sont toutefois pas parvenues à faire disparaître les idées fausses. Jusqu'à un tiers des différents groupes interrogés sur leurs connaissances et leurs comportements en 1997 et 1998 pensaient que l'on pouvait attraper le VIH/SIDA par les piqûres de moustique ou en utilisant les mêmes toilettes qu'une personne ayant le SIDA.

Mais les campagnes semblent avoir réussi à encourager des attitudes positives à l'égard des personnes vivant avec le VIH et le SIDA. Trois quarts des étudiantes interrogées en 1998 ont déclaré que, selon elles, les étudiants séropositifs devraient être autorisés à suivre l'école.

### Activité sexuelle

Il n'existe que peu de données concernant l'activité sexuelle avant l'apparition du SIDA. Ce qui est clair, c'est que les femmes choisissent de rester vierges plus longtemps qu'elles ne le faisaient dans les décennies précédentes. La plupart des femmes autour de 20 ans en 1997 n'avaient pas eu de rapports sexuels avant d'atteindre l'âge de 19 ans ou plus. Dans la génération de leur mère, l'âge médian lors du premier rapport sexuel était plus proche de 16 ans. Une telle tendance n'a pas été observée dans d'autres pays d'Afrique (voir Figure 2). Plus une fille a reçu d'éducation, plus longtemps elle attendra avant d'avoir des rapports sexuels. En 1998, 95% des étudiantes interrogées dans le cadre d'une étude ont déclaré n'avoir jamais eu de rapports sexuels.

Figure 2. Age médian lors du premier rapport sexuel pour des femmes actuellement entre 20 et 49 ans



Les étudiants avaient une vie sexuelle beaucoup plus active que les étudiantes, mais ils ne signalaient que des rapports épisodiques et un nombre limité de partenaires. Si deux tiers des étudiants interrogés en 1998 indiquaient qu'ils n'étaient pas vierges, un quart d'entre eux seulement avaient eu des rapports sexuels au cours de l'année écoulée et moins de 1 sur 10 avait eu plus d'une partenaire au cours des 12 mois précédents.

Pourtant, dans la population générale, les rapports avant le mariage ne sont pas inconnus. Quelque 14% des femmes non mariées et 38% des hommes participant à une étude dans la population de Dakar déclaraient qu'elles avaient eu des rapports sexuels au cours des 12 mois écoulés. Ce phénomène est partiellement dû au fait que l'âge au premier mariage augmente à un rythme de plus en plus soutenu, comme

on l'a expliqué en détail en page 9-10. Il n'est pas inutile de répéter que, si les rapports sexuels hors mariage semblent en augmentation, ils se produisent toujours plus tard. Les jeunes femmes étant plus vulnérables à l'infection par le VIH que les femmes plus âgées, il est probable que l'augmentation de l'âge lors des premiers rapports sexuels confère une protection accrue contre l'infection à VIH.

Les jeunes ne semblent pas s'engager dans des liaisons sans lendemain. Une étude a montré que la durée médiane du temps écoulé entre la première rencontre et le premier rapport sexuel était de trois mois pour les hommes et de cinq mois pour les femmes et que les relations occasionnelles entre personnes de moins de 25 ans duraient en moyenne 6 mois pour les femmes et 3 mois pour les hommes.

Chez les personnes mariées, les rapports occasionnels sont beaucoup plus rares que chez les non mariés. Dans une étude effectuée à Dakar en 1997, quelque 99% des femmes mariées et 88% des hommes déclaraient n'avoir pas eu de rapports sexuels avec des partenaires autres que leur conjoint au cours des 12 mois écoulés. Parmi ceux qui avaient eu des partenaires en dehors du mariage, la vaste majorité des hommes comme des femmes n'en avait eu qu'un seul.

Il n'est malheureusement pas possible de savoir dans quelle mesure les campagnes de prévention du SIDA ont eu une incidence sur les taux relativement peu élevés d'activité sexuelle en dehors du mariage récemment observés au Sénégal. Il semble probable que les rapports sexuels hors mariage n'aient jamais été courants dans cette société homogène et activement engagée sur le plan religieux. Il est toutefois possible que les campagnes de prévention du SIDA aient renforcé ces schémas traditionnels de comportement, évitant ainsi l'augmentation des rapports sexuels hors mariage à un âge précoce qui aurait pu être la conséquence de l'urbanisation et de la mobilité sociale croissantes et peut-être aussi de l'évolution économique qui rend l'accès à l'argent toujours plus important pour les jeunes.

### *Utilisation du préservatif*

**L**es rapports sexuels non protégés entre hommes et femmes, dont l'un au moins a d'autres partenaires non fidèles, constitue la principale voie de propagation du VIH au Sénégal, comme dans la majorité des pays de l'Afrique subsaharienne. Si la plupart des campagnes de prévention du SIDA visent à décourager les rapports sexuels avec des partenaires multiples, elles ont aussi pour but d'augmenter l'utilisation du préservatif dans les rapports pouvant présenter un risque.

Avant l'épidémie de VIH, l'utilisation du préservatif au Sénégal était extrêmement faible – moins de 1%. Elle reste peu répandue comme moyen de contraception ou entre époux. Cependant, dans les rapports occasionnels – qui sont justement visés par les campagnes de prévention du SIDA – l'utilisation du préservatif a augmenté de manière spectaculaire. Dans une étude de la population effectuée en 1997 à Dakar, plus de deux tiers des hommes et près de la moitié des femmes ayant eu des rapports sexuels occasionnels au cours des 12 mois écoulés avaient utilisé

un préservatif avec leur partenaire occasionnel le plus récent. Dans des études réalisées un an plus tard et portant sur des populations particulières, les chiffres étaient encore plus élevés. Quelque 81% des ouvriers et 67% des écoliers indiquaient avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel occasionnel (à noter toutefois qu'il n'y avait qu'un petit nombre d'écoliers sexuellement actifs). Il semble en outre que l'utilisation du préservatif soit assez régulière. Près de deux tiers des étudiants de sexe masculin ayant des partenaires non régulières affirmaient avoir utilisé un préservatif lors de chaque rapport sexuel avec ces partenaires au cours de l'année écoulée. A peine un sur dix indiquaient n'avoir jamais utilisé de préservatif au cours de rapports occasionnels.

Les campagnes d'information et de promotion du préservatif destinées aux professionnelles du sexe semblent avoir été encore plus efficaces. Une étude réalisée en 1998 parmi des prostituées a montré que 99% d'entre elles avaient utilisé un préservatif avec leur dernier client en date et 97% avec leur client régulier le plus récent. Partout dans le monde, les prostituées utilisent généralement moins le préservatif avec leurs partenaires non payants qu'avec leurs clients, et le Sénégal ne fait pas exception. Pourtant, même avec les hommes qui ne sont pas des clients, l'utilisation du préservatif demeure élevée, à 60%.

Pour les prostituées, l'un des facteurs d'augmentation du risque réside, logiquement, dans le nombre de leurs partenaires. Une étude clinique parmi des professionnelles du sexe à Dakar a montré que le nombre moyen des partenaires déclaré par les prostituées était plutôt bas : 2,2 par semaine. Globalement, 84% d'entre elles signalaient avoir utilisé un préservatif avec chaque client. Mais dans un petit groupe de femmes qui avaient beaucoup plus de partenaires – sept par semaine ou davantage – 96% indiquaient avoir utilisé le préservatif avec chaque partenaire, ce qui suggère que les femmes augmentent leur niveau de protection en fonction de leur exposition au risque d'infection. On peut raisonnablement penser qu'elles ont pris cette décision à la suite des informations reçues sur les risques des rapports sexuels non protégés avec des partenaires multiples.

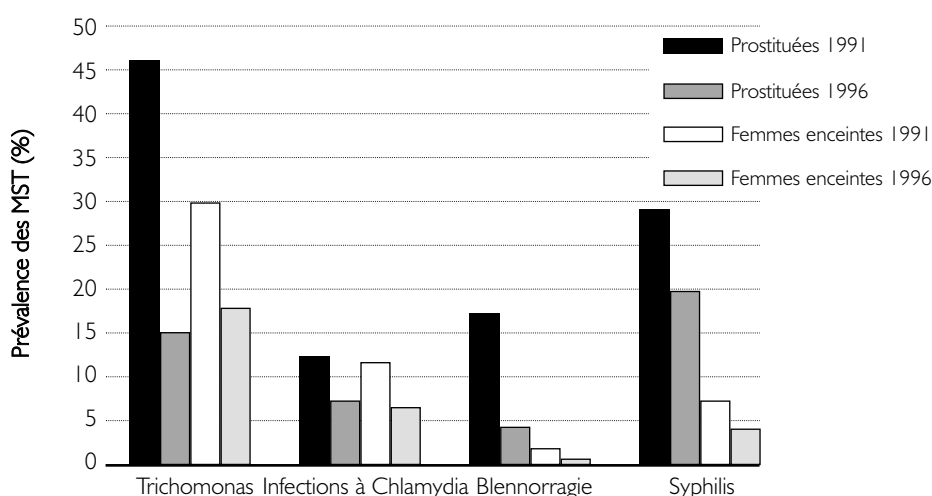
Toute l'information concernant l'utilisation du préservatif repose sur l'exactitude des déclarations des personnes interrogées concernant leur comportement. Se peut-il que les gens se contentent de mentionner une utilisation accrue du préservatif à cause des campagnes de prévention, alors qu'ils ne les utilisent pas davantage ? Cela paraît peu probable, étant donné l'augmentation massive des ventes de préservatifs. Celles-ci sont passées de 800 000 à peine en 1988 à 7 millions en 1997. Les efforts entrepris pour améliorer la distribution des préservatifs semblent également avoir payé. Pratiquement toutes les prostituées interrogées ont déclaré qu'il leur est facile de se procurer des préservatifs si elles le souhaitent. Plus de 85% des étudiantes du niveau secondaire disent la même chose, même si ce groupe fait état de la plus faible activité sexuelle.

### *Prévalence des maladies sexuellement transmissibles*

Les données comportementales suggèrent donc que l'activité sexuelle avec des partenaires multiples autres que les conjoints est relativement peu fréquente et qu'une forte proportion des rapports sexuels occasionnels (y compris la quasi-totalité des rapports sexuels rémunérés) sont protégés par des préservatifs. Une fois encore, la plupart de ces données reposent sur la fidélité des déclarations des personnes interrogées. Y a-t-il d'autres données capables de corroborer ces affirmations ?

En effet, les MST étant transmises de la même manière que le VIH, elles constituent un bon marqueur de l'activité à risque. En outre, elles sont guérissables, elles sont généralement le reflet d'activités à risque relativement récentes, alors que l'infection à VIH peut être le résultat de comportements à risque remontant à plusieurs années.

Figure 3. Les maladies sexuellement transmissibles chez les professionnelles du sexe et les femmes enceintes à Dakar, Sénégal



Une étude sur les maladies sexuellement transmissibles menée en 1991 et 1996 chez les prostituées et les femmes enceintes a révélé une chute spectaculaire des taux d'infection pour toutes les MST observées et pour les deux groupes de femmes, comme l'indique la Figure 3.

Ces résultats cliniques confirment la faible prévalence notifiée des MST. En 1997, une enquête EDS sur la démographie et la santé à l'échelle nationale a montré que 0,7% à peine des femmes et 1% des hommes faisaient état de symptômes de MST au cours de l'année écoulée. Etant donné que les infections sexuellement transmissibles chez la femme sont fréquemment asymptomatiques, il est à prévoir que les femmes notifient moins de MST que celles que l'on découvre lors de programmes de dépistage systématique. Dans une étude de la population de la capitale la même année,

2,3% des hommes signalaient avoir eu des symptômes de MST au cours de l'année écoulée.

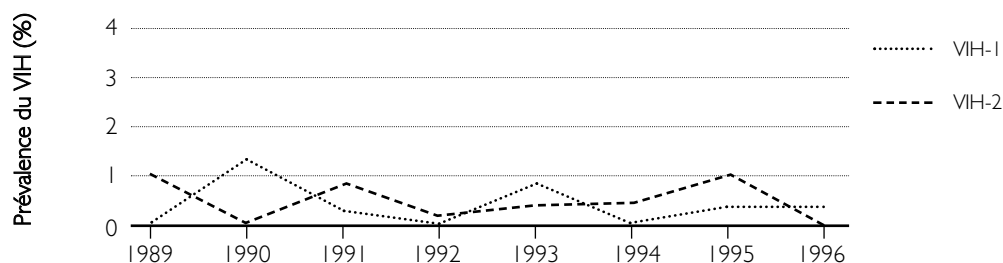
Moins de la moitié de toutes les prostituées interrogées au cours d'une étude en 1998 déclaraient avoir eu une MST au cours de l'année écoulée et 8% seulement faisaient état de plus d'un épisode. Il faut cependant noter que ces chiffres paraissent relativement élevés étant donné les faibles taux d'échange de partenaires et la forte utilisation du préservatif rapportée par les prostituées participant aux enquêtes.

### *Prévalence du VIH*

*E*tant donné le peu de rapports sexuels occasionnels, la baisse des taux des MST et le niveau élevé de l'emploi du préservatif, on peut imaginer que l'infection à VIH au Sénégal est demeurée faible. Les professionnelles du sexe sont peut-être l'exception, car les taux élevés de MST dans ce groupe suggèrent un risque d'infection à VIH cumulé plutôt élevé, même si la majorité de leurs contacts sexuels sont protégés par des préservatifs.

Les données de surveillance du VIH disponibles confirment en effet ces hypothèses. Les données du programme national de lutte contre le SIDA montrent que la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes était de 1,41% à la fin de 1996. On ne note aucune évolution significative dans le temps au sein de cette population. La Figure 4 montre les taux d'infection à VIH chez les femmes enceintes à Dakar. Il existe également des sites de surveillance sentinelle du VIH dans les cliniques prénatales de trois autres grands centres urbains – Saint-Louis, Kaolack et Ziguinchor ; les taux y sont pratiquement les mêmes, et l'infection à VIH inférieure à 2% chez les femmes enceintes la plupart des années entre 1989 et 1996; on ne note pas de tendance à l'augmentation de la prévalence du VIH dans le temps.

Figure 4. Prévalence du VIH chez les femmes enceintes, Dakar,



Chez les hommes atteints de MST, généralement considérés comme un groupe à haut risque d'infection, les taux d'infection à VIH sont demeurés plus ou moins régulièrement inférieurs à 5% au cours des années et dans tous les sites de

surveillance. Ce n'est que chez les professionnelles du sexe, qui constituent probablement le groupe le plus exposé au risque d'infection, que les taux de prévalence du VIH ont montré une augmentation significative dans le temps. C'est dans le sud du pays qu'ils sont les plus élevés – l'infection à VIH parmi les prostituées enregistrées de Ziguinchor a atteint près de 35% en 1996. A Dakar, l'infection à VIH chez les professionnelles du sexe semble demeurer stable depuis 1993, à 17% environ.

Des taux stables de prévalence du VIH ne signifient pas qu'il n'y a pas de nouvelles infections. Pour chacune des personnes qui disparaît des groupes testés pour le VIH – parce qu'elles sont décédées, ou trop malades pour se rendre au dispensaire, qu'elles ne sont plus fécondes ou pour toute autre raison – une nouvelle infection doit se produire pour maintenir stable la prévalence. Mais dans le cas du Sénégal, il ne semble pas que la stabilité de la prévalence cache une incidence en hausse. Une étude de l'incidence parmi les prostituées à Dakar a enregistré les nouvelles infections à VIH à environ 1,1 pour 100 années-personnes d'observation au cours de la décennie 1985-1995, sans relever d'augmentation significative des taux d'infection dans le temps.

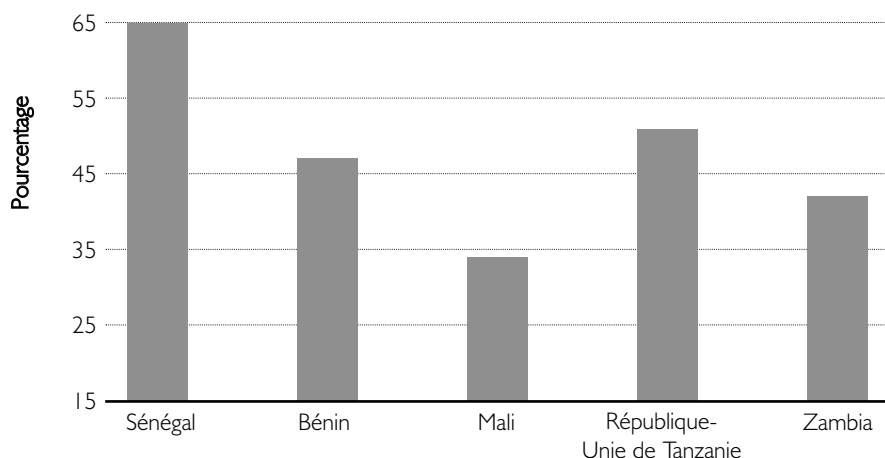
Chez les femmes enceintes, on ne note pas non plus de signes d'une élévation des taux d'infection dans le groupe d'âge le plus jeune – qui est celui dans lequel la probabilité est la plus forte que les niveaux de prévalence reflètent l'incidence, ou les nouvelles infections. Entre 1989 et 1996, on n'a dépisté qu'une adolescente infectée par le virus parmi plus de 400 jeunes filles enceintes testées.

## La riposte du Sénégal au VIH était-elle réellement nécessaire?

*L*un des grands dilemmes des programmes de prévention en santé publique est qu'il n'est jamais possible d'être certain de ce qui se serait produit si le programme de prévention n'avait pas été mis en place. Cela est particulièrement vrai des programmes à l'échelle nationale. Si un programme de prévention touche tout le pays, il n'est plus possible de trouver une population, au sein de ce pays, pour servir de groupe de comparaison en mesure de montrer ce qui se serait passé sans programme. Dans une telle situation, la meilleure manière de procéder consiste à établir des comparaisons avec d'autres pays dans une situation analogue, mais dans lesquels aucune intervention n'a eu lieu. Mais même cela n'est pas aussi facile qu'il y paraît. Tout d'abord, les pays sans intervention disposent rarement de systèmes d'évaluation en mesure de recueillir les données permettant de procéder aux comparaisons nécessaires. Deuxièmement, d'autres facteurs peuvent différencier un pays d'un autre. Cela dit, il y a beaucoup à apprendre des comparaisons inter pays.

Au Sénégal, un des éléments qui a changé avec le temps est l'âge lors du premier rapport sexuel, qui a régulièrement augmenté au cours des années. Comment cette donnée se compare-t-elle avec d'autres pays ? Comme le montre la Figure 2 (p. 18), l'âge au moment du premier rapport sexuel a augmenté plus rapidement pour atteindre un niveau plus élevé au Sénégal que dans n'importe lequel des autres pays africains disposant des données nécessaires. Cela signifie pratiquement qu'il y a au Sénégal moins d'adolescents sexuellement actifs et exposés à l'infection par le VIH qu'ailleurs. Ce fait est confirmé par les données présentées à la Figure 5, qui montre la proportion des jeunes de 15 à 19 ans encore vierges. Lorsque l'on sait que la sexualité la plus sûre consiste à s'abstenir de rapports sexuels, ces données confirment que les jeunes Sénégalaises sont moins vulnérables à l'infection à VIH et autres MST que les jeunes femmes des autres pays.

Figure 5. Pourcentage des jeunes femmes de 15 à 19 ans n'ayant jamais eu de rapports





L'activité sexuelle avant le mariage est également beaucoup moins élevée au Sénégal que dans les autres pays disposant de ces données, pour ce qui concerne les femmes tout au moins. A Dakar en 1997, quelque 14% des femmes déclaraient avoir eu des rapports sexuels avec une personne au moins au cours de l'année écoulée. Une enquête EDS sur la démographie et la santé effectuée en Zambie un an auparavant a révélé que cette proportion était de 40% au moins, alors qu'elle était de 35% en République-Unie de Tanzanie. On a également observé une différence chez les femmes mariées, mais les niveaux étaient faibles partout. Seules 1% à peine des femmes mariées à Dakar avaient eu des rapports sexuels avec une personne autre que leur conjoint au cours de l'année écoulée, alors que ce niveau était doublé en Zambie et quintuplé en République-Unie de Tanzanie. En Côte d'Ivoire et en Guinée-Bissau, la proportion d'hommes signalant deux partenaires occasionnelles ou plus au cours des 12 mois précédant l'enquête était trois et quatre fois plus élevée que celle relevée à Dakar.

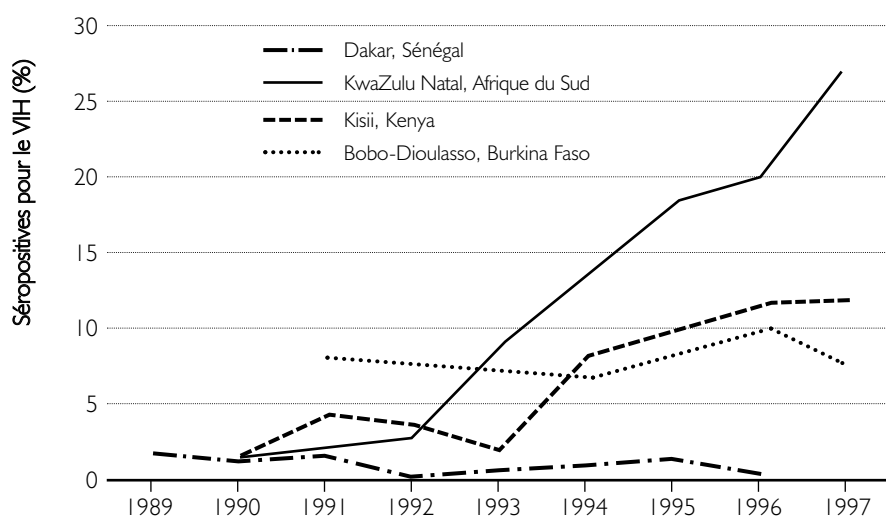
Si l'activité sexuelle en dehors du mariage est beaucoup plus faible au Sénégal que dans les autres pays étudiés, l'utilisation du préservatif dans les rapports extraconjugaux est beaucoup plus élevée. A Dakar en effet, deux fois plus d'hommes et de femmes avaient utilisé un préservatif au cours de leur plus récent rapport sexuel avec un partenaire irrégulier que dans les autres villes africaines dans lesquelles des études analogues avaient été organisées. Le seul pays d'Afrique qui signale des niveaux aussi élevés d'utilisation du préservatif au cours des rapports sexuels occasionnels est l'Ouganda, qui n'a mis en place une campagne énergique de prévention qu'après que des centaines de milliers d'Ougandais furent décédés du SIDA et que des millions d'autres eurent pu observer de près les ravages de la maladie.

Une assez bonne disponibilité des préservatifs contribue à maintenir des niveaux élevés d'utilisation. En 1997, 7 millions de préservatifs environ ont été mis à disposition au Sénégal pour répondre aux besoins des 4 millions de personnes dans le groupe d'âge le plus actif sexuellement (15-49 ans). Par comparaison, on a compté 2 millions de préservatifs pour 5 millions dans le même groupe d'âge au Burkina Faso. En République-Unie de Tanzanie, la même année, un peu plus de 19 millions de préservatifs ont été importés pour une population de 15,5 millions de personnes entre 15 et 49 ans.

Comment peut-on traduire ces divers niveaux d'activité sexuelle et d'utilisation du préservatif en termes d'infection à VIH ? Les estimations de l'ONUSIDA à la fin de 1997 placent la prévalence du VIH chez les adultes à 1,8% au Sénégal, à 7,2% au Burkina Faso, à 9,4% en République-Unie de Tanzanie, et à 19,1% en Zambie.

L'écart est tout aussi important pour ce qui est de l'infection à VIH mesurée chez les femmes enceintes dans différents sites sentinelle des grandes villes. La Figure 6 expose les tendances de la prévalence du VIH dans le temps dans les sites sentinelle de plusieurs villes ou régions africaines.

Figure 6. Infection à VIH-I chez les femmes enceintes de plusieurs villes africaines



## Conclusion

**L**e niveau de l'infection à VIH semble réellement être demeuré faible au Sénégal depuis le début de l'épidémie et il ne montre aucune tendance à la hausse. Mais cet examen des données disponibles nous a-t-il permis d'expliquer pourquoi ?

Nous avons pu identifier trois facteurs qui déterminent directement l'exposition à l'infection par le VIH et entraînent les niveaux peu élevés observés au Sénégal. Premièrement, l'activité sexuelle commence relativement tard et les rapports sexuels en dehors du mariage sont assez limités. Deuxièmement, l'utilisation du préservatif lors des rapports sexuels hors mariage, et notamment des rapports rémunérés, est élevée. Troisièmement, les programmes de lutte contre les MST sont apparemment très efficaces.

Le deuxième et le troisième de ces facteurs sont certainement liés aux efforts de prévention du SIDA déployés par le pays. L'âge tardif au moment des premiers rapports sexuels et la sexualité hors mariage limitée sont probablement davantage déterminés par les valeurs sociales et religieuses que par les messages de prévention du SIDA. Il est cependant plausible d'imaginer que ces valeurs puissent être renforcées et entretenues par un programme de prévention du SIDA auquel participent activement les responsables religieux, communautaires et politiques.

Il semble donc que les efforts de prévention précoces et exhaustifs du Sénégal ont largement contribué au maintien de faibles niveaux d'infection à VIH. Mais comment le pays a-t-il pu organiser une riposte aussi rapide, à une échelle aussi impressionnante, à un moment où il se débattait dans des difficultés économiques particulièrement importantes ? La réponse doit résider d'une part dans la direction politique du pays et d'autre part dans son organisation sociale. La direction politique a jeté les bases d'un dialogue positif avec les responsables religieux et communautaires. Une longue et vivante tradition d'engagement communautaire en faveur de la santé et du développement a permis une mobilisation autour des activités de prévention du SIDA. Les structures existantes ont été pleinement utilisées pour offrir informations et services aux communautés les plus exposées, notamment les professionnelles du sexe. Une approche pratique de la santé publique, mettant l'accent sur la prévention et la fourniture de services essentiels, a été à la base d'efforts renouvelés pour combattre les MST et pour encourager largement l'utilisation du préservatif.

C'est ainsi que la structure sociale du Sénégal et celle de ses services de santé disposaient avant même l'apparition du SIDA d'un certain nombre d'atouts qui ont facilité la riposte dès lors que la menace d'une épidémie de VIH se précisait. Mais c'est à l'utilisation déterminée de ces avantages pour lancer rapidement la riposte nationale que peut être crédité le fait qu'à la fin des années 1990, le Sénégal compte l'un des taux d'infection à VIH les plus bas de l'Afrique subsaharienne.

Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) est le principal ambassadeur de l'action mondiale contre le VIH/SIDA. Il unit dans un même effort les activités de lutte contre l'épidémie de sept organisations des Nations Unies : le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), le Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP), l'Organisation des Nations Unies pour le Contrôle international des Drogues (PNUCID), l'Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture (UNESCO), l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et la Banque mondiale.

L'ONUSIDA mobilise les actions contre l'épidémie de ses sept organismes coparrainants, tout en ajoutant à ces efforts des initiatives spéciales. Son but est de conduire et de soutenir l'élargissement de l'action internationale contre le VIH sur tous les fronts et dans tous les domaines - médical, social, économique, culturel et politique, santé publique et droits de la personne. L'ONUSIDA travaille avec un large éventail de partenaires - gouvernements et ONG, spécialistes/chercheurs et non spécialistes - en vue de l'échange des connaissances, des compétences et des meilleures pratiques à l'échelle mondiale.



Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

**ONUSIDA**

UNICEF • PNUD • FNUAP • PNUCID  
UNESCO • OMS • BANQUE MONDIALE

**Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA**

20 avenue Appia – 1211 Genève 27 – Switzerland

Tél. : (+4122) 791 46 51 – Fax : (+4122) 791 41 65

Courrier électronique : [unaids@unaids.org](mailto:unaids@unaids.org) – Internet : <http://www.unaids.org>