

Bamako, Janvier 2002

Façon VIH/ SIDA, restons vigilants, mobilisés et fierement debout pour que vive la Nation malienne.

République du Mali
Un Peuple-Un But- Une Foi

SANTÉ

POLICY PROJECT/ USAID

RECEIVED 14 SEP 2001

VIH/SIDA AU MALI :
ÉVOLUTION ET IMPACTS
DU DEVELOPPEMENT



SOMMAIRE

—

PREFACE

Le SIDA représente aujourd'hui la plus grande menace pour le continent africain avec des séroprévalences dépassant dans certains cas 25% de la population en âge de procréer. Les femmes, les jeunes et les adolescents constituent partout les couches les plus touchées et qui payent un très lourd tribut à la pandémie. Le VIH/SIDA affecte les fondements même du développement et met en péril tout l'ordre sécuritaire établi. Tous les secteurs sont concernés avec des incidences énormes sur ceux de l'éducation, de la santé et du développement rural.

Aussi le Gouvernement de la République du Mali considère à juste titre la question du VIH/SIDA comme un véritable problème de développement et en a fait une de ses préoccupations majeures. La création d'un Haut Conseil National de lutte contre le SIDA présidé par Monsieur le Président de la République, l'élaboration d'un plan stratégique de lutte contre le VIH/SIDA pour la période 2001-2005 (3^{ème} du genre depuis 1985), le développement de la multisectorialité qui implique aujourd'hui dix Départements Ministériels, la mise en oeuvre de programmes originaux à l'instar de "l'Initiative Malienne d'Accès aux Anti-Rétroviraux" (IMAAARV) et "l'Initiative Un Cercle, une ONG" sont entre autres les témoignages éloquentes de cet engagement politique.

Le plaidoyer pour une mobilisation plus accrue en faveur de la lutte contre le VIH/SIDA est un des domaines d'actions prioritaires du plan stratégique national. C'est en appui à cet important volet que la présente brochure a été préparée afin de présenter la situation actuelle du VIH/SIDA au Mali, les projections des données épidémiologiques, d'ici à 2010, les impacts socio-économiques et démographiques du VIH/SIDA ainsi que les interventions pouvant permettre de freiner son expansion.

Fruit d'une intense et fructueuse collaboration entre le Ministère de la Santé à travers le Programme National de Lutte contre le SIDA (PNLS), les représentants des différents départements impliqués dans l'approche multisectorielle, les responsables des ONG/Associations, et les partenaires au développement, cette brochure se veut un instrument efficace d'information de sensibilisation pour le changement de comportement. La situation géographique du Mali qui dispose de plus 7000 km de frontières, la mobilité et la jeunesse de sa population, sa situation épidémiologique dite "dépense concentrée", nous recommandent d'intensifier et de coordonner davantage nos actions pour minimiser les effets du VIH/SIDA sur notre économie et notre société.

C'est pourquoi, je voudrais inviter tous les acteurs à quelque niveau de responsabilité qu'ils se trouvent à s'investir pour assurer la promotion et une utilisation judicieuse de cette brochure. Une large dissémination de cet outil contribuera à un éveil plus accru des consciences et notamment des décideurs et leaders à tous les niveaux sur le VIH/SIDA au Mali et leur offrira l'opportunité ainsi qu'aux partenaires de la lutte contre le VIH/SIDA de renforcer, voire réadapter les politiques et programmes afin qu'ils répondent mieux aux besoins des individus, des familles et des communautés.

Je sais compter sur votre détermination à tous pour relever le défi.



RESUME

L'épidémie du VIH/SIDA est devenue un problème majeur de santé publique et de développement à travers le monde, et en particulier en Afrique sub-Saharienne. Saura-t-on éviter une explosion face au rythme de progression actuel de l'épidémie au Mali ? Une réponse affirmative à cette question ne paraît malheureusement pas évidente. C'est pourquoi il apparaît important de s'interroger sur les aspects actuels de l'épidémie, ses tendances futures, ses conséquences socio-économiques ainsi que les interventions nécessaires à sa maîtrise.

Aspects actuels de l'épidémie

Le premier cas de Syndrome d'Immunodéficience Acquise (SIDA) déclaré a été observé en 1985 au Mali. En l'an 2000, on estimait à plus de 100.000 le nombre de personnes porteuses du VIH, soit l'équivalent des populations des villes de Bobo-Dioulasso et Koudougou réunis. Chaque jour, au moins 30 personnes sont infectées par le VIH et plus de 50 décèdent du SIDA.

Le SIDA constitue désormais une préoccupation, autant en milieu urbain qu'en milieu rural.

En l'an 2001, le nombre de cas de SIDA notifiés à l'OMS était de 8639. A cette même date, le nombre de cas réels de SIDA au sein de la population était estimé à plus de 10.000.

Malheureusement, davantage de Maliens risquent d'être infectés dans les années à venir si l'on tient compte de l'incidence des autres infections sexuellement transmissibles, de la forte prévalence dans de nombreux groupes à risque (professionnelles du sexe, routiers, coqueurs, vendeuses ambulantes, etc) et de l'existence de certains comportements sexuels à risque, tous facteurs de propagation du VIH.

Tendances futures de l'épidémie

Il ressort des projections que le taux de prévalence du VIH pourrait

atteindre 6% des adultes en 2010 au Mali en cas d'évolution non maîtrisée de l'épidémie, soit près de 500.000 personnes porteuses du VIH. Une telle évolution aura de fortes répercussions démographiques, sociales et économiques qui pourraient hypothéquer l'avenir du pays.

En effet, l'espérance de vie à la naissance au Mali qui, en l'absence du SIDA, devrait passer de près de 54 ans en 1996 à 61 ans en 2010, pourrait se retrouver à 55 ans en 2010 du fait du SIDA, soit un écart de 6 ans avec ce qu'on aurait observé en l'absence du SIDA.

Remarquons que les projections ainsi effectuées, sur l'évolution de la pandémie du SIDA au Mali, pourraient paraître alarmistes pour certains observateurs, mais elles sont en dessous des niveaux de prévalence déjà observés dans certaines régions d'Afrique.

Il aura en effet fallu moins de 20 ans (période séparant l'apparition de l'épidémie dans les années 1980 à l'année 1997) pour observer des taux de prévalence de près de 40% et 45% respectivement chez les hommes âgés de 30 à 39 ans et les femmes 25 à 29 ans à Ndola en Zambie. La situation observée à Kismu au Kenya en 1997 est assez proche de celle de Ndola.

Conséquences socio-économiques de l'épidémie

En 2010, le nombre cumulé de décès dus au SIDA se situerait à plus de 170.000. Il s'en suivrait un accroissement des effectifs d'orphelins dus au SIDA, qui passeraient à 150.000 en 2010. Ces orphelins qui représentent une des conséquences graves de l'épidémie poseraient de sérieux problèmes quant à leur prise en charge et à leur intégration sociale.

Par ailleurs, le SIDA est une maladie coûteuse qui occasionne des dépenses considérables pour le secteur de la santé, et nécessite une disponibilité de plus en plus grande de lits d'hôpitaux. Compte tenu des tendances probables de l'épidémie, le taux d'occupation des lits par les malades du SIDA varierait en 2010 de 11% dans le cas d'une évolution maîtrisée de l'épidémie à 25,5% dans le cas d'une évolution non maîtrisée de l'épidémie.

En cas d'évolution non maîtrisée de l'épidémie, la lutte contre le VIH/SIDA risquerait d'absorber une part sans cesse croissante du budget de la santé au détriment d'autres maladies endémiques et d'autres secteurs de développement.

Au niveau du secteur agricole, la production pourrait être compromise par la propagation de l'infection dans les zones rurales. En effet, dans un système de production agricole extensive comme le nôtre, le volume de la production est tributaire du nombre de bras valides disponibles, et on peut s'imaginer des ravages du SIDA au sein de la population active rurale.

Le secteur commercial, de par la grande mobilité des opérateurs économiques qu'il exerce, serait durement touché par la maladie, avec pour conséquences une baisse de la production et de la productivité due à l'absentéisme des malades.

Au niveau du tourisme, un taux de prévalence élevé du VIH pourrait faire du Mali un pays peu fréquentable par les touristes, avec pour effets une baisse des recettes touristiques.

Cela est d'autant plus préoccupant que le Mali fait désormais de la promotion de ce secteur l'une de ses priorités en matière de développement.

Interventions nécessaires pour freiner l'épidémie

On ne peut enregistrer des résultats significatifs dans la lutte contre le SIDA que si les décideurs politiques à tous les niveaux s'y impliquent, qu'ils agissent du pouvoir exécutif, des parlementaires, des leaders communautaires ou d'opinion, des associations de personnes vivant avec le VIH et autres.

Sachant que le SIDA se transmet par voie sexuelle essentiellement, de la mère à l'enfant, et par voie sanguine, les moyens de prévention sont...
conséquentiellement relatives à ces trois voies de transmission.

Agissant de la transmission par voie sexuelle, il apparaît nécessaire

d'observer soit l'abstinence, soit la fidélité à un partenaire sexuel, soit d'utiliser le préservatif au cours des rapports sexuels.

Au sujet de la transmission par voie sanguine, il est nécessaire de tester aussi bien les banques de sang que les donneurs. Il est important de signaler que seul du sang non infecté donc « propre et de qualité » doit être transfusé.

En ce qui concerne la transmission de la mère à l'enfant, des informations appropriées devraient être données aux couples infectés. Ainsi par exemple, des conseils adéquats pour éviter l'allaitement maternel chez les femmes porteuses du VIH et l'institution systématique de chimioprophylaxie en leur faveur méritent d'être soutenus et renforcés.

Il est donc urgent, de renforcer et d'étendre les activités de prévention.

Si la sensibilisation de certaines populations cibles (jeunes, professionnelles du sexe, patients atteints de IST, transporteurs routiers, etc) doit se poursuivre, elle devrait également être accentuée au niveau du grand public.

Outre l'information du public, un programme de marketing social de grande ampleur en faveur de l'utilisation du préservatif devrait être mis en oeuvre afin que la connaissance se traduise en pratique chez les personnes n'ayant opté ni pour l'abstinence, ni pour la fidélité à un partenaire unique. L'épidémie du SIDA n'est pas une fatalité, mais seule la mobilisation urgente des efforts de tous permettra de relever les défis qu'elle pose

INTRODUCTION

L'épidémie du VIH/SIDA est devenue un problème majeur de santé publique et de développement à travers le monde, et en particulier en Afrique sub-Saharienne.

Depuis la découverte des premiers cas de SIDA dans le monde en 1981, le nombre de personnes vivant avec le VIH n'a cessé d'augmenter. En fin 2001, le Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) estimait à 40 millions le nombre de personnes adultes porteuses du VIH, dont la grande majorité (28,1 millions) vit en Afrique sub-Saharienne, soit plus de 70%.

Il y a seulement une dizaine d'années, le niveau de prévalence du VIH/SIDA en Afrique Australe était semblable à ce qu'on observe aujourd'hui dans plusieurs pays de notre sous-région ouest africaine. Il aura donc fallu moins de 10 ans pour enregistrer la situation catastrophique qu'on observe actuellement dans la plupart des pays d'Afrique Australe et Orientale.

Alors, devons-nous attendre de voir la situation continuer à se dégrader également en Afrique de l'Ouest, et en particulier au Mali ? Il apparaît donc nécessaire de chercher à savoir davantage sur cette épidémie pour pouvoir mieux la combattre.

Au Mali, la prévalence des infections sexuellement transmissibles en général, et du VIH/SIDA en particulier dans certains groupes à risques (professionnelles du sexe, routiers, coxeurs, vendeuses ambulantes, etc) et la forte mobilité de la population (migrations internes et internationales) constituent des facteurs de risque d'expansion de l'épidémie.

L'épidémie du SIDA trappe des populations de plus en plus jeunes avec son cortège d'orphelins qui alourdit la charge des familles et de la communauté.

Si on ne redouble pas d'efforts dans la lutte contre le virus, l'expansion du VIH/SIDA affectera de manière durable et sévère les ressources, ainsi que

les potentialités économiques du Mali. Aussi, en l'absence de vaccins et à défaut de moyens financiers permettant d'offrir aux malades un traitement sûr et efficace, convient-il de renforcer les mesures et interventions du programme actuel de lutte et de prévention, afin de ralentir la progression du virus et, par conséquent, de limiter les répercussions sociales et économiques de l'épidémie.

L'objectif de la présente brochure est d'accroître la prise de conscience des conséquences sociales, économiques et sanitaires du SIDA au niveau des décideurs afin qu'ils s'engagent davantage dans la lutte contre la propagation de l'épidémie au Mali.

Pour atteindre cet objectif, cette brochure a été conçue avec une méthodologie et un langage accessibles à tous les décideurs. Au nombre desdits décideurs, on peut citer d'une part, les responsables politico-administratifs aux niveaux national, régional et local, et d'autre part, les responsables d'organisations non gouvernementales et autres leaders d'opinion.

Cette brochure s'articule autour de cinq points principaux :

- Les informations générales sur le VIH/SIDA.
- La situation épidémiologique qui fait l'état des lieux de la situation actuelle de l'épidémie du VIH/SIDA au Mali.
- Les projections qui donnent les tendances évolutives de l'épidémie au Mali d'ici à l'an 2010.
- Les impacts socio-économiques du SIDA.
- Les interventions requises pour freiner l'expansion du VIH/SIDA.

I INFORMATIONS GENERALES SUR LE VIH/SIDA

Que signifie VIH?

VIH signifie Virus d'Immuno-Déficience Humaine

Qu'est-ce que le SIDA?

Le SIDA (Syndrome d'Immuno-déficience Acquise) est une maladie provoquée par la destruction, par le VIH, des mécanismes de défense de l'organisme qui devient ainsi la proie des infections et maladies dites opportunistes. C'est l'évolution naturelle de l'infection à VIH en l'absence de traitement.

Modes de transmission du VIH

Le VIH se transmet par voie sexuelle essentiellement, par voie sanguine ou par voie périnatale (c'est-à-dire d'une mère contaminée à son enfant).

Ce dernier mode de transmission peut se faire à partir de la 8ème-10ème semaine de grossesse mais surtout lors du passage de la filière génitale. Le risque est donc maximal en fin de grossesse et à l'accouchement.

Les trois stades de l'infection à VIH

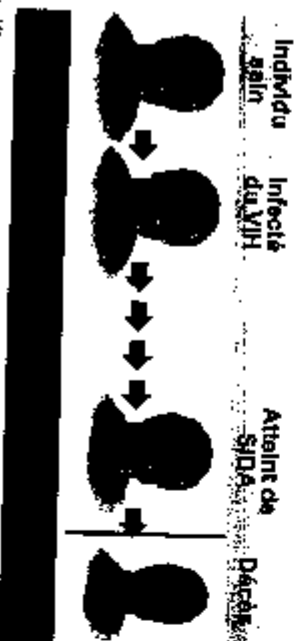
L'infection à VIH passe habituellement par trois stades :

- stade de primo-infection : il survient en général 2 à 6 semaines après la contamination (la recherche d'anticorps anti-VIH par les méthodes sérologiques est souvent négative à ce stade, mais le sujet est déjà INFECTANT). Cette phase passe inaperçue dans au moins 50 % des cas, ou bien se révèle par des symptômes légers qui disparaissent rapidement;
- stade asymptomatique où l'individu est déjà contaminé, ne présente pas encore de signes ressentis, visibles ou palpables, mais est également INFECTANT. A ce stade, une personne contaminée est séropositive;
- stade de SIDA, ou de déclaration de la maladie, où apparaissent les différentes manifestations cliniques : infections opportunistes multiples, manifestations neuro-psychiatriques, etc.

Evolution naturelle de l'infection à VIH

Une personne qui a été infectée par le VIH ne développe pas tout de suite le SIDA. Il se passe une période de bonne santé apparente appelée période d'incubation. La figure 1 ci-dessous permet de comprendre qu'une personne adulte infectée par le VIH peut mettre 2 à 12 ans pour développer la maladie. Dès que le SIDA est déclaré, il ne lui reste en

Figure 1 : Evolution naturelle de l'infection à VIH chez l'adulte?



Chez l'enfant (figure 2), la précocité de l'infection pendant la vie intra-utérine et l'immaturité de son système immunitaire qui ne peut faire face à l'envahissement par le VIH, expliquent l'évolution rapide de l'infection vers le SIDA.

Figure 2 : Evolution naturelle de l'infection à VIH chez l'enfant?



Un enfant infecté par le VIH peut mettre 1 à 3 ans pour développer le SIDA. Une fois la maladie déclarée il vit en moyenne moins d'un an.

I INFORMATIONS GENERALES SUR LE VIH/SIDA

Que signifie VIH?

VIH signifie Virus d'Immuno Déficience Humaine.

Qu'est-ce que le SIDA?

Le SIDA (Syndrome d'immunodéficience Acquise) est une maladie provoquée par la destruction, par le VIH, des mécanismes de défense de l'organisme qui devient ainsi la proie des infections et maladies dites opportunistes. C'est l'évolution naturelle de l'infection à VIH en l'absence de traitement.

Modes de transmission du VIH

Le VIH se transmet par voie sexuelle essentiellement, par voie sanguine ou par voie périnatale (c'est-à-dire d'une mère contaminée à son enfant).

Ce dernier mode de transmission peut se faire à partir de la 8ème-10ème semaine de grossesse mais surtout lors du passage de la filière génitale. Le risque est donc maximal en fin de grossesse et à l'accouchement.

Les trois stades de l'infection à VIH

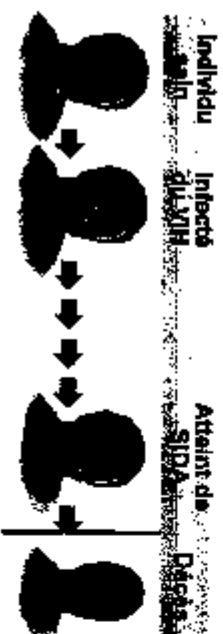
L'infection à VIH passe habituellement par trois stades :

- stade de primo-infection : il survient en général 2 à 6 semaines après la contamination (la recherche d'anticorps anti-VIH par les méthodes INFECTANT). Cette phase passe inaperçue dans au moins 50 % des cas, ou bien se révèle par des symptômes légers qui disparaissent rapidement;
- stade asymptomatique où l'individu est déjà contaminé, ne présente pas encore de signes ressentis, visibles ou palpables, mais est également INFECTANT. A ce stade, une personne contaminée est séropositive;
- stade de SIDA, ou de déclaration de la maladie, où apparaissent les différentes manifestations cliniques : infections opportunistes multiples, manifestations neuro-psychiatriques, etc.

Evolution naturelle de l'infection à VIH

Une personne qui a été infectée par le VIH ne développe pas tout de suite le SIDA. Il se passe une période de bonne santé apparente appelée période d'incubation. La figure 1 ci-dessous permet de comprendre qu'une personne adulte infectée par le VIH peut mettre 2 à 12 ans pour développer la maladie. Dès que le SIDA est déclaré, il ne lui reste en

Figure 1 : Evolution naturelle de l'infection à VIH chez l'adulte ?



Chez l'enfant (figure 2), la précocité de l'infection pendant la vie intra-utérine et l'immaturité de son système immunitaire qui ne peut faire face à l'envahissement par le VIH, expliquent l'évolution rapide de l'infection vers le SIDA.

Figure 2 : Evolution naturelle de l'infection à VIH chez l'enfant ?



Un enfant infecté par le VIH peut mettre 1 à 3 ans pour développer le SIDA. Une fois la maladie déclarée il vit en moyenne moins d'un an.

II SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE DU VIH/SIDA AU MALI

2.1 SYSTEME DE SURVEILLANCE

La surveillance de l'infection à VIH a débuté au Mali en 1990 par la mise en place du système de surveillance par réseau sentinelle. Au début de cette surveillance, les groupes de population suivis étaient : les femmes enceintes qui viennent en consultations prénatales, les consultants et consultantes pour infections Sexuellement Transmissibles (IST), les tuberculeux et les donneurs de sang. Cette surveillance a permis d'avoir des données sur tous ces groupes de population.

Le système de réseau sentinelle compte des sites sentinelles pour consultants prénatales répartis sur l'ensemble du pays. Les prélèvements sanguins se font de manière anonyme et non liée chez les consultants prénatales et les consultants IST au dépistage du VIH. La recherche du VIH est réalisée de manière confidentielle.

Les données obtenues à partir de cette méthode permettent de suivre l'évolution de l'épidémie du SIDA au Mali sur la base du pourcentage d'adultes infectés.

Outre les sites sentinelles, il existe également des données issues d'enquêtes ponctuelles. Au nombre de celles-ci, on peut citer :

- l'enquête démographique et de santé réalisée en 2001 et dont les résultats ont permis de disposer d'estimations sur la prévalence du VIH/SIDA au sein de la population générale ;
- les résultats de l'étude ISBS Mali 2000 : SIDA et infections sexuellement transmissibles auprès des groupes présumés à risque ;
- les résultats des enquêtes CAP et enquêtes qualitatives réalisées par PSI Mali en 2001
- etc.

2.2 PYRAMIDE DU SIDA

Les personnes développant le SIDA ne constituent qu'une infime proportion des cas réels d'infection par le VIH au sein d'une population. Selon les données de la figure 3 ci-dessous, elles ne représentent que 10% des cas d'infection au Mali. Par conséquent, la plupart des personnes infectées, et donc susceptibles de transmettre le virus passent inaperçues au sein de la population.

Figure 3 : Pyramide du VIH/SIDA au MALI



Depuis le premier cas de SIDA déclaré au Mali en 1985 jusqu'au 31 décembre 2000, plus de 6600 cas cumulés de SIDA ont été notifiés à l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Remarquons cependant que les cas de SIDA notifiés à l'OMS ne représentent qu'une faible proportion des cas réels de SIDA dans le pays. Cette situation relève non seulement de la sous notification par les agents de santé mais également de la sous fréquentation des centres de santé par les malades.

Les raisons de la sous fréquentation sont entre autres : l'ignorance de la séropositivité et des symptômes de la maladie par les personnes touchées, l'insuffisance des centres d'information et de dépistage, la stigmatisation, l'absence de mécanisme accessible de prise en charge, l'absence de moyens pour accéder aux soins, qui fait que bon nombre d'individus développent le SIDA et décèdent souvent dans l'ignorance de leur état et en dehors de toute structure sanitaire.

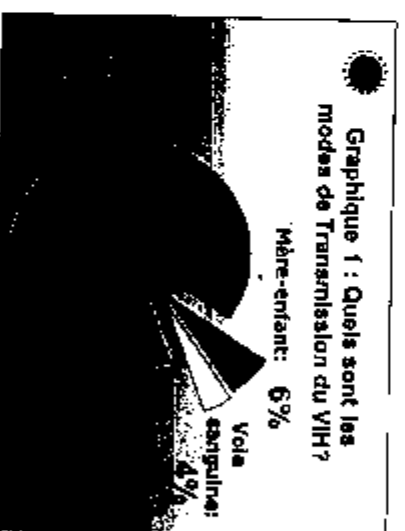
2.3 MODES DE TRANSMISSION DU VIH

La voie sexuelle s'avère le mode de transmission prédominant du VIH. Environ 90% des personnes contaminées l'ont été par contact sexuel.

Le risque de transmission est fonction de la pratique sexuelle et est d'autant accru qu'il existe une lésion de la peau ou de la muqueuse.

En outre, bien qu'on puisse être infecté au cours d'un rapport unique, la multiplication des rapports sexuels non protégés entre partenaires, dont au moins un est séropositif, et la multiplication des partenaires couplée avec une non-utilisation du préservatif accroît considérablement ce risque.

C'est là le point capital sur lequel doivent insister les programmes de prévention et de lutte contre le SIDA. En l'absence de vaccins et de traitements efficaces contre cette pandémie, la fidélité, l'abstinence et l'utilisation du préservatif restent les seuls moyens à ce jour de protection contre le VIH.



Bien que faible par rapport à la transmission sexuelle, la transmission périnatale du virus du SIDA, autrement dit d'une mère séropositive à son enfant, n'est pas à négliger. Il s'agit principalement de la contamination de l'enfant au cours de la grossesse ou au moment de l'accouchement. Il existe aussi, dans une moindre mesure, la transmission périnatale du VIH par l'allaitement.

Enfin, la transmission du virus du SIDA peut également s'effectuer par voie sanguine. Le sang est un liquide à fort pouvoir contaminant.

L'injection directe de sang contaminé dans l'organisme d'un individu présente un maximum de risques.

C'est le cas lors des transfusions sanguines avec du sang infecté, des paquets de seringues, des tatouages, des scarifications, des circoncisions

ou excisions avec du matériel souillé, et des transplantations d'organes ou de tissus.

Le poids relativement faible de ce mode de transmission par rapport aux deux autres, est sans nul doute le résultat du contrôle systématique des banques de sang.

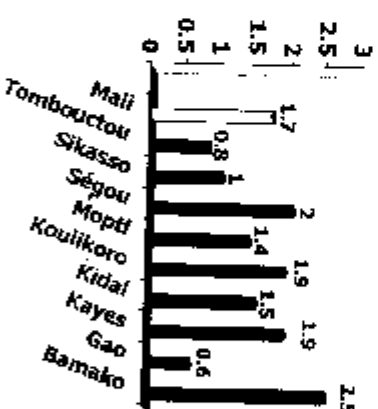
Cela ne doit cependant pas conduire à un relâchement des efforts. Ces mesures doivent être renforcées afin de réduire à néant la part de ce mode de transmission de l'infection à VIH.

2.4 PREVALENCE DU VIH/SIDA AU MALI

Le taux de prévalence du VIH pour l'ensemble du Mali est de 1,7%, avec cependant des variations non négligeables par région. Bamako est la région la plus infectée avec un taux de 2,5%, suivie de Ségou, Kayes et Koulikoro, avec respectivement 2,0% et 1,9%. Les régions de Gao et Tombouctou paraissent les moins touchées avec moins de 1% de prévalence.

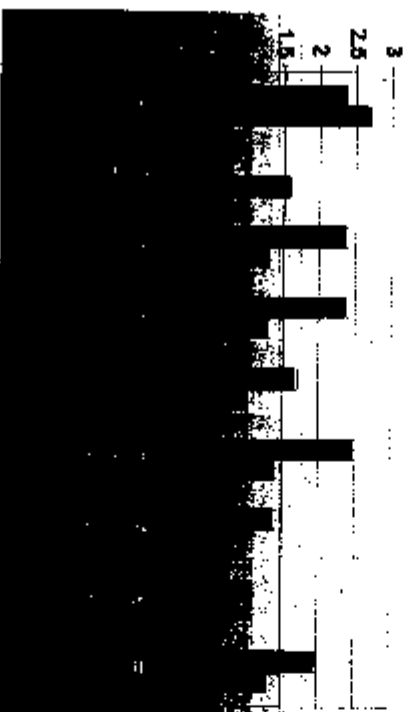


Graphique 2 : Taux de prévalence du VIH selon l'EDSIII-M



Les taux de prévalence du VIH/SIDA du sexe féminin sont nettement plus élevés que ceux du sexe masculin dans la plupart des régions du Mali, montrant ainsi que les femmes sont largement plus exposées au risque de contracter le VIH que les hommes. On n'observe pas la même tendance à Bamako (capitale du Mali) compte tenu des perturbations des phénomènes migratoires. Les immigrants de sexe masculin à Bamako compteraient en effet une forte proportion d'hommes appartenant aux groupes à hauts risques.

Graphique 3 : Taux de prévalence du VIH selon le sexe (EDSIII-M)

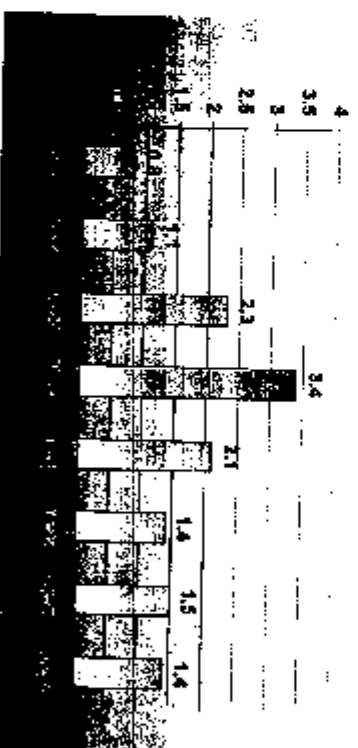


Les taux de prévalence les plus élevés sont observés parmi les personnes âgées de 25 à 39 ans. Les groupes d'âges les plus touchés sont manifestement ceux qui sont les plus économiquement actifs et productifs. Les pertes humaines dues à l'épidémie sont autant d'atteintes portées au développement du pays. Les conséquences aux niveaux individuel et familial sont également lourdes puisque un grand nombre de personnes de ces groupes d'âges atteintes par la maladie sont parents d'enfants ou uniques soutiens de famille et dont il faudra s'occuper des enfants orphelins.

Au vu de tout ce qui précède, le SIDA, longtemps considéré comme uniquement un problème de santé publique, apparaît désormais comme un problème de développement.

La couleur, relativement facile de terrain, qui se voit partout, témoigne de la situation de l'Etat et de la population.

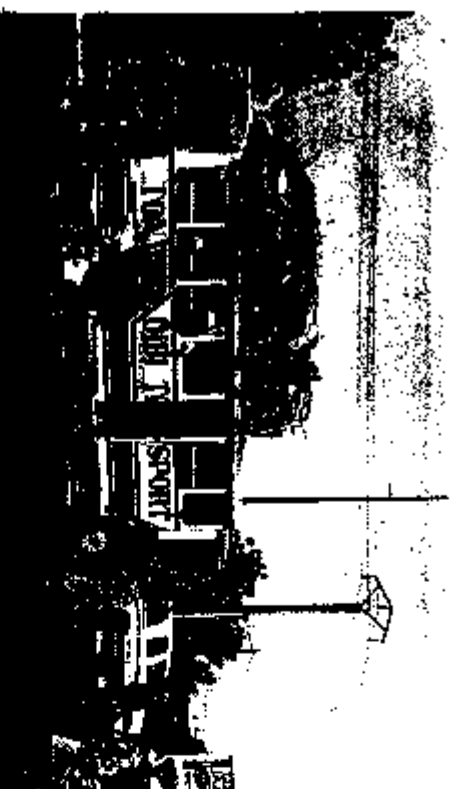
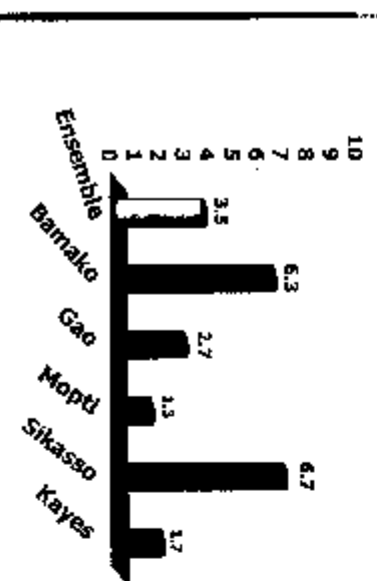
Graphique 4 : Taux de prévalence du VIH selon le groupe d'âges (EDSIII-M)



Mais les taux de prévalence du VIH/SIDA au sein de la population générale relativement bas par rapport à bon nombre de pays de la sous-région ouest-africaine ne signifient nullement que le Mali est à l'abri de l'épidémie. Les risques de forte expansion sont particulièrement élevés dans les années à venir compte tenu de la co-existence d'une multitude de groupes déjà très infectés. C'est le cas des routiers, des coxeurs, des vendeuses ambulantes et des professionnelles du sexe.

Les routiers (graphique 5), qui ont des comportements à risques de par leur profession, présentent déjà des taux de prévalence du VIH relativement élevés, particulièrement à Bamako (6,3%), et Sikasso (6,7%). La région de Ségo ne figure pas sur ce graphique 5 parce que les routiers enquêtés dans cette région n'ont pas présenté de cas de porteurs du VIH.

Graphique 5 : Taux de prévalence du VIH chez les routiers par région (selon ISBS)



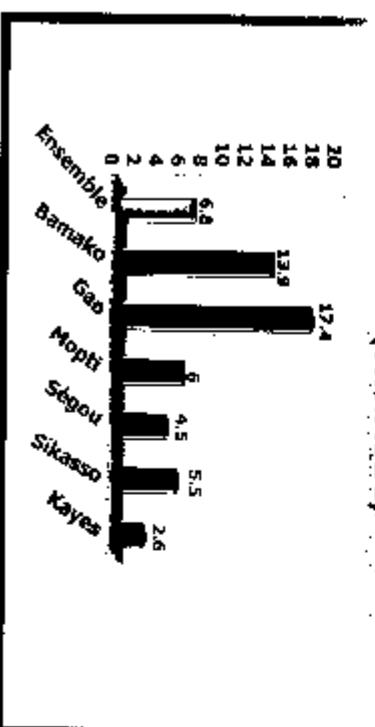
Chez les coxeurs (graphique 6), on relève des taux de prévalence du VIH encore plus élevés que chez les routiers, notamment à Bamako (7,0%), Ségo (6,5%) et Sikasso (8,3%).

Graphique 6 : Taux de prévalence du VIH chez les coxeurs par région (selon ISBS)



Au niveau des vendeuses ambulantes (graphique 7), la situation peut être qualifiée de particulièrement préoccupante, avec des taux de prévalence excédant 17% à Gao. Sachant que les vendeuses ambulantes font partie intégrante de la population avec qui elles entretiennent d'intenses activités sexuelles non protégées, on peut estimer qu'il existe ainsi des risques élevés d'expansion de l'épidémie au sein de la population générale dans la région de Gao jusque là considérée comme la moins touchée par le VIH/SIDA au vu des données de l'enquête démographique et de santé de 2001.

Graphique 7 : Taux de prévalence du VIH chez les vendeuses ambulantes par région (selon ISBS)



La situation observée au niveau des professionnelles du sexe (communément appelées prostituées) est encore plus critique que celle prévalant chez les vendeuses ambulantes (voir graphique 8).

On enregistre ainsi une proportionnelle du sexe sur deux porteuse du VIH à Ségou, soit 49%, plus d'une sur trois à Sikasso, soit 37%, et une sur quatre à Bamako et Gao, soit respectivement 23,4% et 25%.

Les risques de nivellement par le haut sont réels, et ce d'autant que les jeunes adoptent des comportements à risques comme le montrent bien les résultats des enquêtes CAP et enquêtes qualitatives réalisées par PSI en 2001.

Graphique 8 : Taux de prévalence du VIH chez les professionnelles du sexe par région (selon ISBS)

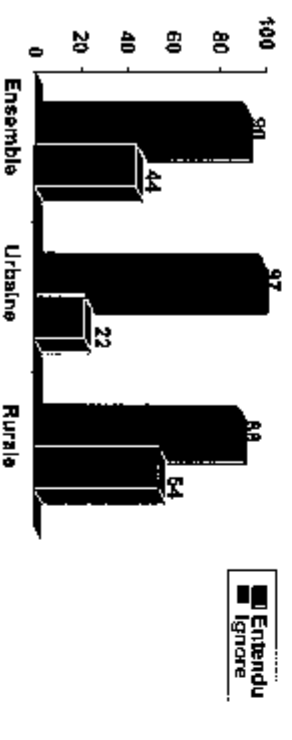


2.5 CONNAISSANCE DU SIDA ET DES MOYENS DE PRÉVENTION

Selon l'EDSII-M, 90,3% des femmes ont déclaré avoir entendu parler du SIDA, mais jusqu'à 45% d'entre elles ignorent qu'il y a un moyen de l'éviter (voir graphique 9).

En milieu urbain 97% en ont entendu parler et 22% ignorent qu'il y a un moyen de l'éviter, tandis qu'en milieu rural si 88% en ont entendu parler jusqu'à 54% ignorent qu'il y a un moyen de l'éviter.

Graphique 9 : Proportions de femmes ayant entendu parler du SIDA et ignorant qu'il existe un moyen de l'éviter (EDSIII-M)



Parmi les femmes ayant déclaré connaître le SIDA, relativement peu savent que le condom protège contre le VIH/SIDA, soit seulement une femme sur cinq à Tombouctou, et largement moins d'une femme sur deux dans la quasi totalité des autres régions (voir graphique 10).

Graphique 10 : Proportions de femmes qui, connaissant le sida, savent que le condom protège contre le VIH/SIDA (EDSIII-M)



Il ressort des enquêtes CAP et enquêtes qualitatives réalisées par PSI Mali en 2001 que les jeunes adoptent des comportements à risques :

- 65% des jeunes ont eu leurs premiers rapports sexuels avant l'âge de 18 ans ;
- 53% des jeunes ont eu des rapports sexuels le mois précédant l'enquête ;
- près de 20% des garçons ont eu plus de 3 partenaires sexuels dans les 12 derniers mois précédant l'enquête ;
- près de la moitié des jeunes n'utilisent pas le condom par confiance en leur partenaire ;
- deux jeunes interrogés sur trois ne croient pas en l'existence du SIDA.

Outre les comportements à risques des jeunes ci-dessus mentionnés, ainsi que la méconnaissance des moyens de prévention, plusieurs autres facteurs contribuent à l'expansion de l'épidémie.

2.6 FACTEURS CONTRIBUANT À L'ÉVOLUTION DE L'ÉPIDÉMIE

Ces facteurs sont :

- la prévalence élevée des autres infections sexuellement transmissibles constitue un facteur de risque parce que la transmission du VIH au cours de rapports sexuels non protégés est nettement plus probable lorsqu'un des partenaires présente une IST ;
- la multiplicité des partenaires sexuels ;
- la prostitution ;
- la faible utilisation du préservatif ;
- le statut défavorable de la femme sur les plans social et économique, en particulier lorsque les femmes concèdent des rapports sexuels pour des dons matériels ou des faveurs ;
- l'urbanisation et les migrations (y compris l'exode rural) et la grande mobilité de la population ;
- la précocité de l'activité sexuelle, ainsi que certaines pratiques culturelles telles que le lévirat, le sororat, l'excision, l'utilisation d'asséchants vaginaux.

Les risques d'expansion sont donc réels, et il y a lieu de les prendre au sérieux afin de préserver le Mali d'une explosion de l'épidémie du VIH/SIDA dans les années à venir.

III PROJECTIONS

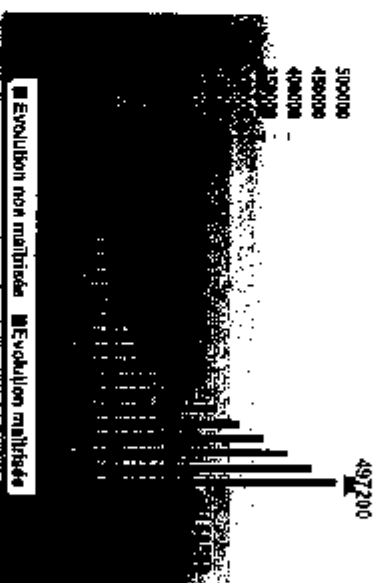
Cette section présente des résultats de projection relatifs à l'évolution future de l'épidémie du VIH/SIDA au Mali d'ici à l'an 2010, suivant deux scénarios :

- le scénario évolution non maîtrisée, selon lequel les éléments objectifs à la base des projections feraient évoluer le taux de prévalence à un niveau de 6% d'ici à l'an 2010 ;
- le scénario évolution maîtrisée, selon lequel les efforts conjugués de tous les intervenants dans la lutte contre le VIH/SIDA contiendraient l'expansion de l'épidémie afin que le taux de prévalence se situe à un niveau de 2% en 2010.

3.1 NOMBRE FUTUR DE SUJETS INFECTÉS PAR LE VIH ET CAS DE SIDA

Le nombre de personnes infectées par le VIH en 2001 au Mali se situait aux environs de 104 000. Mais au rythme où l'épidémie évolue, ce nombre de personnes porteuses du VIH pourrait approcher les 500 000 en 2010 en cas d'évolution non maîtrisée de la pandémie, contre moins de 170 000 en cas d'évolution maîtrisée. Un plus grand nombre de personnes pourraient encore être infectées au-delà de 2010.

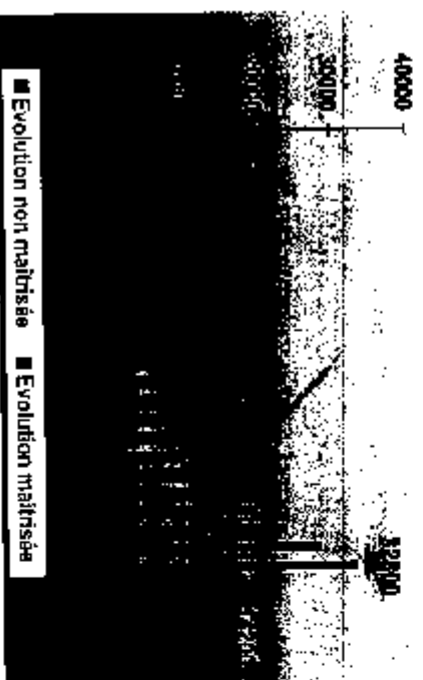
Graphique 11 : Projection du nombre de PVVIH de 1987 à 2010



Le nombre annuel de nouveaux cas de SIDA passera à près de 33 000 en 2010 en cas d'évolution non maîtrisée de l'épidémie.

Le très grand nombre de nouveaux cas annuels de SIDA mettra une pression intense sur le système de santé, aussi bien que sur les ménages, pour procurer les soins intensifs requis aux patients du SIDA.

Graphique 12 : Nouveaux cas de SIDA par an



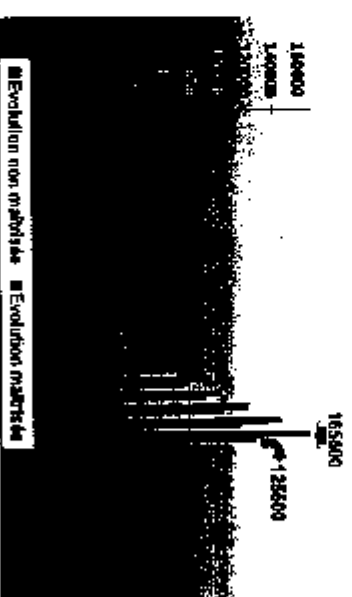
3.2 MORTALITE DU FAIT DU SIDA

Au vu de l'évolution du nombre de nouveaux cas de SIDA, le nombre de décès imputables à cette épidémie deviendra préoccupant sous peu.

Ce graphique présente le nombre cumulé de décès enregistrés depuis le début de l'épidémie au Mali.

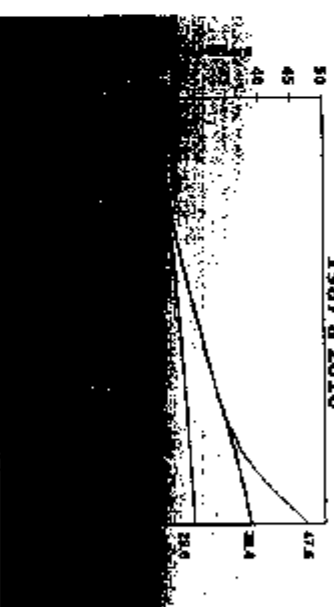
Le nombre cumulé des décès dus au SIDA pourrait se situer à près de 170 000 en cas d'évolution non maîtrisée de l'épidémie, contre 125 500 en cas d'évolution maîtrisée.

Graphique 13 : Décès cumulés dus au SIDA



En cas d'évolution non maîtrisée de l'épidémie, le SIDA risquerait de devenir au Mali la principale cause de décès aussi bien des adultes que des enfants. Cette situation n'est pas sans conséquences démographiques, sociales et économiques.

Graphique 14 : Nombres annuels de décès de jeunes et adultes (15-49 ans) de 1987 à 2010



La mortalité imputable au SIDA sera particulièrement importante au niveau des jeunes et des adultes (15-49 ans) qui constituent la force productive. En 2010, on comptera plus d'un décès imputable au SIDA sur 3 décès observés au niveau des jeunes et des adultes, soit 47 600 décès en cas d'évolution non maîtrisée de l'épidémie contre seulement 29 600 dans le cas où les décès dus au SIDA ne seraient pas comptabilisés.

sur les femmes et les enfants.

4.1 ESPERANCE DE VIE A LA NAISSANCE

En l'absence du SIDA, l'espérance de vie à la naissance au Mali devrait passer, de près de 50 ans en 1987 à 61 ans en 2010. Mais avec la

tendance observée au niveau du SIDA, la situation pourrait se présenter tout à fait différemment selon qu'on soit dans une situation d'évolution maîtrisée ou non maîtrisée, avec des espérances de vie à la naissance respectives de 58 ans et 55 ans en 2010. On aurait ainsi enregistré une baisse de près de 6 ans entre une situation idéale d'absence de SIDA et une évolution non maîtrisée de l'épidémie.

C_i	K_p (Curve 1)	K_p (Curve 2)	K_p (Curve 3)
0.0	0.50	0.45	0.40
0.1	0.45	0.40	0.35
0.2	0.40	0.35	0.30
0.3	0.35	0.30	0.25
0.4	0.30	0.25	0.20
0.5	0.25	0.20	0.15

4.2 ORPHELINS DU SIDA

On entend par orphelins du SIDA des enfants dont au moins l'un des parents est décédé du SIDA.

■ Evolution non matrixée ■ Evolution matrixée

Evolution in the number of employees	Evolution non matrixée (Number of employees)	Evolution matrixée (Number of employees)
0	0	0
100,000	~100,000	~10,000
200,000	~110,000	~15,000
300,000	~120,000	~20,000
400,000	~130,000	~25,000
500,000	~140,000	~30,000
600,000	~145,000	~35,000
700,000	~148,000	~38,000
800,000	~150,000	~40,000
900,000	~152,000	~42,000
1,000,000	~155,000	~45,000
1,100,000	~158,000	~48,000
1,200,000	~160,000	~50,000
1,300,000	~162,000	~52,000
1,400,000	~165,000	~55,000
1,500,000	~168,000	~58,000
1,600,000	~170,000	~60,000
1,700,000	~172,000	~62,000
1,800,000	~175,000	~65,000
1,900,000	~178,000	~68,000
2,000,000	~180,000	~70,000
2,100,000	~182,000	~72,000
2,200,000	~185,000	~75,000
2,300,000	~188,000	~78,000
2,400,000	~190,000	~80,000
2,500,000	~192,000	~82,000
2,600,000	~195,000	~85,000
2,700,000	~198,000	~88,000
2,800,000	~200,000	~90,000
2,900,000	~202,000	~92,000
3,000,000	~205,000	~95,000
3,100,000	~208,000	~98,000
3,200,000	~210,000	~100,000
3,300,000	~212,000	~102,000
3,400,000	~215,000	~105,000
3,500,000	~218,000	~108,000
3,600,000	~220,000	~110,000
3,700,000	~222,000	~112,000
3,800,000	~225,000	~115,000
3,900,000	~228,000	~118,000
4,000,000	~230,000	~120,000
4,100,000	~232,000	~122,000
4,200,000	~235,000	~125,000
4,300,000	~238,000	~128,000
4,400,000	~240,000	~130,000
4,500,000	~242,000	~132,000
4,600,000	~245,000	~135,000
4,700,000	~248,000	~138,000
4,800,000	~250,000	~140,000
4,900,000	~252,000	~142,000
5,000,000	~255,000	~145,000
5,100,000	~258,000	~148,000
5,200,000	~260,000	~150,000
5,300,000	~262,000	~152,000
5,400,000	~265,000	~155,000
5,500,000	~268,000	~158,000
5,600,000	~270,000	~160,000
5,700,000	~272,000	~162,000
5,800,000	~275,000	~165,000
5,900,000	~278,000	~168,000
6,000,000	~280,000	~170,000
6,100,000	~282,000	~172,000
6,200,000	~285,000	~175,000
6,300,000	~288,000	~178,000
6,400,000	~290,000	~180,000
6,500,000	~292,000	~182,000
6,600,000	~295,000	~185,000
6,700,000	~298,000	~188,000
6,800,000	~300,000	~190,000
6,900,000	~302,000	~192,000
7,000,000	~305,000	~195,000
7,100,000	~308,000	~198,000
7,200,000	~310,000	~200,000
7,300,000	~312,000	~202,000
7,400,000	~315,000	~205,000
7,500,000	~318,000	~208,000
7,600,000	~320,000	~210,000
7,700,000	~322,000	~212,000
7,800,000	~325,000	~215,000
7,900,000	~328,000	~2

En cas d'évolution non maîtrisée de l'épidémie, près de 150 000 enfants de moins de 15 ans seront orphelins du SIDA en 2010 des suites du décès de l'un de leurs parents, contre moins de 100 000 en cas d'évolution maîtrisée de l'épidémie. Ces orphelins qui représentent une des conséquences graves de l'épidémie, posent de sérieux problèmes de prise en charge et d'intégration dans la communauté et la société en général (problème de stigmatisation, d'exclusion, etc).

En effet, dans un environnement peu réceptif et démuní, cette couche de la population ne peut compter que sur les grands parents, d'autres membres de la famille ou sur des amis, lorsqu'il en existe encore, pour échapper à la mendicité, à l'analphabétisme, à la déscolarisation, et enfin à la maladie, voire au décès précoce.

A côté de ces structures informelles d'accueil, et en raison de la sur-sollicitation des familles de ces enfants, la création de centres spécialisés aux niveaux communautaire et national devient une nécessité au même titre que la prise en charge des frais de scolarité et de santé de ces orphelins.

Cette prise en charge sociale, qui ne devrait toutefois pas être réservée aux seuls orphelins du SIDA, permettrait d'éviter que ces enfants ne soient livrés à eux-mêmes ou n'aillent éventuellement grossir les rangs des enfants vivant dans la rue.

4.3 REPERCUSSIONS ECONOMIQUES ET SOCIALES

Le SIDA a des répercussions à tous les niveaux de l'économie.

Au niveau des individus et des ménages, il entraîne un manque à gagner du fait de l'arrêt de l'activité.

Outre le nombre accru d'orphelins du SIDA dont il a été question, il faut mentionner comme autre conséquence de cette épidémie, le fait que le SIDA décime beaucoup plus la population la plus active économiquement. Cela conduit à l'augmentation du taux de dépendance, et par conséquent à la diminution de l'épargne intérieure, de l'investissement et à un ralentissement de la croissance économique.

Impact sur l'agriculture

La population du Mali demeure majoritairement rurale et agricole. Le milieu rural n'est plus épargné par le SIDA, et cette situation aura des conséquences considérables sur la production agricole des ménages, et parant le pays tout entier. L'épidémie frappe surtout les tranches d'âge de

20-49 ans, population la plus économiquement active.

Ces bras valides en moins qu'occasionne l'extension de l'épidémie du SIDA affecteront à la fois la production vivrière et la production de rente. La sécurité alimentaire tant recherchée au niveau national s'en trouvera durablement compromise.

Impact sur le commerce et l'industrie

Le secteur commercial est assez développé au Mali, et fortement représenté dans les activités informelles. A ce titre, ce secteur contribue fortement à la résorption du chômage.

A ce niveau, l'épidémie entraîne d'une part, un manque à gagner pour les entreprises en termes de production qui s'en trouve réduite du fait de l'absentéisme des malades et de la baisse de la productivité, d'autre part, les ressources financières des employés eux-mêmes et de leur famille sont affectées par l'arrêt de leur activité et la prise en charge quotidienne de leurs soins.

En ce qui concerne le secteur touristique, il faut souligner que le Mali est doté de ressources non négligeables dans ce domaine. Un taux élevé de prévalence du SIDA rendrait le Mali moins attractif sur le plan touristique. Ceci aurait pour effet une baisse des recettes touristiques, avec un impact probable sur d'autres secteurs de développement.

Impact sur le secteur de la santé

Le SIDA est une maladie coûteuse. Il occasionne des dépenses considérables pour le secteur de la santé (essentiellement les soins de santé dispensés aux malades sans compter les activités de prévention et de dépistage). Maladie éminemment médicalisée, la prise en charge des personnes qui en sont atteintes se fait essentiellement en milieu hospitalier et nécessite une disponibilité de plus en plus grande de lits d'hôpitaux.

Graphique 17 : Pourcentages de lits d'hôpitaux nécessaires pour les patients du SIDA



Compte tenu des tendances probables de l'épidémie, le taux d'occupation des lits par les malades du SIDA varierait en 2010 de 11% dans le cas d'une évolution maîtrisée de l'épidémie à 25,5% dans le cas d'une évolution non maîtrisée de l'épidémie.

En raison de la faiblesse de leur système de défense immunitaire, les personnes porteuses du virus du SIDA sont moins résistantes au bacille de Koch. Cette relation entre la tuberculose et le VIH constitue à l'heure actuelle un véritable problème de santé publique dans nombre de pays, dont le Mali.

Graphique 18 : VIH et Tuberculose



La tuberculose passe pour l'une des principales maladies opportunistes du SIDA. En l'an 2000, on comptait plus de 18.000 tuberculeux.

En cas d'épidémie non maîtrisée du SIDA, le nombre de nouveaux cas de tuberculose pourrait s'élever à près de 40 000 en 2010. Il faudra donc s'attendre à un accroissement substantiel de l'enveloppe budgétaire consacrée à la prise en charge de ces malades.

La lutte contre le SIDA risquerait d'absorber une part sans cesse croissante du budget de la santé au détriment d'autres maladies endémiques et d'autres secteurs de développement.

Impact sur l'éducation

Le secteur de l'éducation constitue un autre exemple des impacts sectoriels du VIH/SIDA au Mali.

Les décès dus au SIDA contribuent fortement à la diminution du nombre d'enseignants. L'augmentation de l'absentéisme des enseignants s'explique par les épisodes de maladies opportunistes plus en plus fréquentes auxquelles le SIDA les rend vulnérables. Le financement public de l'enseignement diminuera au profit des fonds publics de plus en plus

croissants consacrés à la lutte contre l'épidémie du SIDA. Les ressources familiales consacrées à l'éducation des enfants sont réduites en raison de la perte de revenus provoquée par la prise en charge des épisodes de maladies du SIDA et les décès y afférent.

Moins d'enfants, et en particulier les filles, seront en mesure d'être scolarisés en raison de la diminution des revenus des ménages.

Moins d'enfants seront en mesure d'achever leur scolarisation, non seulement à cause du manque de ressources mais également parce qu'ils devront abandonner l'école pour aller travailler et/ou s'occuper des membres de la famille malades.

Les filles sont plus exposées à ce risque que les garçons pour des raisons culturelles, car en général, c'est à elles qu'on confie la garde des malades.

Des études ont montré que les orphelins perdent le soutien financier, matériel et psychologique dont ils ont besoin pour réussir leurs études.

4.4 FEMMES ET SIDA

Selon les résultats de l'EDSM-II au Mali, sur cinq personnes infectées par le VIH, trois sont des femmes. Les femmes sont en effet particulièrement vulnérables à l'épidémie du VIH/SIDA pour plusieurs raisons :

- physiologiquement, le risque de contracter l'infection au cours des rapports sexuels non protégés est plus élevé à leur niveau ;
- une femme pourrait être infectée, même en situation de monogamie, si son conjoint a d'autres partenaires sexuels ;
- certaines pratiques socio-culturelles et économiques pourraient accroître le risque de transmission, par exemple le lévirat, le sororat, l'excision, la prostitution, etc. ;

- l'assistance aux personnes malades incombe davantage aux femmes et aux filles.

V INTERVENTIONS

Le Mali s'est doté d'un Programme National de Lutte contre le VIH/SIDA (PNLS). Ce programme a entrepris une vaste campagne d'information et de sensibilisation de la population sur les IST/VIH/SIDA et leurs modes de transmission. Mais les résultats des différentes enquêtes réalisées dans le pays ont montré que si la population est généralement bien informée, les comportements demeurent inchangés. Aussi convient-il de renforcer les moyens de prévention et les actions menées par le PNLS jusqu'ici.

Même si on a enregistré quelques résultats intéressants au sujet de la trithérapie ces dernières années, celle-ci requiert un système de soins de santé sophistiqué et particulièrement onéreux, et n'est pas à la portée de la majorité des Maliens.

Les progrès scientifiques au sujet du développement d'un vaccin sont lents, et on ne sait encore dans quels délais on pourra disposer de vaccins fiables contre le VIH.

Si les solutions purement médicales ne sont pas sérieusement envisageables à grande échelle pour les années à venir, que pourrait-on faire pour freiner la propagation de l'épidémie du VIH/SIDA au Mali ? Les actions pourraient être définies suivant les axes ci-après :

- Une série d'interventions pour infléchir la courbe d'évolution de l'épidémie du VIH/SIDA ;
- Un engagement actif des leaders dans tous les secteurs de la vie au Mali.

5.1 INTERVENTIONS POUR INFLÉCHIR LA COURBE D'ÉVOLUTION DE L'ÉPIDÉMIE DU VIH/SIDA

Les interventions requises pour infléchir la courbe d'évolution de l'épidémie du VIH/SIDA passent par :

- le renforcement des mesures de prévention de la transmission des IST/VIH/SIDA ;
- le renforcement de la surveillance de l'épidémie ;
- l'amélioration de la prise en charge globale des personnes infectées et affectées ;
- la promotion du partenariat national et international.

Renforcement des mesures de prévention de la transmission des IST/VIH/SIDA

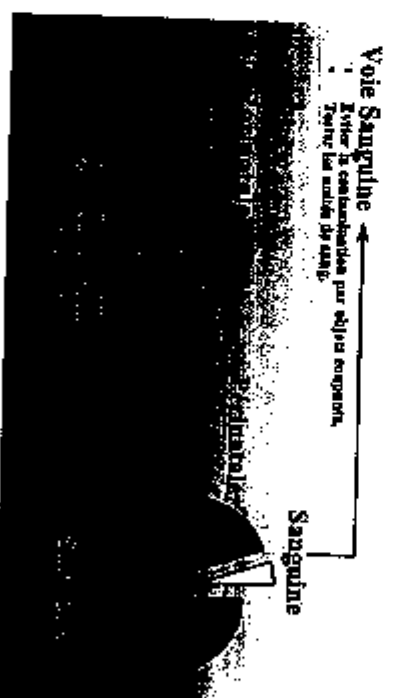
Des activités d'information, d'éducation et de communication devraient être menées et renforcées afin d'accroître la prise de conscience par le grand public de l'évolution du SIDA et de ses conséquences, et l'amener à changer de comportement. Au nombre des interventions requises en vue du renforcement des mesures de prévention de la transmission des IST/VIH/SIDA, on peut citer :

- la vulgarisation des moyens de prévention ;
- l'intensification de la sensibilisation à tous les niveaux, en particulier auprès des jeunes, des couples et dans les zones rurales ;
- l'implication efficace de tous les ministères, des Institutions de la République, du secteur privé et de la société civile.

La connaissance des modes de transmission du VIH/SIDA permet de mieux cibler les interventions nécessaires pour le contrôle de l'épidémie. A cette fin, il faudrait œuvrer pour :

- l'information sur le VIH/SIDA et ses impacts, ses modes de transmission et ses moyens de prévention ;
- la lutte contre les autres IST, facteurs aggravant du risque de contamination du VIH ;
- la promotion de l'utilisation du préservatif, y compris le féminin (préservatif féminin) ;
- le renforcement de la sécurité transactionnelle ;
- la promotion de la planification familiale qui informe les femmes et les couples des risques de contamination et encourage l'utilisation du préservatif ;
- l'élaboration d'un cadre juridique protégeant les personnes infectées et les malades, mais également les sujets non infectés ;
- la prévention de la transmission mère-enfant.

Figure 4 : Comment éviter l'infection?



Il importe par ailleurs de renforcer les actions auprès des groupes présumés à risque où la probabilité de transmission est très élevée. Il s'agit en particulier des adolescents, élèves/étudiants, des professionnelles du sexe (prostituées), des consultants pour IST, des transporteurs routiers, des coxieurs, des vendeuses ambulantes, des aides ménagères, des hommes en uniforme, des détenus, etc.

Renforcement de la surveillance de l'épidémie

- Afin de renforcer la surveillance de l'épidémie, il apparaît nécessaire :
- d'améliorer le système de collecte d'informations sur les IST/VIH/SIDA dans toutes les structures ;
 - d'assurer la notification des IST/VIH/SIDA dans les structures sanitaires ;
 - d'assurer la surveillance épidémiologique et la réalisation d'études comportementales sur les IST/VIH/SIDA.

Actions de prise en charge des IST/VIH/SIDA

Des recherches ont établi que le renforcement de la prise en charge des IST contribue efficacement à la lutte contre le VIH/SIDA.

Dans le domaine de la prise en charge, il y a lieu, d'une part de renforcer le système de dépistage du VIH et le système de soins pour les autres IST (facteurs d'exposition au SIDA), et d'autre part d'accroître la prise en charge des porteurs de VIH tant sur le plan des soins médicaux que sur le plan social.

Promotion du partenariat national et international

La promotion du partenariat tant national qu'international permettra de mobiliser des ressources pour la lutte contre les IST/VIH/SIDA.

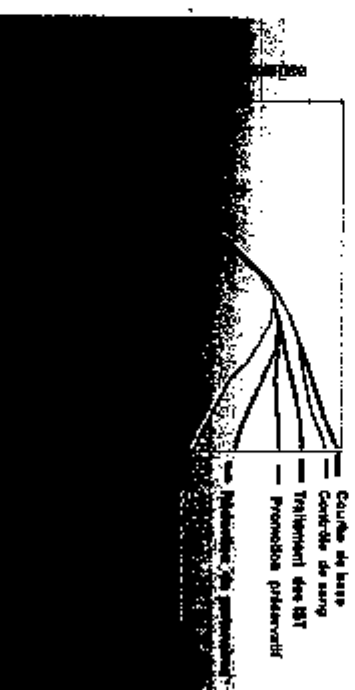
Vu la grande variété des interventions et le nombre important d'intervenants requis pour mener à bien la lutte contre les IST/VIH/SIDA, une coordination multisectorielle s'avère nécessaire.

Effets des interventions

Chacune des catégories d'interventions préconisées peut avoir une contribution importante au contrôle de la propagation du VIH. Mais aucune d'elles ne peut constituer à elle seule la solution idéale au problème du VIH. Pendant que certaines institutions et personnes travaillent dans le sens d'une intervention donnée, d'autres pourraient se préoccuper d'une autre intervention.

La figure 5 n'est pas spécifique au Mali. Elle a été mise au point au moyen de simulations par ordinateur, et elle montre bien les impacts de diverses interventions prises isolément, ainsi que l'effet combiné de toutes les interventions. On peut ainsi remarquer que la baisse la plus sensible n'est enregistrée qu'avec l'effet combiné de toutes les interventions.

Figure 5 : Effets conjugués des interventions de lutte contre le SIDA



On obtient de meilleurs résultats lorsqu'on fait la promotion simultanée de toutes ces interventions pour combattre l'épidémie.

5.2 ENGAGEMENT ACTIF DES LEADERS D'OPINION A DIVERS NIVEAUX

L'expérience avec les programmes de santé dans plusieurs pays en développement montre que la réussite d'un programme de prévention du SIDA exige un engagement total des décideurs politiques, des leaders communautaires, et autres leaders à tous les niveaux.

Il faudrait donc envisager l'engagement des catégories de responsables ci-après dans la lutte contre le SIDA :

- le pouvoir exécutif ;
- les parlementaires ;
- les responsables communautaires, responsables d'associations et d'ONG ;
- les responsables religieux et traditionnels ;
- les autorités politiques et administratives au niveau local ;
- les associations de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) ;
- les communicateurs ;
- le secteur privé ;
- etc.

Que peuvent faire les responsables du pouvoir exécutif pour contribuer à la lutte contre le VIH/SIDA?

Partager et diffuser les connaissances au sujet des IST/VIH/SIDA, en particulier les informations relatives à la transmission, les conséquences de l'épidémie et les moyens de prévention de l'infection.

S'engager dans le dialogue politique pour s'assurer que l'épidémie occupe une place importante dans les préoccupations nationales.

Elaborer un document de politique de lutte contre le VIH/SIDA et le mettre en œuvre.

Systématiser la mise en œuvre de la planification stratégique.

Soutenir les programmes en rapport avec le VIH/SIDA au niveau du Gouvernement, du secteur privé et de la société civile.

Mettre à profit sa position influente pour combattre les discriminations à l'encontre des personnes vivant avec le VIH.

Que peuvent faire les parlementaires pour contribuer à la lutte contre le VIH/SIDA?

Partager et diffuser les connaissances au sujet du VIH/SIDA au sein de l'Assemblée Nationale, en particulier les informations relatives à la transmission, les conséquences de l'épidémie, et les moyens de prévention de l'infection.

S'engager dans le dialogue politique pour s'assurer que l'épidémie occupe une place importante dans les préoccupations nationales.

Participer à la planification stratégique nationale, ainsi qu'au niveau des autres subdivisions administratives.

Soutenir les programmes en rapport avec le VIH/SIDA au niveau des ONG et des départements ministériels.

5.2 ENGAGEMENT ACTIF DES LEADERS D'OPINION A DIVERS NIVEAUX

L'expérience avec les programmes de santé dans plusieurs pays en développement montre que la réussite d'un programme de prévention du SIDA exige un engagement total des décideurs politiques, des leaders communautaires, et autres leaders à tous les niveaux.

Il faudrait donc envisager l'engagement des catégories de responsables ci-après dans la lutte contre le SIDA :

- le pouvoir exécutif ;
- les parlementaires ;
- les responsables communautaires, responsables d'associations et d'ONG ;
- les responsables religieux et traditionnels ;
- les autorités politiques et administratives au niveau local ;
- les associations de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) ;
- les communicateurs ;
- le secteur privé ;
- etc.

Que peuvent faire les responsables du pouvoir exécutif pour contribuer à la lutte contre le VIH/SIDA?

Partager et diffuser les connaissances au sujet des IST/VIH/SIDA, en particulier les informations relatives à la transmission, les conséquences de l'épidémie et les moyens de prévention de l'infection.

S'engager dans le dialogue politique pour s'assurer que l'épidémie occupe une place importante dans les préoccupations nationales.

Elaborer un document de politique de lutte contre le VIH/SIDA et le mettre en œuvre.

Systématiser la mise en œuvre de la planification stratégique.

Soutenir les programmes en rapport avec le VIH/SIDA au niveau du Gouvernement, du secteur privé et de la société civile.

Mettre à profit sa position influente pour combattre les discriminations à l'encontre des personnes vivant avec le VIH.

Que peuvent faire les parlementaires pour contribuer à la lutte contre le VIH/SIDA?

Partager et diffuser les connaissances au sujet du VIH/SIDA au sein de l'Assemblée Nationale, en particulier les informations relatives à la transmission, les conséquences de l'épidémie, et les moyens de prévention de l'infection.

S'engager dans le dialogue politique pour s'assurer que l'épidémie occupe une place importante dans les préoccupations nationales.

Participer à la planification stratégique nationale, ainsi qu'au niveau des autres subdivisions administratives.

Soutenir les programmes en rapport avec le VIH/SIDA au niveau des ONG et des départements ministériels.

Mettre à profit sa position influente pour combattre les discriminations à l'encontre des personnes vivant avec le VIH.

Produire le support législatif et politique d'accompagnement de la lutte contre les IST/VIH/SIDA.

Que peut faire le responsable communautaire ou d'ONG pour contribuer à la lutte contre le VIH/SIDA?

Intégrer les messages et informations relatives à la prévention, à la transmission, aux soins et au soutien dans les programmes en cours.

Faire des plaidoyers en faveur des groupes présumés à risque.

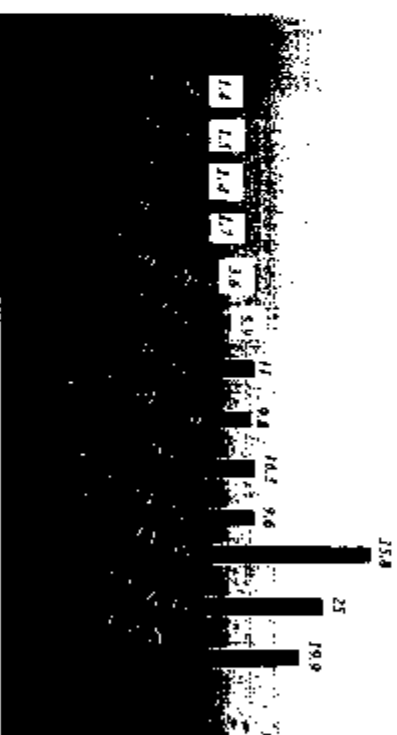
Développer des messages d'IEC et des programmes qui mettent en relief l'importance des valeurs familiales et morales dans la lutte contre le VIH/SIDA.

CONCLUSION

L'épidémie du SIDA constitue désormais une menace sérieuse en Afrique au rythme où elle évolue.

Le graphique ci-après permet de situer le niveau de prévalence du VIH/SIDA dans des pays de la sous région Ouest africaine (généralement moins infectés par le virus) par rapport à des pays d'Afrique Australe où on enregistre les plus hauts niveaux d'infection.

Graphique 19 : Taux de prévalence du VIH/SIDA dans plusieurs pays africains



Il existe manifestement d'importants écarts entre ces deux sous-régions africaines. Et pourtant, il y a seulement une dizaine d'années, le niveau de prévalence du VIH/SIDA en Afrique Australe était semblable à ce qu'on observe aujourd'hui dans plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest. C'est dire que la situation du VIH/SIDA prévalant dans un pays donc pourrait bien se dégrader fortement en un laps de temps relativement court.

Des résultats de projections nous montrent que le Mali pourrait présenter d'ici à l'an 2010 les statistiques ci-après :

- près de 500 000 personnes porteuses du VIH ;
- près de 170 000 décès cumulés dus au SIDA ;

- près de 150 000 orphelins du SIDA ;
- une espérance de vie à la naissance de 54,8 ans du fait du SIDA, au lieu des 60,5 ans normalement attendus en l'absence du SIDA, soit une diminution de près de 6 ans.

Il apparaît donc nécessaire de s'armer davantage pour mieux combattre cette épidémie. Les mesures déjà prises devraient être redynamisées et de nouvelles actions mises en oeuvre de manière urgente.

Les ONG et autres organisations communautaires devraient être plus étroitement associées à la lutte contre le SIDA, moyennant une meilleure coordination des activités.

Parmi les actions menées jusqu'ici notamment sous l'impulsion du Programme National de Lutte contre le SIDA, il faut signaler :

- l'information et la sensibilisation du public sur le SIDA et ses modes de transmission ;
- la surveillance épidémiologique au niveau des sites sentinelles répartis sur l'ensemble du territoire national ;
- la sécurité transfusionnelle consistant en l'instauration d'un dépistage systématique et obligatoire de tout don de sang ;
- la lutte contre les IST ;
- la promotion et le marketing social des préservatifs.

Il est cependant indispensable de renforcer et d'étendre ces activités.

Ainsi, si la sensibilisation de certaines populations cibles (prostituées, patients atteints des IST, transporteurs routiers, etc.) doit se poursuivre, elle devrait également être accentuée au niveau du grand public et en particulier dans les zones rurales qui connaissent actuellement une progression forte de l'épidémie. Outre l'information du public, un programme de marketing social de grande envergure en faveur de l'utilisation du préservatif devrait être mis en oeuvre afin que la connaissance se traduise dans les comportements.

Parce qu'il a des répercussions sociales et économiques à tous les niveaux (individuel, familial, communautaire et national) et que personne n'en est à l'abri, le SIDA est l'affaire de tous.

Cette épidémie ne sera pas vaincue sans un effort concerté, collectif et durable de tous les acteurs soucieux de l'avenir de leur pays et du bien-être des générations futures.



Les regards de ces jeunes gens nous interpellent tous.

BIBLIOGRAPHIE

- ONUSIDA/Commission Economique pour l'Afrique : Le SIDA en Afrique : Forum 2000 pour le développement de l'Afrique. Genève Suisse octobre 2000.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. Le SIDA, images de l'épidémie. Genève, 1995.
- OVER, M., M. AINSWORTH, et al. The economic impact of adult mortality from AIDS and other causes on households in Kagera, Tanzania. Work Bank, 1996.
- REPUBLIQUE DU ZIMBABWE. HIV/AIDS in Zimbabwe. Background, Projections, Impact, Interventions. Harare : National AIDS Coordination Programme, Ministry of Health and Child Welfare, 1997.
- STOVER, J. AIM. Version 4. Modèle d'impact du SIDA. Programme informatique permettant de présenter des informations sur le SIDA. Glastonbury, CT & Washington, D.C. : The Futures Group International pour AIDSCAP/Family Health International, 1994.
- STOVER, J. DEMPROJ. Version 4. Modèle de Projection Démographique pour la Planification du Développement. Glastonbury, CT & Washington, D.C. : The Futures Group International pour AIDSCAP/Family Health International, 1998.
- VALLIN, J. (ed.). Populations africaines et SIDA. Paris : Editions La Découverte/CEPED, 1994.

ANNEXES

ANNEXE 1: METHODOLOGIE

Les projections ont été effectuées à l'horizon 2010, année horizon de la politique sanitaire nationale en vigueur.

Elles ont été établies à l'aide du modèle d'impact du SIDA (AIM) et du modèle projections démographiques DemProj du système SPECTRUM du projet POLICY.

La projection de l'évolution du SIDA et de son impact s'est faite sur la base d'un certain nombre d'hypothèses démographiques et épidémiologiques.

Hypothèses de projections démographiques

La réalisation du model AIM nécessite au préalable des projections démographiques. Celles-ci couvrent la période allant de 1987, année de réalisation du dernier recensement du Mali, à 2010.

- Hypothèse de fécondité : on a utilisé les indices synthétiques de fécondité (ISF) provenant des EDS1, 2 et 3, et on a ensuite supposé que l'ISF passera à 5,3 enfants par femme en 2010 correspondant à l'hypothèse à la variante optimiste des perspectives démographiques du Mali, 1987-2025. Les taux de fécondité par âge et leur évolution dans le temps ont été ajustés par la table type des Nations Unies, modèle dénommé Moyenne.

- Hypothèse de mortalité : L'espérance de vie à la naissance est supposée passer de 47,9 ans en 1987 à 59,4 ans en 2010 pour le sexe masculin, et de 50,2 ans en 1987 à 61,7 ans en 2010 pour le sexe féminin, sur la base des projections démographiques des Nations Unies pour le Mali. Les autres paramètres de mortalité sont...

ajustés par la table type de mortalité de Coale et Demeny modèle Ouest.

Hypothèse des migrations : les migrations internationales nettes ont été supposées négligeables.

Hypothèses épidémiologiques

Le taux de prévalence du VIH parmi les adultes était estimé à 1,7% en 2001. Ce taux a été introduit dans le modèle d'ajustement dénommé AidsProj pour obtenir la courbe, et donc la série, des taux de prévalence du VIH entre 1987 et 2010.

Les résultats de projection relatifs à l'évolution future de l'épidémie du VIH/SIDA au Mali d'ici à l'an 2010, supposent deux scénarios :

- le scénario **évolution non maîtrisée**, selon lequel les éléments objectifs à la base des projections seraient évoluer le taux de prévalence à un niveau de 6% d'ici à l'an 2010 ;
- le scénario **évolution maîtrisée**, selon lequel les efforts conjugués de tous les intervenants dans la lutte contre le VIH/SIDA contiendraient l'expansion de l'épidémie afin que le taux de prévalence se situe à un niveau de 2% en 2010.

ANNEXE 2: INSTITUTIONS AYANT COLLABORE A LA REALISATION DE LA BROCHURE

Institutions nationales

PNLS

CT/MPFEF Point Focal VIH/SIDA

Projet Jeune Ministère de la Jeunesse et des Sports

DNS/DSR

ENDATIERS-MONDE : MALI

CPS/DSSA/MFAAC

CNIECS Chargé d'IEC

ASDAP

PSI/MALI

Projet SIDA3

CPS/Ministère de la santé

Ministère de l'Education

Ministère des Forces Armées et des Anciens Combattants

CENACOPP

Projet EVF/EMP

Groupe Pivot Santé Population

Institutions internationales

POLICY PROJECT

USAID

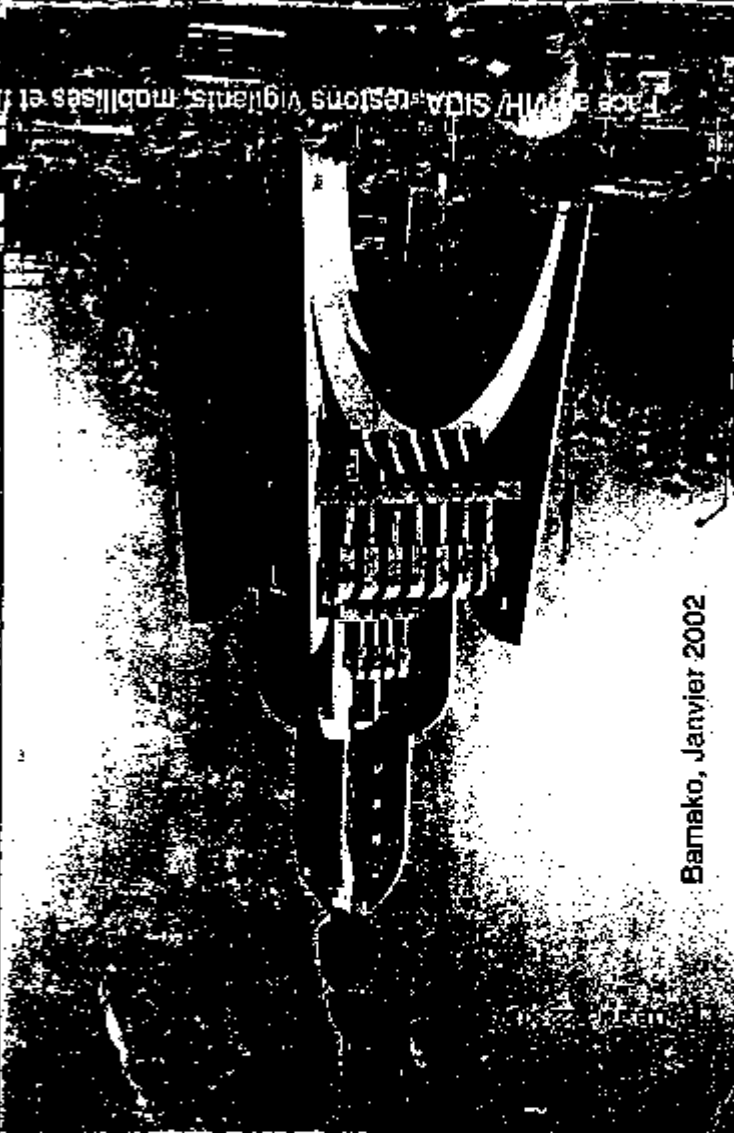
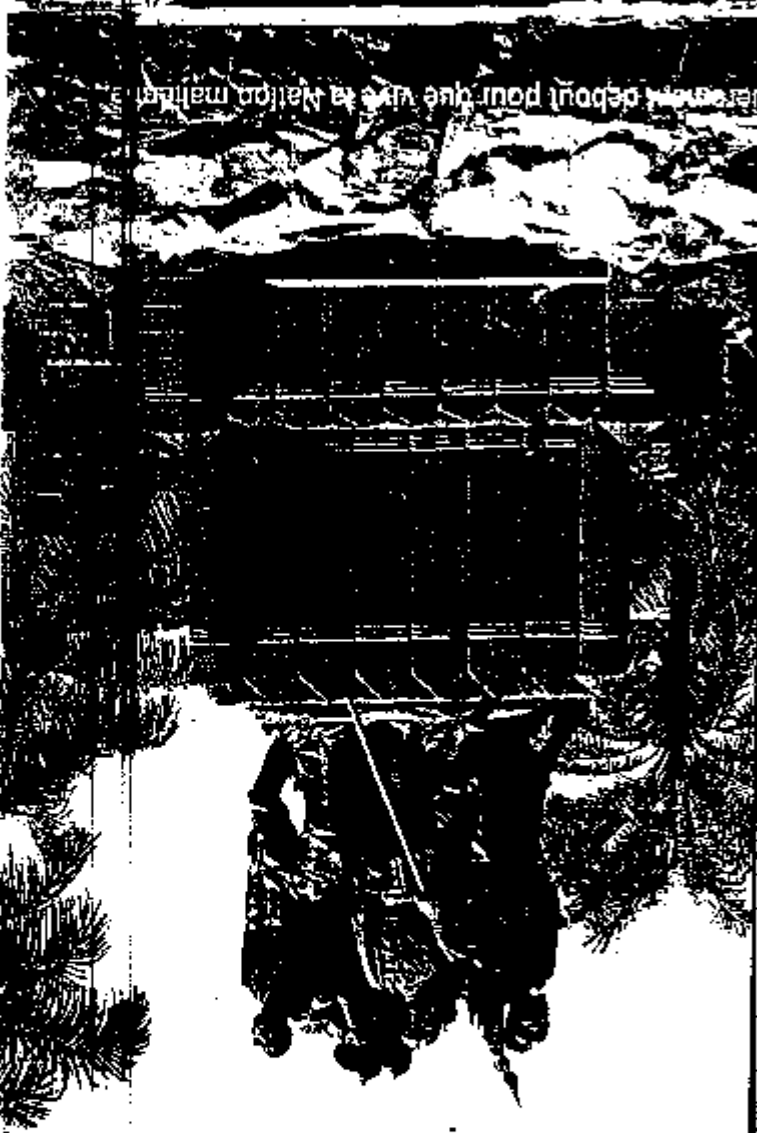
ONUSIDA

ANNEXE 3 : LISTE DES PERSONNES RESSOURCES

1. Dr Aissata Cisse DIALLO PNLS
2. Dr KEITA Joséphine TRAORE Ministère de la Promotion de la Femme de l'Enfant et de la Famille
3. Dr DIABATE Mamadou Adama Médecin-Chef Sélingué
4. Yacouba Garba MAIGA Projet Jeunes Santé Sport, Ministère de la Jeunesse et des Sports
5. Dr COULIBALY Marguérite Ministère du Développement Rural (MDR)
6. Dr Cheick T. TALL Enda Tiers-Monde
7. Mr Amadou Cisse Sélingué
8. Med Cdt Karim CAMARA Ministère des Forces Armées et des Anciens Combattants
9. Dr Bassidiki TRAORE PNLS
10. Aissata LO USAID
11. Issaka SANGARE PNLS
12. Boubakar CAMARA CNIACS
13. Dr Seydou GOITA ASDAP
14. Siaka Yoro SANGARE PSI
15. Dr KEITA Tahirou SIDA III
16. Dr Cisse Mamadou CESAC
17. Dr NIAMBELE Issaka CPS
18. Alain Michel CAMARA CENACOPP
19. ALLÉ DIOP POLICY
20. Martin LAOUBOU POLICY
21. Tahirou KANE Projet EVF/EMP, Ministère de l'Education
22. Zoumana DRAVE Administrateur Sélingué
23. Modibo MAIGA Groupe Pivot Santé/Population
24. MACALOU Fantia OUANE Consultante POLICY
25. TRAORE Aminata Secrétaire
26. Guédiouma TANGARA DNSI
27. Sow Rokia DRABO Ministère du Développement Rural
28. Mme Kanté Dandara Touré PDY/John Snow/USAID
29. Dr Diabara TRAORE DRS/DMS
30. Dr Etienne DEMBELE DNS
31. Dr Aly dit Agaly WELE Groupe Pivot Santé/Population
32. Wéléba BAGAYOGO Projet EVF/EMP
33. Nfa Zoumana SANGARE Assemblée Nationale
34. Souleymane DOLO Groupe Pivot Santé/Population
35. Mme Assilian CAMARA MDR
36. Abdoulaye Ahmadou MAIGA CAFO
37. Aboubacar MAIGA MDSSPA
38. Mme Bouaré Fatoumata KONE MDSSPA
39. Mountaga TOURE AMPPF
40. Dr Mamadou DEMBELE Conseiller Technique, Ministère de la Santé
41. Dr Amadou SY Plan International

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

- VIH: Virus de l'immunodéficience Humaine
- SIDA: Syndrome d'immunodéficience Acquise
- ONUSIDA: Programme Commun des Nations Unies pour la lutte contre le SIDA
- IST: Infections Sexuellement Transmissibles
- OMS: Organisation Mondiale de la Santé
- EDS : Enquête Démographique et de Santé
- PNLS : Programme National de Lutte contre le SIDA
- CCC: Communication pour le Changement de Comportement
- PVVIH: Personnes Vivant avec le VIH
- IEC: Information Education Communication
- ONG : Organisation Non Gouvernementale
- OBC: Organisation à Base Communautaire
- DNSI: Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique



Bamako, janvier 2002

Face au VIH/SIDA, les ONG mobilisent des ressources et des compétences pour que vive la Nation malienne