

9. Acceptabilité d'un prélèvement salivaire lors d'un recensement démographique. Résultats d'une préenquête dans la région de Mfou (Cameroun)

Nicolas Brouard¹

Introduction

La mesure de la prévalence du VIH en Afrique subsaharienne n'est pas une priorité des organismes nationaux et internationaux ayant en charge les problèmes liés à l'épidémie du sida. Il leur semble plus important d'informer les populations sur la maladie et sur les moyens de s'en protéger que de dénombrer la population infectée. De ce fait, même les rares données de prévalence sont trop parcellaires pour permettre une description de la population touchée par l'épidémie, et tout modèle de projection de l'épidémie, même à un horizon de 15 ans, relève de la fiction (UN/WHO 1991).

Certes, il n'est pas très aisé de dénombrer et de caractériser la population infectée tant pour des raisons éthiques que techniques. Ainsi, la plupart des enquêtes nationales de prévalence en Afrique subsaharienne (Melbye *et al.* 1986 ; Soro *et al.* 1990) ont été effectuées à l'insu des individus sous des prétextes comme la recherche du paludisme ou de la syphilis. Rares sont les enquêtes, comme celle d'Ouganda (Nunn *et al.* 1993), qui ont été d'ampleur suffisante (près de 10 000 individus) et effectuées dans des conditions éthiques satisfaisantes, pour pouvoir apporter des informations fondamentales tant sur l'histoire naturelle de l'épidémie que sur sa dynamique. D'autres petites enquêtes appelées sentinelles, plus nombreuses, sont effectuées auprès des donneurs de sang, des patients atteints d'une maladie vénérienne, et des femmes enceintes. C'est à partir de tels résultats parcellaires qu'on a crié à une croissance effrénée de l'épidémie à la fin des années 80, alors qu'avec les mêmes sources de données tout aussi peu fiables, on conclut à une stagnation, voire une décroissance sans beaucoup plus de fondements.

¹ Equipe "Mortalité, santé, épidémiologie", *Institut national d'études démographiques, Paris*. Les autres participants à ce projet sont J. Betima *Programme national de lutte contre le sida (Cameroun)*, G. Tati *Institut de formation et de recherches démographi-ques (IFORD, Cameroun)*, S. Pontone *Hôpital Robert Debré, Paris*, L. Zekeng *CHU Yaoundé*, A. Evina *IFORD, Cameroun* et R. Salla *Programme national de lutte contre le sida (Cameroun)*.

La taille des échantillons, les biais, l'insuffisance des informations apportées par les enquêtes sentinelles, la difficulté à mener des suivis statistiques dans les hôpitaux africains, n'ont jamais permis de convaincre tant sur l'étendue de l'épidémie dans un pays que sur sa dynamique. Le sida hétérosexuel africain, comme tous les sidas hétérosexuels, n'est pas explosif. Les enquêtes sentinelles qui sont efficaces pour détecter l'émergence d'une véritable épidémie, ne sont pas adaptées à la compréhension de la dynamique d'une endémie à inertie importante comme l'endémie due au VIH. En particulier ces enquêtes ne fournissent même pas les prévalences par âge et sexe dans la population générale alors que le vieillissement de la population infectée est un facteur clé de la dynamique dès lors qu'on sait que l'épidémie est installée pour plusieurs décennies. Mais existe-t-il d'autres méthodes de mesure ?

Les démographes ont des méthodes d'investigation statistique assez différentes de celles des épidémiologistes, et la méthode de base en est le recensement. N'est-il pas possible lors d'un recensement démographique d'effectuer une enquête par sondage plus spécifique sur les maladies sexuellement transmissibles et d'obtenir ainsi des informations sur la sérologie des populations comme on obtient une information plus banale sur le niveau d'éducation ? C'est ce que nous avons tenté de faire, de manière expérimentale, en janvier 1993 lors du recensement de la région semi-urbaine de Mfou au Cameroun en proposant des prélèvements salivaires à un échantillon représentatif de cette population.

Les moyens mis en œuvre

Les organismes de formation statistique — notamment l'Ecole Nationale de la Statistique et de l'Administration Economique d'Abidjan ou l'Institut de Formation et de Recherches Démographiques de Yaoundé — effectuent fréquemment le recensement d'une petite ville dans le cadre de la formation de leurs étudiants à la collecte sur le terrain. En effet, une ville de 40 000 habitants se recense en moins de 15 jours avec 25 contrôleurs et 50 agents recenseurs. La durée totale de la période de terrain n'excède donc pas un mois.

Le personnel d'encadrement de l'IFORD a ainsi organisé, en accord avec la sous-préfecture de la région de Mfou, le recrutement, la formation et la sélection d'agents recenseurs en vue d'y effectuer un recensement et de mener une enquête statistique par sondage.

La formation des enquêteurs ainsi que des agents recenseurs recrutés par concours est désormais classique et commune aux enquêtes en sciences sociales en Afrique ; nous décrivons donc plutôt la nouveauté apportée par ces prélèvements salivaires et les formations spécifiques qu'il a fallu dispenser pour l'opération de Mfou.

Les moyens à la disposition de l'IFORD pour la promotion de 1993 ne permettaient que le recensement d'une petite ville d'au plus 10 000 habitants, si bien que l'opération de Mfou s'est effectuée avec seulement 20 contrôleurs et 20 agents recenseurs. La collecte des

salives nous apparaissait comme une opération à risque et ne pouvait donc être qu'expérimentale et concerner qu'une zone de petite taille : c'était le premier prélèvement salivaire effectué en zone communautaire et des réactions hostiles tant de la population que des contrôleurs et agents recenseurs n'étaient pas impossibles. De même la logistique de l'opération, même si elle avait fait l'objet de simulations et d'analyses spécifiques (collecteurs, étiquette à code barre, etc) n'a pas été testée en grandeur réelle. Ainsi, notre enquête par sondage et les prélèvements proposés ne concernaient qu'un échantillon de 200 ménages. De fait la mobilisation d'étudiants en démographie, moins motivés que des étudiants en médecine, et plus formés à la tenue d'un crayon et au remplissage d'un questionnaire sur papier qu'au recueil de liquides même salivaires, ne fut pas si facile. Mais il nous est apparu très clairement qu'une fois les premiers jours d'adaptation passés, il aurait été très facile d'effectuer un taux de sondage beaucoup plus important et d'enquêter une zone bien plus peuplée.

La formation des enquêteurs

La tenue en décembre 1992 du Congrès international sur le sida à Yaoundé, où se trouve l'IFORD, a grandement facilité la sensibilisation des étudiants au sida. En effet des démographes, comme Peter O. Way et Karen Stanecki du Population Reference Bureau, connus notamment pour leur importante base démographique sur le sida dans le monde (Way 1992), et de médecins comme Françoise Bigirimana, présidente de la SWAA (Society for Women and AIDS) du Burundi, et responsable de la cellule de prise en charge des séropositifs au PNL, avaient contribué très positivement à la formation des étudiants. Une proportion non négligeable d'étudiants estimait encore que le sida était un problème inventé par les Blancs et ricanait quand on prononçait le mot préservatif.

La formation à la collecte des salives fut extrêmement bien faite par Luc Hardy, de la firme américaine Saliva Diagnostics System (Vancouver) qui nous a fourni à titre gracieux 1 000 collecteurs.

L'absence de rebuts (tous les échantillons prélevés ont un diagnostic sérologique fiable) est due aux directives simples (vérification de la saturation du buvard, bonne fermeture du bouchon hermétique) et résulte de cette bonne formation.

Les questionnaires

Un recensement est en fait un recensement de ménages et non d'individus. Il nécessite un questionnaire "ménage" qui est rempli par un membre du ménage et qui a été élaboré conjointement par l'encadrement de l'IFORD et les étudiants. La formation des agents recenseurs recrutés localement dans la ville de Mfou n'a porté que sur le questionnaire "ménage" et non sur l'enquête individuelle.

Pour l'enquête sur les maladies sexuellement transmissibles nous avons élaboré un questionnaire très court (recto verso) comportant les questions importantes pour la dynamique de l'épidémie et seulement

ces questions : connaissance du sida, nombre de partenaires depuis différentes durées, antécédents vénériens, utilisation du préservatif, écart d'âges entre partenaires. La collecte de salive n'était proposée qu'en fin de questionnaire et les refus pouvaient ainsi intervenir à différentes étapes de l'interview : refus de répondre au questionnaire, refus de répondre aux questions sur le comportement sexuel, refus du collecteur. Ce questionnaire que nous avons voulu court pour des raisons de logistique s'est révélé inutilement trop court, car l'expérience a montré qu'un enquêteur doit passer un temps non négligeable au sein d'un ménage et parfois auprès de chaque enquêté pour obtenir leur confiance. Ainsi un questionnaire plus long, portant notamment sur le planning familial aurait apporté d'autres informations utiles, et n'aurait pas alourdi l'enquête. Le collecteur de salive étant un objet tout à fait nouveau et intrigant pour la population, les démonstrations de son usage suscitaient l'intérêt de l'ensemble des membres présents dans le ménage mais aussi parfois une certaine crainte. En effet beaucoup craignaient que le buvard contienne des substances maléfiques, empoisonnantes notamment ; cela contraignait l'enquêteur à démontrer l'inocuité du collecteur en gaspillant un collecteur neuf dans sa propre bouche. 15 à 20 % des collecteurs ont dû ainsi être utilisés pour des démonstrations. N'ayant pas du tout prévu ce comportement et n'ayant qu'un nombre limité de collecteurs à notre disposition, nous avons dû réduire d'autant le taux de sondage de l'enquête.

Le sondage

Si le recensement était exhaustif, l'enquête sur le comportement sexuel et le sida s'effectuait par sondage à partir de la liste des ménages issue du dénombrement. Disposant de 1 000 collecteurs en tout, nous avons finalement décidé d'effectuer un sondage au 1/16^e parmi l'ensemble des ménages dénombrés. Comme nous voulions également avoir la possibilité d'étudier (non pas dans cette pré-enquête trop petite, mais en prévision d'une enquête en vraie grandeur) la corrélation entre l'infection des individus d'un même ménage (couple discordant, et parents-enfants), nous avons opté pour un tirage proportionnel à la taille des ménages. Ce mode de sondage permettait également de tester l'éventuel effet de grappe que les refus collectifs pouvaient occasionner. Nous craignons en effet qu'un chef de ménage hostile au dépistage interdise la collecte auprès de tous les membres de son ménage mais ce ne fut pas le cas, bien au contraire.

En pratique, le *dénombrement*, c'est-à-dire l'opération qui précède le recensement proprement dit et consiste à faire passer les agents recenseurs dans chacun des ménages afin d'obtenir le nombre total des personnes du ménage et le nombre des éligibles, n'a duré qu'une journée pour l'ensemble des 20 zones.

Afin d'établir pour le lendemain le sondage de l'enquête, c'est-à-dire fournir à chaque enquêteur la liste des ménages tirés au sort dans sa zone, nous avons dû saisir le soir même du dénombrement les informations collectées (nombre d'hommes et de femmes au sein du

ménage, nombre d'hommes et de femmes âgés de plus de 15 ans) dans la journée.

La saisie a été faite dans la soirée à l'IFORD qui se trouve à 30 km de Mfou par les étudiants sur quatre ordinateurs et à l'aide du logiciel EPI-INFO. Le tirage du sondage proportionnel a ainsi eu lieu dans la nuit sur un PC portable. Dans la matinée, les contrôleurs disposaient du listing des ménages tirés au sort et pouvaient donc commencer simultanément le recensement exhaustif et l'enquête par sondage. Si la saisie puis le tirage n'avaient pas pu être effectués durant la nuit du premier au second jour nous condamnions près de 50 personnes à l'inactivité sur le terrain le lendemain du dénombrement ; c'est dire l'importance de cette phase informatique.

Il n'y a pas eu d'erreur de saisie, si bien que les contrôleurs ont effectivement retrouvé toutes les maisons par l'identifiant qui avait été porté à la craie sur les maisons par leurs agents recenseurs durant le dénombrement. L'intérêt du recours à l'informatique pour le tirage du sondage ainsi que pour l'édition des listings est manifeste, non pas seulement parce qu'il permet d'éviter des erreurs de sondage ou de zones mais aussi parce qu'il facilite la compréhension de l'opération auprès de la population. En effet, il est plus aisé pour un chef de ménage qui ne comprend pas pourquoi son ménage a été tiré et non pas son voisin de vérifier sur un listing que le numéro de sa maison fait partie du tirage au sort. Cette facilité nous a été rapportée à plusieurs reprises.

Les questions éthiques

Outre la faisabilité technique d'une telle opération et l'acceptabilité par la population, se posaient bien évidemment des questions éthiques. Fruit d'une longue maturation avant sa réalisation, notre protocole a été proposé et finalement accepté par l'ensemble des instances nationales (Comité Sida du Cameroun, Ministère de la Santé) et régionales (Préfecture, Sous-Préfecture de Mfou) auxquelles un tel projet doit être soumis.

Nous disons "finalement" car l'acceptation n'était pas acquise d'avance, puisqu'un tel projet était à l'opposé des projets réalisés jusque là. Notre enquête était en effet du type "révélé" et "corrélé". *Révélé* car toute personne sondée et acceptant de donner sa salive savait qu'on allait effectuer une sérologie au VIH sur sa propre salive (de même les campagnes d'information et les questionnaires mentionnaient explicitement la maladie du sida). *Corrélé*, parce qu'il est possible de corréler les résultats de la sérologie d'un individu avec les informations individuelles apportées par les réponses au questionnaire MST. De plus, en raison de l'ajout d'un numéro au hasard mais commun aux membres d'un même ménage, il est même possible d'étudier la corrélation entre les sérologies de l'ensemble des membres d'un ménage. L'anonymat des individus est néanmoins respecté. Explicitons ce dernier point.

Lorsque l'enquêteur remettait le buvard imprégné de la salive d'un enquêté dans son tube, il détachait une étiquette fabriquée tout spécialement pour l'opération et en collait une partie sur le tube et une autre partie sur le questionnaire d'enquête. La partie collée sur le tube et dénommée par la suite partie "biologique" ne comprenait que des codes à barres identiques et la partie collée sur le questionnaire individuel et dénommée par la suite partie "démographique" ne comprenait qu'un simple numéro *en clair*. Ainsi, il apparaissait clairement à la personne prélevée que l'unique information fournie aux laboratoires de biologie consistait en un code à barre, sans nom ni adresse, et avec pour seule information supplémentaire la date du prélèvement.

Effectivement, au laboratoire du CHU de Yaoundé, là où sont congelées les salives, il est aujourd'hui impossible de savoir à qui correspondent ces salives. Il est de même impossible, en s'adressant à l'IFORD qui détient les questionnaires individuels ou même à l'INED qui détient la combinaison entre les numéros biologiques et démographiques, de retrouver l'identité d'un enquêté à partir de son questionnaire. En effet, la partie nominative (zone, bloc, structures, bâtiment) du questionnaire individuel a également été massicotée sitôt après la saisie et avant l'appariement des fichiers.

L'anonymat est conservé, mais la corrélation est possible.

Du fait de la double numérotation, la mise sous forme de code à barre du numéro biologique était elle-même superflue. Nous l'avons néanmoins conservée car elle offrait une sécurité supplémentaire si par exemple une personne était tentée de noter durant le prélèvement d'une tierce personne son numéro biologique.

Les résultats biologiques nous furent en effet rendus sous forme de listes de codes à barre suivis des densités optiques des différents tests ELISA (original et confirmation), ainsi que les Western-Blott effectués pour confirmations de diagnostics. Quatre positifs ont été identifiés sur les 465 individus prélevés : il n'y a pas eu de statut indéterminé.

Détaillons le genre d'information qui pouvait être obtenu après corrélation entre les résultats biologiques et démographiques pour en apprécier la richesse. Ainsi, par exemple, parmi les cas positifs, il y a une jeune femme âgée entre 5 et 20 ans, non mariée, sans enfant, qui n'a eu qu'un seul partenaire qui lui-même habitait une autre ville que Mfou. Elle avait déjà entendu parler de préservatif, mais n'en avait jamais vu. Aucune personne de son ménage n'est positive.

Les traitements biologiques locaux

Détaillons maintenant la logistique locale nécessaire du point de vue biologique. Si les traitements en laboratoire suivent les procédés désormais standards d'un traitement ELISA, localement sur le terrain, il faut prévoir qu'un laborantin méticuleux vienne tous les soirs récupérer les collecteurs, les vérifie (date de prélèvement, niveau de remplissage, bonne fermeture des tubes) et les stocke dans un réfrigérateur. En effet, même si le collecteur contient un antiseptique qui permet, selon le fabricant, de conserver les anticorps à la température ambiante durant plusieurs jours nous préférons les stocker dans un frigidaire.

La présence d'un réfrigérateur à proximité apparaît donc comme une contrainte.

Les collecteurs peuvent ainsi être conservés plusieurs semaines au frigidaire, mais comme la collecte a été rapidement terminée, les collecteurs ont été rapatriés au CHU de Yaoundé afin d'y être congelés. Seule la salive est congelée, et non le buvard. Le procédé consiste à extraire la salive du buvard en le compressant au fond du collecteur à l'aide d'un tamis. On verse alors le contenu (10 ml) dans une cupule comme s'il s'agissait de sérum.

L'information disséminée

Un recensement n'est pas une opération qui passe inaperçue dans une ville. Et plus il y aura de publicité sur le recensement, plus l'opération se déroulera facilement. Ainsi, le car prévu pour le déplacement des contrôleurs était également utilisé pour diffuser via un mégaphone des slogans sur l'utilité du recensement. Ces slogans exprimés tantôt en langue française tantôt en langue locale pouvaient être les suivants : "Aider nos agents recenseurs", "Participer au recensement, c'est participer au développement économique de la ville", "Le chômage existe, compter les personnes sans emploi, c'est lutter pour l'emploi", etc. Les agents recenseurs dispersés dans la ville pouvaient ainsi utiliser ces slogans lointains pour invoquer le caractère officiel de l'opération auprès d'un ménage réticent à se faire recenser.

Nous avons utilisé ce même principe dans le cas de l'enquête sur les MST et le sida. Il ne s'agissait pas en effet de faire une enquête afin de tester les connaissances d'une population sur le sida comme peut le faire une enquête CAP, mais au contraire d'utiliser la mobilisation des moyens nécessaires à l'enquête pour diffuser massivement de l'information sur le sida. Ainsi dans chaque zone une grande affiche d'un mètre sur deux mètres établie par le Service de lutte contre le sida était placardée sur la maison du chef ou à proximité. De même des affiches au format A4, relatives à l'enquête sur les MST étaient collées sur bon nombre de maisons ou endroits visibles par l'ensemble de la population. Ces petites affiches étaient des photocopies d'une photo montrant une Africaine portant un collecteur de salive à sa bouche. On pouvait également y lire le slogan "Donner sa salive, c'est participer à la recherche sur le sida". Ces affiches jouxtaient une affiche plus grande, au format A3, portant divers slogans incitant les populations à faciliter le recensement. Nous tenions en effet à conserver la priorité au recensement, tout en informant, à faible coût, qu'il allait aussi y avoir une opération concernant le sida dans la ville. Le collecteur de salive devait susciter auprès des populations une interrogation. La difficulté résidait bien évidemment dans le fait qu'il ne fallait pas que la population puisse penser que le sida se transmettait par la salive. C'était effectivement la première question qui nous était posée dès que nous parlions de salive et de sida.

Ainsi la campagne de sensibilisation auprès des chefs de village ou de quartiers et les réunions publiques (qui réunissaient entre 15 et 30

personnes selon les quartiers) ont été l'occasion de préciser les buts du recensement, ainsi que celui de l'enquête santé et de la collecte de salive. C'était également l'occasion de présenter à la population ce collecteur qui les avait tant intrigués sur les affiches et de leur expliquer pourquoi le virus n'est pas transmis par la salive.

Dans ce genre d'opérations, la population écoute certes les personnes officielles chargées de l'opération mais se réfère en fin de compte à l'opinion des notables de leur quartier. C'est la raison pour laquelle les notables doivent participer à ces réunions et servir de relais. Nous nous sommes ainsi rendu compte qu'il n'était pas si difficile d'expliquer que les tests biologiques détectent les anticorps et non le virus lui-même, que les anticorps anti-VIH sont présents dans la salive alors que le virus n'y est qu'en quantité infime et ne peut être transmis.

Ainsi l'intendant de l'hôpital, récemment formé au counseling par le PNLS expliquait que le but poursuivi par l'enquête MST/sida était assez analogue à celui poursuivi lors d'un recensement. En effet, dans un recensement, quand on pose une question sur l'âge des enfants et leur niveau de scolarité, le but poursuivi est d'ordre statistique afin de mieux prévoir les besoins en écoles. Il ne s'agit pas pour l'administration ni pour l'Etat, de savoir si telle mère éduque correctement son enfant mais de connaître globalement les caractéristiques sociodémographiques de la population dont ils sont responsables du point de vue administratif.

Aujourd'hui, le sida apparaît comme une maladie suffisamment grave et menaçante pour une population qu'il est nécessaire d'obtenir une information fiable sur les caractéristiques socio-démographiques de la population porteuse.

Il ne s'agit donc pas de détecter individuellement les personnes porteuses du VIH. Le collecteur qui est proposé en fin d'interview n'est pas un test immédiat. Il ne vire pas au rouge si l'individu prélevé est porteur ! C'est un simple tube qui permet de conserver les anticorps contenus dans la salive. Le tube ne porte pas le nom de l'individu mais un code à barre. Il est ainsi impossible d'identifier individuellement les porteurs de la maladie.

Réciproquement, les personnes qui souhaitent obtenir par cette collecte leur statut sérologique ne le pourront pas, mais elles peuvent venir à l'hôpital et demander des informations complémentaires sur les MST et le sida. Toute personne peut se faire accompagner de son partenaire ou de ses partenaires (au Cameroun, un des slogans officiels est "Soyez fidèles à vos partenaires") et se faire tester gratuitement. On insistait pour bien expliquer qu'une telle démarche individuelle était beaucoup plus longue et très différente de l'opération collective qui allait leur être proposée dans les prochains jours, opération qui, elle, ne prête à aucune conséquence individuelle.

Validité des sérologies effectuées sur les salives

Il est de plus en plus reconnu dans la littérature (Frerichs et Htoon 1992) que les prélèvements salivaires sont tout à fait efficaces. Les

résultats d'une étude effectuée par Abott et Saliva Diagnostics System au CHU de Yaoundé, auprès d'un échantillon de 100 personnes positives et 100 négatives testées à la fois avec des prélèvements salivaires et des prélèvements sanguins, montrent l'extrême concordance des résultats.

Certes l'immunoglobuline est cent fois moindre dans la salive que dans le sang, si bien que la sensibilité des tests ne peut être qu'amoindrie. Mais cet inconvénient pour le diagnostic (c'est-à-dire lorsqu'il faut rendre un résultat individuel) se transforme en avantage dans les mesures de prévalence. En effet, s'il y a moins d'anticorps dans la salive, il y a moins de réactions parasites d'anticorps croisés, et la spécificité d'un anticorps particulier en est améliorée. Autrement dit, outre les nombreux avantages apportés par une méthode non invasive, non contaminante, et ne nécessitant pas une congélation immédiate, on observe plutôt moins de faux positifs qu'avec des prélèvements sanguins. Les coûts des tests de confirmation sont donc également plus faibles.

Quelques résultats concernant l'acceptabilité

La taille de l'échantillon défini lors du sondage, soit 645 individus hommes et femmes âgés de plus de 15 ans, ne permettait pas une analyse fine de la prévalence observée. Tout au plus, peut-on affirmer qu'en 1993, avec 4 positifs sur 645, la prévalence de la région de Mfou était inférieure à 2 % dans la population adulte. Mais cette taille était suffisante pour conclure à la faisabilité d'une enquête de plus grande importance et également pour montrer l'absence de biais notable introduit par les refus du prélèvement.

Parmi les 605 individus enquêtés sur les 9 915 recensés, 446 individus ont accepté de donner leur salive, ce qui montre une acceptation massive de 74 %.

Les taux de refus ont de plus fortement baissé au fur et à mesure que les enquêteurs, initialement peu formés aux problèmes de santé, prenaient de l'assurance vis-à-vis de la population. Certains étudiants ont ainsi obtenu un taux de refus inférieur à 5 %.

Les refus ne semblent pas liés à un comportement plus à risque et concernent plus les femmes (31,0 %) que les hommes (20,7 %). En effet, il n'y a pas, par exemple, de corrélation entre le nombre de partenaires et le refus du test. Une régression logistique met en évidence un refus significativement plus important pour les femmes divorcées, mais la proportion de femmes divorcées dans les populations africaines est très faible. Dans l'analyse des questions ouvertes sur le refus du collecteur, les femmes invoquent fréquemment la peur de la réaction du mari. "Pourquoi me ferais-je tester ?" "Qu'ai-je à me reprocher ?"

Les prochaines étapes

Six mois après le recensement épidémiologique, une sociologue de l'Université de Yaoundé, Paulette Beat-Songué, a analysé l'impact de notre passage sur la population de Mfou. Si son rapport (disponible auprès du CEPED à Paris) met en évidence les lacunes de ce premier recensement épidémiologique et adresse des critiques au déroulement de l'enquête (certains enquêteurs ont en effet, malgré nos mises en garde, proposé des médicaments à la population pour obtenir plus facilement leur participation), il ne semble pas qu'il y ait des critiques majeures à l'enquête. Des personnes, principalement en zone rurale, continuent à penser que le sida se transmet par la salive, mais une information massive et une conscientisation de la population vis-à-vis du sida a clairement eu lieu du fait de notre passage.

La critique majeure qui nous a été adressée durant la discussion générale lors du colloque de Sali Portudal concerne justement l'ambiguïté des tests salivaires vis-à-vis de la transmission. Pour certains chercheurs, il est inutile de risquer d'annuler dix années de lutte contre la ségrégation des personnes porteuses du VIH en prônant le test salivaire comme méthode de détection de masse. Nous avons répondu qu'il ne nous avait pas paru difficile d'expliquer la non-contamination par la salive. De même, nous avons compris la forte demande de la population pour une information plus complète sur ces questions. Nous pensons que la lutte contre le sida sera plus aisée si la population est clairement informée des connaissances scientifiques actuelles. Plus il y aura de débats sur la salive, notamment dans les médias, plus l'information sur les méthodes de prévention passera. Le fameux baiser sur la bouche d'une actrice connue à un séropositif lors d'une émission en direct à la télévision française a vraisemblablement fait plus avancer les mentalités de la population française vis-à-vis des personnes porteuses du VIH que des brochures politiquement correctes. La pire des solutions consiste à nier les progrès scientifiques récemment enregistrés qui font des tests salivaires des tests fiables et mieux adaptés à la surveillance épidémiologique que les tests sanguins. Nous demandons que les prélèvements salivaires soient reconnus comme une excellente méthode de dépistage par les organismes internationaux comme l'OMS et l'ONUSIDA qui tardent à publier leurs propres études sur les tests salivaires pour ces raisons de politique de prévention et non d'efficacité technique.

Nous étions préparés à répondre aux questions éthiques posées par ce projet et la manière dont nous avons tenté de les résoudre, mais cela n'a pas été l'objet de discussions. Au contraire, cette méthode a été appréciée comme une méthode suffisamment acceptable du point de vue éthique et, semble-t-il, suffisamment opérationnelle pour être proposée à plus grande échelle, car elle semble l'unique méthode aujourd'hui pour obtenir une information de masse et de qualité sur la population séropositive dans des pays ou régions où l'épidémie de sida joue un rôle dévastateur. En effet, sans mesure quantitative, nous ne saurons jamais combien d'hommes sont touchés en Afrique et à quels âges. L'important écart d'âge entre conjoint et la plus grande

prévalence parmi des hommes beaucoup plus âgés sont des caractéristiques spécifiques à l'Afrique subsaharienne qui semblent expliquer la plus grande dissémination de cette épidémie dans cette région. Il est grand temps d'affiner, d'actualiser et de compléter les quelques données de prévalence parmi la population générale obtenues à la fin des années 80 avec les nouveaux moyens technologiques d'aujourd'hui et la transparence qui permettent un dépistage de masse dans des conditions éthiques acceptables.

Bibliographie

- FRERICHS R. R., HTOON M. T. *et al.*, 1992, « Comparison of saliva and serum for HIV surveillance in developing countries », *Lancet*, 340 : 1496-1499.
- MELBYE M. *et al.*, 1986, « Evidence for heterosexual transmission and clinical manifestations of human immunodeficiency virus infection and related conditions in Lusaka, Zambia », *Lancet*, 2, 8516 : 1113-1115.
- NUNN A.J. *et al.*, 1995, Four year HIV-1 associated mortality and median survival times in a rural Ugandan population, in *IX^e Conférence internationale sur le sida et les MST en Afrique*, p. 240. — Résumé MoB437.
- SORO B. N., GERSHY G. M. *et al.*, 1990, « Seroprevalence of HIV infection in the general population of the Côte d'Ivoire, West Africa », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrom*, 3 (12) : 1193-1196.
- UN/WHO, 1991, *The AIDS epidemic and its demographic consequences, Proceedings of the United Nations/World Health Organization Workshop on "Modelling the demographic impact of the AIDS epidemic in pattern II countries : progress to date and policies for the future"*, New York, 13-15 December 1989, New York, United Nations Publications : 145 p. [ST/ESA/SER.A/119].
- WAY Peter O., 1992, Demographic impact of HIV in less-developed countries, in *VIIth International Conference on AIDS (Amsterdam, 19-24 July 1992)*, State-of-the-art session "Demographic impact of HIV".

Nicolas BROUARD, *Acceptabilité d'un prélèvement salivaire lors d'un recensement démographique. Résultats d'une préenquête dans la région de Mfou (Cameroun)*

Résumé — On a évalué l'acceptabilité d'un prélèvement salivaire pour dépister le VIH lors d'un recensement démographique dans une région semi-urbaine du Cameroun. En effet l'incertitude des prévisions démographiques compte tenu du sida est liée à l'absence de mesures de bonne qualité de la prévalence du VIH : échantillons de trop petite taille, mauvaise représentativité de la population générale car même les meilleures enquêtes sentinelles, celles effectuées auprès des femmes enceintes, ne concernent pas les hommes et seulement les femmes fécondes et en âge de procréer. Sur les 605 individus enquêtés parmi 9 915 recensés, 446 individus ont accepté de donner leur salive, ce qui montre une acceptation massive de 74 % \pm [70,6 ; 77,4 %], 4 sont positifs. Les refus ne sont pas liés à un comportement plus à risque et concernent plus les femmes (31 %) que les hommes (20,7 %).

Mots-clés : démographie • sida • VIH • recensement • salive • test • counseling • prévalence.

Nicolas BROUARD, *Acceptability of saliva collection for HIV screening during a population census. Results from a pilot survey in the Mfou region (Cameroon)*

Summary — Acceptability of saliva collection for HIV screening during a population census has been evaluated in a pilot survey conducted in a semi-urban region of Cameroon. Uncertainty of the demographic consequences of the AIDS epidemic is mostly due to uncertainty in actual prevalence levels among the general adult population in sub-saharan countries. Sentinel sero-surveillance concerns only specific population (pregnant women, already STD infected men, blood donors) and are too frequent as if an African heterosexual AIDS epidemic might explode like an homosexual epidemic and concern to small samples. Mass HIV screening requires adhesion of the population like a population census requires a consensus. Ethical considerations were of main importance and have been solved honestly. Out of 605 individuals surveyed on sexual behavior and STD knowledge from the 9,915 people counted during the census, 446 accepted to give their saliva. This 74 percentage of acceptability (CI 70.6%-77.4%) is high and was higher during the last 3 days of collection (out of 6) when interviewers were trained. Four individuals are HIV+, serological tests were anonymous but linked to anonymous interview questionnaires. Statistical analysis shows that refusals are not linked to a risky behavior, but concern women (31.0 percent) rather than men (20.7 percent).

Keywords: demography • AIDS • HIV • census • saliva • test • counseling • prevalence.