

**Approche géographique
de l'épidémie de SIDA au Gabon**

Territorialité et mobilité

Jean-Marie MILLELIRI

Mémoire de Diplôme d'Etudes Approfondies

Géographie de la Santé

Paris X Nanterre – Pr. Salem G. – Pr. Amat-Roze J.-M.

Paris, France – octobre 2004

Introduction

Le SIDA est devenu depuis son émergence au début des années 1980, un problème mondial de santé publique. Cette pandémie dont le continent africain porte le fardeau le plus lourd, se développe dans des contextes différents. Dès lors, il convient plus d'aborder cette épidémie comme une multitude d'épidémies différentes (Vallin, 1994) - obéissant à des dynamiques complexes dans lesquelles les contextes géographiques tiennent un rôle majeur - que comme la seule diffusion territoriale d'un agent infectieux. Une analyse globale du contexte dans lequel se développe cette épidémie est donc nécessaire pour mieux comprendre les circonstances de son évolution dans les populations. A l'échelle d'un territoire, cette analyse nécessite une approche prenant en compte les particularités des contextes environnementaux. Ces contextes, géographique, historique, politique, socio-économique..., peuvent en effet être plus discriminants que les comportements humains pour expliquer les disparités spatiales de l'infection (Amat-Roze, 2002).

Au Gabon, l'épidémie de SIDA a dessiné de nouveaux territoires et remodelé le panorama du pays. L'intérêt de cette étude d'une spatialité de l'infection à VIH/SIDA de ce pays réside dans les spécificités du Gabon qui peuvent représenter un cadre de recherche particulièrement marquant des changements impulsés par l'infection sur les sociétés humaines. Changements qui dans une double interactivité se nourrissent l'un l'autre de leurs particularismes.

La question est de savoir en quoi et comment l'épidémie de SIDA a modifié les territoires gabonais, et de quelle manière les spécificités gabonaises sont intervenues pour donner à l'épidémie ses disparités dans ce pays.

Le Gabon en effet présente une multitude d'angles d'approches et d'analyses. Petit pays en terme démographique (à peine plus d'un million d'habitants) mais d'une superficie de la moitié de la France, le Gabon, situé à cheval de l'équateur, offre l'image de nombreux paradoxes dont l'épidémie de SIDA constitue un prisme révélateur. Les décalages sont nombreux et les fossés existant entre les indicateurs économiques et les mauvais indicateurs de développement poussent à une réflexion sur le poids que prend l'épidémie de SIDA dans ce contexte. Et réciproquement le poids que prennent ces éléments sur l'infection à VIH/SIDA.

Les éléments constitutifs de la géographie du Gabon peuvent nourrir cette réflexion dans la recherche de facteurs explicatifs. Et cette analyse de la course de l'épidémie au Gabon peut contribuer à mieux comprendre cette géographie en mutation dans laquelle les espaces se transforment et de nouveaux territoires se créent.

Ainsi au terme de ce travail, nous espérons pouvoir donner des réponses à des questions explicatives, telles que :

- quelles sont dans les populations les facteurs géographiques et sociaux qui ont contribué à ce que la séroprévalence initialement basse et stable ait augmenté brutalement entre 1996 et 2004 ;
- quels éléments géographiques répondent à l'actuelle situation gabonaise et quel a été le rôle de ces éléments dans la concrétisation des territoires nés de l'infection à VIH/SIDA au Gabon.

C'est avec cet objectif que nous avons abordé notre recherche dans le cadre d'une approche géographique de l'épidémie de SIDA au Gabon. Pour analyser les disparités spatiales de l'infection à VIH/SIDA sur ce territoire, ce travail de recherche a fait appel à différentes modalités de recoupement des informations, en centrant leurs lectures sur des déterminants

géographiques. Les moyens utilisés pour cette recherche ont été l'analyse bibliographique des études publiées dans la littérature scientifique et des sciences humaines, mais aussi celle parfois moins accessible de la littérature grise, incluant rapports d'institutions et communications personnelles. L'analyse des données épidémiologiques du Gabon a ainsi été prise non comme une fin mais comme un moyen de décrypter des pistes pour répondre aux questions sur ces aspects géographiques. Ces données épidémiologiques [que ces données émanent des structures centrales de recueil (Programme National de Lutte contre le SIDA) ou de structures périphériques de soins (services hospitaliers, CTA)] peuvent en effet apporter des renseignements très pertinents sur une vision spatiale de l'épidémie si elles sont regardées avec une grille de lecture particulière axée sur des aspects territoriaux. Croisées avec une analyse des contextes socio-démographiques, historiques, économiques et politiques, les données épidémiologiques de l'infection à VIH/SIDA renseignent alors sur les déterminants de sa diffusion et de son enracinement potentiel.

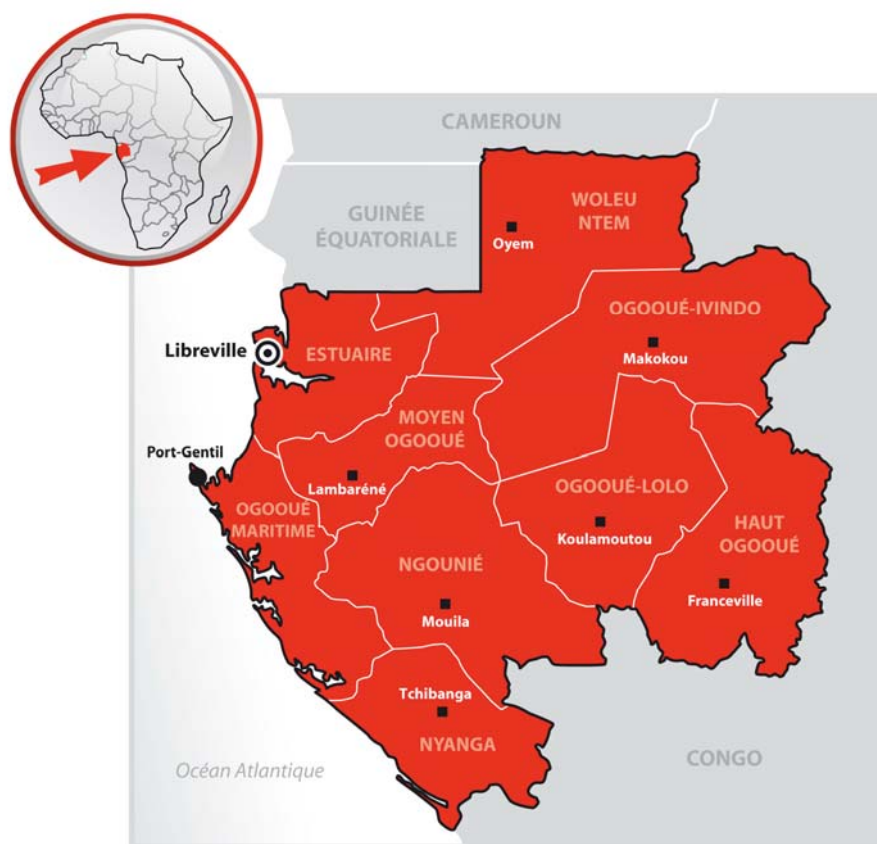
Les hypothèses que nous avons posées sont basées sur la mobilité des populations.

La mobilité des populations infectées peut en effet, dans ces contextes constituer un facteur analytique particulièrement influant pour marquer les conséquences de l'épidémie sur un territoire et les disparités qui en découlent. Ces disparités sont les témoins de différents déterminants parmi lesquels la mobilité des populations peut représenter un indicateur de cause mais aussi de conséquence de l'épidémie. Indicateur de cause car le déplacement des populations est un facteur de vulnérabilité à l'infection (Lydié, 2001) comme il peut être un facteur de diffusion de l'épidémie (Lalou, 1994). Indicateur de conséquence car la recherche d'un accès à un traitement de l'infection, mais aussi la fuite d'une possible stigmatisation, représentent des modalités de déplacements des populations informées de leur statut infectieux.

C'est donc dans ce but que nous avons réalisé, pour compléter notre recherche, une étude sur l'analyse des mobilités des populations infectées suivies dans un centre de traitement dédié à Libreville. Autour de trois marqueurs d'événements majeurs pour un patient que sont le diagnostic de son infection, sa prise en charge par un centre de suivi et sa mise sous traitement antirétroviral, nous avons analysé les perceptions de mobilité des patients et les avons confrontées aux réalités des déplacements et des cheminements individuels.

Notre travail s'articulera en trois parties :

- Le VIH/SIDA au Gabon, le Gabon dans l'infection africaine
- Des variables explicatives de l'enracinement du SIDA au Gabon
- Etude de mobilité des patients infectés par le VIH/SIDA au Gabon



Carte 1 : Le Gabon, situation géographique en Afrique

Partie 1

Le VIH/SIDA au Gabon, le Gabon dans l'infection africaine

1. Les territoires gabonais de l'épidémie de SIDA

Face à l'épidémie de SIDA, le territoire gabonais vit une mutation.

On entend par territoire, au-delà des traits physiques qui constituent l'espace, ce qu'en a fait la société qui l'occupe. C'est à dire toutes les formes et toutes les structures imprimées par cette société à son espace, et toutes les modalités territoriales de fonctionnement de cette société pour construire ses dynamiques territoriales (Scheibling, 2002).

Appliquée au territoire gabonais, cette analyse inclura – dans la perspective d'une approche géographique de l'épidémie de SIDA – à la fois la “prise de possession” de l'épidémie dans l'espace, mais aussi les structures nées de l'existence de l'infection dans l'espace ainsi que les modes de fonctionnement de la société face à cette épidémie. C'est donc aussi l'aspect d'organisation sociétale auquel nous conduit ce travail, car « le territoire est un objet dont il faut décortiquer les logiques d'organisation et de fonctionnement, certaines relevant de l'organisation matérielle et d'autres de facteurs immatériels (cf J. Lévy in G.B. Benko : Les nouveaux aspects de la théorie sociale, Paradigme, 1988 – cité in Scheibling, 2002).

1.1. Progression et espace de prévalence

Le Gabon a-t-il été protégé par la forêt tropicale de l'explosion de l'épidémie africaine de SIDA, ou peut-il être l'espace d'origine de l'épidémie ainsi qu'un débat – bien vite retombé – avait commencé à naître à ce sujet (Myers, 1992 ; Mavoungou, 1992). Si dans d'autres pays d'Afrique Centrale, l'épidémie — comme un feu violent —, a embrasé l'horizon, le Gabon a dans un premier temps connu une modération dans cette montée en puissance de l'infection : un démarrage passant presque inaperçu par rapport aux effets de la maladie dans les pays voisins. Cette situation, cette “période d'hésitation”, a sans doute été à l'origine d'un “retard d'allumage” dans la prise en compte de cette réalité sanitaire (et des conséquences sociales engendrées), et par là des actions de prévention mises en œuvre pour la combattre. Il faudra ainsi attendre janvier 1993 pour que le texte d'application de la naissance du Programme National de Lutte contre le SIDA soit promulgué, institutionnalisant définitivement cette lutte au Gabon. Et ce n'est réellement qu'en 1996 avec notamment une grande manifestation populaire dénommée « Quinze jours pour convaincre » [à laquelle l'épouse du Président Bongo participa en lançant un cri pour un engagement national contre l'infection], que des actions plus concrètes et pensées sur le plus long terme furent démarrées. Il fallut encore attendre 1997 pour voir une première fresque publique arborer sur un mur de la capitale des messages de prévention.

Dans un pays fait de paradoxe, celui-ci en était un de plus.

Le Gabon n'est — bien sûr et malheureusement pas — épargné par cette épidémie. Même si la situation épidémiologique du SIDA au Gabon a longtemps été considérée comme stable et d'un niveau de faible prévalence (Delaporte, 1996), l'analyse des données récentes montre que cette situation est en fait plus inquiétante qu'il n'y paraissait jusqu'alors.

La confrontation des sources de données épidémiologiques, nous permet de donner une évaluation de cette situation dans l'espace gabonais et de mesurer dans le temps la progression de l'épidémie.

L'origine des sources est variée. Celles-ci font appel aux déclarations officielles publiées dans le Relevé Epidémiologique Hebdomadaire de l'Organisation Mondiale de la Santé, puis dans les rapports annuels de l'ONUSIDA sur la situation épidémiologique par pays. Elles font également appel aux données issues d'un réseau de surveillance utilisant les résultats des pratiques de dépistage dans les laboratoires gabonais. Elles font appel aux publications scientifiques qui renvoient essentiellement à deux volets fortement étudiés au Gabon, la diversité des souches circulantes et le panorama clinique des pathologies entrant dans le cadre de cette maladie.

Les communications personnelles développées lors de nos missions au Gabon et l'entretien de la relation avec les instances gouvernementales et associatives locales nous ont permis de compléter des données parfois moins facilement accessibles.

Concernant le Gabon, les premiers cas de SIDA officiellement publiés remontent au 31 mars 1988. Ces cas ont donné lieu à la publication d'une première série de 23 patients, dont l'origine géographique révèle une répartition de 87% de nationaux et de 13% d'Africains étrangers. Ces 23 cas étaient originaires pour 83% d'entre-eux de Libreville (Estuaire) et pour 17% de Franceville (Haut-Ogooué). Un seul patient était infecté par le VIH de type 2 (Klotz, 1988).

Cette proportion dans la population des types de souches circulantes est stable avec en 2000 sur 1129 tests discriminants un pourcentage de 94% de VIH -1, 2% de VIH -2 et 4% de double infection VIH-1 et VIH -2 (PNLS/MST, 2001). Mais si le VIH -2 a été identifié en Afrique de l'Ouest (Guinée Bissau, Cap Vert), ce type viral n'est pas limité au Gabon aux populations immigrées originaires de ces régions ou aux populations gabonaises y ayant voyagé. La découverte de double réactivité chez des patients n'ayant jamais quitté le Gabon ou n'ayant jamais été en contact avec des populations originaires de régions d'Afrique de l'Ouest, met en évidence dans ce pays une circulation virale du VIH -2 importante, et la conquête entreprise en Afrique centrale par ce type viral (Tévi-Benissan, 1998).

Au Gabon, les déclarations officielles des cas de SIDA-maladie ont au début été réalisées à partir des données hospitalières (généralement sur la base de la définition de Bangui), essentiellement sur Libreville, puis à partir de 1997 sur la base des tests sérologiques de dépistage positifs chez des patients suspects cliniques confirmés sérologiquement dans le cadre d'un réseau de surveillance épidémiologique (Milleliri -a, 2001 ; Milleliri -b, 2001).

Il existe un décalage entre le nombre de cas publiés et le nombre de cas enregistrés par le PNLS, mais les chiffres présentés témoignent d'une montée en puissance de l'épidémie au Gabon. Ainsi, si la dernière publication onusienne fait état de 5553 cas de SIDA -maladie déclarés, la confrontation de sources différentes permet de donner le chiffre de 6903 cas connus du Ministère de la santé depuis le début de l'épidémie (Malonga, communication personnelle).

Les deux tableaux ci-dessous illustrent cette progression entre 1987 et 2003

Cas cumulés déclarés Gabon	Date de la déclaration	Cas cumulés Afrique Subsaharienne	Part du Gabon dans déclaration Afrique (p. 10 000)	Références
0	1986-11-14	10	0,00	OMS, 1986 ; 61 : 362
18	1988-03-31	20 807	8,65	OMS, 1988 ; 63 : 373
35	1989-06-30	36 486	9,59	OMS, 1989 ; 64 : 369
64	1990-03-31	77 043	8,30	OMS, 1990 ; 65 : 377
117	1990-12-31	91 146	12,83	OMS, 1991 ; 66 : 125
215	1991-12-31	152 463	14,10	OMS, 1992 ; 67 : 201
392	1993-03-01	247 577	15,83	OMS, 1993 ; 68 : 193
472	1993-12-10	301 861	15,63	OMS, 1994 ; 69 : 5
881	1995-05-29	418 051	21,07	OMS, 1995 ; 70 : 193
1376	1996-11-08	553 291	24,86	OMS, 1996 ; 71 : 361
1660	1997-12-31	706 318	23,50	OMS, 1998 ; 73 : 373
5423	2000-10-31	1 199 850	45,19	OMS, 2001 ; 76 : 382
5553	2002-03-25	nd	nd	ONUSIDA, 2002

Tableau 1 : Evolution du nombre de cas cumulés de SIDA déclarés par le Gabon à l'OMS (1986 – 2002)

année	nouveaux cas	cas cumulés
1987	15	15
1988	38	53
1989	64	117
1990	61	178
1991	98	276
1992	117	393
1993	128	521
1994	204	725
1995	334	1 059
1996	601	1 660
1997	559	2 219
1998	712	2 931
1999	594	3 525
2000	794	4 319
2001	822	5 141
2002	984	6 125
2003	778	6 903

Tableau 2 : Evolution du nombre de cas de SIDA connus du PNLS/MST entre 1987 et 2003 (Kéba, communication personnelles)

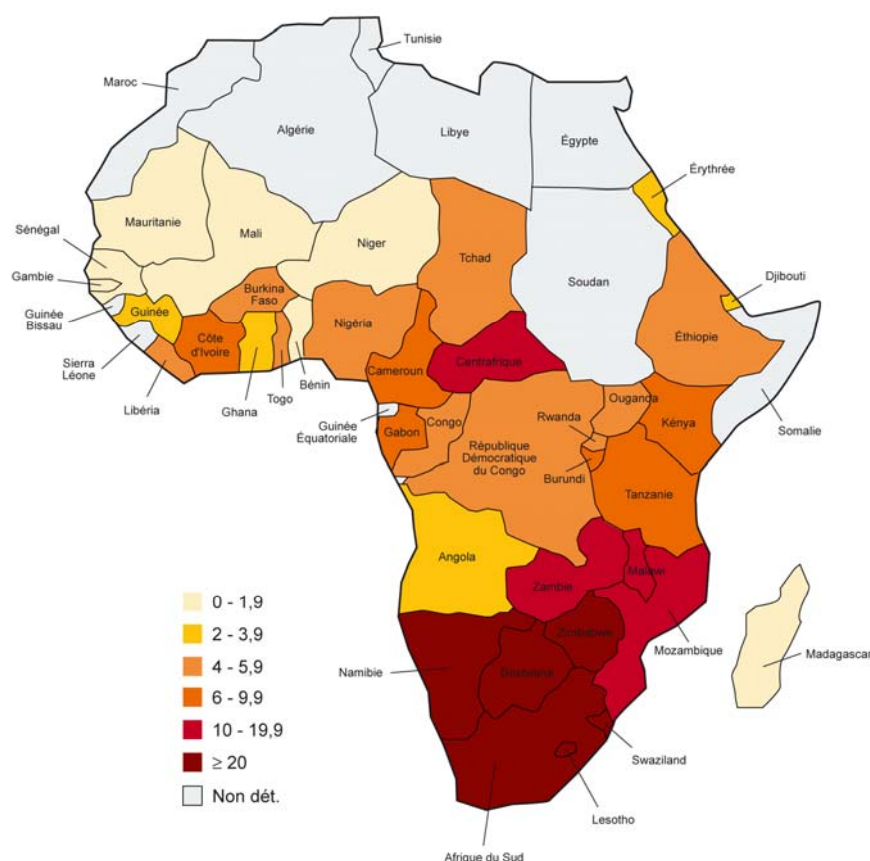
A la fin de l'année 2003 (ONUSIDA -c, 2004), le nombre d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH/SIDA au Gabon était estimé à 48000 (estimations entre 24000 et 91000) pour une séroprévalence estimée dans la population des 15 à 49 ans de 8,1% (estimations entre 4,1% et 15,3%). Le nombre de femmes de 15 à 49 ans porteuses du VIH/SIDA à la fin 2003 était estimé à 26000 (estimations entre 13000 et 48000).

En 2003, on estimait à 3000 (estimations entre 1500 et 5700) le nombre de décès chez les adultes et les enfants [2200 en 2001] ; en 2003, le nombre d'orphelins (de 0 à 17 ans) en vie était estimé à 14000 (estimations entre 9300 et 20000).

Au sein de l'Afrique subsaharienne, l'infection à VIH/SIDA prend une part de plus en plus prépondérante au Gabon.

Cette part du nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA au Gabon par rapport à ce chiffre en Afrique subsaharienne est en 2004 de 19,2 pour 10000 ($48000/25 \times 10^6$).

Le Gabon, avec cette estimation de la séroprévalence du VIH/SIDA de 8,1% chez les adultes de 15 à 49 ans est en effet classé à la onzième place des pays les plus touchés d'Afrique subsaharienne derrière, par ordre décroissant : le Swaziland (38,8%), le Botswana (37,3%), le Lesotho (28,9%), le Zimbabwe (24,6%), la Namibie (21,3%), l'Afrique du Sud (21,5%), la Zambie (16,5%), le Malawi (14,2%), la République Centrafricaine (13,5%) et le Mozambique (12,2%).

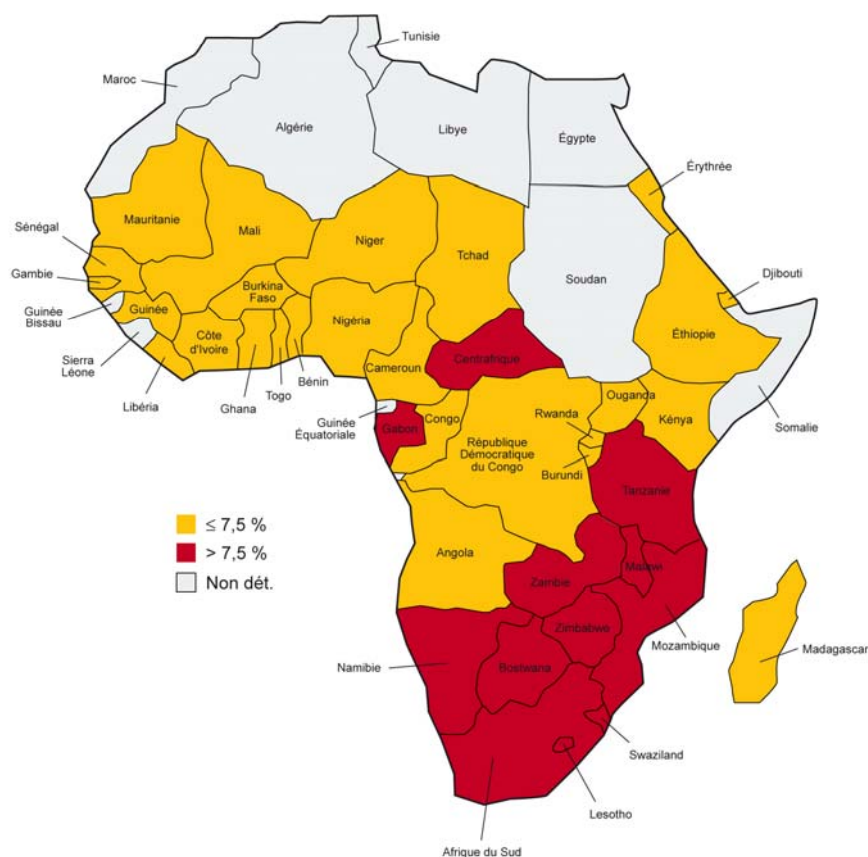


Carte 2 : Afrique subsaharienne, estimations des niveaux de séroprévalence par pays fin 2003 (ONUSIDA, 2003)

Si le Gabon appartenait à une ceinture de transition avec les espaces africains septentrionaux ou méridionaux encore moins touchés (Amat-Roze, 1989), il semble se rapprocher des espaces austro-orientaux plus fortement marqués par l'épidémie.

Le Gabon est donc le premier pays à se situer au-dessus de la moyenne de séroprévalence de l'Afrique subsaharienne estimée à 7,5% d'adultes vivant avec le VIH/SIDA.

Il existe bien une exception gabonaise (peut être partagée avec la République Centrafricaine) puisque les pays les plus touchés par l'épidémie se situent dans la zone géographique de l'Afrique australe et orientale à l'exception de ces deux pays. Ce "relief" gabonais du niveau épidémique dans l'Afrique subsaharienne réalise donc un gradient du nord vers le sud avec une émergence plus forte de ce niveau en Afrique centrale, et particulièrement au Gabon.



Carte 3 : Estimations des séroprévalence des pays fin 2003 par rapport à la moyenne en Afrique subsaharienne (ONUSIDA, 2003)

D'autre part, les estimations issues des projections modélisées jusqu'en l'an 2004 témoignent également de cette progression avec un presque triplement (x 2,7) de la prévalence chez les 15-49 ans entre 1995 et 2004.

année	nombre d'adultes infectés	pourcentage des 15 à 49 ans
1995	15 958	2,90 %
1998	24 712	5,00 %
2000	30 518	6,64 %
2004	52 531*	8,10 %

Tableau 3 : projection du nombre de patients infectés par le VIH/SIDA au Gabon (ONUSIDA –a, 2003)

* le nombre d'adultes de 15 à 49 ans dans la population gabonaise est estimée à 650.000.

Jusqu'à la fin des années 80, le Gabon se caractérisait par une situation épidémiologique du SIDA de prévalence basse, illustrée par les résultats de 3 enquêtes (Louis, 1992) : 1,8% en 1986, 2,3% en 1989, 2,7% en 1991.

Contrairement aux autres pays de la sous-région, en l'occurrence la République Démocratique du Congo, le Rwanda, le Burundi, le Congo entre autres, qui ont vu leurs épidémies flamber en raison, notamment de forts brassages de populations favorisés par des situations et des contextes sociaux défavorables : guerres, réfugiés..., le Gabon a vu son épidémie augmenter

progressivement, sans explosion brutale, mais avec une extension dans toutes les sous-couches de populations, notamment urbaines.

Cette caractéristique de progression de l'épidémie a aussi été mise en évidence en province (Bertheau -a, 1993). En 1996, une étude séroprévalente dans 5 villages aurifères de l'Ogooué-Ivindo a mis en évidence un taux de 2,2% de personnes infectées par le VIH (Bertherat -a, 1998).



Illustration 1 : site d'orpaillage, Ogooué-Ivindo, 1997 © Trolez

Cette notable progression de l'épidémie s'est traduite par une augmentation de la charge hospitalière des patients infectés et de ceux développant la maladie. Ainsi, si en 1991, la charge hospitalière des patients infectés par le VIH étaient de 2,3% (Perret, 1991), cette charge est passée à 23% en 1997 (Okome, 1997).

Cette situation épidémiologique est néanmoins hétérogène et les niveaux d'infection diffèrent dans les sous-types de population en raison de comportements à plus haut risque de contamination : niveau d'infection supérieur en milieu urbain, niveau d'infection supérieur dans les populations exogènes (migrants africains) souvent en raison d'un plus faible accès à une information préventive, niveau supérieur dans certains sous-groupes de populations (prisonniers, prostituées, personnes atteintes de MST classiques, militaires, populations sans emploi).

Dans ces populations vulnérables, les prévalences sont estimées en 2003 à :

plus de 8% chez les femmes enceintes, plus de 6% chez les prisonniers, plus de 4% chez les personnels militaires, plus de 20% chez les consultants pour MST classiques, plus de 30% chez les prostituées.

Une fois encore, l'étude des prévalences dans des populations sentinelles à haut risque de contamination montre une augmentation de cette épidémie. Cette prévalence était restée stable

entre 1986 et 1994 chez les prisonniers (Delaporte 1996) avec des taux entre 2,1 et 2,6%, mais elle était de 6,3% en 1997 (Malonga-Mouelet, 1997). Et dans cette dernière étude, la moitié des prisonniers avaient moins de 6 mois d’incarcération, pouvant donc refléter une situation épidémiologique dans des populations extérieures à la prison.

En 2004, il n’existe au Gabon aucune obligation réglementaire de déclaration des cas de SIDA-maladie diagnostiqués par les médecins ou des sérologies positives mises en évidence par les laboratoires d’analyses. Toutefois, depuis 1997, un réseau de surveillance par des laboratoires sentinelles permet d’évaluer des tendances de l’épidémie au Gabon. En 1999, 18 laboratoires pratiquant des tests sérologiques de dépistage participent à ce réseau animé par le département épidémiologie du Programme National de Lutte contre le SIDA. Chaque test de dépistage pratiqué donne lieu au renseignement d’une fiche de recueil de données socio-démographiques et incluant le résultat une fois l’analyse sérologique effectuée. Les fiches sont retournées au PNLS par les laboratoires participant au réseau (les fiches sont anonymées par un système d’auto-duplication masquant les patronymes). Ces données sont alors analysées au niveau central et permettent de mieux caractériser les populations infectées.

Procédures de la surveillance épidémiologique du VIH/SIDA par le réseau des laboratoires au Gabon

La fiche standardisée de demande d'examen pour le diagnostic sérologique du VIH/SIDA se compose d'une liasse autoduplicante de trois feuillets, avec une zone désensibilisée sur la partie identifiante nominative aux fins de respecter les mesures d'anonymat et de confidentialité lors du traitement de l'information.

Les données recueillies pour chaque personne réalisant un test de dépistage sont les suivantes :

- identification : nom, âge, sexe, nationalité, province de résidence
- statut social : statut matrimonial, profession, nombre d'enfants
- demande d'examen : motif du dépistage, nom et référence du prescripteur (formation sanitaire d'appartenance, ville)
- résultat de l'examen : date du prélèvement, résultat, nom du laboratoire

Un fiche de procédure de remplissage explique les formalités de recueil de ces données.

Chaque prescripteur-médecin d'un examen sérologique remplit une liasse pour son patient. Cette demande d'examen est transmise au laboratoire qui inscrit le résultat sur la partie réservée à cet effet, et transmet le premier feuillet au médecin prescripteur pour qu'il réalise l'annonce sérologique à son patient. Les deuxième et troisième feuillets rendus anonymes sont conservés par le laboratoire, un pour ses archives et l'autre pour le département épidémiologie du PNLS chargé de la relève et de l'analyse des données.

Pour chaque test pratiqué, les laboratoires du réseau fournissent ainsi des données socio-administratives anonymées accompagnant le résultat individuel de la sérologie pratiquée.

Le troisième feuillet de la fiche de test est adressé par expédition régulière des laboratoires au département Epidémiologie du PNLS aux fins de saisie.

La gestion-saisie et l'analyse des données recueillies est réalisée sur une application informatique — EpiSurv (EpiConcept, France) —, paramétrable et évolutive, spécialement réalisée pour ce système.

Pour être éligible en saisie, la fiche de test doit comporter au moins : la date de prélèvement, le résultat du test et le nom du laboratoire ayant réalisé le test.

Un patient dont le motif de dépistage est "suspicion clinique" et dont le résultat du test VIH se révèle positif, ce patient était enregistré comme un cas de SIDA-maladie.

Ces données informatisées sont exportables sur logiciel d'analyse statistique : EpiInfo et EpiMap (CDC, USA).

Encadré 1 : Procédures de la surveillance épidémiologique du VIH/SIDA par le réseau des laboratoires au Gabon

Un certain nombre de biais ont été relevés dès la mise en place du réseau, mais n'ont pas pu toujours être éliminés : données manquantes, représentativité, doublons, homogénéité des données liées à la différence des algorithmes de dépistage d'un laboratoire à l'autre pour les tests. La représentativité de la population a été soulevée : à la différence d'enquête d'échantillonnage, le réseau ne peut pas être considéré comme représentatif de la population générale en raison du mode de recrutement des patients testés. De plus s'agissant d'un recueil très hétérogène les analyses n'ont qu'un caractère descriptif sans possibilité d'étendre les conclusions à l'ensemble de la population.

Nous n'avons pu avoir accès après l'an 2000, qu'au données globales issues de ce réseau, sans notion de résidence des individus testés positifs, hypothèse centrale de notre étude de l'espace épidémique au Gabon. Mais, ces données globales apportent néanmoins des renseignements intéressants sur l'épidémie.

année	total des tests pratiqués	<i>p.cent</i>	nombre de tests Vih +	<i>p.cent</i>	taux (%) de positivité annuelle
1997	6393	13,8	932	12,3	14,6
1998	8535	18,5	1212	15,9	14,2
1999	7366	16,0	1111	14,6	15,1
2000	7523	16,3	1312	17,2	17,4
2001	7323	15,9	1320	17,4	18,0
2002	9020	19,5	1719	22,6	19,1
Total	46 160	100	7 606	100	16,5

Tableau 4 : résultats des tests sérologiques enregistrés entre 1997 et 2000 (Gabon)

Ce tableau témoigne de l'augmentation de la demande de tests de dépistage sur l'ensemble du Gabon avec une augmentation importante en 2002, correspondant à l'extension du réseau à un plus grand nombre de laboratoires offrant une capacité de diagnostic biologique, à l'ouverture d'un centre de dépistage au siège du PNLS/MST et aussi à l'effet des campagnes d'information auprès des populations engageant les populations à un dépistage.

Si l'on compare, pour les motifs de dépistage les années 1997 et 2002, il apparaît des indications sur l'évolution des taux de positivité dans des groupes particuliers.

En 1997

motif	nombre de tests effectués	nombre de tests VIH+	prévalence par motif (%)
don de sang	3600	271	7,5
femmes enceintes	309	17	5,5
MST	130	22	16,9
suspect clinique	828	399	48,2

En 2002

motif	nombre de tests effectués	nombre de tests VIH+	prévalence par motif (%)
don de sang	2708	171	6,3
femmes enceintes	2156	175	8,1
MST	480	102	21,3
suspect clinique	1989	984	49,5

Tableau 5 : comparaison entre 1997 et 2002 des tests sérologiques réalisés dans 4 groupes de populations (Gabon)

Ainsi, en 2002, si le taux de positivité pour le motif du don de sang est en baisse, témoignant sans doute d'une meilleure fidélisation des donneurs, le réseau met en évidence une

augmentation des taux de positivité chez les femmes enceintes (5,5% versus 8,1%) et d'une augmentation de ce taux chez les patients porteurs d'Infections Sexuellement Transmissibles classiques (16,9% versus 21,3%).

Si entre 1997 et 1999 les taux de positivité sont restés stables (14,6%, 14,2% et 15,1%) à partir de l'année 2000 et jusqu'en 2002, ces taux de positivité ont été plus élevés (17,4%, 18,0% et 19,1%).

Même si ces chiffres doivent être attachés des réserves décrites plus-haut, ils pourraient témoigner néanmoins (toute chose étant égale par ailleurs) d'une augmentation des niveaux d'infection dans les populations.

Au Gabon, la transmission à majorité hétérosexuelle rend compte d'un sex-ratio presque équivalent entre les sexes.

Les pics des infections chez les sujets atteints se situent dans la tranche d'âge des 25 à 34 ans chez les femmes et dans celle des 30 à 39 ans chez les hommes. Plus de 80% des sérologies positives notifiées se situent dans la tranche d'âge des 15 à 49 ans. Près de 50% des infections sont diagnostiquées au stade de SIDA-maladie.

Attaché dans notre recherche à une analyse de l'épidémie dans l'espace et de déterminants explicatifs, nous analyserons les données entre 1997 et 2000, pour lesquelles les notions spatiales des sujets dépistés sont connues.

Entre 1997 et 2000, près de 30000 fiches présentant un résultat individuel pour des tests de dépistage ont ainsi été analysées.

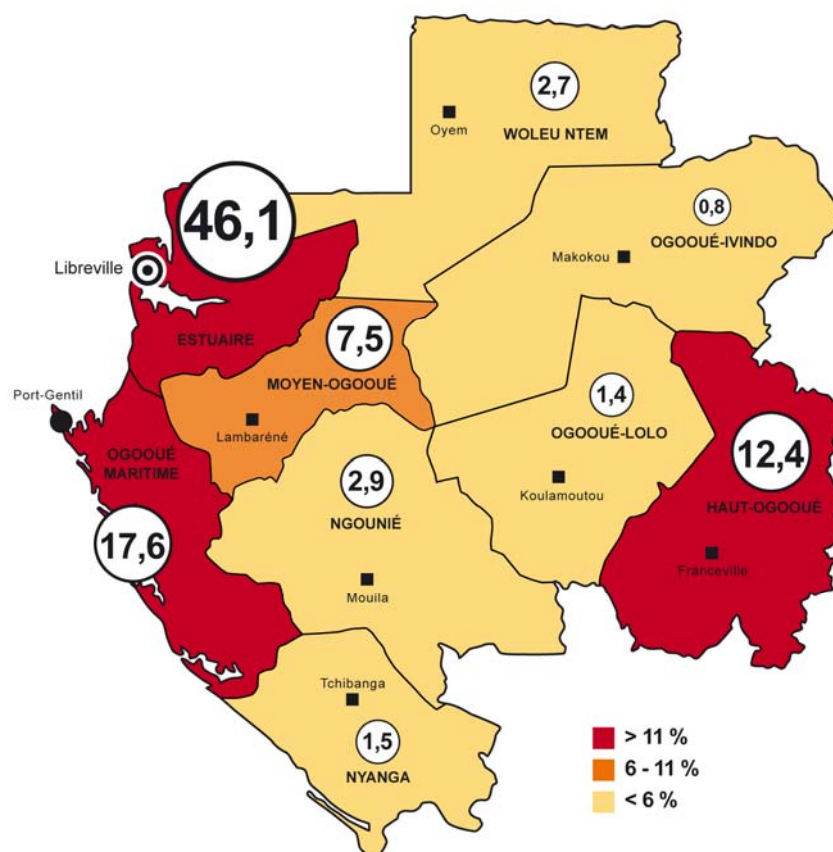
	1997		1998		1999		2000	
Nb tests	6393		8535		7366		7523	
Nb vih+	932		1212		1111		1310	
Lieu habitation	Vih +	p. cent	Vih +	p. cent	Vih +	p. cent	Vih +	p. cent
Estuaire	365	39,2	620	51,2	476	43,0	640	48,9
Haut-Ogooué	171	18,3	94	7,8	115	10,4	187	14,3
Moyen-Ogooué	14	1,5	110	9,1	116	10,5	100	7,6
Ngounié	32	3,4	31	2,6	28	2,5	42	3,2
Nyanga	18	1,9	9	0,7	10	0,9	30	2,3
Ogooué-Ivindo	6	0,6	6	0,5	9	0,8	16	1,2
Ogooué-Lolo	39	4,2	5	0,4	11	1,0	10	0,8
Ogooué-Marit.	144	15,5	279	23,0	209	18,9	172	13,1
Woleu Ntem	35	3,8	33	2,7	19	1,7	35	2,7
Non renseigné	111	11,6	25	2,0	118	10,4	78	6,0

Source : Milleliri, 2001 ; PNLS/MST – Gabon, 2001

Tableau 6 : répartition des résultats par province des données du réseau de surveillance épidémiologique entre 1997 et 2000 (Gabon)

Entre 1997 et 2000, la répartition des séropositivités en fonction des provinces d'habitation des personnes VIH positif montre que l'Estuaire, province regroupant 45% de la population nationale, recueille 46% de l'ensemble des séropositivités diagnostiquées (2101/4562).

Trois provinces, l'Estuaire, le Haut-Ogooué et l'Ogooué-Maritime regroupent 76,1% des tests positifs sur ces quatre années. La population de ces trois provinces représentait 66% de la population totale gabonaise (recensement 1993).



Carte 4 : répartition des sérologies positives par province entre 1997 et 2000 (Gabon, 2001)

D'après l'Enquête Démographique et de Santé de l'année 2000 (DGSEE, 2000), 57% des Gabonais habitent à Libreville (Estuaire) et à Port-Gentil (Ogooué-Maritime). Entre 1997 et 2000, les deux provinces regroupent 63,7% des résultats positifs de l'ensemble des tests pratiqués sur le territoire gabonais, illustrant la concentration de l'épidémie dans ces deux pôles urbains.

En 1998, dans le cadre de ce réseau de laboratoires, les données provenant des postes sentinelles provinciaux mettaient déjà en évidence une augmentation des taux d'infection :

- laboratoire de l'hôpital Schweitzer (Lambaréné, Moyen-Ogooué) ;
don de sang = 4,1% (17/414)
- laboratoire de l'hôpital Paul Igamba (Port-Gentil, Ogooué-Maritime) ;
dépistage spontané = 4,3% (3/70)
- laboratoire de l'hôpital provincial (Franceville, Haut-Ogooué)
tout motif de dépistage = 7,9% (30/382)

Les populations les plus touchées sont donc concentrées dans les pôles d'attraction urbains : Libreville (Estuaire), Port-Gentil (Ogooué-Maritime), Franceville (Haut-Ogooué) et Lambaréné (Moyen-Ogooué), qui regroupent près de 80% des infections dépistées entre 1997 et 2000 sur l'ensemble du pays.

L'analyse de ces données doit être prise avec prudence pour ce qui est de la notion séroprévalente par province, car les tests positifs ne relèvent pas d'un échantillonnage ou d'un sondage. En conséquence, ces données permettent de donner une notion de la répartition et du

“poids” des séropositivités par province sur l’ensemble des séropositivités dépistées, mais ne peuvent pas être analysées comme des situations prévalentes particulières.

De plus, de nombreux biais existent ; d’une part dans le recrutement des patients selon leurs provinces d’origine car les provinces sous représentées (Ngounié, Nyanga, Ogooué-Lolo, Ogooué-Ivindo et Woleu Ntem) ne possédaient pas de laboratoires participant à ce réseau de surveillance. La province de l’Estuaire comptait en 1999, 13 laboratoires participant à ce réseau sur un ensemble de 21 laboratoires participants. Les patients séropositifs originaires des 5 provinces ne possédant pas de laboratoire dans le réseau se sont donc fait dépistés hors de leurs provinces d’origine : ces patients au nombre de 424 représentaient entre 1997 et 2000, 9,3% de l’ensemble des séropositivités dépistées. Ce chiffre peut être pris comme un indicateur de mobilité.

Il existe donc un effet d’attractivité des populations vers des espaces aptes à leur fournir l’accès à un dépistage pour le VIH/SIDA.

	1997-2000	
Nb tests	29776	
Nb vih+	4562	
Lieu habitation	Vih +	p. cent
Estuaire	2101	46,1
Haut-Ogooué	567	12,4
Moyen-Ogooué	340	7,5
Ngounié	133	2,9
Nyanga	67	1,5
Ogooué-Ivindo	37	0,8
Ogooué-Lolo	65	1,4
Ogooué-Marit.	804	17,6
Woleu Ntem	122	2,7
Non renseigné	326	7,1

Tableau 7 : résultats par province des données du réseau de surveillance épidémiologique entre 1997 et 2000 (Gabon)

Des structures de prise en charge, lieux d’exercice médical, qui participent elles aussi à définir de nouveaux territoires de l’infection, constituent des lieux privilégiés pour caractériser les populations infectées. Les cliniciens et infectiologues dont les études sont régulièrement publiées présentent des données dont la lecture, en prenant le prisme géographique, est révélatrice de ces disparités. Ainsi, dans une série de 351 dossiers exploitables sur un ensemble de 970 patients infectés et hospitalisés à la Fondation Jeanne Ebori (FJE) entre 1992 et 1995 , Okome *et al.* donnent la répartition géographique des malades selon leur lieu de résidence (Okome-Nkoumou, 2000) et leur origine nationale. Quatre-vingt-onze pour cent (91%) des patients hospitalisés étaient de nationalité gabonaise (en-deçà de la répartition du pourcentage d’extra-nationaux au Gabon, mais la FJE est une structure parapublique dépendant de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) à laquelle peu d’immigrants africains sont affiliés. La répartition par province d’origine de ces 351 patients étaient fortement marquée par le pôle de Libreville (65,5%) et le pôle de Franceville-Moanda (21,6%). La part des malades venant de Port-Gentil étaient de 7,1% et celle de ceux venant de Bitam-Oyem de 2,9%. Deux pour cent (2%) venaient de l’Ogooué-Ivindo (Makokou) et moins de un pour cent (0,9%) du Moyen-Ogooué (Lambaréné).

Pour étayer cette description spatiale de l'épidémie gabonaise, nous avons colligé les publications concernant les études sérologiques réalisées dans ce pays.

Ces publications ont été regroupées par province d'origine des sujets testés, afin de décrire la progression spatiale et temporelle de l'épidémie. Ce type de mise en question géographique a déjà été abordée, tant pour le VIH-2 dans le monde (Rémy, 1998) que dans le cadre de la recherche de traces sérologiques anciennes du VIH -1 et du VIH -2 en Afrique subsaharienne (Rémy -a, 1993).

Le tableau ci-dessous résume cette collection de résultats d'enquête, classés par province.

Lieu - ville	province	année	population	n	prévalence	référence
Non précisé	Non précisé	1967	Non précisé	80	2,5% (VIH-2) : 2	Kawamura, 1989
Non précisé	Non précisé	1975	Non précisé	69	0,0%	Kawamura, 1989
Non précisé	Non précisé	1983	Population rurale	98	3,1%	Wendler, 1986
Non précisé	11 sites nationaux	1985	Non précisé	1312	0,1%	Winkler, 1989

Lambaréné	Moyen-Ogooué	1981-83	Non précisé	1313	0,1%	Winkler, 1989
Lambaréné	Moyen-Ogooué	1986	Non précisé	241	0,4%	Winkler, 1989
Lambaréné	Moyen-Ogooué	1987	Non précisé	489	0,2%	Winkler, 1989
Lambaréné	Moyen-Ogooué	2001	15-49 ans	364	3,6%	PNLS/IST, 2001
Lambaréné	Moyen-Ogooué	2004	Scolaires - consultants	613	4,8%	Opdas, cité par Pana, 2004

Libreville	Estuaire	1986	Population générale 15-44 ans	360	1,6%	Louis, 1992
Libreville	Estuaire	1986	15-44 ans	383	1,8%	Merlin, 1988
Libreville	Estuaire	1986	Population générale	383	2,1%	Delaporte, 1996
Libreville	Estuaire	1987	0-14 ans	340	0,0%	Merlin, 1988
Libreville	Estuaire	1988	Population générale	397	2,2%	Delaporte, 1996
Libreville	Estuaire	1988	Femmes enceintes	539	0,7%	Delaporte, 1996
Libreville	Estuaire	1988	Donneurs de sang	2895	2,8%	Mefane, 1989
Libreville	Estuaire	1989	Population générale 15-44 ans	360	2,0%	Louis, 1992
Libreville	Estuaire	1989	Population générale	400	1,7%	Delaporte, 1996
Libreville	Estuaire	1991	Population générale 15-44 ans	360	2,7%	Louis, 1992
Libreville	Estuaire	1991	Femmes enceintes	634	1,3%	Mounanga, 1993
Libreville	Estuaire	1993	Femmes enceintes	530	2,2%	Delaporte, 1996
Libreville	Estuaire	1994	Femmes enceintes	1684	1,7%	Delaporte, 1996
Libreville	Estuaire	2000	15-49 ans	364	7,7%	PNLS/IST, 2001
Libreville	Estuaire	2003	scolaires 12-26 ans	601	2,2%	PNLS/IST-a, 2003

Port-Gentil	Ogooué-Maritime	1986	15-44 ans	376	0,5	Merlin, 1988
-------------	-----------------	------	-----------	-----	-----	--------------

Port-Gentil	Ogooué-Maritime	1986	Population générale 15-54 ans	376	0,5%	Delaporte, 1988
Port-Gentil	Ogooué-Maritime	2001	15-49 ans	385	9,1%	PNLS/IST, 2001

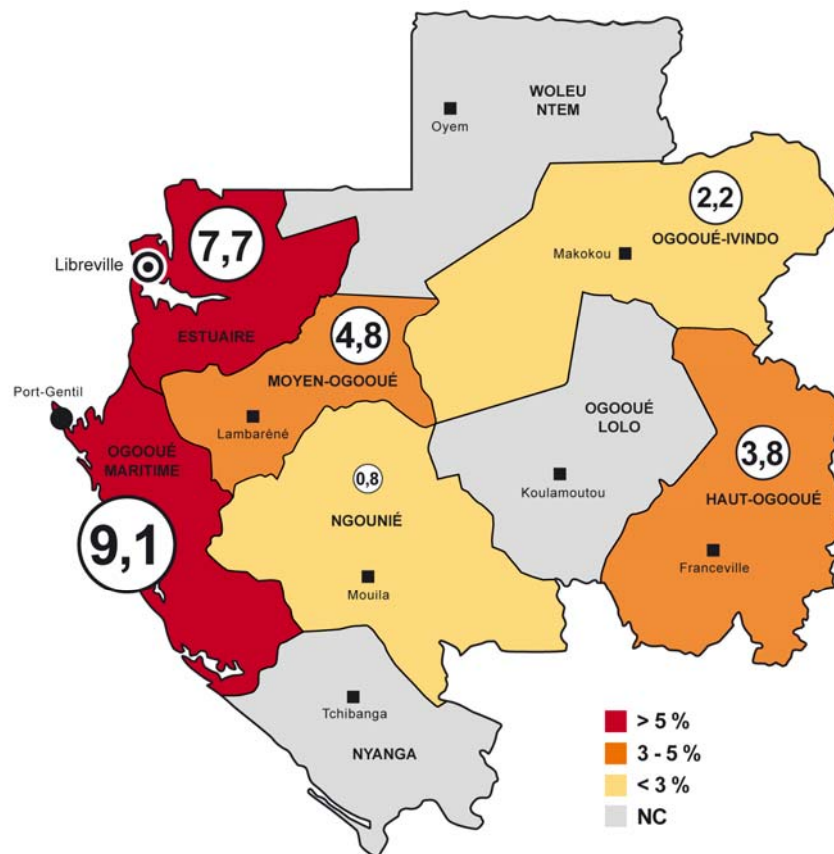
Franceville	Haut-Ogooué	1984	Non précisé	336	0,6%	Winkler, 1989
Franceville	Haut-Ogooué	1986	Femmes 15-54 ans	654	1,4%	Schrijvers, 1991
Franceville	Haut-Ogooué	1986	Population générale	384	0,3%	Delaporte, 1996
Franceville	Haut-Ogooué	1986	Femmes enceintes	473	0,8%	Delaporte, 1996
Franceville	Haut-Ogooué	1987	15-44 ans	385	0,2%	Merlin, 1988
Franceville	Haut-Ogooué	1987	0-14 ans	339	0,0%	Merlin, 1988
Franceville	Haut-Ogooué	1987	Femmes enceintes	298	1,3%	Delaporte, 1996
Franceville	Haut-Ogooué	1988	Population générale	502	0,8%	Delaporte, 1996
Franceville	Haut-Ogooué	1989	Femmes enceintes 13-49 ans	633	1,1%	Berteau, 1993
Franceville	Haut-Ogooué	1989	Donneurs de sang 16-60 ans	704	1,4%	Berteau, 1993
Franceville	Haut-Ogooué	1996	Population générale 14-55 ans	453	2,0%	Bertherat, 1998
Franceville	Haut-Ogooué	2001	15-49 ans	367	3,8%	PNLS/IST, 2001

Makokou	Ogooué-Ivindo	1986	15-44 ans	360	0,0%	Merlin, 1988
Makokou	Ogooué-Ivindo	1986	Population générale 15-54 ans	360	0,0%	Delaporte, 1988
Villages orpailleurs	Ogooué-Ivindo	1996	4-73 ans	236	2,2%	Bertherat -a, 1998

Mouila	Ngounié	1986	15-44 ans	385	0,7	Merlin, 1988
Mouila	Ngounié	1986	Population générale 15-54 ans	371	0,8%	Delaporte, 1988

Tableau 8 : données des niveaux d'infection par provinces dans différents groupes de populations (Gabon, 1986-2004)

Ces données nous permettent d'avoir des renseignements directs sur 6 des 9 provinces du Gabon, la carte n°5 (page 18) pouvant être calquée sur celle n°4 (issue des données du réseau de surveillance des laboratoires). En effet, hormis les trois provinces pour lesquelles aucune enquête séroprévalente ou étude directe n'a été réalisée (Woleu Ntem, Ogooué-Lolo et Nyanga), il existe une concordance parfaite entre les niveaux de représentation de l'épidémie dans ces espaces. Il existe d'une part un pôle côtier partagé entre l'Estuaire (Libreville) et l'Ogooué-Maritime (Port-Gentil) : si le taux de prévalence est supérieur à Port-Gentil (9,1% versus 7,7%), c'est l'Estuaire qui représente la plus grande part des séropositivités déclarées entre 1997 et 2000 (46,1% versus 17,6%). D'un autre côté, existe un autre axe de niveau similaire, l'axe Moyen-Ogooué (Lambaréné) – Haut-Ogooué (Franceville). Là aussi, si le taux de prévalence est supérieur à Lambaréné (4,8% versus 3,8%), c'est le Haut-Ogooué qui représente une plus grande part des séropositivités déclarées entre 1997 et 2000 (12,5% versus 7,5%).



Carte 5 : répartition par province des données de séroprévalence connues en 2004 (Gabon)

Il ressort de l'analyse de ces données, que la situation épidémiologique du Gabon est relativement bien connue pour ses caractéristiques spatiales même si les données de certaines provinces restent inconnues ou anciennes.

La confirmation de la présence de VIH-2 trouvé en 1967 au Gabon (Kawamura, 1989) a relancé la question de la circulation ancienne de souche rétrovirale dans le pays. Hypothèse récemment avancée une nouvelle fois par l'identification d'un lentivirus chez trois chimpanzés capturés au Gabon (virus VIScpz), dont le séquençage des gènes *Pol* et *gag* a montré une grande similitude avec les séquences des souches de VIH-1 connues. Ceci suggère d'une part que le singe *Pan troglodytes troglodytes* est un réservoir naturel du virus depuis plusieurs milliers d'années, et que l'infection par le VIH-1 résulte de l'introduction chez l'homme du VIScpz à partir du réservoir des chimpanzés dont l'habitat naturel coïncide avec l'endémie des souches VIH -1 M, N et O (Lévy, 1999).

L'analyse de l'espace de l'épidémie gabonaise témoigne donc à la fois d'une circulation virale ancienne et d'une récente augmentation des taux d'infection dans la population générale, alors que le niveau de l'épidémie était jusqu'alors assez faible.

Ces analyses illustrent le double paradigme entre espace et territoire. Si l'épidémie occupe au Gabon un espace bien défini dans chaque province, le territoire de l'épidémie dépasse la limite de cet espace. Mobilité des populations et attractivité des pôles de diagnostic, de prises en charge et de suivi participent à la relation entre ces deux concepts.

1.2. Espaces de diagnostic, de prise en charge et d'actions

1.2.1. Des espaces de diagnostic

En matière de diagnostic, les structures offrant la possibilité d'un test de dépistage ont réalisé au Gabon un maillage qui s'est développé depuis une dizaine d'années. Cette confirmation biologique d'une infection par le VIH est devenue la règle, prenant le pas sur la déclaration des cas de SIDA basée uniquement sur une approche clinique reposant sur la définition de Bangui. Les structures hospitalières publiques, parapubliques et privées dès lors qu'elles proposent dans leur offre de soins une capacité de diagnostic biologique possèdent en général un laboratoire permettant de réaliser un dépistage sérologique de l'infection.

L'offre de diagnostic sérologique est donc calquée sur la carte sanitaire des structures médicales auxquelles il faut adjoindre l'ensemble des laboratoires privés d'analyses médicales, qui se sont multipliés ces dernières années sur Libreville particulièrement (L'annuaire téléphonique du Gabon 2004 recense sur Libreville plus de 10 laboratoires d'analyses médicales).

A côté de ces laboratoires privés existent des laboratoires qui concourent à dessiner l'espace diagnostique au Gabon comme l'est le laboratoire du PNLS qui a ouvert en 2003 un centre de dépistage anonyme.

L'ONUSIDA et l'OMS recommandent 3 stratégies de dépistage :

Stratégie I

Tous les échantillons de sérum/plasma sont testés par ELISA ou par une méthode simple/rapide. Si on observe une réaction positive, le sérum est considéré comme positif pour les anticorps anti-VIH. S'il n'y a pas de réaction, le sérum est considéré comme négatif pour les anticorps anti-VIH.

Stratégie II

Tous les échantillons de sérum/plasma sont d'abord soumis à un ELISA ou à un test simple/rapide. Un sérum qui réagit au premier test est retesté avec un deuxième ELISA ou un test simple/rapide, basé sur une préparation antigénique différente et/ou un principe différent. Un sérum qui réagit avec les deux tests est considéré comme positif pour les anticorps anti-VIH. Tout sérum qui ne réagit pas à la première épreuve est considéré comme négatif pour les anticorps anti-VIH. Tout sérum qui réagit à la première épreuve mais pas à la deuxième doit être retesté au moyen de ces deux épreuves. Les résultats concordants après répétition des tests indiquent un résultat soit positif, soit négatif. Si les résultats des 2 épreuves demeurent discordants, le sérum est considéré comme indéterminé.

Stratégie III

Comme avec la stratégie II, tous les sérums sont d'abord testés par ELISA ou un test simple/rapide, et un sérum trouvé positif au premier test est retesté avec un test différent. Un sérum qui ne réagit pas au premier test est considéré comme négatif pour les anticorps anti-VIH. Un sérum qui réagit au premier test mais ne réagit pas au deuxième test doit être retesté au moyen de ces deux épreuves. Cependant, la stratégie III fait appel à un troisième test si le sérum réagit au deuxième test ou lors de la répétition de la première épreuve. Les 3 tests employés dans cette stratégie doivent être fondés sur des préparations antigéniques différentes et/ou reposer sur des principes différents. Un sérum qui réagit avec les 3 tests est considéré comme positif pour les anticorps anti-VIH. Un sérum dont le résultat demeure discordant à la deuxième épreuve, ou qui réagit au premier et au second test mais ne réagit pas au troisième est considéré comme indéterminé. Un sérum qui réagit au premier test, mais ne réagit ni au deuxième ni au troisième test est considéré comme douteux quand il s'agit de personnes ayant été exposées au risque d'infection par le VIH au cours des 3 derniers mois et négatif quand il s'agit de personnes n'ayant pas été exposées à ce risque. Les stratégies à appliquer sont les suivantes :

Transfusion/transplantation

Stratégie I quelle que soit la prévalence dans la population

Surveillance

Stratégie II si la prévalence dans la population est inférieure à 10%

Diagnostic

Stratégie II sur signes clinique, prévalence inférieure à 30%

Stratégie III si asymptomatique, prévalence inférieure à 10%

Encadré 2 : stratégies de dépistage sérologique recommandées par l'OMS

A titre d'exemple de l'offre de diagnostic sérologique très diversifié existant au Gabon, nous présentons ci-dessous quatre types d'algorithmes de dépistage pratiqués en 1998 dans des laboratoires privés de Libreville.

Tests sérologiques VIH pratiqués dans les laboratoires de Libreville, 1998 Laboratoire de la Polyclinique Chambrier 1 - Genie II Sanofi (Pasteur) 2 - Immunocomb II (PBS) 3 - Combfirm (PBS) test 1 et 2 : confirmation des positivités par test 3 Laboratoire du Cabinet de Groupe 1 - Double Chek 1+2 (PBS) 2 - Recombigen (Cambridge) test 1 et 2 : confirmation des positivités au Laboratoire Central Labo 2000 1 - HIV Spot 1+2 (Pasteur) 2 - ELISA Genelavia (Pasteur) 3ème test si discordant confirmation des positivités en France par Western Blot Laboratoire CAMAPE 1 - Double Chek 1+2 (PBS) 2 - Immunocomb II (PBS) confirmation des positivités en France par Western Blot

Encadré 3 : Tests sérologiques VIH pratiqués dans les laboratoires de Libreville, 1998

Le développement sur le marché médical des trousse de tests rapides de dépistage a contribué à cette extension de cette capacité diagnostique, et étendu l'espace diagnostic gabonais dans ce domaine. Néanmoins, la grande diversité des souches VIH-1 circulant en Afrique centrale et particulièrement au Gabon (Montavon, 2000 ; Pandréa 2002, Montavon, 2002), tout en pouvant constituer des marqueurs de mobilité (Makuwa, 2000), obligent à réfléchir sur la nécessaire adaptation de ces trousse diagnostique et à leur évaluation régulière (Simon, communication personnelle).

Evaluation de trousse rapides de dépistage au Gabon (2000) A la demande du PNLS/MST, nous avons évalué les trousse rapides suivantes en utilisant comme référence "Genscreen 1/2 2e génération (Sanofi Pasteur) test de 3e génération". Le panel se composait d'échantillons humains génotypés (173, dont 38 de 6 séroconversions - 56 négatifs) et d'échantillons simiens. Un test (Genie II) doit être retiré du marché par manque de sensibilité. Les sensibilités et le sensibilités des autres tests sont correctes. Pour les formation sanitaires ne disposant pas de chaîne ELISA, et compte tenu des recommandations de l'OMS, nous conseillons d'utiliser pour le dépistage, la trousse "SFD (Sanofi Pasteur - FujiReibio)". En cas de positivité, le patient doit être reprélevé et testé avec les trousse "Recombigen HIV1/HIV2 RTD Plus (Cambridge/PBS Organics)" puis par une des trois trousse suivantes : "DoubleCheck" ou "ImmunoComb II" ou "Determine". Si la trousse de dépistage "SFD" et les deux trousse supplémentaires donnent un résultat positif, le patient peut être considéré comme infecté par le HIV. Dans tous les autres cas (discordance entre les trois trousse), le patient doit être reprélevé sous 15 jours afin de réaliser une nouvel examen. En cas de persistance d'une difficulté de diagnostic biologique (discordance, indétermination), un nouveau prélèvement sanguin, si possible sous forme de plasma sur EDTA doit être adressé à une formation spécialisée (CIRMF). <i>F. Simon (communication personnelle)</i>
--

Encadré 4 : Evaluation de trousse rapides de dépistage au Gabon (2000)

A côté de ces structures d'exercice public, parapublic ou privé, il convient de citer le Centre International de Recherches Médicales de Franceville (CIRMF) qui contribue de façon importante à modeler le territoire gabonais face au SIDA. Ce centre de recherche est une référence internationale dans de nombreux domaines de la recherche virologique et primatologique notamment. Créé en 1980 afin d'ouvrir des axes de recherche pour lutter contre l'hypofécondité au Gabon, ce centre a développé des programmes spécifiques s'adaptant aux nouveaux défis posés par le SIDA, et par les flambées épidémiques d'Ebola au Gabon. Possédant de la part de l'OMS le label de « Centre régional de l'OMS pour la reproduction, les MST et le SIDA », ce centre accueille des matériels techniques de haute spécificité comme un laboratoire P3. Les chercheurs originaires de nombreuses nationalités sont à l'origine de publications de haut niveau scientifique sur des thèmes centrés sur Ebola, HTLV et VIH/SIDA.

Là encore, cette facette de la part prise par le SIDA dans cette structure illustre l'extension d'un territoire supplémentaire au Gabon.

En 2002, le réseau de surveillance des laboratoires comportait 19 laboratoires couvrant 7 des 9 provinces du Gabon, auquel il fallait ajouter l'hôpital de Makokou (Ogooué-Ivindo) qui fournissait des données globales concernant les tests réalisés.

Cette extension du réseau de diagnostic participe aussi à définir de nouveaux territoires de l'infection.

Provinces	Ville	Nom du laboratoire	public	parapublic	privé
Estuaire	Libreville	FMSS	X		
		PNLS	X		
		Laboratoire national	X		
		SMI Glass	X		
		SMI Louis	X		
		SMI La Peyrie	X		
		Hôp. Pédiat. Owendo		X	
		Matern. Jos. Bongo		X	
		El Rapha			X
		BioLab			X
		Mintsa			X
Ogooué-Maritime	Port-Gentil	Hôpital provincial	X		
		Hôpital Paul Igamba		X	
Moyen-Ogooué	Lambaréné	Hôpital Albert Schweitzer		X	
Haut-Ogooué	Franceville	Hôpital provincial	X		
		Hôpital Comilog			X
Woleu Ntem	Oyem	Hôpital provincial	X		
Nyanga	Tchibanga	Hôpital provincial	X		
Ogooué-Lolo	Koulamatou	Hôpital provincial	X		

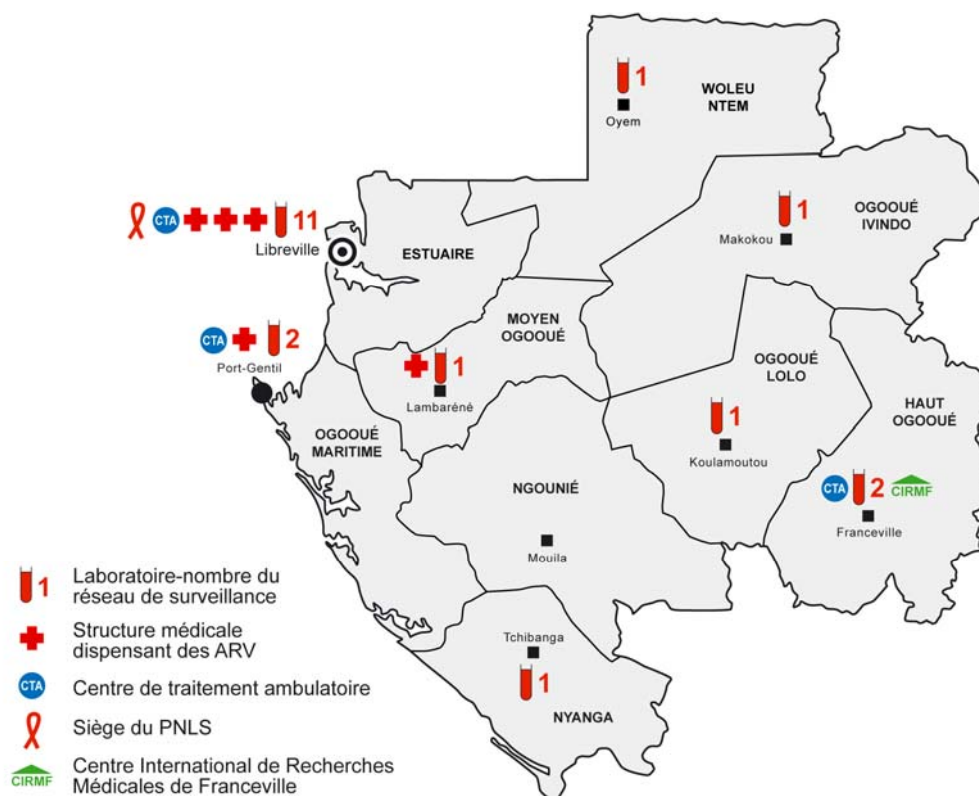
Tableau 9 : répartition par province des structures participant au réseau de surveillance épidémiologique

Nous recevons le 7 octobre 2004, à l'heure d'éditer ce mémoire le rapport épidémiologique du Gabon de l'année 2003. Le réseau des laboratoires participant à la surveillance comptait en 2003, 27 structures différentes relevant des données issues de la pratique des tests de dépistage. Toutes les provinces sont désormais couvertes par ce réseau, illustrant l'extension du territoire de la problématique dans le pays. Les provinces de l'Ogooué-Lolo (Makokou) et de la Ngounié (Mouila, Mbigou et Ndendé) sont désormais représentées.

Un total de 11088 tests sérologiques a été effectué en 2003, parmi lesquels 1647 se sont révélés positifs (taux de positivité de 14,9%). Les répartitions des tests positifs par province n'est pas connue.

[source : PNLS/IST. Le point de l'épidémie du VIH/SIDA et des IST au Gabon. Rapport 2003. Libreville, Gabon. Juillet 2004. 31 pp.]

La carte n°6 illustre de ce maillage diagnostic.



Carte 6 : répartition par province des structures du réseau de surveillance et des centres dispensant des traitements antirétroviraux (Gabon, 2004)

Sur Libreville, trois centres de santé maternelle et infantile (SMI) participent à ce réseau, préfigurant le rôle que ces structures doivent jouer dans la prévention de la transmission mère-enfant. Ces structures accueillent les points de dépistage des femmes enceintes afin de proposer à celles séropositives l'accès à un programme de réduction de la transmission verticale, et l'entrée pour elle-même dans une file de prise en charge thérapeutique.

Si nous n'avons pas pu obtenir les données par province issues de la surveillance en réseau pour les années 2001 et 2002, le rapport annuel 2002 de la situation épidémiologique du VIH/SIDA au Gabon rapporte néanmoins l'extension d'une participation de trois nouvelles provinces : la Nyanga (Tchibanga), l'Ogooué-Lolo (Koulamoutou) et le Woleu Ntem (Oyem).

En 2002, l'hôpital régional de Makokou (Ogooué-Ivindo), - qui n'apparaît pas dans la liste des structures participant à la surveillance en réseau -, a réalisé 258 sérologies pour don de sang. Cent-dix-sept (117) se sont révélées positives, soit un taux de positivité de 45,3%. Ce chiffre pose plusieurs questions, tant sur le niveau de prévalence du VIH dans la province, que sur le mode de recrutement des donneurs de sang (suspects cliniques ?), voire sur la validité des tests (fausse positivité) ou sur des positivités croisées avec d'autres pathogènes. Il convient de rappeler que l'Ogooué-Ivindo a été l'épicentre des quatre épidémies de fièvre hémorragique à virus Ebola qui se sont produites au Gabon.

En 2002 encore, l'hôpital de la Comilog (Haut-Ogooué) a effectué 1321 tests de dépistage dont 188 se sont révélés positifs, soit un taux de positivité de 14,2%. Quinze pour cent (15%) des demandes de dépistage ont été réalisés dans le cadre d'une confirmation biologique d'une suspicion clinique de SIDA.

Pour recentrer cette analyse spatiale de l'offre de diagnostic, nous pouvons nous arrêter sur les structures offrant cette capacité au niveau national, et mesurer combien le territoire qu'elles dessinent interfère avec les demandes émanant de la population, ainsi que l'attractivité qu'elles génèrent.

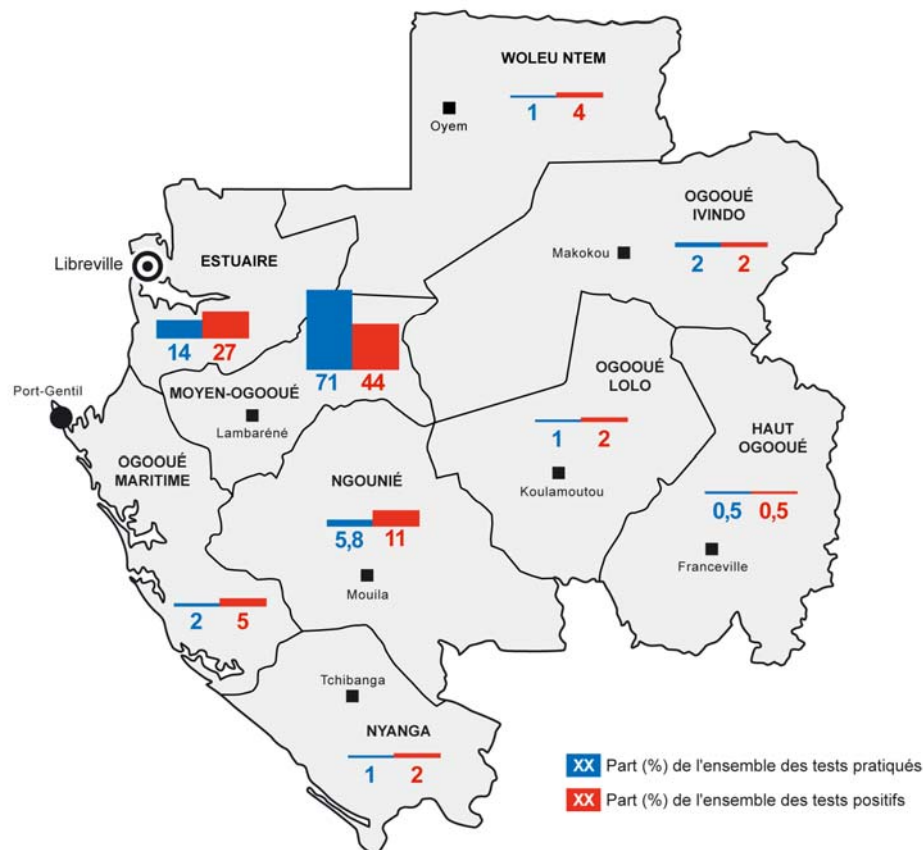
Le laboratoire de l'Hôpital Albert Schweitzer de Lambaréné (province du Moyen-Ogooué) au Gabon participe depuis 1998 au réseau des laboratoires sentinelles pour la surveillance épidémiologique du VIH/SIDA au Gabon. Lambaréné (15000 habitants) est située à 300 kilomètres de Libreville, capitale du pays. L'accès à ce chef-lieu de la province du Moyen-Ogooué est facilité par la Route Nationale 1 qui a été réhabilitée (bitumage de bonne qualité, marquage au sol). Lambaréné est à trois-quatre heures de route de Libreville, et la qualité de l'offre de soins de l'Hôpital Albert Schweitzer fait de cette ville une "destination sanitaire" régulière de certaines populations de la capitale.

A titre d'illustration, entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 1998, 844 tests de dépistage du VIH ont été pratiqués dans cet hôpital, représentant environ 10% de l'ensemble des tests pratiqués par les laboratoires du réseau national. En un an, 164 sérologies positives ont été notifiées (taux de positivité de 19,4%). Chez les patients séropositifs habitant le Moyen-Ogooué, le sex-ratio (M/F) des séropositivités était de 1,4 (62/45). Chez les hommes, le pic d'infection se situait dans la tranche d'âge des 35 à 39 ans et chez les femmes dans celle des 30 à 34 ans. Sur l'ensemble des séropositivités notifiées, 89% appartenait à la tranche d'âge des 15 à 49 ans. Chez les donneurs de sang, 17 séropositivités ont été notifiées (10,4% de l'ensemble) représentant un taux de positivité de 4,1% pour ce motif de dépistage (17/414). La pratique de tests chez les femmes enceintes n'était pas développé avec seulement 2 tests (négatifs) réalisés en 1998. Par contre, près de 80% des séropositivités ont été révélées chez des patients au stade de SIDA-maladie dont le nombre de cas notifié par le laboratoire a été de 131 en 1998. La participation du laboratoire de l'hôpital Albert Schweitzer à la surveillance épidémiologique du VIH/SIDA au Gabon permet donc d'analyser des données provinciales et rurales jusqu'alors peu disponibles.

Le rayonnement de l'hôpital Schweitzer dépasse la province du Moyen-Ogooué ; en effet, 20% des patients n'y résidant pas y ont été testés. Ce laboratoire constitue donc à la fois un excellent poste de surveillance pour caractériser les populations de cette province face au VIH/SIDA (en 1998, le laboratoire a recueilli 94% des tests sérologiques nationaux demandés chez des personnes déclarant habiter le Moyen-Ogooué), mais également un indicateur de la mobilité des populations en raison du pôle d'attraction qu'il représente.

En 2001 sur l'ensemble des 199 tests positifs, seuls 44% des patients dépistés à l'Hôpital Albert Schweitzer étaient originaires du Moyen-Ogooué. Cet hôpital en 2001 a pratiqué 1253 tests sérologiques de dépistage pour le VIH/SIDA, et 29% des tests étaient réalisés pour des patients originaires d'une province différente du Moyen-Ogooué. Les deux provinces de l'Estuaire et de la Ngounié, limitrophes du Moyen-Ogooué, ont "attiré" le plus de patients, respectivement 177 et 73. Les taux de positivité de ces sujets étaient de 29,9% (53/177) et de 30,1% (22/73). Il est légitime de se poser la question, au-delà de l'attractivité d'une offre de plateau technique pour les sujets de la Ngounié (qui ne possédait pas de possibilité de dépistage en 2001), si la mobilité en vue d'un dépistage des sujets de ces deux provinces ne

trouvait pas une motivation dans le désir d'un relatif anonymat (hors province d'origine) pour la confirmation diagnostique d'une infection dont la suspicion clinique est un motif de demande de test dans plus d'un cas sur deux.



Carte 7 : hôpital Schweitzer (Lambaréné), attractivité pour le dépistage en 2001 (Gabon)

1.2.2. Espaces de prise en charge et de suivi des patients infectés

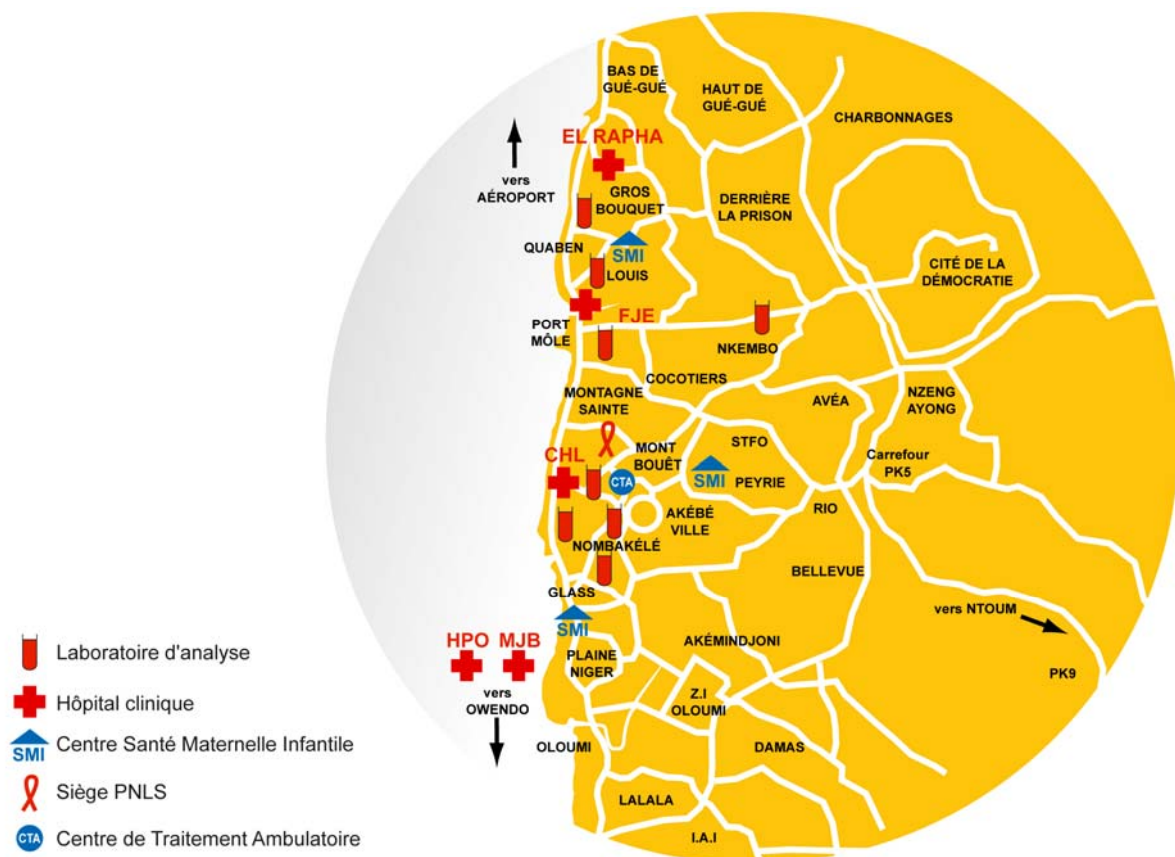
Plusieurs institutions médicales assurent au Gabon la prise en charge des patients séropositifs sur le plan du suivi clinique et thérapeutique. Lorsque nous parlons de prise en charge thérapeutique, il s'agit de la capacité au sein de ces structures de pouvoir dispenser des traitements antirétroviraux, car le diagnostic clinique confirmé biologiquement de ces infections est normalement réalisable dans toutes les structures médicales disposant d'un médecin et d'un laboratoire d'analyses.

Au niveau national, ces institutions sont :

- à Libreville (Estuaire) :
 - Centre Hospitalier de Libreville (CHL) : service de médecine
 - Fondation Jeanne Ebori : service de médecine – infectiologie
 - Clinique El-Rapha : service de médecine
 - Centre de Traitement Ambulatoire (CTA)
- à Port-Gentil (Ogooué-Maritime) :
 - Hôpital Provincial
 - Hôpital Paul Igamba
 - CTA

- à Lambaréné (Moyen-Ogooué) :
 - Hôpital Albert Schweitzer
- à Franceville (Haut-Ogooué) :
 - CTA

Ces points, dans lesquels a lieu la prise en charge, se positionnent sur Libreville dans un espace très concentré comme l'atteste la carte n°8.



Carte 8 : situation des structures de diagnostic et de prise en charge pour l'infection à VIH/SIDA à Libreville en 2004 (Gabon)

Nous avons relevé le géoréférencement de 7 de ces structures sur Libreville, du nord au sud (de 004 6602 N à 004 1405 N), dont l'utilisation pourrait permettre de mesurer par rapport aux lieux (ou quartiers) d'habitation de patients les distances de recours à la prise en charge.

Formation	longitude french UTM	latitude french UTM	longitude WGS84 UTM	latitude WGS84 UTM
Clinique El Rapha	32 547660 E	004 6602 N	32 547626 E	004 6922 N
SMI de Louis	32 548264 E	004 5430 N	32 548229 E	004 5750 N
Fondation Jeanne Ebori	32 548305 E	004 4642 N	32 548272 E	004 4962 N
SMI La Peyrie	32 551111 E	004 4197 N	32 551078 E	004 4515 N
PNLS/MST	32 549829 E	004 3176 N	32 549795 E	004 3496 N
CTA - Centre Hospitalier	32 549762 E	004 2899 N	32 549735 E	004 3217 N
SMI de Glass	32 550596 E	004 1405 N	32 550575 E	004 1724 N

Tableau 10 : données géoréférencées de 7 structures médicales de Libreville participant au diagnostic et à la prise en charge de l'infection à VIH/SIDA (Gabon, 2004)

L'espace se cantonne pour 6 de ces structures à une bande ne dépassant pas 300 mètres en profondeur du bord de mer (sauf SMI La Peyrie), avec pour les 7 structures géoréférencées un écart de longitude très faible compris entre à l'ouest, 32 547660 E pour la Polyclinique El Rapha et 32 551111 E pour le Centre de SMI La Peyrie plus à l'est. De grands quartiers populaires tels que ceux de Nzeng-Ayong au nord-est ou de Damas Aléka au sud-est, ne bénéficient pas d'une offre étoffée, de diagnostic, de prise en charge, de suivi ou d'accompagnement pour les patients infectés.

Longtemps l'accès aux traitements antirétroviraux a été limité au Gabon ; les prix non négociés, l'absence de programmes subventionnés n'ont pas permis aux patients dépistés de bénéficier de ces traitements. En 2001, l'aboutissement des négociations sur les prix des antirétroviraux avec les firmes pharmaceutiques détentrices des brevets ont conduit à proposer une trithérapie au coût mensuel compris entre 33000 et 60000 FCFA (50 à 92 euros) alors que 3 ans auparavant ces coûts étaient 5 fois plus élevés (Degui, 2001). Dans ce programme *Access*, quatre catégories de personnes bénéficiaires ont été définies en fonction de leur niveau-socioéconomique, avec selon les catégories une subvention pouvant couvrir l'ensemble du coût du traitement. Des améliorations ont ensuite été réalisées, notamment dans les aspects gestionnaires de ce programme et dans sa capacité de pouvoir l'élargir à un nombre plus important de malades (Degui, 2002).

Sur un plan plus comptable, le prix des antirétroviraux ont une nouvelle fois baissé en 2004 (Pana, 2004), avec selon des modalités basées sur des critères sociaux, la catégorisation suivante présentée dans le tableau ci-dessous :

Catégories sociales	Prix mensuel
Femmes enceintes, nourrissons, enfants de moins de 12 ans	gratuité
Elèves, étudiants, indigents, retraités, chômeurs, fonctionnaires, personnels de santé	2000 FCFA (3,0 euros)
Hauts fonctionnaires	5000 FCFA (7,5 euros)
Salariés du secteur privé, assurés	10000 FCFA (15 euros)

Tableau 11 : catégorisation sociale et prix des traitements antirétroviraux (Programme Access, Gabon)

Avec la création d'un Fonds national de solidarité pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA instauré en octobre 2000 (abondé initialement par l'Etat à hauteur de 1 milliard de FCFA [1,5 millions d'euros], et passé en 2004 à un fonds annuel de 1,5 milliard de FCFA [2,3 millions d'euros]) et l'éligibilité du Gabon au Fonds Mondial de Lutte contre le SIDA, le Paludisme et la Tuberculose (www.theglobalfund.org) qui vient d'agréer en juillet 2004 une demande gabonaise à hauteur de plus de 3 millions d'euros¹, le territoire de la prise en charge de l'épidémie va s'élargir au Gabon.

En 2004, sur Libreville, les centres de traitement assurant la dispensation des ARV sont débordés par le succès de cette offre. Le CTA de Libreville prévu initialement pour 200 patients sous traitement suit une file active de plus de 800 sujets sous thérapie antirétrovirale (sur une file totale de plus de 2000 patients), la Fondation Jeanne Ebori qui ne possède pas d'authentique service de maladies infectieuses suit plus de 350 malades sous ARV et le Centre Hospitalier qui ne dispose que 5 lits d'hospitalisation de jour dédiés à l'infection en suit environ 200. A ces structures, il convient d'ajouter la Polyclinique El Rapha, structure privée, qui réalise un suivi (environ 80 patients) destiné à des cadres ou des patients des catégories socioprofessionnelles favorisées (Naïthlo, communication personnelle).

¹ Le montant approuvé par le Fonds Mondial à la demande gabonaise est de 3.154.500 \$ US pour une période de deux ans ; l'objectif est de réduire l'extension de l'épidémie par l'augmentation des actions de prévention, particulièrement dans les groupes vulnérables et d'assurer un meilleur suivi des PVVIH afin de diminuer la morbidité et la mortalité associées à l'infection.

Les centres de Santé Maternelle et Infantile (SMI) de Libreville ont été intégrés dans un programme de réduction de la transmission materno-fœtale, mais leur opérationnalité n'est pas réellement effective, en dehors de la capacité d'assurer une offre de diagnostic aux femmes enceintes ou aux enfants. Ces centres concourent néanmoins à définir des territoires supplémentaires dans cette offre et dans la définition de l'emprise de l'infection dans la carte sanitaire de la capitale.

1.2.3. L'ouverture vers des coopérations élargies et des réseaux de solidarité hospitalière

L'espace gabonais s'est enrichi de réseaux nouveaux développés avec le démarrage des prises en charge thérapeutique qui nécessitent des formations initiales pour les médecins et les personnels de santé œuvrant dans ce domaine. Il existe désormais, à côté des coopérations bilatérales habituelles [française qui a récemment été évaluée dans le cadre large des actions de santé entre 1990 et 2001, incluant le volet appui à la lutte contre le SIDA (Damour, 2002), italienne, canadienne, américaine...] et des appuis des institutions internationales, bailleurs de fonds, un partenariat qui se met en place dans le cadre d'une solidarité thérapeutique en réseau. Le GIP Esther (www.esther.fr) constitue un "incubateur" de ces partenariats solidaires en appuyant le développement de ces réseaux et en les aidant à se mettre en œuvre. Les partenariats mis en route par Esther concernent principalement : la formation des acteurs du projet à la prise en charge des adultes et des enfants vivant avec le VIH/SIDA sur les sites mêmes du partenariat, le renforcement des plateaux techniques pour le suivi médical et biologique des patients, l'organisation du circuit d'approvisionnement et de distribution des médicaments, le renforcement des programmes de "Prévention transmission mère-enfant" et l'appui à l'amélioration de l'hygiène hospitalière. C'est ainsi que différents hôpitaux français ont (ou vont) signer des conventions de coopérations décentralisées avec des hôpitaux gabonais. Il existe une "alliance particulière" entre des hôpitaux du front méditerranéen français et des hôpitaux gabonais : CHU de Nice et Centre Hospitalier de Libreville, Assistance Publique de Marseille et Fondation Jeanne Ebori, Hôpital de Fréjus-Saint Raphaël et Hôpital provincial de Port-Gentil, Hôpital intercommunal d'Antibes et Hôpital Schweitzer de Lambaréné. Les actions envisagées portent sur un appui technique à la mise en place de plateaux de prise en charge, incluant des appuis en formation pour les personnels (Marty, 2004 ; Hôpital Jean Verdier, 2002 ; Esther, 2004 ; Rey, communication personnelle).

L'idée de ces partenariats inter-hospitaliers Nord-Sud avait déjà été évoquée en 1994. La question qui se pose aujourd'hui est de savoir si les partenariats actuels sont suffisamment ambitieux, ou s'il ne faut pas aller plus loin, oser plus de solidarité, voire mettre en place des contrats internationaux de service public (Debré, 2001).

En ce qui concerne toujours la France, et l'évolution de sa politique d'aide, une récente réunion (www.etranger.sgen-cfdt.org/actu/20040407CICID.htm) du Comité Interministériel de la Coopération Internationale et du Développement (juillet 2004), relevait l'augmentation du niveau de l'Aide Publique au Développement dont l'engagement pris lors de la Conférence de Monterrey fixe l'objectif d'une APD à hauteur de 0,5% du PIB en 2007. La lutte contre le SIDA entre dans ce volet d'augmentation de l'aide, avec l'objectif de privilégier une approche équilibrée entre la prévention et le traitement, tout en accordant une attention privilégiée à la question d'accès aux médicaments. Dans ce cadre, le rôle de l'Agence française de développement (www.afd.fr) va être renforcé comme opérateur-pivot de la coopération française. Ainsi, les opérations de dons actuellement gérées par le Fonds de solidarité prioritaire, seront en matière de santé transférées à la gestion de l'AFD.

Le Gabon vient de renouer avec l'AFD en remboursant un arriéré de dettes de 88 millions d'euros, et est de nouveau éligible aux engagements financiers de cette agence.

Toutes ces coopérations ouvrent donc plus largement encore l'espace gabonais et font que les territoires du pays dans le cadre de l'infection à VIH/SIDA dépassent le simple cadre national. Ces nouveaux territoires en constante évolution doivent contribuer en facilitant les échanges d'expériences et les appuis démultipliés, à trouver des solutions nouvelles à la lutte contre l'infection au Gabon.

1.2.4. Les réseaux associatifs et le maillage de prévention

Depuis l'émergence de l'épidémie de SIDA au Gabon, la société civile a cherché à trouver sa place dans la mise en place des actions de lutte contre l'infection.

Il a certainement fallu attendre au Gabon que *le politique* ouvre cette voie pour que les associations puissent trouver à s'exprimer plus librement. Ces engagements de la société civile se sont particulièrement manifestés lors d'un appel d'offres lancé en 1997 dans le cadre du Projet d'appui de la Coopération Française qui a abouti à la présentation de 49 projets et programmes de prévention par les acteurs de la société civile gabonaise. Parmi ces projets, 11 ont été financés et permis de mener des actions d'éducation préventives essentiellement tournées vers des populations vulnérables (jeunes, femmes, enfants de rue).

Parmi ces onze projets-actions, 8 ont été mis en œuvre sur Libreville et 3 l'ont été en province (1 sur Lambaréné, 1 sur Port-Gentil, 1 sur Tchibanga). Certaines de ces actions ont donné lieu à une évaluation, qui montre que ces projets préparés et encadrés peuvent porter des fruits et agir comme des moteurs et des relais pour la meilleure connaissances sur l'infection par les populations-cibles (Milleliri -c, 2003).



Illustration 2 : membres de l'association SIDA Zéro en tournée d'information, Libreville 2002 © SIDA Zéro

En 1998, l'association SIDA Zéro a été à l'origine d'une action d'envergure en organisant une soirée télévisée uniquement dédiée à l'information sur le SIDA. Simultanément sur les trois chaînes nationales, ce programme informatif a été l'occasion de concrétiser une dynamique entre différents acteurs nationaux de la lutte contre le SIDA, tout en offrant une offre informative encore trop peu développée dans le pays. Cette émission télévisée fut l'occasion pour la première fois au Gabon du témoignage à visage découvert d'une personne vivant avec le VIH/SIDA lequel eut un grand retentissement dans la population générale. En 1999, une enquête réalisée à Gamba, révélait que les femmes interrogées rapportaient cette émission dont elles se souvenaient comme une source d'information et de connaissances sur l'infection à VIH/SIDA (Debat-Zoguereh, 2004).

En juin 2000, ce sont encore les associations communautaires qui ont permis de réussir une manifestation d'envergure à Port-Gentil, opération dénommée « Toute la Ville en parle ». Cette opération menée sous la coordination du PNLS a réuni tous les acteurs du pays (dont une délégation du monde socio-politique et administratif de Libreville) dans le cadre d'une journée d'informations des populations dont l'inauguration du centre d'information et de documentation sur le SIDA, les MST et la Santé de la reproduction a été l'événement-phare. Lors de cette journée (qui a donné lieu à un "En direct de nos correspondants", animé par le regretté Jean Hélène sur les ondes de RFI), onze stands d'informations animés par des éducateurs formés ont permis de dresser dans tous les quartiers de la capitale économique des points focaux de communication sur le sujet. Plus de 100.000 préservatifs ont été distribués gratuitement tout au long des manifestations : marche des élèves des collèges et lycées dans la ville, tournois sportifs, séances de théâtre et de cinéma, expositions, conférences, inauguration d'un panneau d'information, rencontres et débats avec les jeunes scolaires... (Milleliri, 2000).



Illustration 3 : Centre d'information pour les jeunes du Renaps/Aj, Libreville 2004 © Milleliri

Ce rôle d'une action communautaire se développe de plus en plus au Gabon, où l'épidémie de SIDA a favorisé l'émergence de nouvelles structures et d'associations, qui bien que n'ayant pas le même pouvoir de propositions et d'actions qu'au Nord, deviennent dans ce pays des interlocuteurs de plus en plus incontournables des pouvoirs publics. Pourtant parfois trop inféodées aux institutions politiques ou ministérielles, ces associations manquent encore trop d'indépendance de vue et de ces "liaisons dangereuses" peuvent naître des conflits d'intérêt. Ces associations cherchent à se fédérer, ce qui est arrivé au Gabon avec la constitution du RESAGO, réseau des associations gabonaises de lutte contre le SIDA, comme ce type de démarche communautaire existe déjà avec le Réseau Afrique 2000 développé en Afrique de l'Ouest (Haro de, 2003).

Un nouveau territoire a également été ouvert au Gabon, avec la création d'une ligne téléphonique d'écoute et d'informations, dont les opérateurs basés au siège du PNLS répondent aux appels des populations désireuses de renseignements, d'orientations et de conseils. En téléphonant du Gabon au "13 13", tout interlocuteur peut avoir auprès d'un correspondant, technicien du Programme national, une réponse à sa quête d'informations. Ce type de réseau, ouvert grâce aux technologies modernes, auquel pourrait sans doute s'adjoindre dans l'avenir un site Internet dédié, correspondant à l'entrée des populations vers de nouveaux espaces relationnels (Malonga-Mouelet, communication personnelle).

En 2004, une vingtaine d'associations actives dans la lutte contre l'infection sont présentes dans l'espace gabonais et définissent des territoires différents mais complémentaires selon le type d'actions menées et les populations qui en sont la cible.

Nom de l'association	Contact téléphonique	Type d'activité – groupe-cible
AGAASS	+ 241 76 80 00	Soutien, accompagnement – PPVIH
MGBEF/IPPF	+ 241 72 25 55	Consultations, prévention – femmes
RENASES	+ 241 25 56 80	Prévention, confessionnel – protestant
ACERAC-SIDA	+ 241 24 41 75	Plaidoyer, confessionnel – catholique
RENAPS/AJ	+ 241 72 25 55	Prévention – jeunes
GCSS	+ 241 20 22 44	Prévention – prostituée
ODEFPA	+ 241 73 88 91	Prévention, violence sexuelle – femmes
SIDA ZERO	+ 241 74 52 73	Soutien, accompagnement – PPVIH
REGAP+	+ 241 05 47 58	Soutien, réseau – PPVIH
OPDAS	+ 241 61 49 79	Plaidoyer, lutte contre discrimination – pop. gén.
SWAA	+ 241 06 60 32	Prévention, accompagnement – femmes
SIDALERTE	+ 241 36 25 80	Information, éducation – pop. gén.
PROMETRA	+ 241 61 71 10	Formation – tradipraticiens
PONT DE VIE	+ 241 61 71 10	Education des pairs, protestant – familles
Mvt EVANGILE SANTE	+ 241 84 30 08	Education des pairs, catholique – familles
Assoc. Communicateurs Santé	+ 241 84 30 08	Communication, relais – population générale
Club UNESCO	+ 241 72 20 49	Prévention, Information – scolaires
SIDA ACTION	+ 241 20 70 44	Non précisé
Club POUMBATSI	+ 241 29 29 45	Non précisé
IAS	+ 241 44 40 59	Prévention, prise en charge – réfugiés
BD BOOM GABON	+ 241 53 01 30	Prévention, illustration, dessin – jeunes

Tableau 12 : Liste des associations gabonaises engagées dans la lutte contre le VIH/SIDA au Gabon, 2004

Le rôle des ces associations communautaires est reconnu au niveau politique avec leur intégration dans le Comité Consultatif Multisectoriel de lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme (créé le 28 août 2002 : décret présidentiel n°1026bis/PR/MSPP, amendement le 7 mai 2003).

Parmi ces actions, le rôle pionnier de patients vivant avec le VIH/SIDA a constitué un moteur indéniable dans la non-discrimination et la non-stigmatisation au Gabon. Participant directement aux actions tournées vers la prise en charge et l'accompagnement des patients infectés, ces associations contribuent dans l'espace gabonais à définir de nouveaux territoires (Seyni, 2004).

De façon plus anecdotique, mais permettant également d'illustrer cet élargissement de l'espace associatif, il faut relever le rôle que cherchent à jouer les Gabonais de la diaspora dans des actions de lutte contre l'épidémie dans leur pays d'origine. Ainsi, l'association des Gabonais de Lyon a réalisé en avril 2004 une soirée informative et festive afin de recueillir des fonds pour soutenir les actions mises en œuvre au pays (soirée contre le SIDA au Gabon : www.etu2.univ-lyon2.fr).

1.2.5. Marketing social du préservatif

L'espace gabonais face à l'infection s'est également élargi avec la mise en place d'un réseau (insuffisant mais nécessaire) de mise à disposition des préservatifs aux populations. Ce réseau utilise les kiosques de validation du Pari Mutuel Urbain Gabonais (PMUG) [calqué sur les paris des courses de chevaux en France] lesquels sont fortement représentés dans le pays et à Libreville notamment. Grâce à ce réseau, les populations peuvent acheter pour 100 FCFA (0,15 euro) quatre préservatifs au niveau de ces kiosques. Il existe plus 250 kiosques de validation PMUG à Libreville et un total d'environ 500 dans le pays. Chaque mois, 100.000 préservatifs sont vendus à travers ce réseau de kiosques (Malonga-Mouelet, cité par AFP du 21 septembre 2004 – www.africain.com). Cette emprise du sujet à travers ce réseau est d'autant plus intéressante qu'elle permet de véhiculer des messages de prévention (mis en place dans les kiosques) dans des quartiers reculés de Libreville et dans des provinces parfois insuffisamment couvertes par des actions de ce type.



Illustration 4 : panneau de promotion du préservatif - Libreville, 1999 © Milleliri

Ces espaces géographiques de prise en charge dessinent en fait de larges territoires interactifs, et l'épidémie de SIDA au Gabon a modelé de nouveaux espaces par la mise en place d'interventions humaines et sociétales tournées vers cette épidémie.

La création des Centres de Traitement Ambulatoire est de cette logique, ouvrant face à l'épidémie une nouvelle stratégie de combat et autorisant l'accès des malades aux traitements (Gentilini, 2004). Ces structures sanitaires dont le concept créé par l'Organisation PanAfricaine de Lutte contre le SIDA (OPALS) et développé avec l'appui de la Croix Rouge Française (CRF) ont trouvé leur place dans l'espace gabonais. Si le premier CTA a été ouvert à Brazzaville en 1994 (Sebbag, 2001), ce n'est qu'en avril 2001 que la première structure de ce type a été fonctionnelle au Gabon, à Libreville. Depuis, d'autres CTA ont ou vont s'ouvrir au Gabon (Port-Gentil, Franceville) permettant d'élargir ces territoires de prise en charge vers des espaces plus larges. Leur implantation dans des hôpitaux publics, les passerelles qui se mettent en place avec les services médicaux de ces hôpitaux et la volonté de rendre ces CTA accessibles comme de les adapter aux situations locales sont l'exemple de ce lien entre le SIDA et la modélisation qu'imprime l'épidémie sur les territoires gabonais (Tran-Minh, 2004).



Illustration 5 : Entrée du CTA de Libreville, équipe médicale et membres d'association – 2003 © SIDA Zéro

A Libreville, en 2004, la file active de patients suivis au CTA est de plus de 2000 patients dont plus de 800 sous traitement antirétroviral.

C'est dans cette structure que nous avons mené en mai 2004, une recherche centrée sur la mobilité des patients infectés par le VIH/SIDA, décrite dans la Partie 3 de ce mémoire.

1.3. Hypothèses pour les prochaines années

Les hypothèses pour les années futures sont à placer dans un contexte multisectoriel dans lequel les nouveaux territoires générés par l'implication de récents partenaires permettront peut être de faire réduire l'espace géographique pris par l'épidémie de VIH/SIDA au Gabon.

En terme épidémiologique, l'infection à VIH/SIDA n'est pas parvenue dans ce pays à un plateau de stabilisation. La poursuite d'une incidence notable évaluée à plus de 3% annuel, la non compensation des nouvelles contaminations par les décès spécifiques attribuables au VIH/SIDA, font que la prévalence au Gabon pourrait continuer à croître dans les prochaines années. Le relatif moindre niveau d'infection dans les provinces pourrait augmenter, compte tenu du brassage des populations, et notamment des voyages circulaires (ville-village), alors qu'en milieu rural la faiblesse des actions de prévention est notable.

D'un autre côté, en milieu urbain, à Libreville et à Port-Gentil notamment, les taux élevés de séroprévalence peuvent aussi contribuer à entretenir voire accroître la montée de l'infection dans ces pôles humains, notamment vulnérables comme les populations de quartiers marginalisés.

En matière d'extension dans l'espace des capacités de prise en charge, la problématique de l'accessibilité de populations plus éloignées et la mobilité d'une partie d'entre elles, conduiront peut être à développer des stratégies d'atteintes des groupes-cibles par des unités mobiles de prévention (voire de diagnostic-suivi) allant au plus près de ces populations

(IMEDA/EuroShelter, 2003). De la même façon, l'intégration du volet "SIDA" dans les programmes de développement des infrastructures routières ou de voies de communication nouvelles illustre la prise en compte d'une composante spatiale dans les actions de prévention. Ainsi des projets de réfection ou de construction d'axes routiers ont été amenés à proposer des actions le long des ces voies afin d'anticiper les risques de contamination tant pour les ouvriers travaillant sur les chantiers que pour les populations mises en relation par l'ouverture de ces axes nouveaux (Scetauroute, communication personnelle ; Rey, 2002).



Illustration 6 : Carrefour à Bifoun en direction de Ndjolé (Gabon, 2002) © Milleliri

L'extension dans l'espace gabonais des capacités de prise en charge thérapeutique est une hypothèse développée actuellement afin que des structures dispensant une offre de soins complète puisse assurer une meilleure accessibilité à ces populations encore trop éloignées des centres existants. Les projets de nouveaux CTA entrent dans cette perspective (Oyem) comme le sont ceux visant à mettre en place dans les hôpitaux provinciaux (notamment du sud : Mouila, Tchibanga) des capacités d'accès aux antirétroviraux. Il ne faudra toutefois pas oublier que la lutte contre le VIH/SIDA répond à une action globale de santé publique, et que le développement de plateaux techniques ne pourra se passer de la réalisation d'un plan plus général intégrant tous les aspects connexes de cette prise en charge – aspects dépassant la simple mise à disposition de médicaments antirétroviraux à des prix accessibles (Milleliri -c, 2001).

C'est en ce sens que les espaces et les territoires de l'infection à VIH/SIDA vont s'accroître dans une double relation liée à l'augmentation du niveau d'infection et à la volonté de donner aux populations provinciales une meilleure possibilité de prise en charge diagnostique et thérapeutique.

2. L'épidémie de SIDA en Afrique : diffusion et enracinements régionaux

2.1. L'Afrique dans la situation mondiale

L'intégration de l'histoire et de la géographie des maladies est essentielle pour comprendre et révéler la véritable image des modèles épidémiologiques des maladies telles qu'elles existent aujourd'hui. Ceci est particulièrement vrai pour le SIDA, dont de nombreuses théories ont été présentées afin de trouver l'origine de l'épidémie, dont les pays d'une large région d'Afrique centrale (incluant le Zaïre, la Zambie, l'Ouganda, le Rwanda et la République centrafricaine) ont été pressentis comme point de départ (Shannon, 1989). Cette hypothèse a été soutenue par De Kock dès 1984 alors que la découverte d'un virus nouveau venait d'être annoncé par les équipes des Professeurs Gallo et Montagnier. Pour De Kock, les premiers Américains infectés l'ont été en Afrique au début des années soixante-dix, et l'hypothèse que le SIDA soit originaire d'une région rurale d'Afrique centrale expliquerait mieux la soudaine émergence et les caractéristiques cliniques de ce syndrome (De Kock, 1984). Pour Fleming [rappelant que le plus vieux sérum porteur d'anticorps anti-VIH-1 provenait d'un sujet donneur de sang à Kinshasa en 1959], cette hypothèse évoquée à l'issue d'enquêtes séroprévalentes réalisées en 1984 et 1985 est difficilement crédible compte tenu du nombre de faux positifs dus aux interactions avec le paludisme ou d'autres maladies infectieuses intercurrentes chez les sujets dépistés (Fleming, 1990).

Mais au-delà de ces recherches d'une origine précisément située, les enquêtes sérologiques ont permis de contribuer à dresser une géographie africaine du SIDA (Rémy -f, 1993) et de mesurer la place qu'occupe à la fois l'Afrique dans cet espace mondial et, à l'intérieur du continent comment s'exprime l'épidémie d'un espace à un autre (Rémy -b, -c, -d 1993). Les tests sérologiques, désormais plus fiables en terme de valeur prédictive positive, autorisent grâce à des sites de surveillance ou des enquêtes en population générale d'améliorer les estimations du nombre de patients infectés sur le continent africain (ONUSIDA -b, 2003).

Grâce à ces modélisations épidémiologiques, à la fin de l'année 2003, l'évaluation de l'infection à VIH/SIDA dans le monde (ONUSIDA -a, 2003) illustre cette situation de disparité géographique : sur un total de 40 millions de personnes vivant avec le VIH/SIDA dans le monde, l'estimation du nombre d'enfants et d'adultes vivant en Afrique subsaharienne infectés par le virus était comprise entre 25 et 28,2 millions. Cette situation africaine, ancrée dans la durée et dans des niveaux élevés de prévalence, présente elle aussi des disparités régionales et nationales (prévalence inférieure à 1% en Mauritanie – proche de 40% au Botswana).

Si une approche géographique est un élément nécessaire pour une meilleure connaissance des dynamiques épidémiques, les mises en perspective de ces disparités permettent également une réflexion sur des approches plus appropriées pour de meilleures stratégies d'actions et de lutte contre les épidémies.

Région	Adultes et enfants vivant avec le VIH/SIDA	Nouveaux cas d'infection à Vih chez les adultes et les enfants	Prévalence chez l'adulte (%)*	Décès dus au SIDA chez l'enfant et l'adulte
Afrique subsaharienne	25,0 – 28,2 millions	3,0 – 3,4 millions	7,5 – 8,5	2,2 – 2,4 millions
Afrique du Nord et Moyen-Orient	470 000 – 730 000	43 000 – 67 000	0,2 – 0,4	35 000 – 50 000
Asie du Sud et du Sud-Est	4,6 – 8,2 millions	610 000 – 1,1 million	0,4 – 0,8	330 000 – 590 000
Asie de l'Est et Pacifique	700 000 – 1,3 million	150 000 – 270 000	0,1 – 0,1	32 000 – 58 000
Amérique latine	1,3 – 1,9 million	120 000 – 180 000	0,5 – 0,7	49 000 – 70 000
Caraïbes	350 000 – 590 000	45 000 – 80 000	1,9 – 3,1	30 000 – 50 000
Europe orientale et Asie centrale	1,2 – 1,8 million	180 000 – 280 000	0,5 – 0,9	23 000 – 37 000
Europe occidentale	520 000 – 680 000	30 000 – 40 000	0,3 – 0,3	2 600 – 3 400
Amérique du Nord	790 000 – 1,2 million	36 000 – 54 000	0,5 – 0,7	12 000 – 18 000
Australie et Nouvelle-Zélande	12 000 – 18 000	700 - 1000	0,1 – 0,1	< 100
Total	40 millions (34 – 36 millions)	5 millions (4,2 – 5,8 millions)	1,1% (0,9 – 1,3%)	3 millions (2,5 – 3,5 millions)

* Proportion d'adultes (âgés de 15 à 49 ans) vivant avec le VIH/SIDA en 2003, d'après les statistiques démographiques de 2003.

Tableau 13 : statistiques et caractéristiques de l'épidémie de VIH/SIDA par région, fin 2003 (ONUSIDA, 2003)

Le taux de prévalence moyen pour les pays d'Afrique subsaharienne est estimé à 7,5%, alors qu'au niveau mondial ce taux est de 1,1%.

A la fin de l'année 2003, alors que l'Afrique subsaharienne abritait un peu plus de 10% de la population mondiale, elle totalisait 70% de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH, soit quelque 26,2 millions de personnes. Pour cette seule année 2003, 5 millions de personnes ont été nouvellement infectées par le SIDA dont 3,2 millions en Afrique. Les 2,3 millions de personnes qui sont mortes du SIDA en Afrique en 2003 représentent 75% de tous les décès dus à cette maladie dans le monde (5 millions).

Près de 3 millions d'enfants de moins de 15 ans vivent avec le VIH.

Ainsi, plus de 20 ans et 20 millions de décès après le premier diagnostic de SIDA en 1981, il est devenu indéniable que l'épidémie de SIDA va continuer à peser sur l'avenir mondial et sur toutes les sociétés de la planète. Directement parce que les nations les plus touchées perdent chaque jour un peu plus leurs capacités de développement et d'entreprise, indirectement parce que les autres nations, moins touchées ou contrôlant en partie l'épidémie, seront affectées par les effets déstabilisant du SIDA sur leur sécurité et sur la distraction de leurs ressources engagées dans une solidarité humanitaire d'aide et d'appui à la recherche de solutions pour les autres nations.

2.2. Des constats épidémiologiques hétérogènes

Les constats épidémiologiques sont contrastés en Afrique. Même si les disparités géographiques se sont estompées depuis quelques années, et que le taux moyen d'adultes infectés en Afrique subsaharienne est de 7,5%, les cartes de répartition des taux d'infections du SIDA dans les populations sont très hétérogènes sur le continent avec des taux variant de 0,2% à plus de 35% d'adultes infectés selon les pays. Ainsi, si le nombre de nouvelles infections est resté globalement stable dans les deux dernières années avec 3,5 millions de nouvelles infections, ce chiffre masque des disparités importantes dans la dynamique de l'épidémie.

La prévalence est restée relativement stable, expliquée par le fait que des taux élevés de nouveaux cas d'infection persistent et sont équilibrés par les décès nombreux dus au SIDA. En fait l'épidémie en Afrique subsaharienne reste galopante.

L'évolution dans les pays du Sahel s'est faite vers une augmentation des taux d'infection sauf au Sénégal (et sans doute au Niger : taux de prévalence entre 0,5% et 1,3% en 2003, Louboutin-Croc – communication personnelle) où l'épidémie s'est stabilisée ou même s'est ralentie. L'importance des mouvements migratoires semble être la principale hypothèse expliquant cette aggravation de l'endémie sahélienne.

Il reste en outre deux régions relativement épargnées, le Maghreb et Madagascar où les taux n'ont pas varié.

La région centrale d'Afrique, avec le Nigeria et la majeure partie du Cameroun, du Bénin et même le Nord du Gabon ont vu une progression rapide de l'épidémie en 4 ou 5 ans. Les autres régions d'Afrique centrale, orientale et australe ont vu leur situation s'aggraver (taux supérieurs à 30% au Botswana, Lesotho, Swaziland, Zimbabwe) avec une exception pour l'Ouganda où les taux ont baissé. Aucun pays n'a connu de recul aussi important de son épidémie que l'Ouganda, où les taux de prévalence au niveau du pays sont passés de 12% au début des années 1990 à 4,1% en 2003. Dans la capitale Kampala, le taux de prévalence était d'environ 8% en 2002, alors qu'il atteignait 29% il y a 10 ans.

En Namibie, la prévalence du VIH observée sur les sites de prise en charge néonatale est montée à plus de 23% en 2002 (ONUSIDA -a, -b, 2004).

Il reste de nombreuses inconnues pour décrire les réels niveaux de prévalence de l'épidémie dans certains pays. D'ailleurs, ONUSIDA ne fournit aucune chiffre pour 6 pays d'Afrique subsaharienne, faute de données suffisantes en quantité et en qualité pour réaliser des estimations. Ainsi, les niveaux d'infections sont inconnus pour : Les Comores, la Guinée Bissau, la Guinée Equatoriale, Maurice, la Sierra Leone et la Somalie. En plus de ces pays, les récentes crises politiques et les conflits armés ne permettent pas de mesurer de façon exacte les niveaux d'infection en Côte d'Ivoire, en République Démocratique du Congo.

En République du Congo, une récente enquête nationale de séroprévalence pour le VIH a permis de préciser ces disparités régionales, puisque le taux de séroprévalence chez les adultes de 15 à 49 ans des grandes villes du pays était mesuré à 4,1% en novembre 2003. Les taux varient entre 1,3% et 9,4% dans un gradient nord (Imfondo) – sud (Dolisi). La séroprévalence de Brazzaville et de Pointe-Noire était respectivement à 3,3% et 4,8% (Rogier, communication personnelle).

Les données fournies par l'Angola qui sort de plus de vingt ans de guerre civile mériteront également d'être confirmées (avec un taux de prévalence relativement bas : 3,9% en 2003), car la constante de tous ces pays en crise est l'augmentation rapide de l'infection dans les populations réfugiées ou déplacées, mobiles et migrantes, otages et victimes de ces conflits armés qui modifient le "paysage" de l'épidémie africaine (Milleliri -a, 2003).

Le Nigéria est longtemps resté également une inconnue (Amat-Roze, 2002) même si les chiffres fournis en 2001 (prévalence : 5,4%) placent désormais ce pays en deuxième position pour le nombre de patients vivant avec le VIH/SIDA (3,6 millions) derrière l'Afrique du Sud (5,3 millions).

Deux pays africains ont vu leur séroprévalence stagner ou baisser : le Sénégal et l'Ouganda. Dans ces deux pays il y a eu une mobilisation forte des autorités politiques.

Au Sénégal, le programme de lutte a gardé une planification forte avec un même responsable sur 15 ans et une stratégie globalement inchangée, se renforçant chaque année.

En Ouganda, le constat est plus mitigé : il y a une forte mobilisation du Président mais de nombreuses autorités politiques et religieuses n'ont pas fait preuve d'une même volonté politique. Il est vraisemblable que c'est la lutte très dynamique contre les MST, qui a joué le plus grand rôle dans cette amélioration de la situation épidémique. Mais pour la première fois,

et même s'il est aussi possible que les forts taux d'infection constatés dans les années 1980 aient provoqué une mortalité élevée, faisant baisser le nombre absolu et relatif de séropositifs, il a été démontré dans ce pays une baisse du nombre de nouvelles contaminations, preuve que des efforts globaux portant sur la prévention peuvent porter leurs fruits.

Au Sénégal, il semble que les traditions, liées ou non directement à l'Islam, ont ralenti la diffusion du virus en contrôlant la sexualité des jeunes, en particulier lors des migrations saisonnières intérieures.

La carte d'Afrique des taux d'infection montre maintenant une progression vers des espaces antérieurement moins touchés.

La carte 3 (page 9) illustre cette disparité de trois sous-régions de niveaux prévalents différents : une sous-région australe où les taux sont supérieurs à 10%, une sous-région plus méridionale où les taux sont compris entre 4 et 10% et une sous-région plus septentrionale dans laquelle ces taux d'infection sont inférieurs à 4%.

En Afrique centrale, dans un corpus rassemblant plus de 200 données sérologiques confirmées établies pour la population générale entre 1985 et 1992, Rémy relevait déjà l'existence de discontinuités remarquables et d'une image géographique composite (Rémy -e, 1993).

Le panorama de l'épidémie africaine est donc balancé entre plusieurs modes : à la fois augmentation des prévalences témoignant d'une augmentation de l'incidence des nouveaux cas supérieure à la mortalité due au SIDA, stabilisation de certains niveaux dans des pays où la prévalence était déjà basse, baisse rare mais notable des niveaux d'infection (Ouganda, certains districts de Tanzanie). Entre enracinements, diffusion et régression, l'épidémie de SIDA apparaît donc comme une épidémie à géométrie variable pour laquelle les synthèses des niveaux de prévalence obligent à des révisions régulières (Etchepare, 1998).

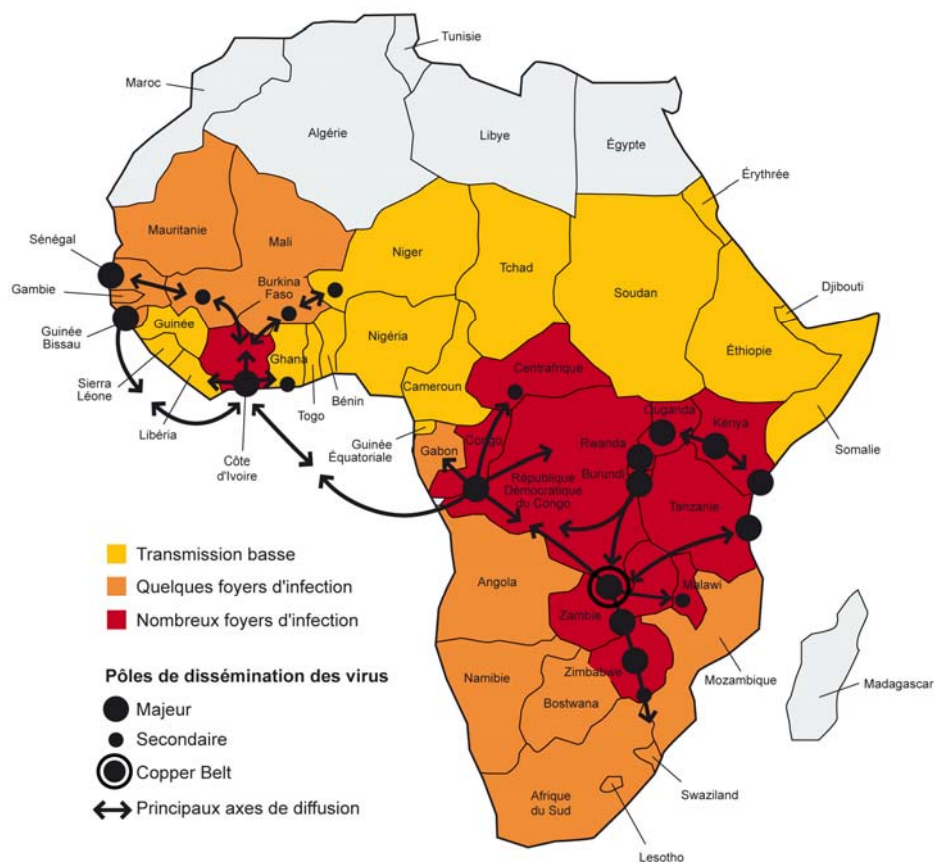
Mais si les actions alliant la prévention, au traitement et à la prise en charge des millions de malades africains ne sont pas accrues, l'épidémie va continuer à engendrer des drames plus importants encore et dont les conséquences sont déjà si fortes. Pour Peter Piot, « si on enregistre une baisse du niveau de l'infection dans certains pays, il n'y a pas encore de stabilisation à l'échelle mondiale. Historiquement, l'épidémie n'en est qu'à ses débuts et la riposte se fera nécessairement sur plusieurs générations ». (Ministère des Affaires Etrangères - France, 2003). L'épidémie en effet a déjà fait reculer l'espérance de vie mettant à mal les faibles acquis de développement obtenus par les pays africains depuis les indépendances. Les répercussions sur les productivités nationales sont fortes d'autant qu'à la baisse des revenus des Etats s'ajoute une augmentation des coûts des dépenses publiques dirigées vers les systèmes de santé.

La lutte contre l'épidémie de SIDA est donc devenue en Afrique plus qu'ailleurs une priorité dans laquelle l'engagement des Nations doit être total.

2.3. Espaces structurants africains et mobilités : des facteurs de diffusion et d'enracinements

Plus de deux décennies après sa mise en évidence, l'épidémie de SIDA s'est enracinée en Afrique subsaharienne. Un certain nombre de facteurs peuvent expliquer ce fait, et donner figure à des espaces géographiques dans lesquels s'exprime la diffusion du virus (Amat-Roze, 2002).

Les faciès de l'épidémie africaine paraissent en effet instables et contrastés mais ils ont en commun un espace d'expression portant de nombreux points communs.



Carte 9 : paysage épidémiologique de l'infection à VIH en Afrique Noire (juin 1990), d'après Amat-Roze, 2002

En relisant l'historique spatio-temporel de l'épidémie africaine, il est clair que la diffusion du virus s'est effectuée en plusieurs vagues, illustrée par la carte n°9 photographiant en 1990 le schéma épidémiologique de l'infection sur le continent. La première vague épidémique des années quatre-vingt s'identifie à des épicentres d'Afrique centrale et orientale, dessinant ainsi des territoires pionniers ou les périphéries commencent à être touchées. Dans un premier temps cantonné à des groupes dit à risque, concentrant des taux de séroprévalence élevés (83% chez des prostituées kényanes en 1987, par exemple), le virus circule encore faiblement dans la population générale. Se dessine alors à la fin des ces années une mosaïque continentale dans laquelle les zones australes et septentrionales sont relativement encore épargnées.

La deuxième vague épidémique survient durant les années quatre-vingt-dix avec un emballement vers l'Afrique australe. Dans cette région, les taux de séroprévalence rattrapent les taux les plus élevés des pays d'Afrique centro-orientale, et l'épidémie s'exprime directement dans la population d'adultes jeunes (notamment chez les femmes enceintes).

Entrée dans sa troisième décennie, l'épidémie évolue désormais sur plusieurs modes, mais malgré le drame humain qu'elle engendre au quotidien, l'épidémie n'a pas généré l'apocalypse annoncée. D'ailleurs, les projections démographiques de 1994 incluant les indicateurs de fécondité, de mortalité spécifique laissaient prévoir à l'horizon 2010 que la population qui devait être multiplié par 2,2 le serait encore par 1,9 – pour une prévalence de 15% dans la population adulte [la prévalence continentale moyenne est estimée en 2003 à 7,5%]. (Brouard in Vallin, 1994).

Dans l'épidémie de SIDA, les espaces jouent un rôle structurant. Il existe des lieux plus exposés que d'autres et ce fait est parfaitement illustré par les différences de séroprévalence existant entre la ville ou l'agglomération à caractère urbain et le village ou l'agglomération rurale. Ces gradients entre les milieux ruraux et les milieux urbains a été mis en évidence dans de nombreuses études épidémiologiques, comme au Rwanda en 1986 (Bizimungu, 1989) où ce gradient était supérieur à 15 (17,8% en zone urbaine contre 1,3% en zone rurale). Cet espace urbain a été présenté comme un lieu de concentration des capacités de comportement à risque de contamination par voie sexuelle, et ce sont les capitales africaines qui se sont révélées comme les plus intensément touchées face à ces risques concrétisés par des infections avérées.

Ces espaces façonnés par l'homme participent donc à dessiner l'épidémie dans ses dynamiques différentes. Mais face à cette production spatiale, « seule l'analyse globale du contexte dans lequel se développe l'épidémie permet d'en comprendre toutes les composantes ». L'épidémie se nourrit d'une réalité géographique et du fruit des constructions humaines : histoire, politique, économie, sociologie, culture (Amat-Roze, 2002).

Dans cet espace africain traversant une crise profonde, l'épidémie de SIDA contribue aussi en Afrique subsaharienne à participer à une géographie du changement dans laquelle si l'espace est recomposé, il l'est malheureusement dans une projection où domine l'incertitude (Dubresson, 2003).

L'épidémie africaine se nourrit en effet de multiples vulnérabilités dont les expressions sont réduites dans le monde occidental. Ces vulnérabilités prennent leurs sources dans des facteurs qui ne répondent pas tous à une logique de pauvreté ou de sous-développement mais bien également à des mécaniques socio-économique et politico-culturelle propres.

A côté du sous-développement, facteur important d'un contexte favorable à la transmission du virus du SIDA, se situent des facteurs de vulnérabilité tels que des facteurs de genre, de lieu et de mobilité.

Le facteur de genre est sous-tendu par une susceptibilité biologique des femmes à une plus grande potentialité de contamination (inégalité du risque de transmission sexuel entre l'homme et la femme avec un risque supérieur dans le sens homme-femme pour un seul rapport sexuel), mais aussi à une moindre capacité en Afrique d'influer sur une négociation sexuelle à moindre risque. L'ensemble des éléments de cette vulnérabilité empruntent à tous les aspects de la vie autour d'un cercle vicieux anthropologique, sociologique, épidémiologique et clinique, facteur d'entretien de l'épidémie (Leroy, 2004).

Le facteur de lieu est illustré par le rôle que jouent les villes et les agglomérations urbaines comme catalyseur de ces comportements à risque de contamination. Dans ces environnements urbains, les facteurs d'exposition au virus sont tout autant liés à de nouveaux modes de vie qu'à leurs conditions d'exercice. Ces espaces urbains semblent dès lors avoir joué – compte tenu de leurs spécificités de mise en œuvre sociale – des effets de résonance et d'amplification d'une situation à fort potentiel de propagation du virus. D'autant que la dimension urbaine de l'épidémie est construite autour d'axes de communication parmi lesquels les tracés routiers interviennent comme des chemins de diffusion marqués. Ainsi, de nombreuses études ont mis en évidence le fait que les routes, les pistes, les axes primaires et secondaires – comme peuvent l'être aussi les fleuves et leurs bassins – constituent un système infectieux hiérarchisé et spatialisé dans lequel les agencements des lieux déterminent des degrés différents d'exposition au risque (Amat-Roze, 2002).

Le lien entre cette organisation urbaine et ces axes de communication s'exprime par un élément de mobilité qui apparaît dans ce contexte épidémique comme un facteur multiplicateur de contacts humains à risque de contamination.

Ce facteur de mobilité et le rôle des migrants dans les épidémies avait déjà évoquée en 1971 (Wessen, 1971). En 1977, avant l'émergence de l'épidémie de SIDA, Prothero montrait à l'époque que la mobilité était un facteur négligé dans l'étude épidémiologique des maladies (Prothero, 1977), alors que ce facteur devait être analysé, non seulement parce que la mobilité peut être identifiée comme un facteur de transmission de la maladie, mais aussi parce que la maladie elle-même devient un élément responsable de mobilité. Ainsi, et cette analyse est tout à fait transposable au cas du SIDA, la mobilité génère deux types de conséquences en matière de transmission :

- la possible transmission de la maladie par ceux qui se déplacent : il s'agit de *transmetteurs actifs* pour les populations vers lesquelles ils se déplacent ;
- l'exposition à la maladie de ceux qui tout au long de leurs déplacements ou à destination peuvent être contaminés : il s'agit de *récepteurs passifs*.

Ainsi, Prothero, décrit 16 typologies différentes de mobilités, prenant en considération le fait qu'en Afrique cette mobilité s'effectue selon des pôles urbain-rural, que cette mobilité peut être distinguée en migration (mobilité entraînant un changement de résidence) et circulation (mobilité entraînant un retour à la résidence), et que cette circulation peut être de 4 modalités (quotidienne, périodique, saisonnière et durable). Ces typologies permettent de quantifier les analyses géographiques dans des dimensions spatiales et temporelles.

Le lien entre la mobilité et le SIDA a fait l'objet de nombreuses publications dont le point commun est de mettre en évidence ce double effet vulnérabilité accrue – capacité de diffusion augmentée que portent en eux les sujets entrant dans une logique de mouvement (Hawkes, 1993 ; Anarfi, 1993 ; Du Guerny, 1994 ; Decosas, 1996 ; Caldwell, 1997 ; Hope, 2000 ; Lalou -a, -b, 2004 ; Lydié, 2004).

A l'inverse, le Sénégal, en dépit d'indicateurs évolutifs récents, fait figure d'exception, démontrant qu'une grande mobilité ne va pas de pair avec la propagation rapide et extensive de l'infection par le VIH (Lydié, 1998).

Mais l'intérêt de ces travaux est aussi de proposer comme pistes d'actions préventives la prise en compte de cette mobilité, et les nœuds qu'elle développe comme autant de points d'ancrage pour des programmes permettant de mieux protéger les populations contre l'épidémie. Comme l'est la sexualité, la mobilité est un comportement humain fondamental qu'il est difficile de modifier. Il convient donc d'adapter les programmes éducatifs aux populations migrantes ou mobiles en prenant en considération leurs particularismes et en tenant compte des contraintes et caractéristiques spatiales dans lesquelles vivent ces populations (Decosas, 1997). Néanmoins, il faut veiller à ce que ce discours de prévention ne se trompe pas de cible, et qu'agissant comme un écran qui masque la scène, ce discours entraîne une discrimination. Car le groupe-cible (défini par sa mobilité et selon des critères sociologiques) est difficilement superposable au groupe-à-risque (défini selon des observations épidémiologiques), et donc à la même prévention ciblée (Taverne, 1996).

Pour conclure sur ce facteur de mobilité, il convient de noter que dans l'Afrique des Grands Lacs, la notion de flux a joué un rôle important dans la diffusion de l'épidémie. D'un milieu fermé (où cohabitaient les populations et le virus) l'épidémie s'est étendue vers un milieu ouvert, passant au-delà des effets de frontières à la faveur d'échanges démultipliés (Amat-Roze, 1990).

Partie 2

Des variables explicatives de l'enracinement de l'infection au Gabon

L'analyse des éléments de la géographie gabonaise doivent nous conduire à distinguer des variables explicatives permettant de mieux comprendre les disparités spatiales de l'épidémie dans ce pays. Ces éléments peuvent également nous donner des pistes de réflexion sur les moyens d'en limiter la course.

1. La santé publique au Gabon, paradoxe et panoplie

1.1. Des indicateurs dans le rouge

Le Gabon s'est doté au fil des années depuis l'indépendance d'une capacité sanitaire large en infrastructures et en moyens techniques, mais il offre une vision décalée entre l'existence de ces moyens et leur utilisation optimale. Cette capacité et cette richesse potentielle a été dénommée le syndrome de la panoplie (Perret, 1997).

Mais comme le fait remarquer le PNUD dans son rapport de 2003 consacré au Gabon (PNUD, 2003) le paradoxe gabonais en matière de santé réside dans l'existence d'un très grand écart négatif, 50 places, entre son niveau économique (72^{ème} rang mondial) et son niveau de développement humain (122^{ème} rang) en 2002, dont le classement se dégrade depuis quelques années.

Bien que consacrant à la santé de plus importantes sommes que ses voisins, les résultats illustrés par des indicateurs de santé faibles témoignent d'une difficulté à traduire vers les populations les efforts consentis par l'Etat depuis de nombreuses années. Sans doute des erreurs dans les choix des stratégies développées, une insuffisante coordination des politiques sociales combinées à une gestion peu efficace des ressources ont conduit à cette situation de paradoxe.

Cette image paradoxale est partagée par de nombreux analystes, et Tony Lawson écrivait dans la revue "Marchés Tropicaux" (Lawson, 1999) que : « la faible performance des agents de santé et la mauvaise gestion des ressources financières et humaines disponibles, sont responsables des maux qui minent le système sanitaire gabonais ».

Malgré cette observation plutôt sombre, une nouvelle tendance s'est dessinée laissant sans doute présager pour l'avenir une amélioration de la situation. La volonté politique clairement affichée de "remettre de l'ordre dans la maison", et de mieux développer une gestion fine des ressources et des structures existantes s'est concrétisée en 1997 par le Plan National d'Action Sanitaire (MSPP, 1997). Cette volonté montre que les décideurs gabonais ont particulièrement bien compris que la santé au Gabon constituait un enjeu économique et socio-politique de premier plan. Il est à espérer qu'il ne s'agisse pas là d'un simple effet de "marketing".

Ces enjeux de santé du Gabon pour les années à venir se traduisent par la volonté affichée d'améliorer le déséquilibre actuel et de donner aux populations un meilleur accès à des soins de qualité dans une cohérence stratégique prenant en compte les particularismes du pays. Ces actions sont particulièrement marquées en ce qui concerne la lutte contre le SIDA, et elles redessinent une perspective nouvelle dans l'offre de soins.

Une brève revue de la situation sanitaire gabonaise permettra de situer dans l'espace territorial l'organisation actuelle de la santé au Gabon. La gestion des épidémies de fièvre à virus Ebola illustre également les nouvelles capacités de réponse gabonaise face à ces crises sanitaires. Les perspectives sanitaires ouvertes pour l'avenir peuvent permettre au Gabon d'envisager des lendemains cléments pour les populations.

Les tableaux suivants permettent de donner des repères dans ce tableau de la santé au Gabon.

Tableau 14 : Indicateurs principaux de santé

part du budget de l'Etat consacré à la santé (en pourcentage du PIB)	3,6%
espérance de vie à la naissance – 59,2 ans	femmes : 61,4 ans hommes : 57,3 ans
taux de mortalité infantile	femmes : 79 pour mille hommes : 100 pour mille
taux de mortalité maternelle (pour 100.000 naissances vivantes)	520
accès à l'eau potable	78% (urbain) 40% (rural)
couverture vaccinale - tous vaccins	50%
couverture vaccinale - rougeole	65%
femmes ayant subi au moins un avortement	50%
nouveaux-nés de poids de naissance < 2500g	10%

source : OMS – Gabon 2003 (www.who.int/countries/gab/fr)
UNICEF – Gabon 2003 (www.unicef.org/sowc03/tables/)

Tableau 15 : Structures sanitaires du secteur public au Gabon

	Libreville	Reste Gabon	Total
Hôpital Général	1	0	1
Hôpital Régional	1	8	9
Autre Hôpital	5	3	8
Centre Médical	0	40	40
Centre de Santé	6	0	6
Dispensaire	1	384	385
Service MaternoInfantile (SMI)	3	9	12

source : PNAS - MSPP, 1997

Tableau 16 : Structures sanitaires de Libreville

type de structure	nombre
Hôpital public	5
Hôpital parapublic	2
Clinique privée à but lucratif	19
Infirmierie public	26
Infirmierie parapublique	5
Infirmierie privée à but non lucratif	15
Centre de Santé public	8
Centre de Santé privé à but non lucratif	1
Centre Médico-Social parapublic	1
Service MaternoInfantile (SMI)	3
Dispensaire public	3
Dispensaire privé à but lucratif	1
Dispensaire privé à but non lucratif	3
Cabinet médical privé à but lucratif	46
Cabinet médical privé à but non lucratif	2
Cabinet dentaire privé à but lucratif	10
Pharmacie parapublique	1
Pharmacie privée à but lucratif	26

source : MSPP - Plan - Enquête Budget Consommation, 1992 cité in PNAS, 1997

Tableau 17 : Ressources humaines

Qualification	Nombre d'habitant par agent
Médecin	2 758
Pharmacien	24 755
Chirurgien dentiste	126 872
Technicien supérieur	2 751
Sage-femme	2 692
Infirmier diplômé	1 911
Adjoint technique	2 650
Autres infirmiers	997

source : PNAS - MSPP, 1997

En 1997, le Ministère de la Santé s'est obligé à une réflexion et à une analyse très approfondie de la situation de la santé publique au Gabon. De ces travaux est né un document de 63 pages et annexes (MSPP, 1997) dont l'introduction commence ainsi : « l'offre de soins au Gabon ne répond plus aux demandes des populations ».

C'est dans cette ambiance de décalage existant depuis de nombreuses années entre potentialité et résultats que l'infection à VIH/SIDA a trouvé un terrain pour se développer au Gabon. Sans doute, cette impression de relative abondance n'a-t-elle pas su mettre en œuvre un certain nombre de signaux d'alerte qui aurait permis, en les prenant en compte plus tôt, de limiter l'extension de l'infection.

1.2. Organisation du système de santé

L'offre de soins gabonaise s'articule en trois systèmes (public, parapublic et privé) qui sont à l'heure actuelle trop déséquilibrés en terme de qualité, donnant une impression de médecine à plusieurs vitesses. Ces systèmes qui devraient agir en synergie pour une plus grande efficacité offre une vision parfois redondante, souvent superposée et toujours inégale d'accès. Ceci conduit à faire dire aux analystes que : « les soins sont devenus sélectifs et que pour être en bonne santé, il faut avoir de l'argent » (Lawson, 1999). Ce constat d'un système de soins où les offres de qualité sont inaccessibles aux populations de bas revenus majoraire le déséquilibre sociétal qui est patent au Gabon.

Dans le secteur public, les ressources humaines sont importantes puisqu'en 1997 un recensement des personnels de santé faisait état de 3700 agents fonctionnaires et contractuels parmi lesquels il fallait compter près de 3000 soignants dont près de 400 médecins (MSPP, 1997). Et il faut ajouter à ces agents près de 2000 autres agents de la main d'œuvre non permanente rémunérés par le Ministère de la Santé. Ceci fait dire à certains, que chaque Gabonais a au moins un parent travaillant dans le secteur de la santé. D'autant que les structures privées fleurissent également.

Néanmoins, malgré cette pléthore d'agents il existe des défaillances en spécialistes ce qui a conduit récemment le Ministère à faire appel, dans le cadre d'une coopération guinéo-gabonaise, à une quinzaine de spécialistes pour intégrer des structures sanitaires à l'intérieur du pays. La répartition du personnel médical est en effet quelque peu déséquilibrée, et dans les structures sanitaires provinciales certaines spécialités ne sont pas représentées notamment dans les domaines de la chirurgie et de l'anesthésie. Ce fait oblige à avoir recours très souvent à des évacuations sanitaires vers la capitale. Il existe d'ailleurs une direction spéciale chargée des évacuations sanitaires au sein du Ministère de la Santé.

Le Gabon forme un certain nombre de ses agents sur place et il existe une Faculté de Médecine (Faculté de Médecine et des Sciences de la Santé - FMSS) qui titre chaque année une moyenne de vingt docteurs en médecine. Les spécialités médicales s'acquièrent à l'étranger. En 1997, sur 165 étudiants du secteur de la santé en formation à l'étranger, plus de 50% se trouvaient en Europe et près de 40% en Afrique. L'Ecole Nationale d'Action Sanitaire et Sociale (ENASS) forme le personnel paramédical : infirmiers, adjoints techniques, secrétaires de santé... Deux écoles se chargent de la formation aux carrières administratives : l'Ecole Nationale d'Administration (ENA) pour les administrateurs de santé et l'Ecole Préparatoire aux Carrières Administratives (EPCA) pour les attachés d'administration sanitaire. En dépit de cette panoplie offerte pour les formations, il existe encore une grande difficulté à la gestion rationnelle des personnels, dont certains affectés à l'intérieur refusent de rejoindre leurs postes, notamment en raison des conditions de vie parfois précaires qui y sont trouvées. Les choix de carrière dans le domaine de la santé ne se font pas toujours par vocation, mais par la nécessité de trouver un emploi rémunéré et d'intégrer la fonction publique. Ceci entraîne des démotivations qui conduisent à un absentéisme trop fréquent. De plus, les plans de formations ne sont pas suffisamment programmés sur le long terme et obéissent plus à des opportunités personnelles sans rapport constant avec les besoins réels de la santé publique.

Les infrastructures sanitaires sont nombreuses à l'échelle d'une démographie qui dépasse à peine le million d'habitants. Dans le secteur public, on compte outre un hôpital général à vocation de plateau hospitalo-universitaire sur Libreville, un hôpital référent par province. Ajoutés aux hôpitaux parapublics gérés par la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (2 à Libreville, 1 à Port-Gentil), à ceux de la coopération sino-gabonaise et à ceux du système

privé ou parapublic (Hôpital Evangélique de Bongolo - Ngounié, Hôpital de la Fondation Schweitzer de Lambaréné - Moyen-Ogooué), le Gabon présente une panoplie de 27 hôpitaux. A ces structures hospitalières, il convient d'ajouter une quarantaine de centres médicaux et près de 400 dispensaires, arsenal infrastructurel qui devrait — en théorie — constituer un encadrement adéquat pour la population gabonaise. Ce n'est malheureusement pas le cas en raison parfois d'équipements paradoxalement surdimensionnés ou sous-utilisés dans les provinces de l'intérieur, mais aussi en raison, à l'inverse, de structures aux moyens fonctionnels vétustes ou aux plateaux techniques déficients.

D'un autre côté, le système privé répond aux offres de soins d'une population nantie capable de payer les frais élevés de consultations spécialisées ou d'hospitalisations dans un environnement technique correct. C'est la preuve que la réussite du système de soins passe plus par une capacité de gestion et d'organisation que par une pléthore de moyens humains et techniques.

A côté de ce système formel de soins, il ne faut pas oublier le rôle important joué par les praticiens traditionnels, dont les prix peuvent tout autant défier toute concurrence comme être à la limite de l'escroquerie. Se faire soigner "à l'indigénat" ou "à la coutume" reste une pratique encore solidement ancrée dans les mœurs des populations gabonaises. Dans le cadre de l'épidémie de SIDA, ces tradipraticiens étaient encore il y a quelque temps un recours très classique, plus limité certainement en 2004, grâce à la baisse des prix des antirétroviraux et avec l'amélioration de l'offre de prise en charge. Ces soins traditionnels, qui font souvent appel à la pharmacopée locale à base de plantes médicinales bien étudiées au Gabon, ont lieu souvent lors de séances villageoises plutôt pratiquées à l'intérieur du pays. Les "ngangas", féticheurs, sorciers, ou guérisseurs peuvent — par ignorance — avoir un rôle néfaste dans les chaînes de contamination des maladies transmissibles par le sang (Ebola, SIDA) car la pratique des scarifications est couramment utilisée, pas toujours avec des règles d'hygiène suffisante (partage de lames). Toutefois, ces tradipraticiens essaient de trouver leur place dans l'offre de soins et certains d'entre eux se sont même structurés en associations reconnues, qui peuvent jouer un rôle positif dans la lutte contre l'épidémie de SIDA au Gabon (réorientation pour un dépistage sérologique, accompagnement psychologique, traitement de maladies opportunistes, soutien thérapeutique pour de la symptomatologie fonctionnelle).

Le budget consacré à la santé des populations gabonaises reste notoirement insuffisant, pour la part qui concerne le financement assuré par l'Etat : 3,6% en 2002 et 2,9% en 2003. [Pour l'année 2001, l'Organisation Mondiale de la Santé annonce un total des dépenses de santé de 197\$ par habitant]. En 1997, le budget d'Etat pour la santé s'est élevé à plus de 34 milliards de FCFA sur un budget total de 532 milliards de FCFA, soit une part de 6,6%. Même si en volume ce budget a subi entre 1996 et 1997 une baisse de 10%, la part consacrée par l'Etat pour la santé de chaque citoyen gabonais représentait alors par an une somme supérieure à 30.000FCFA par habitant. A ce financement d'Etat, il convient d'ajouter des aides extérieures dont la France supporte la plus large part (71% en 1996 et 67% en 1997 : 5 millions de dollars US par an). Le système des Nations-Unies, l'Union Européenne, les coopérations bilatérales et désormais le Fonds Mondial pour la lutte contre le SIDA, apportent également une contribution importante à cette aide, dans laquelle il ne faut pas oublier les contributions des communautés religieuses, ainsi que celles des entreprises dont les plus importantes prennent en charge les soins de leurs employés.

Malgré ce volume financier disponible, sans commune mesure avec ceux appliqués dans les pays voisins, les interventions ne sont pas toujours rationnelles pour être efficaces. Les dépenses engagées pour les soins curatifs représentent 95% des dépenses totales contre 5% seulement pour la prévention.

1.3. La politique du médicament

Avant la dévaluation du Franc CFA, le marché pharmaceutique gabonais se situait à 16 milliards de FCFA. Ce montant des importations de médicaments était de 2 à 5 fois supérieur à celui de certains états africains 3 à 8 fois plus peuplés, mais le Gabon concerne des populations il est vrai à pouvoir d'achat supérieur.

La crise économique des années 90 a entraîné en ce qui concerne le secteur pharmaceutique un redéploiement du marché en raison des coûts élevés des médicaments de spécialités dont l'approvisionnement était habituellement assuré par le marché historique français.

Si après la dévaluation ces ventes ont fortement chuté, le secteur privé semble avoir retrouvé depuis quelques années son chiffre d'affaires d'avant la dévaluation. Un second grossiste répartiteur est désormais présent à Libreville qui compte plus de 30 officines privées. Sur l'ensemble du territoire, près de 60 dépôts pharmaceutiques permettent aux populations d'accéder aux médicaments.

En 1997, le budget consacré aux médicaments et produits chimiques par l'Etat s'est élevé à 4 milliards de FCFA, mais en 2004 les arriérés de paiement s'établissent à près de 5 milliards de FCFA depuis 2001.

Bien que de nouveaux systèmes aient pu être proposés notamment en terme structurel et organisationnel, les réponses apportées ont buté sur un certain nombre de problèmes non toujours résolus : centrale d'achats, recouvrement des coûts, appel d'offres, dénominations communes obligeant à se conformer à des normes internationales. Dans l'approvisionnement en antirétroviraux, ces problèmes ont été soulevés lors de la mise en place du programme *Access* (Degui, 2002).

Malheureusement, cette offre thérapeutique en cours de restructuration et de rationalisation gestionnaire s'oppose à des freins. Les problèmes d'assurance de qualité des médicaments ont ainsi été l'occasion pour les opérateurs du secteur privé lucratif de refuser la mise à disposition auprès du public de médicaments génériques de faible coût, refus en réalité motivé par leur faible marge *ad valorem* ne les encourageant pas à vendre ces médicaments.

Les systèmes issus de l'Initiative de Bamako bien que non remis en cause, s'opposent à quelques difficultés concernant pour le secteur du médicament, le retard à la mise en place des réformes de réglementation. En tout état de cause, aucune des grandes réformes qui ont été mises en place dans la majorité des pays les ayant adoptées, ne l'a été au Gabon.

Le concept de soins de santé primaire n'a été en fait ni intégré ni diffusé dans les mentalités des acteurs de santé et aucune modification structurelle n'a été constatée. Ainsi par exemple, à Libreville, les centres de santé fonctionnent sur un mode bicéphale, d'un côté mode "dispensaire" de l'autre mode "protection maternelle et infantile", avec chacun leur gestion propre. Le concept de recouvrement des coûts n'a eu jusqu'à présent aucun début de réalisation, même si des expériences ont montré leur faisabilité sous régime de gestion contrôlée.

Dans le secteur pharmaceutique, des mutations structurelles intérieures ont permis d'asseoir les bases d'un système plus performant. Une Direction du Médicament et de la Pharmacie (DMP) a été créée, faisant suite à la création de l'Office Pharmaceutique National (OPN), et l'Inspection des Pharmacies a été intégrée dans l'Inspection Générale de la Santé.

C'est dire que "matière première" de l'offre de soins, la politique du médicament qui se veut ambitieuse, constitue dans son application un test de la capacité de l'Etat à mieux structurer le système sanitaire. Faute de pouvoir offrir aux populations un médicament de qualité à un prix

accessible et contrôlé, ces populations risquent de se tourner massivement vers des pratiques — qui ont déjà cours d'ailleurs — d'automédication, d'achat sur des marchés illicites. Ces pratiques peuvent certes présenter des dangers individuels mais avoir aussi des conséquences graves sur la santé publique, avec une croissance notable de la résistance de certains germes aux antibiotiques, et plus grave sans doute une résistance aux antirétroviraux. Heureusement, les récentes études pratiquées au Gabon n'ont pas montré de résistance aux molécules antirétrovirales chez les souches de VIH parmi des patients naïfs de traitement (Vergne, 2002).

1.4. Les problèmes majeurs de santé

Les problèmes sanitaires majeurs auxquels les populations gabonaises doivent faire face, en dehors de l'épidémie de SIDA, sont nombreux. A côté de pathologies, causes majeures de mortalité, existent des maladies transmissibles graves et un ensemble d'affections ayant surtout un poids en terme de morbidité.

Parmi les causes majeures de mortalité, il est un couple particulièrement exposés à leurs effets : le couple mère-enfant. Ainsi, malgré certains progrès, les principaux indicateurs de la santé des enfants et des femmes (taux de mortalité infantile, infanto-juvénile et maternelle) restent très préoccupants au Gabon, surtout si on considère le PIB par habitant.

Le taux de mortalité infantile (nombre de décès avant 1 an) est estimé à 99 pour mille (171 pour mille en 1960).

Le taux de mortalité infanto-juvénile (nombre de décès avant 5 ans) supérieur à 200 pour mille jusqu'au début des années 70 est actuellement estimé à 54 pour mille.

Le taux de mortalité maternelle est estimé à 600 décès pour 100.000 naissances vivantes aussi élevé que pour des pays ayant un PIB huit fois moins élevé (au Cameroun par exemple, ce taux est de 430). La grossesse et l'accouchement sont des événements importants dans la contribution à cette mortalité ; l'exercice obstétrical est considéré au Gabon par certains auteurs comme un exercice en situation précaire alors que ce pays possède des atouts indéniables pour offrir aux futures mères une prise en charge de meilleur niveau (Roudière, 1998 ; Meye, 2002).

Parmi les causes directes de mortalité chez les enfants on retrouve la prématurité, les diarrhées, le paludisme, les infections respiratoires, la rougeole.

Des efforts sont pourtant réalisés afin de limiter cette vulnérabilité des enfants. Les récents résultats des journées nationales de vaccination contre la poliomyélite ont montré qu'une mobilisation générale pouvait porter ses fruits. En 1998, dans la province de l'Estuaire, le Ministère de la Santé a pu annoncer un taux de couverture vaccinale pour le VPO dépassant les 80% au deuxième passage chez les enfants de 0 à 59 mois, bien loin des 48% de couverture annoncée pour 1995 au niveau national [en 2003, cette couverture était de 28%].

A côté des causes infectieuses de mortalité chez l'enfant, il faut noter celle liée à la drépanocytose évaluée à 12,6%.

Pour les femmes, même si le paludisme est lui aussi une cause de mortalité, ce sont essentiellement les complications des grossesses et des accouchements qui jouent un rôle important dans les étiologies mortelles.

Chez l'adulte, les causes principales de mortalité se retrouvent dans les hépatopathies dues à l'alcool mais dues aussi aux conséquences des infections par les virus de l'hépatite B et C. Dans la population générale, la prévalence de l'Ag HBS avoisine 10% et celle de l'hépatite C dépasse les 25% dans la population des plus de 54 ans. D'autres pathologies comme les cardiopathies valvulaires post-rhumatismales, les conséquences de l'hypertension artérielle, les cancers du col utérin chez la femme sont des causes fréquentes de mortalité.

Parmi les affections transmissibles graves, nous mettrons à part le paludisme qui reste certainement encore — mais le SIDA lui partage de plus en plus cette place — la cause première des affections morbides et mortelles. On estime à 100.000 cas par an le nombre d'accès déclarés, mais ce chiffre est sous-évalué. Le *Plasmodium falciparum* est le plus prévalent mais on trouve aussi *P. ovale* et *P. malariae*. Il s'agit d'un paludisme holoendémique et à transmission pérenne aux conséquences souvent fatales dans le couple de la mère et de l'enfant. Près de 7 femmes enceintes primigestes sur 10 sont porteuses de l'hématozoaire et le Plasmodium est responsable de plus de 40% des fièvres de l'enfant de moins de 10 ans, avec une mortalité hospitalière de 10% [moins de 2% des enfants de moins de 5 ans dorment sous moustiquaire imprégnée].

Parmi les autres affections parasitaires présentes au Gabon, la trypanosomiase semblait contrôlée en 1990 avec moins de 100 nouveaux cas par an. Elle sévit dans deux foyers : celui de l'Estuaire près de Libreville qui compte 16.000 personnes exposées et celui de l'Ogooué-Maritime près de Port-Gentil (4.500 personnes exposées). En 1998, six cas ont été notifiés en stratégie passive de diagnostic. Entre 1992 et 1997, un total de 237 malades sommeilleux ont été dépistés au Gabon, dans près de 50 villages.

D'autres affections parasitaires sont également présentes au Gabon et ont un impact en terme d'incapacité et de coût thérapeutique : bilharziose, loase, nématodose intestinale, amibiase. Parmi ces parasitoses, l'onchocercose sévit dans 11 foyers répertoriés où l'on estime que 60.000 personnes sont infestées.

Enfin, un particularisme viral au Gabon réside dans la forte prévalence de l'infection à HTLV-1. Cette prévalence (8,5%), plus élevée en zone rurale qu'en zone urbaine, est du niveau des zones les plus touchées dans le monde comme le Japon et les Caraïbes, pour atteindre près de 25% dans les tranches d'âge supérieure à 60 ans (Le Hesran, 1994).

Enfin, les quatre épidémies de fièvre hémorragique à virus Ebola (FHVE) ont illustré un concept d'émergence, voire d'endémisation d'un pathogène récent (le virus Ebola a été identifié à l'occasion de deux épidémies survenues simultanément en 1976 au sud du Soudan et au nord de la République Démocratique du Congo (ex-Zaïre)). Ces quatre épidémies gabonaises se sont toutes développées dans la province de l'Ogooué-Ivindo (Makokou) et leur bilan global a été de 207 cas et de 150 décès (létalité : 72%). Même si les mesures d'alerte et de contrôle sont encore à améliorer, ces épidémies ont permis de mobiliser des énergies locales et de mettre en place - au-delà des coopérations internationales - des structures et des procédures capables de répondre à toutes nouvelles crises de ce type (Milleliri, 2004).

Mais parmi toutes ces affections et maladies dont le Gabon est marqué, les Infections Sexuellement Transmissibles (IST, anciennement dénommées MST, pour Maladies...), jouent (et ont joué) un rôle indéniable dans l'infection à VIH/SIDA en favorisant les contaminations sexuelles.

En effet, les IST classiques : gonococcies, syphilis, chlamydias, chancres mous... affectaient la santé des populations du Gabon bien avant la découverte du VIH et le développement de l'épidémie de SIDA. Dans le Haut-Ogooué, une étude du début des années quatre-vingt (Yvert, 1984) avait mis en évidence la forte prévalence des IST classiques dans les populations avec notamment un taux d'isolement de *Neisseria gonorrhoeae* chez les femmes enceintes présentant une fréquence de 1500 cas par an pour 100.000 femmes. L'incidence de ce germe était évaluée à l'époque dans les différents dispensaires à 440 cas pour 100.000 habitants avec un

sex-ratio de 4,6 en faveur des hommes et une tranche d'âge de prédilection des 15 à 20 ans. Les analystes voyaient dans ces forts taux d'IST les causes de non développement démographique du Gabon, lié aux conséquences de ces infections sur la fécondité. Ce problème majeur de santé publique fut entre autre à l'origine de la création de Centre International de Recherches Médicales de Franceville (CIRMF), dont la mission originelle était de trouver les causes et/ou les facteurs pouvant expliquer ce faible taux de fécondité gabonais.

Ainsi en 1990, 15.800 cas de maladies "vénériennes" ont été officiellement déclarés chez les plus de 15 ans, soit un taux de prévalence de 2,8%, chiffre en-deçà de la réalité en l'absence de système national de surveillance des IST.

En 1986 et 1987, deux enquêtes portant sur la syphilis, réalisées la première à Libreville et la seconde dans la province du Haut-Ogooué avaient mis en évidence des taux de prévalence respectifs de 19,6% et de 13,1%, dont les auteurs rapportaient justement que ces taux élevés témoignaient d'un risque important de l'infection à VIH/SIDA au Gabon (Dupont, 1988).

En janvier 1996, une enquête séroprévalente menée à Franceville (Bertherat -b, 1998) a mis en évidence que plus de 13% de la population sexuellement active présentaient une sérologie positive pour l'une au moins des 4 IST recherchées alors : VIH, HTLV, chlamydia, syphilis. A Libreville, en 1995 et 1996, avait démarré un projet-programme de dépistage actif des IST chez les femmes enceintes appliquant une algorithme clinique basé sur des facteurs de risque (Bourgeois, 1998). Dans ce projet-étude, la prévalence des IST classiques chez les femmes enceintes avait été mesurée à : 11% pour les chlamydias, 4% pour les gonococcies, 5% pour la syphilis, 15% pour les trichomonases et 9% pour les candidoses.

En 1997 et 1998, une consultation réalisée à l'Université des Sciences et Techniques de Masaka (USTM), campus universitaire de Franceville) a montré que les infections à *Chlamydia trachomatis* sont très présentes, plus chez les femmes que chez les hommes : 40% des femmes prélevées présentaient une infection active pour ce germe. La prévalence de l'infection par le VIH a fait un bond de près de 70% passant de 5,6% en 1997 à 9,5% en 1998 dans cette population. Seul le VIH-1 a été retrouvé. Il faut noter l'émergence de pathologies telle que l'infection par Mycoplasma - Ureaplasma (48% de l'échantillon de patients testés). Ce chiffre corrobore, les résultats trouvés à Libreville dans le cadre de l'activité du laboratoire de la Faculté de Médecine et des Sciences de la Santé (FMSS), où *Ureaplasma urealyticum* a été le germe le plus isolé en 1998 avec 43% des identifications parmi 150 patients présentant des signes d'IST (Ndjoyi, 1999).

Un certain nombre de consultants de 1997 (6,5%) se sont représentés l'année suivante avec des pathologies identiques à celles pour lesquelles ils avaient été traités auparavant. De plus, 12% d'entre eux s'était infectés par le VIH durant ce laps de temps : ce chiffre qui pourrait correspondre à un taux d'incidence d'une cohorte de patients suivis pour IST illustre la susceptibilité des IST classiques dans la contamination par le VIH (Milleliri in Barnes, 2003).

Parmi tous les éléments du survol sanitaire de la situation gabonaise, ce dernier paraît être le plus déterminant pour expliquer l'augmentation du niveau de l'infection à VIH/SIDA avec une brutale augmentation au milieu des années quatre-vingt-dix. Les infections sexuellement transmissibles classiques ont d'autant plus facilement joué comme un facteur favorable aux contaminations par le VIH que les programmes de contrôle de ces infections sont peu développés au Gabon. La précocité des relations sexuelles, illustrée par un âge médian des premiers rapports sexuels de 16,1 ans chez les femmes et de 16,9 ans chez les hommes, associée à des relations intergénéraliques (hommes plus âgés vers femmes plus jeunes dans un écart d'environ dix ans) font que l'infection à VIH facilitée par ces IST classiques a pu plus facilement diffuser dans les couches de la population. De plus, même si un tiers des femmes

(34%) a commencé à utiliser le préservatif, malgré les risques que peuvent faire courir certains comportements, plus de deux femmes sur cinq (44%) ont déclaré ne rien avoir changé à leur comportement sexuel depuis qu'elles ont entendu parlé du SIDA. Les hommes ont été proportionnellement plus nombreux que les femmes à modifier ce comportement à risque (78% des hommes ont adopté un comportement sécuritaire, intégrant l'usage du préservatif, la fidélité ou l'abstinence totale). Plus de la moitié (58%) ont commencé à utiliser le préservatif (DGSEE, 2000).

Ce survol de la situation sanitaire gabonaise permet donc de mesurer les défis que la Gabon doit relever dans le domaine de la santé, et de trouver à sa lecture un certain nombre d'éléments pouvant expliquer au Gabon une diffusion de l'infection à VIH/SIDA : mauvaise adéquation entre les ressources existantes et leur mise à disposition pour les populations, poids de certaines pathologies distrayant les capacités sanitaires d'un problème émergent comme le SIDA, taux de prévalence des IST classiques pouvant favoriser les contaminations nouvelles par le VIH/SIDA.

L'illustration de l'épidémie de SIDA dans ce pays est donc un défi supplémentaire. Confrontées, dans une zone tropicale, véritable "bouillon de culture", à de multiples pressions infectieuses et parasitaires, les populations gabonaises ont été confrontées à un ensemble de facteurs favorisant la montée en puissance de l'épidémie dans leur pays.

Même si l'expression des maladies prend de plus en plus en zone urbaine le masque des pathologies occidentales (cardiovasculaires, respiratoires et hépatiques liées au tabac et à l'alcool notamment), comme elle le fait dans les mégapoles africaines (Fournet, à paraître), l'infection par le VIH/SIDA va peser de nombreuses années encore sur les capacités du Gabon à juguler son extension.

La panoplie et les capacités de prise en charge de ce problème de santé publique existe pourtant. Parfois à la pointe des techniques modernes (unité de télémedecine, scanner, unité de cobaltothérapie, centre de recherches, plateau hospitalier privé de premier plan), et capable de mobiliser des ressources sur ce type de sujet, le Gabon doit encore ajuster cette panoplie afin qu'elle ne constitue pas qu'une simple façade mais qu'elle soit utilisée à mieux servir les populations qui en ont les besoins les plus urgents.

2. Le Gabon, un territoire de contrastes

2.1. Histoire

Au XV^{ème} siècle, les navigateurs portugais établissent les premiers contacts entre l'Europe et ce qui allait devenir le Gabon, donnant à l'estuaire qu'il découvre le nom de gabão en raison de sa ressemblance avec un caban de marin (Gaulme, 1988). Au milieu du XIX^{ème} siècle, le Gabon s'allie à la France par divers traités de protection, le premier signé le 9 février 1839 entre le roi Denis Rapontchombo et le capitaine de Vaisseau Bouët-Willaumez chargé de sélectionner des points d'escale pour l'escadre française de répression du trafic des esclaves et, par la même occasion, de créer des comptoirs commerciaux français dans ces escales. En 1910, le Gabon devient une partie de l'Afrique équatoriale française.

Libreville, la capitale, se développe autour du fortin dénommé Fort d'Aumale, bâti sur un terrain cédé aux Français sur la rive droite du Komo par le Roi Louis Dowe en 1842. En 1849, l'escadre française capture un navire négrier, décide d'installer à quelque distance du Fort d'Aumale les esclaves libérés, et donne au nouveau village son nom actuel.

Après la période coloniale, le Gabon accède à l'Indépendance le 17 août 1960.

2.2. Morphologie

Sur le plan morphologique, le Gabon se caractérise par trois éléments : des plateaux et des massifs cristallins, des bassins sédimentaires et des pénéplaines, un bassin côtier de littoral (Ministère de l'Éducation Nationale de la République Gabonaise, 1983). Les massifs montagneux comprennent les Monts de Cristal (au nord, plus de 800 m), la chaîne de Mayombé, le Koumounabouali, les massifs du Chaillu (au sud) avec le Mont Iboundji (1575 m), point culminant du pays.

Le pays est drainé par des cours d'eaux navigables sur 3000 km environ avec deux grands bassins : le bassin de l'Ogooué et le bassin côtier.

La morphologie mouvementée du relief gabonais et la part prise par la forêt équatoriale comme obstacle à la communication inter-humaine peu avoir joué un double effet dans l'infection par le VIH/SIDA : effet protecteur initial (le Gabon n'étant pas un pays de passage mais de destination), effet amplificateur secondaire avec la multiplication des trajets intérieurs pour les populations résidentes originaires des provinces et faisant dans des aller-retour circulaires de déplacements à double éléments de diffusion-contamination.

Le climat du Gabon est de type équatorial chaud (moyenne annuelle de 26° Celsius) et humide avec des saisons des pluies marquées (entre 1500 mm et 3000 mm d'eau par an).



Illustration 7 : la forêt gabonaise, 1998 © Trolez

2.3. Politico-administratif

Le Gabon s'est ouvert au pluralisme politique en 1990. Le Président de la République, El Hadj Omar Bongo Odimba, au pouvoir depuis 1967, a été réélu en décembre 1998 pour 7 ans.

Sur le plan politique, le Gabon bénéficie d'une stabilité sociale qui lui a permis dans une Afrique soumise à bien des maux de trouver une place de choix. Le rôle de son Président, comme médiateur et facilitateur dans la conclusion de certains conflits régionaux (Congo-

Brazzaville, République Démocratique du Congo, Angola) voire au-delà de la sous-région centro-africaine (Côte d'Ivoire) a donné encore plus de poids politique à ce pays (US Department of State, 2002).

La prise de parole du Président Bongo lors de la 26^{ème} session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA le 25 juin 2001 à New York, illustre cette entrée de la problématique de l'infection dans des considérations internationales dont le volet sécuritaire fait désormais partie (www.un.org/ga/aids/statements/docs/gabonF.html).

De même, la présidence de cette Assemblée attribuée pour un an au Gabon en septembre 2004, par la représentation de son ministre des Affaires étrangères Jean Ping, contribue à l'élargissement du champ politique de ce pays de sujets dont ceux liés au développement et à l'infection par le VIH/SIDA seront au premier plan des discussions.

Au niveau continental, les observateurs s'interrogent sur le rôle que peut jouer le NPDA (Nouveau Développement pour l'Afrique - NEPAD, dans la terminologie anglo-saxonne) comme moteur d'une nouvelle dynamique politique en faveur du développement. L'intégration des problématiques liées à l'infection du VIH/SIDA cet engagement des communautés politiques africaines (Milleliri -b, 2003).

Les perspectives de l'élection présidentielle de novembre 2005 ont fait entrer le pays dans une série de manœuvres préparatoires, dont le récent remaniement gouvernemental du 4 septembre 2004 est certainement une illustration. (Le changement de porte-feuille au Ministère de la santé est un élément notable, pour notre recherche dans le cadre de l'épidémie de SIDA, traduisant sans doute un nouveau cycle d'actions : « Faustin Boukoubi connaissait la Santé comme son corps. Il a posé des actes... Paulette Missambo prend les rênes de la Santé... on peut compter sur sa grande expérience et sa maîtrise des dossiers... avec des défis qui l'attendent... : source : www.gabonflash.com 20 septembre 2004).

L'épidémie de VIH/SIDA a des effets géopolitiques indéniables en Afrique (Cépré, 1994) et le Gabon n'est sans doute pas épargné par ce phénomène. Le nombre de changements de directeurs du PNLS (3 en 4 ans sur la période 1996-2000) en est une illustration, comme le sont les engagements successifs d'hommes ou de conseillers politiques sur le sujet, alors que ce dernier était resté longtemps tabou dans ces milieux. Il faut sans doute se réjouir de tels engagements s'ils ne sont que la manifestation d'une volonté sincère d'appuyer les actions sur le terrain, et non le prétexte ou l'alibi pour une prise de terrain politique par le biais de ce sujet. Certains voient dans ces activités de plaidoyer ou dans ces actions menées sur le terrain une façon d'occuper l'espace politique, et de transformer une activité politisée en capital politique (Pokam, à paraître). C'est dire que ce territoire supplémentaire, inconnu il y a vingt ans est une nouvelle manifestation de l'effet de l'épidémie sur les sociétés. Cette épidémie interagit elle-même dans la définition et les limites de ces nouvelles entités territoriales.

2.4. Démographie, peuplement et déplacement des populations

Le Gabon, dont la capitale est Libreville (600.000 habitants), est organisé administrativement en 9 provinces : l'Estuaire (Libreville), le Haut-Ogooué (Franceville), le Moyen Ogooué (Lambaréné), la Ngounié (Mouila), la Nyanga (Tchibanga), l'Ogooué Maritime (Port-Gentil), l'Ogooué Ivindo (Makokou), l'Ogooué Lolo (Koulamoutou), le Woleu Ntem (Oyem).

Le village est la plus petite unité administrative dans un canton (152 cantons). Trois mille trois cent quatre (3304) villages et regroupements de villages sont dénombrés au Gabon.

Au Gabon, l'urbanisation s'est caractérisée par un fort accroissement des villes, sans réelle planification ou plan d'aménagement du territoire. Associée en raison d'un développement économique à une concentration des travailleurs dans ces cités, cette concentration de la population dans les villes aurait dû s'accompagner du développement d'infrastructures à caractère physique ou social. La création de quartiers périphériques, notamment à Libreville avec une extension vers l'est, est le témoin de constructions spontanées, anarchiques, sur des terrains non viabilisés et que les tentatives récentes de réglementation ont du mal à empêcher. Ces implantations précaires et désordonnées dans des environnements sous-équipés concourent à des concentrations de risques particuliers, d'autant que la population qui y réside est plus vulnérable en raison d'un niveau d'éducation faible, d'une capacité économique très basse et d'un accès limité à des services sanitaires et sociaux. Le développement des villes secondaires comme solutions proposées à la limitation et au contrôle de l'accroissement chaotique des mégalofoles gabonaises (essentiellement Libreville) n'a sans doute pas trouvé suffisamment d'écho, mais attiré par le mirage et les lumières des capitales administrative et économique du pays, de nombreux Gabonais ont choisi l'exode définitif en quittant leur ville ou village d'origine (Ondo Ossa, 1994).

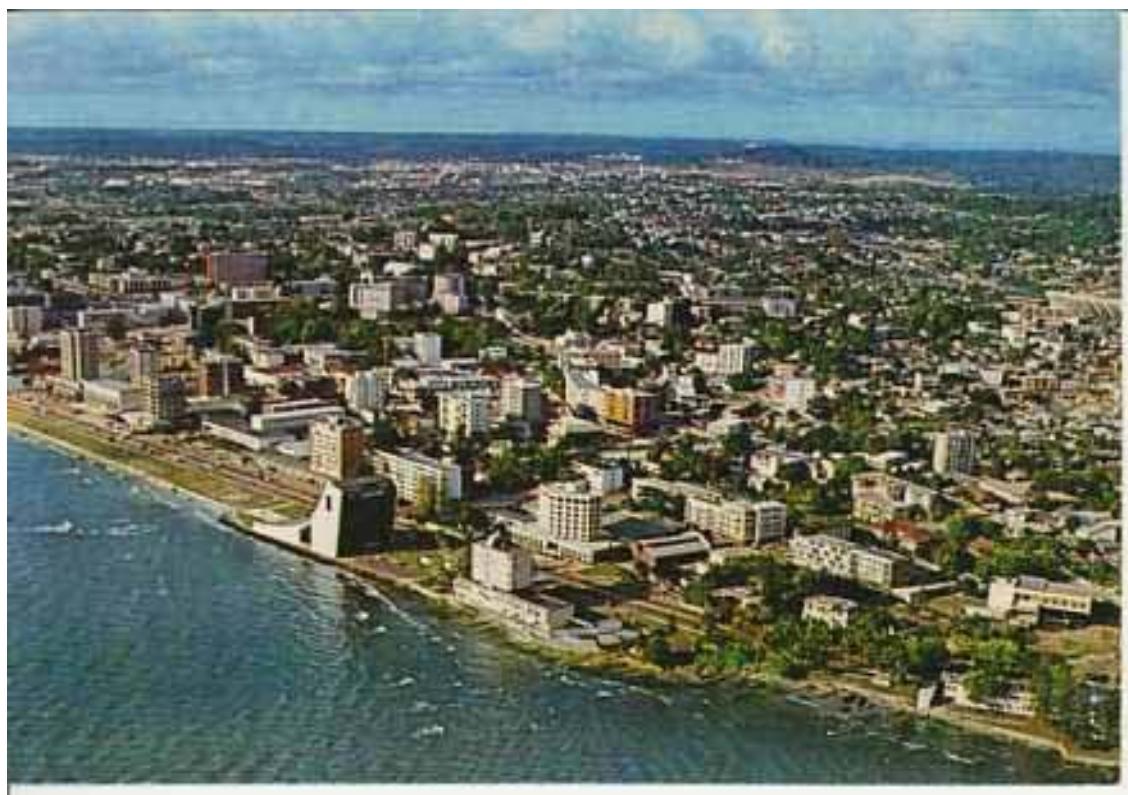
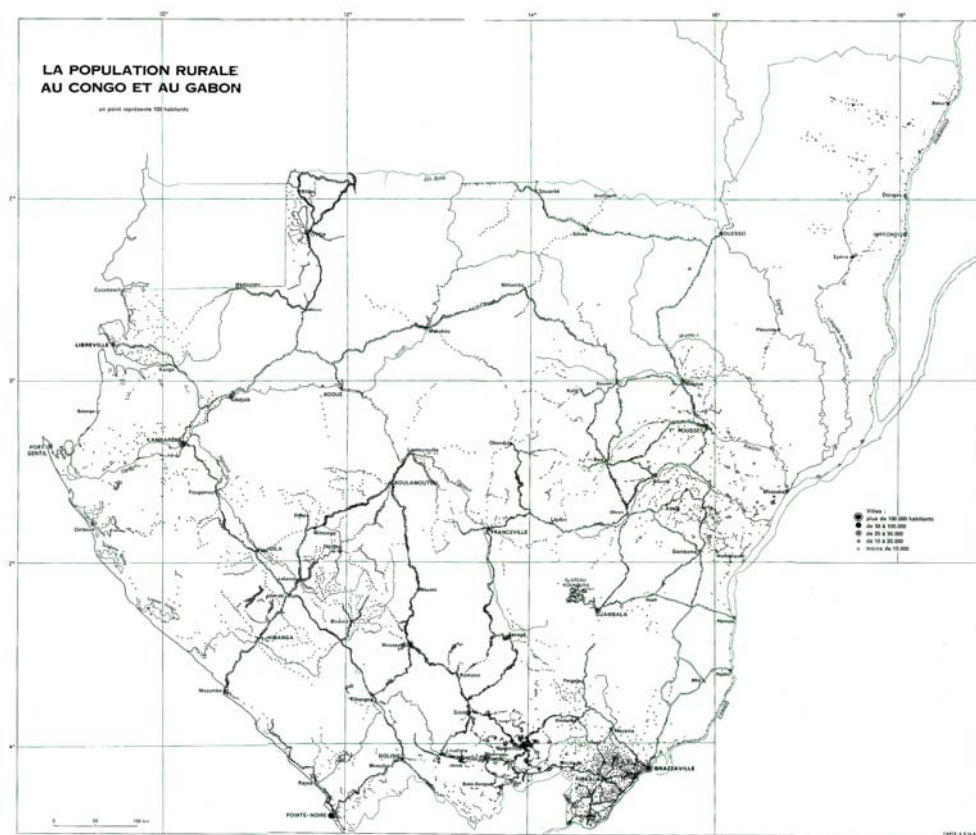


Illustration 8 : Libreville vue d'avion © Trolez

Situé de part et d'autre de l'équateur, entre les latitudes 2°30'N et 3°55'S et entre les longitudes 10°E et 14°E, le Gabon est un pays africain d'une superficie de 267.667 kilomètres carrés dont la population recensée en 1993 s'élevait à 1.014.976 habitants, et dont l'estimation en 2003 (DGSEE, 2000) portait sur un total de 1.300.000 personnes (densité : 4,8 habitants au km²). Cette densité est toute relative car l'étendue de la forêt réduit les espaces "utiles" de peuplement. Ce fait a été parfaitement illustré par Sautter (Sautter, 1966) pour qui « les routes

ont contribué à drainer une population croissante vers les centres ruraux », égrenant sur les axes de circulation (routiers ou fluviaux) des groupements de populations et de regroupements de villages.



Carte 10 : le peuplement le long des axes de communication au Congo et au Gabon (Sautter, 1966)

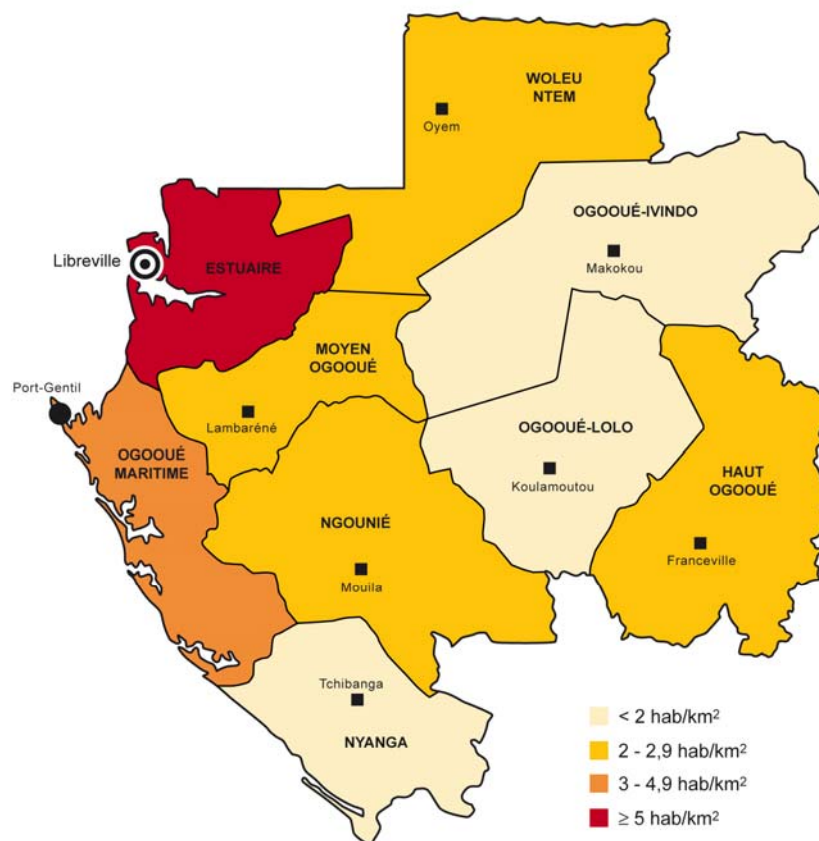
Les données du recensement de 1993 illustrent ce contraste démographique avec des pôles d'attraction notable, dans lesquels les sites urbains et les provinces qui les accueillent sont prépondérants.

Tableau 18 : Données du recensement 1993 – Gabon

Provinces	Chef-lieu	Superficie	Population	urbaine	rurale	densité	% pop. tot.
Estuaire	Libreville	20 740	463 187	427 950	35 237	22,3	45,64
Haut-Ogooué	Franceville	36 547	104 301	76 378	27 023	2,8	10,28
Moyen-Ogooué	Lambaréné	18 535	42 318	18 726	23 590	2,3	4,17
Ngounié	Mouila	37 750	77 781	37 520	40 261	2,1	7,66
Nyanga	Tchibanga	21 285	39 430	21 815	17 615	1,9	3,88
Ogooué-Ivindo	Makoukou	46 075	48 862	17 775	31 087	1,1	4,81
Ogooué-Lolo	Koulamoutou	25 380	43 915	19 379	24 536	1,7	4,33
Ogooué-Maritime	Port-Gentil	22 890	97 913	87 659	10 254	4,3	9,65
Woleu Ntem	Oyem	38 465	97 271	35 094	62 177	2,5	9,58
		267 667	1 014 976	742 296	272 680	3,8	100,00

Source : Direction générale des statistiques – Recensement 1993. Gabon, 1995

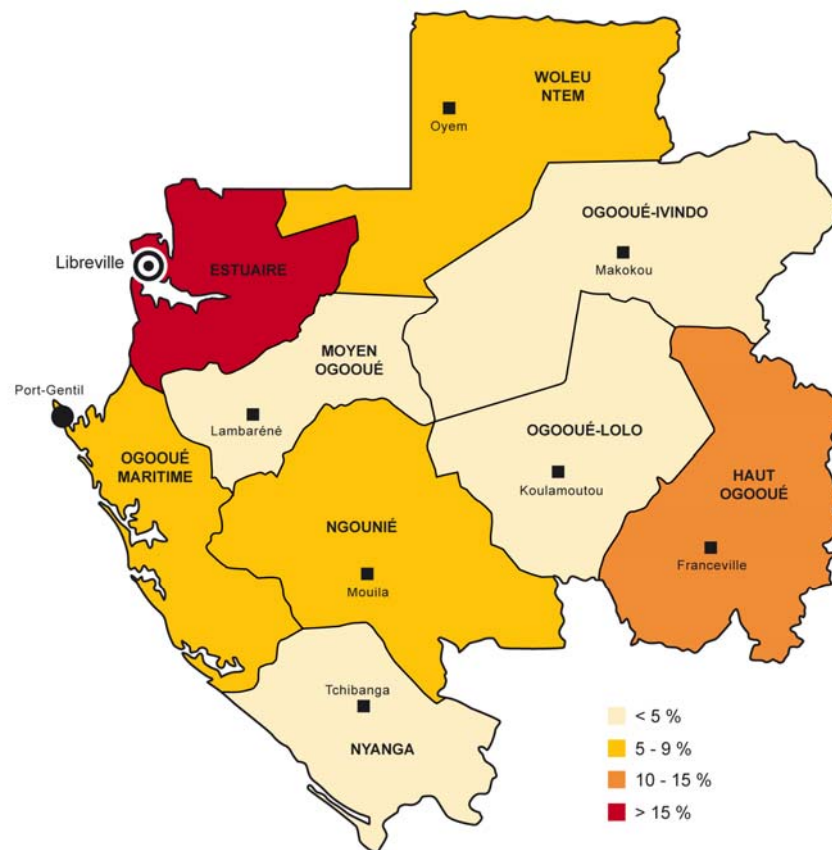
La carte 11 ci-après illustre la disparité de cette répartition territoriale des populations avec une attraction bipolaire vers la province abritant la capitale administrative, Libreville, et vers celle abritant la capitale économique, Port-Gentil.



Carte 11 : densité des populations par province (Gabon, 1993)

Si la question démographique gabonaise est à la fois un sujet complexe, où le sous-peuplement est la caractéristique principale, notamment expliquée par un environnement forestier répulsif (Djeki, 1996), la distribution géographique de la population est marquée par une discontinuité évidente de l'espace mais un continuum régulier des regroupements humains le long des axes de communication et de circulation (Sautter, 1966).

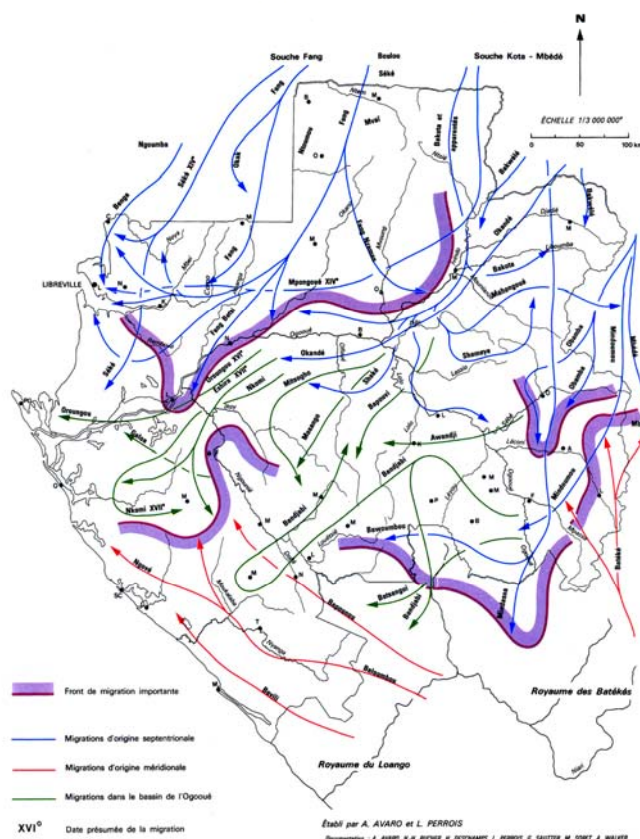
Cette discontinuité est également illustrée (carte 12), ci-après, par la part des populations de chaque province dans l'ensemble démographique gabonais avec l'impression d'un "relief" de répartition où domine l'Estuaire et le Haut-Ogooué.



Carte 12 : répartition de la population par province (Gabon, 1993)

Ces pôles d'attraction trouvent des origines historiques dans les migrations venues du Nord (Myéné, Kota, Fang), du Sud de façon moins importante (Téké) ou plus récente (Punu). Cet examen des migrations anciennes est en faveur d'un peuplement assez récent du Gabon, daté d'environ six ou sept siècles. Le phénomène migratoire s'est circonscrit après la colonisation à un espace fermé, et s'est développé selon des attractions très économiques, telles qu'elles ont pu être mise en évidence notamment dans le Haut-Ogooué avec le développement des espaces miniers de Moanda et de Mounana (Hamono, 1971).

Mais cette mobilité spatiale semble être une caractéristique des populations gabonaises (Sautter, 1966), en dehors de toute contrainte de pression extérieure. Ainsi l'instabilité générale de l'habitat est attestée par les observateurs du XIX^{ème} siècle (Du Chaillu in Pourtier - a, 1989), faisant décrire les populations du sud-ouest gabonais à un administrateur en 1900 comme étant « à habitat variable sans être pour cela des nomades ».



Carte 13 : migrations historiques, d'après Avaro et Perrois (Edicef, 1983)

La structure de la population est restée constante depuis 1993 : 40% pour la population de moins de 15 ans, les 15-64 ans représentant 55% de cette population, les plus de 65 ans 5% (DGSEE, 2001). Il s'agit d'une population jeune que traduit la pyramide des âges avec un ratio de genre légèrement en faveur des femmes (sex-ratio : 1,02).

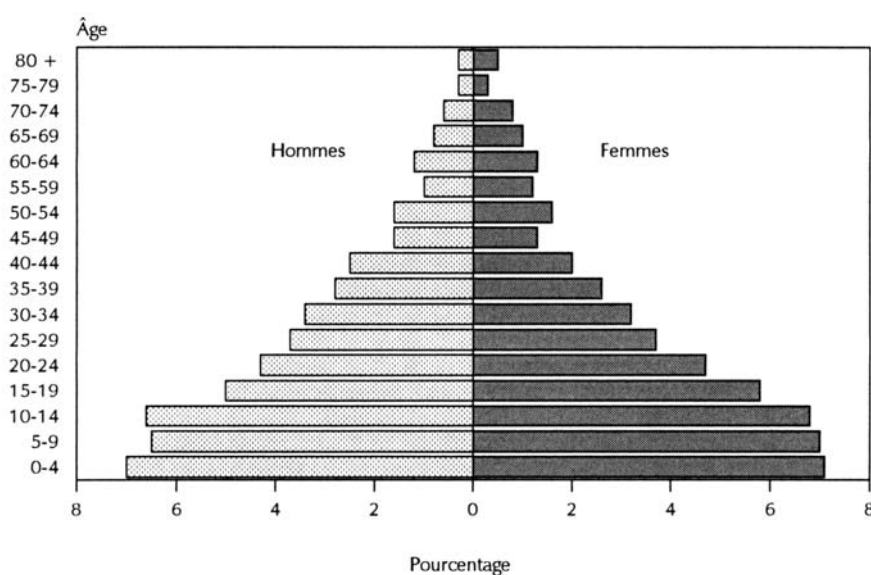


Figure 1 : pyramides des âges de la population gabonaise (DGSEE, EDSG 2000)

Le taux de croissance est de 2,9% par an entre 1975 et 2002, et 83% de cette population vit en milieu urbain (PNUD, 2004). La population de Libreville est estimée à 600.000 habitants à comparer avec les 29.000 habitants de 1960 et avec les 420.000 habitants de 1993 (Djeki, 1996). En 2000, la part de la population habitant Libreville et Port-Gentil était estimée à 57% de femmes et 56% des hommes vivant au Gabon (DGSEE, 2000). Une caractéristique de la population gabonaise est la part de la communauté étrangère résidante sur le territoire. En 1985, plus de 130.000 étrangers étaient recensés au Gabon, et bien qu'en raison d'une récession économique un certain nombre de ceux qui sont venus dans le pays [attirés par les possibilités d'emploi et l'attrait du mirage gabonais en plein essor au début des années 1980] soit rentrés dans leurs pays d'origine, il apparaît que 23% des hommes et 16% des femmes résidant au Gabon en 2000 sont des extra-nationaux pour la plupart originaires d'Afrique centrale (Cameroun, Congo) (DGSEE, 2000).

Cette immigration n'est sans doute pas aussi contrôlée qu'en appelait des ces vœux C. Bouet lorsqu'il proposait la venue de travailleurs africains extra-nationaux dans un choix politique volontaire et dirigé pour contrebalancer la faiblesse quantitative et qualitative de la main-d'œuvre locale (Bouet, 1978). Cette immigration africaine qui prend une part notable dans le peuplement (essentiellement urbain) au Gabon, constitue un élément participatif à la circulation virale dans le pays, favorisant également l'émergence de souches recombinées entre les sous-types régionaux (Pandrea, 2002 ; Montavon 2002).

En raison de conditions naturelles jouant sur l'élongation des distances, en raison d'un relief tourmenté, d'une forêt équatoriale difficilement pénétrable, et de la densité d'un réseau hydrographique qui constituent autant d'obstacles au développement d'une réseau de communications terrestres, l'avion joue un rôle primordial au Gabon. Sous l'impulsion du besoin des forestiers enclavés dans des exploitations à l'intérieur du pays, un réseau dense d'aérodromes se développe très vite après les années 1950. En 1977, l'aéroport de Libreville ayant des capacités de trafic international, est en-tête du classement de aéroports d'Afrique francophone, notamment pour le trafic intérieur (171.000 passagers).

La situation du trafic aérien en 1980 illustre cette importance du trafic intérieur en donnant une image spatiale de la répartition des volumes de passages provinciaux et par là des brassages de populations inhérents à ces déplacements.

Provinces	Villes	Volume passagers	p.cent
Estuaire	Libreville*	460 880	68,4%
Ogooué-Maritime	Port-Gentil	107 726	16,0%
Haut-Ogooué	Franceville - Mvengué	18 599	4,4%
	Moanda	10 845	
Woleu Ntem	Oyem	21 961	5,4%
	Bitam	14 567	
Ogooué-Ivindo	Makokou	8 248	1,2%
Ogooué-Lolo	Koulamoutou	6 945	1,7%
	Lastourville	4 182	
Nyanga	Tchibanga	8 980	1,3%
Ngounié	Mouila	5 099	0,8%
Moyen-Ogooué	Lambaréné	5 534	0,8%
Total		673 566	100,0%

Tableau 19 : Trafic annuel passagers des aéroports du Gabon en 1980 (Ministère Education Nationale, 1983)
[Libreville*, trafic intérieur et international]

Les importantes différences de trafic entre les chefs-lieux de province sont liées aux activités économique provinciale de l'époque (pôle économique et pétrolier de l'Ogooué-Maritime, pôle minier du Haut-Ogooué) ainsi qu'aux densités de population. Mais une constante générale de cette analyse est que les Gabonais se déplacent beaucoup. Ce point peut constituer un élément explicatif d'une émergence puis d'une diffusion de l'infection à VIH/SIDA au Gabon ainsi que des disparités spatiales qui en ont résulté.



Illustration 9 : aéroport provincial (Gabon, 1997) © Trolez

Au Gabon, le catholicisme est pratiqué par 65% de la population. Les réticences de l'Eglise à promouvoir l'usage du préservatif ont pu également avoir été un frein - dans ce pays - au développement de campagnes de promotion de ce moyen de prévention. A titre d'illustration, en janvier 1997, une fresque éducative réalisée *Boulevard Triomphal*, face au grand centre commercial *Mbolo*, sur une des voies rapides la plus fréquentée de la capitale, mais sur le mur de sous-bassement de l'Archevêché (appartenant toutefois au domaine public), cette fresque a été recouverte dans les 48 heures de peinture blanche sur instructions du clergé. Depuis, l'Eglise gabonaise s'est ralliée aux instances de coordination contre le SIDA au travers notamment de l'implication d'une association regroupant l'Episcopat d'Afrique Centrale (ACERA-SIDA).

L'animisme est très répandu au Gabon et les populations y sont très attachées. C'est dans ce cadre que les praticiens traditionnels sont souvent consultés, et surtout au début de l'épidémie gabonaise pour apporter des solutions spirituelles aux demandes des patients malades et des familles affectées par le VIH/SIDA. La recherche d'une cause extérieure à la maladie entre dans cette démarche.

L'islam ne représente qu'un pour cent de la population, mais se développe dans la société gabonaise. Une nouvelle mosquée a été récemment construite dans le centre-ville de Libreville (non loin du CTA). Nous n'avons pas trouvé d'études portant au Gabon sur les niveaux d'infections de la population musulmane, qui est développée en grande partie dans la population immigrée originaire d'Afrique de l'Ouest (Mali, Sénégal).

Une des caractéristiques du Gabon est aussi le nombre d'ethnies composant sa société humaine. Le pays compte 52 ethnies, dont les plus importantes sont les Fang (30%), les Shira-Punu (28%), les Nzabi-Duma (13%), les autres ethnies les plus représentées à côté des ces groupes étant les Myene-Mpongwe, les Kota-Kélé, les Mbédé-Téké, les Okandè-Tsogho et les Pygmées. Cette caractéristique est souvent prise en compte dans les études publiées sans que des éléments explicatifs apparaissent formellement sur ce facteur d'appartenance.

Un facteur de population important à noter au Gabon comme élément participant au panorama explicatif de la situation face à l'infection par le VIH/SIDA, est le niveau de polygamie dans la société gabonaise. Cette pratique est assez répandue au Gabon puisqu'elle touche plus d'une femme en union sur cinq (22%). Le nombre de femmes ayant, au moins, une co-épouse augmente régulièrement avec l'âge : de 18% à 20-24 ans, la proportion passe à 22% à 30-34 ans et atteint un maximum de 33% à 45-49 ans. La polygamie est plus répandue en milieu rural (27%) qu'en milieu urbain (20%). Chez les hommes, le taux de polygamie (proportion d'hommes en union polygame dans la population des hommes en union), ce taux atteint 12%. Parmi les hommes polygames, 14% ont trois épouses ou plus (DGSEE, 2000).

Ce facteur de polygamie, croisé avec le taux de 30% des hommes déclarant avoir eu des relations sexuelles avec une partenaire hors union lors des douze derniers mois (24% avec deux partenaires ou plus) dans l'Enquête Démographique et de Santé de 2000, montre que cet aspect social peut aussi devenir un facteur explicatif de la diffusion de l'épidémie de SIDA dans des couches générales de la population gabonaise.

2.5. Education

En matière d'éducation, dans l'ensemble, 17% de la population féminine et 12% de la population masculine n'a pas d'instruction (DGSEE, 2000). Ce niveau d'instruction est plus faible en milieu rural, particulièrement chez les femmes et dans les régions sud et ouest. La quasi-totalité des enfants (94%) sont scolarisés mais seulement 65% des 16-20 ans sont scolarisés (âge du secondaire).

La langue officielle est le français.

Le taux d'analphabétisme est de 26% chez les hommes et de 47% chez les femmes.

Il est admis que le niveau d'instruction a un rôle important dans la capacité des populations à s'approprier des connaissances afin de mettre en œuvre des comportements protecteurs face au risque d'une contamination par le VIH/SIDA. Le bon niveau d'instruction gabonais par rapport aux populations des autres pays pourrait concourir à améliorer cet accès à une protection individuelle meilleure. Néanmoins, en milieu scolaire, une enquête récente (PNLS/IST -a, 2003) a montré que les élèves de Libreville, scolarisés dans le secondaire, avaient un mauvais niveau de connaissances sur le SIDA, que leurs conduites sexuelle étaient à risque de contamination, et que la séroprévalence dans ce groupe d'enquête s'élevait à 2,1%.



Illustration 10 : Promotion de la bande dessinée « BD Boom explose la capote » au Lycée Léon Mba, Libreville, 1998 © Milleliri

2.6. Socio-économique

Pays côtier ayant une façade maritime sur l'Océan Atlantique (800 kilomètres de côtes), le Gabon est limitrophe de la Guinée équatoriale et du Cameroun au nord, du Congo-Brazzaville à l'est et au sud, et de Sao Tomé et Príncipe à l'ouest, en mer. Soixante quinze pour cent (75%) de la superficie du Gabon est occupée par de la forêt. La forêt a sans doute constitué un facteur protecteur de pénétration tant de l'intérieur oriental que des migrations de peuplement venues de la côte. Même si les fleuves ont joué un rôle notable dans cette pénétration, et notamment l'Ogooué, l'occupation de l'espace s'est cantonné aux abords des axes sans diffusion vers des terres à valoriser. Le développement des infrastructures routières, particulièrement l'amélioration du tracé Libreville-Lambaréné a favorisé les échanges intra-territoriaux dont une grande partie est assurée par les plate-formes aéroportuaires bien développées (3 aéroports internationaux) pour un petit pays du point de vue démographique, mais dont la superficie (la moitié du territoire français) réalise une élongation des distances pour des échanges socio-commerciaux courants. La réalisation du chemin de fer transgabonais « Libreville-Franceville » a raccourci ces distances, permettant à une frange de la population des déplacements plus accessibles financièrement, et rapprochant le Haut-Ogooué de l'Estuaire, tout en desservant des stations provinciales, jusqu'alors moins accessibles par les routes, notamment en saison des pluies.



Illustration 11 : Le Transgabonais © Trolez

En raison de l'importance de son PIB, le Gabon est classé dans les Pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure (PRITS). La rente pétrolière a pris en 1956 le relais de la rente forestière, mais il existe un déclin de production depuis 1998.

Le sol et le sous-sol gabonais recèlent des richesses considérables. Bois, pétrole (en baisse), uranium (en fin d'exploitation), manganèse, fer, niobium, baryte, potasse, phosphate, soufre, plomb, zinc, cuivre... sont autant d'atouts pour le développement du pays.

La forêt gabonaise a le privilège d'être l'une des rares forêts équatoriales africaines à peu près intacte. Elle couvre près de 80 % de la superficie du pays. Constituée de plus de 400 essences, elle présente 180.000 km² de réserves, et a contribué essentiellement et pendant longtemps au premier démarrage économique. Les exploitations d'okoumé (90% des essences abattues) se sont développées essentiellement dans la zone centrale du pays après avoir dépassées les permis côtiers initiaux. Ce n'est qu'à partir des années soixante-dix que "l'or noir" a joué un rôle dans l'économie du pays, comme moteur essentiel de la croissance.

Le pétrole qui, jusqu'à présent, constitue 42% du PIB du pays et assure 80% environ des recettes tirées des exportations, est en déclin, les réserves pétrolières gabonaises s'amenuisant. Les cours actuels du baril (plus de 40 \$) compensent temporairement (?) en matières de contrepartie financière cette baisse de production entamée il y a quelques années. L'après-pétrole est donc devenu un thème récurrent de la vie politique et économique gabonaise. Le développement de l'exploitation de produits miniers à fort pouvoir de valorisation : niobium... est venu contrebalancer l'épuisement et la fermeture de certains pôles d'extraction (uranium), tandis que le projet d'un Gabon "vert" totalement ouvert sur le monde, comme une destination touristique à visée économique, est pour l'instant en panne. Les rentes s'épuisent notablement et le système de redistribution qui fonctionnait jusqu'ici est mis à mal. Les conditions de vie de la population se dégradent et la pauvreté, urbaine, en particulier s'accroît.

Dans une très récente présentation de la situation économique de la Cémac (Communauté économique et monétaire de l'Afrique centrale), le gouverneur de la Banque des Etats de l'Afrique Centrale (BEAC), Jean-Félix Mamalépot a présenté les perspectives macro-économiques de la région pour 2004. Si globalement les Etats de la Cémac affichent des indicateurs favorables avec une hausse du PIB de 7,9% en 2004 contre 4,1% en 2003, il existe de grandes disparités. Le Gabon est le pays ayant la croissance la plus faible (1,3%) à comparer au taux de 37% du Tchad qui bénéficie notamment des retombées de l'ouverture du pipeline dans le sud du pays.

Confronté en 1998 à une grave crise financière déclenchée par le faible cours du pétrole et la baisse des ses exportations de bois, le Gabon avait interrompu le remboursement de sa dette en octobre 1998. Depuis mars 1999, il se trouvait hors de tout accord avec le Fonds Monétaire International (FMI). En 2001, le Gabon a réussi à renouer avec les institutions de Bretton Woods et avec les grands bailleurs internationaux, lui ouvrant de nouveau un accès aux modalités de financements et notamment des remboursements de sa dette extérieure. Le remboursement à l'Agence Française de Développement (AFD) – www.afd.fr – en 2001 de plus de 88 millions d'euros d'échéances impayées ont permis à l'agence française de reprendre ses activités au Gabon après plus de deux ans d'interruption (www.izf.net/izf/guide/gabon/aide.htm).

Dans le domaine agricole, récemment, des projets ont vu le jour afin d'augmenter l'emprise sur l'espace à valoriser dans le cadre du développement de cette activité économique, le Gabon visant une autosuffisance en produits agricoles. Ces projets agricoles qui cherchent entre autre à multiplier les zones de culture maraîchère sont créateurs d'emplois (1500) s'appuient sur un prêt de l'Agence française de développement d'un montant de 3,9 milliards de FCA (Nkolo, 2004).

En dépit de ses atouts économiques et politiques, le paradoxe du Gabon est que – malgré un PIB réel par habitant de 6590 \$, le plaçant à la 72^{ème} place parmi 177 pays –, son Indice de Développement Humain de 0,648 le range en 122^{ème} position (PNUD, 2004).

Si le PNUD a décidé de centrer les objectifs du Millénaire, et particulièrement son programme d'aide pour 2002-2006, sur les questions de bonnes gouvernance, sur les questions environnementales et sur la lutte contre le SIDA (PNUD, 2003), la lutte contre la pauvreté est au Gabon une nouvelle priorité politique, même si classé parmi les pays à revenus intermédiaires, le Gabon ne peut bénéficier de l'Initiative pour la réduction de la dette des pays pauvres très endettés [IPPTE] (Marot, 2002). Alexandre Barro Chambrier, dans un article économique (Barro Chambrier², 2003) rappelait que cette réduction de la dette était un enjeu majeur de croissance et de développement pour l'avenir.

Ainsi, le Gabon constitue bien une terre de contrastes : pays sous-peuplé mais où les populations se concentrent dans des pôles d'attraction urbain, pays possédant d'indéniables atouts économiques mais dont les indicateurs de développement sont en panne, pays bénéficiant d'une stabilité politique mais dans lequel la redistribution de la rente pétrolière est très inégale.

² Alexandre Barro Chambrier est entré au Gouvernement gabonais lors du remaniement du 4 septembre 2004, comme Ministre délégué auprès du ministre de l'Economie forestière, des Eaux, de la pêche, de l'Environnement, chargé de la Protection de la nature.

Ces éléments économiques sont constitutifs d'un paradoxe supplémentaire dans lequel des populations profitant d'un développement et d'une croissance nationale devraient pouvoir bénéficier d'un accès supplémentaire à des informations, des capacités d'appropriation des comportements à moindre risque, voire à des offres de soins adaptés. Tel n'est pas le cas dans ce pays où la redistribution des richesses laisse percevoir des grandes inégalités pouvant contribuer à creuser ce fossé et ces disparités spatiales entre les populations infectées.

Dans une étude réalisée en 1999 à Gamba (Ogooué-Maritime), il existait une relation chez les femmes interrogées ayant un meilleur niveau de connaissance sur l'infection à VIH/SIDA et leur niveau de vie économique (Debat-Zoguereh, 2004).

Repères

Population : 1,3 million
Population de moins de 15 ans : 41,0%
Taux de croissance de la population : 2,9%
Taux d'urbanisation : 83,1%
Espérance de vie à la naissance : 56,6 ans
Taux de mortalité infantile : 60 p.mille
PIB réel par habitant : 6590 \$
Taux d'alphabétisation des adultes : 71%
Dépense de santé : 2,9% du PIB
Dépense de santé par habitant : 197 \$
Couverture vaccinale des moins de un an contre la tuberculose : 89%
Prévalence de la tuberculose (pour 100000 habitants) : 307
Taux de mortalité infantile (pour 1000 naissances vivantes) : 60
Taux de mortalité maternelle (pour 1000 naissances vivantes) : 520

Tableau 20 : repères socio-démographiques, économiques et sanitaire du Gabon (PNUD, 2004 ; OMS, 2004 ; UNICEF, 2003)

Partie 3

Etude de mobilité des patients infectés

Les déterminants de la mobilité des personnes infectées par le VIH sont des éléments importants à connaître car ils concourent à anticiper la façon dont l'épidémie peut évoluer dans l'espace (Wood, 2000). Lorsque cette population est déjà suivie pour son infection, ce risque de diffusion est plus réduit de la part de populations informées de leur potentiel disséminateur, et du risque qu'elles prennent pour leur santé avec une surcontamination pouvant accélérer l'évolution défavorable de leur immunité.

Néanmoins, ces connaissances portant sur la mobilité des patients infectés par le VIH peuvent constituer une réflexion sur la prise en charge et sur l'amélioration des capacités de suivi offertes aux patients fréquentant un centre dédié (Hogg, 1995). Ces connaissances participent ainsi à une meilleure définition de la part prise par l'infection dans l'espace, et dans l'analyse des territoires nouveaux qu'elles définissent.

1. Objectifs

L'objectif de cette étude était de mesurer le pouvoir de mobilité lié à l'infection par le VIH au Gabon. C'est à dire de répondre à la question suivante : le diagnostic, le suivi et la mise sous traitement antirétroviral constituent-ils des déterminants modificateurs de la mobilité des patients infectés par le VIH ?

2. Matériels et méthodes

Pour répondre à cette question, nous avons mené une étude analysant les mobilités des populations infectées suivies dans un centre de traitement dédié à Libreville. Autour de trois marqueurs d'événements majeurs pour un patient que sont le diagnostic de son infection, sa prise en charge par un centre de suivi et sa mise sous traitement antirétroviral, nous avons analysé les perceptions de mobilité des patients et les avons confrontées aux réalités des déplacements et des cheminements individuels.

2.1. Cadre d'étude

L'étude a été menée au Centre de Traitement Ambulatoire (CTA) de Libreville, structure dédiée au Gabon à la prise en charge et au suivi des patients infectés par le VIH.

Cette structure, insérée au sein du Centre Hospitalier de Libreville (CHL) a été ouverte en avril 2001. Elle se compose d'un bâtiment individualisé de la structure hospitalière, d'une surface au sol d'environ 200 m². Le CTA se compose de pièces différentes permettant la mise en œuvre des activités. Un patio extérieur, abrité, est utilisé pour l'attente des patients. Un secrétariat d'accueil permet l'enregistrement des consultants, la salle de gestion administrative lui est attenante. Trois cabinets médicaux permettent à trois médecins simultanément

d'assurer des consultations. De part et d'autre du patio, deux salles accueillent les consultations de l'assistante sociale et de la psychologue. Une salle est dédiée aux prélèvements sanguins. Une salle accueille le laboratoire d'analyses qui permet de réaliser des tests sérologiques de dépistage, des analyses sanguines courantes (NFS, recherche de parasites sanguicoles) ainsi que d'évaluer le taux de CD4. Une salle d'hospitalisation de jour (6 lits) permet le maintien en milieu médicalisé de patients nécessitant des soins parentéraux (traitements sous perfusion). Une pharmacie est incluse dans le bâtiment, qui comprend également des installations sanitaires et une salle de repos pour le personnel.

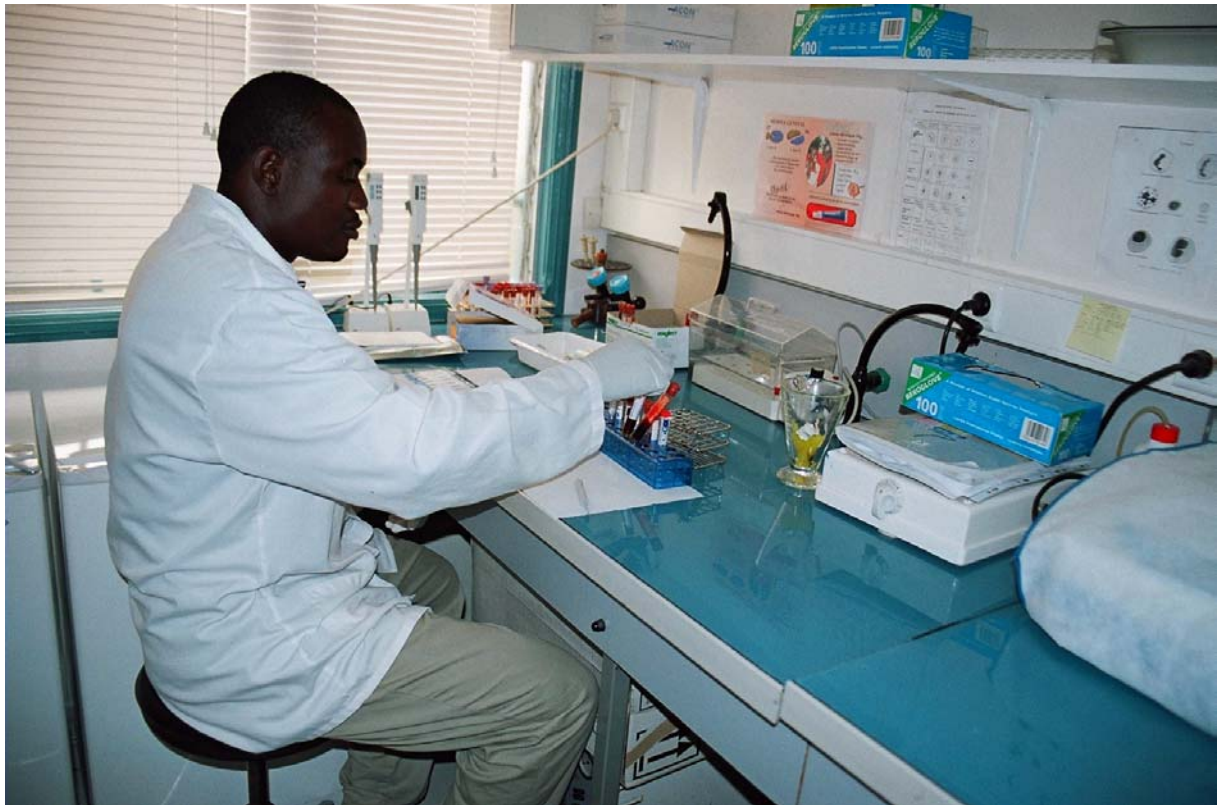


Illustration 12 : Laboratoire du CTA de Libreville (Gabon, 2004) © Milleliri

Le personnel composant ce CTA est dirigé par un médecin-chef. Deux autres médecins sont présents pour les consultations, ainsi que quatre infirmières et une assistante à la gestion des médicaments. Un technicien et son aide sont affectés au laboratoire. Une psychologue et une assistante sociale sont également présentes. Un gestionnaire assure le suivi administratif et financier du centre qui bénéficie de l'appui de la Croix Rouge Française (CRF) représentée par une déléguée en mission de volontariat international. L'hygiène du CTA est assurée par une femme de ménage et la sécurité par deux gardiens (un de jour et un de nuit). Un chauffeur est affecté au CTA, notamment pour l'acheminement si nécessaire de prélèvements sanguins au Centre universitaire où peuvent s'effectuer les mesures de charge virale (Tabuy, communication personnelle).

Initialement prévu pour assurer le suivi d'une file active de 200 patients, le CTA a fait les frais de son succès et suivait en 2004 une file active de plus de 2000 patients infectés par le VIH/SIDA dont plus de 800 sous traitement antirétroviral.

Cette structure est dans la droite ligne du concept mis en place dès 1994 à Brazzaville, et développée dans d'autres villes d'Afrique (Tran-Minh, 2004).

2.2. Inclusion des patients

Nous avons réalisé cette étude pragmatique dans un cadre exploratoire, selon une méthodologie d'enquête par interrogatoire "une semaine donnée".

Le nombre souhaité de patients a été fixé à 30 afin de pouvoir donner une certaine puissance à ce travail. Compte tenu du nombre attendu de consultants dans la semaine (200), un total de 6 patients par jour a été retenu (sondage à 15%) pris dans la file active des rendez-vous programmés.

Etait inclus dans cette étude, toute personne de plus de 15 ans, quelle que soit sa nationalité, infectée par le VIH, et suivie depuis plus de 6 mois par le CTA.

L'étude a été conduite par un questionnaire administré en face à face (voir plan des questions ci-dessous), comprenant des questions ouvertes et fermées. La première partie du questionnaire comprenait des renseignements socio-administratifs et médicaux liés à l'infection. Puis une seconde partie interrogeait chaque patient sur trois types de modalités de mobilités entre 1986 et 2004, enregistrées en semaines :

- résidence (correspondant à un facteur de sédentarisation) : lieu de l'habitation habituelle, correspondant au foyer de la personne interrogée ;
- mobilité temporaire : lieu de voyage supérieur ou égal à quinze jours (avec conservation du lieu de résidence habituel) ;
- mobilité occasionnelle : lieu de voyage inférieur à 15 jours (dès la première nuit passée hors du foyer habituel).

Le questionnaire se terminait par la question suivante :

« Depuis que vous avez eu connaissance de votre infection, diriez-vous que vos déplacements ont été réduits, augmentés ? »

Cette variable a été dénommée « perception de mobilité »

Un entretien ouvert était ensuite réalisé, laissant libre le sujet d'exprimer ses préoccupations du moment, prise de parole engagée par la question : « voulez-vous me parler de choses particulières par rapport à votre infection ? »

L'accès au dossier médical du patient a été autorisé pour le renseignement des données manquantes.

Chaque personne interrogée a donné son consentement éclairé pour cette enquête dont les résultats étaient anonymes.

Les données ont été saisies sous logiciel Excel version 9.0.0.3822 6.0 (Microsoft Corporation 1985-1999), permettant les tris à plats et les analyses statistiques de valeurs quantitatives (Chi2) et de moyenne (Student).

Le schéma ci-dessous représente par rapport au facteur “mobilité” étudié, la place prise par l’observation “Etude” et les trois marqueurs d’événements liés à l’infection recherchés.

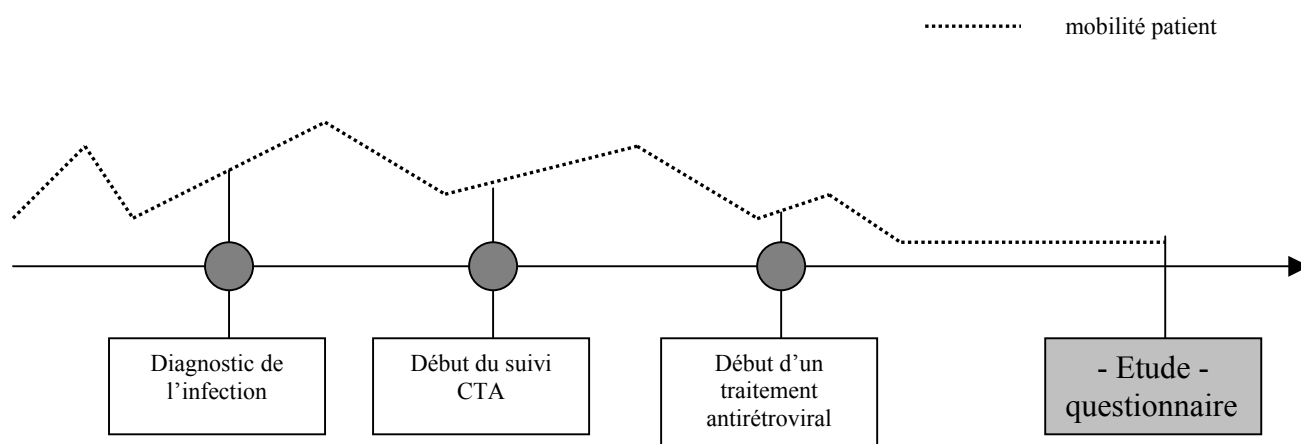


Figure 2 : schéma représentatif de l’étude de mobilité chez les patients infectés par le VIH et suivis au CTA de Libreville (Gabon, 2004)

items	questions	type quest.	informations relevées
Nom - Prénom	Quel est votre nom et votre prénom ?	O	Initiale du nom – prénom complet
Age	Quel est votre âge ?	O	Age (ans révolus)
Sexe	Sans objet	F	Sexe : M / F
Nationalité	Quelle est votre nationalité	O	Nationalité (ouverte)
Lieu d'habitation	Où habitez-vous actuellement	O	Ville / Province / Pays
Habitation Libreville	Si vous habitez à Libreville, pouvez-vous nous indiquer le quartier et situer le plus précisément possible sur ce plan votre résidence ?	O	Quartier Libreville / référencement
Arrivée Gabon	Si vous n'êtes pas de nationalité gabonaise, quelle est la date de votre arrivée au Gabon ?	O	Date arrivée Gabon : an / mois
Lieu de naissance	Où êtes-vous né ?	O	Ville / Pays
Situation familiale	Etes-vous : marié, veuf, divorcé, non marié vivant maritalement, célibataire ?	F	Situation familiale (5 choix)
Niveau scolaire	Quel niveau d'études avez-vous atteint ?	F	Aucune étude, primaire, secondaire, supérieur
Profession	Quelle profession exercez-vous	O	Profession exercée
Date diagnostic infection à vih	A quelle date votre infection à vih a-t-elle été diagnostiquée ?	O	Date : an / mois
Lieu du diagnostic	Dans quelle ville ce diagnostic a-t-il été réalisé ?	O	Ville / pays
Motif de dépistage	Pour quelle raison ce test de dépistage vous a-t-il été proposé (ou pour quel motif avez-vous réalisé ce test de dépistage ?)	F	Dépistage volontaire, dépistage médical (suspicion SIDA-maladie), dépistage administratif
Type d'infection	De quel type de vih êtes-vous porteur ?	F	Vih1, vih 2, vih 1 + vih 2
Traitement antirétroviral	Depuis quelle date êtes-vous sous antirétroviral	O	An / mois
Suivi médical	Depuis quelle date êtes-vous suivi au cta de Libreville	O	An / mois

Questionnaire (première partie) , étude mobilité des patients infectés par le VIH/SIDA, Libreville – mai 2004

Résidence (depuis le 1^{er} janvier 1986 jusqu'à ce jour)		
Date : de ... à ...	Durée (mois)	Lieu

Mobilités temporaires (depuis le 1^{er} janvier 1986 jusqu'à ce jour) durée supérieure ou égale à 15 jours		
Date : de ... à ...	Durée (mois)	Lieu

Mobilités occasionnelles (depuis le 1^{er} janvier 1986 jusqu'à ce jour) durée inférieure à 15 jours		
Date : de ... à ...	Durée (mois)	Lieu

Questionnaire (deuxième partie) , étude mobilité des patients infectés par le VIH/SIDA, Libreville – mai 2004

3. Résultats

L'inclusion des personnes a été réalisée dans la période du 24 au 30 mai 2004 (2004, semaine 22).

Les tableaux 21 et 22 résument le recueil des données réalisées auprès des patients inclus dans l'étude.



Illustration 13 : Fresque d'information éducative (Gabon, 1997) © Milleliri

#	nationalité	âge	sexe	ville habit.	prov. habit.	quartier habit.	in Gabon	lieu naiss.	prov. / pays	sit. Fam.	niv. Scol.	profess.
1	Gabonaise	40	F	Libreville	Estuaire	Nzeng-Ayong	0	Fernand Vaz	Og. Mar.	veuf	primaire	sans
2	Gabonaise	40	F	Libreville	Estuaire	Nzeng-Ayong	0	Lambaréné	Moy. Og.	célibataire	secondaire	sans
3	Gabonaise	39	F	Mouanda	Haut Og.		0	Lambaréné	Moy. Og.	marié	secondaire	sans
4	Gabonaise	36	F	Libreville	Estuaire	Charbonnages	0	Port-Gentil	Og. Mar.	marié	secondaire	sans
5	Gabonaise	43	F	Libreville	Estuaire	Voie express	0	Libreville	Estuaire	célibataire	primaire	sans
6	Gabonaise	29	F	Libreville	Estuaire	IAI	0	Makoukou	Og. Ivindo	vit marital	secondaire	institutrice
7	Congolaise	30	F	Libreville	Estuaire	Plaine Orety	0	Libreville	Estuaire	célibataire	primaire	sans
8	Gabonaise	51	M	Mafoungui	Og. Lolo		0	Mafoungui	Og. Lolo	vit marital	secondaire	tourneur
9	Gabonaise	24	F	Libreville	Estuaire	Likouala	0	Oyem	Woleu Ntem	célibataire	secondaire	commerçante
10	Gabonaise	32	F	Libreville	Estuaire	Bellevue 2	0	Libreville	Estuaire	vit marital	primaire	sans
11	Gabonaise	65	F	Libreville	Estuaire	Cocottiers	0	Oyem	Woleu Ntem	veuve	secondaire	infirmière ®
12	Gabonaise	36	M	Libreville	Estuaire	Akébé	0	Okondja	Haut Og.	célibataire	secondaire	militaire
13	Gabonaise	32	F	Libreville	Estuaire	Dargon Rio	0	Oyem	Woleu Ntem	célibataire	secondaire	comerçante
14	Nigériane	26	M	Libreville	Estuaire	Nkembo	1991	Imostati	Nigeria	marié	non scolar.	manutention.
15	Gabonaise	28	F	Libreville	Estuaire	PK5	0	Libreville	Estuaire	célibataire	secondaire	sans
16	Zaïroise	29	F	Libreville	Estuaire	Plaine Niger	1993	Bas Congo	Zaïre	célibataire	secondaire	serveuse
17	Gabonaise	37	F	Libreville	Estuaire	Nzeng Ayong	0	Mounana	Haut Og.	célibataire	primaire	militaire
18	Gabonaise	36	F	Lambaréné	Moyen Og.		0	Lambaréné	Moyen Og.	célibataire	secondaire	institutrice
19	Gabonaise	48	M	Libreville	Estuaire	PK8	0	Mimongo	Ngounié	marié	supérieur	cons.pédago.
20	Gabonaise	35	F	Libreville	Estuaire	Plaine Niger	0	Mekambo	Og. Ivindo	vit marital	supérieur	éducatr. spé.
21	Gabonaise	44	M	Libreville	Estuaire	London	0	Franceville	Haut Og.	célibataire	secondaire	militaire ®
22	Gabonaise	33	F	Libreville	Estuaire	Cocottiers	0	Bakoumba	Haut Og.	vit marital.	primaire	sans
23	Gabonaise	44	M	Libreville	Estuaire	Cocottiers	0	Mitzig	Woleu Ntem	vit marital.	secondaire	gendarme
24	Cameroun	35	F	Libreville	Estuaire	Derrière l'hôpital	1984	Foumbang	Cameroun	marié	primaire	sans
25	Gabonaise	46	M	Mbagoss	Estuaire		0	Mouila	Ngounié	célibataire	secondaire	militaire
26	Gabonaise	46	F	Tchibanga	Nyanga		0	Tchibanga	Nyanga	divorcé	primaire	ménagère
27	Gabonaise	40	F	Libreville	Estuaire	Lycée Léon Mba	0	Oyem	Woleu Ntem	divorcé	primaire	isnstitutrice
28	Gabonaise	66	F	Libreville	Estuaire	Akébé	0	Libreville	Estuaire	marié	supérieur	enseignante ®
29	Gabonaise	46	F	Libreville	Estuaire	Akondje	0	Franceville	Haut Og.	célibataire	secondaire	ag. commerc
30	Gabonaise	51	F	Libreville	Estuaire	Delta Postal	0	Booué	Og. Ivindo	veuve	secondaire	assist. sociale
31	Gabonaise	40	F	Libreville	Estuaire	Nzeng Ayong	0	Port-Gentil	Og. Mar.	célibataire	secondaire	militaire

32	Tchad	55	F	Libreville	Estuaire	Awondje	1991	Ati	Tchad	séparé	non scolar.	sans
33	Gabonaise	44	F	Okondja	Haut Og.		0	Okogja	Haut Og.	marié	primaire	sans
34	Gabonaise	46	F	Libreville	Estuaire	PK9	0	Fougamou	Moyen Og.	veuve	primaire	vendeuse
35	Gabonaise	50	F	Libreville	Estuaire	PK8	0	Bitam	Woleu Ntem	marié	primaire	ménagère
36	Gabonaise	26	F	Libreville	Estuaire	Derrière ENI	0	Libreville	Estuaire	célibataire	secondaire	gestionnaire
37	Gabonaise	28	F	Libreville	Estuaire	Likouala	0	Bitam	Woleu Ntem	vit marital	secondaire	commerçante
38	Gabonaise	42	M	Libreville	Estuaire	Melen	0	Libreville	Estuaire	vit marital	secondaire	agent municipal
39	Gabonaise	29	F	Libreville	Estuaire	Baraka	0	Makokou	Og. Ivindo	vit marital	secondaire	étudiante
40	Gabonaise	40	F	Oyem	Woleu Ntem		0	Oyem	Woleu Ntem	vit marital	secondaire	secrétaire
41	Gabonaise	42	M	Libreville	Estuaire	SNI Owendo	0	Njolé	Moy. Og.	célibataire	secondaire	électricien
42	Gabonaise	38	M	Libreville	Estuaire	Plein Ciel	0	Mayumba	Nyanga	divorcé	primaire	électricien
43	Gabonaise	50	M	Oyem	Woleu Ntem		0	Oyem	Woleu Ntem	marié	secondaire	agent commercial
44	Gabonaise	39	M	Libreville	Estuaire	Sotéga	0	Port-Gentil	Og.Mar.	vit marital	secondaire	commercial
45	Gabonaise	31	F	Libreville	Estuaire	Bas de Guégué	0	Libreville	Estuaire	célibataire	secondaire	secrétaire

Tableau 21 : synthèse des données socio-démographiques des 45 sujets inclus dans l'étude « mobilité des patients infectés par le VIH/SIDA » (Gabon, 2004)

#	nationalité	âge	sexe	prov. habit.	motif dc	lieu dc vih	vih	date dc vih	suiv. cta	début arv	trt arv	mobilité
1	Gabonaise	40	F	Estuaire	volontaire	Libreville	1	mars-01	juin-2002	déc-03	Oui	égale
2	Gabonaise	40	F	Estuaire	volontaire	Libreville	1	août-00	avr-03	oct-02	Oui	moins
3	Gabonaise	39	F	Haut Og.	suspicion	Libreville	1	mai-01	juin-01	mai-02	Oui	plus
4	Gabonaise	36	F	Estuaire	volontaire	Libreville	1	mai-01	oct-01	xx	Non	moins
5	Gabonaise	43	F	Estuaire	suspicion	Libreville	1	août-01	août-01	nov-02	Oui	égale
6	Gabonaise	29	F	Estuaire	suspicion	Libreville	1	avr-01	mai-01	déc-01	Oui	égale
7	Congolaise	30	F	Estuaire	suspicion	Libreville	1	mai-03	mai-03	xx	Non	moins
8	Gabonaise	51	M	Og. Lolo	suspicion	Franceville	1	nov-02	avr-03	xx	Non	moins
9	Gabonaise	24	F	Estuaire	volontaire	Libreville	1	juil-02	sept-02	xx	Non	moins
10	Gabonaise	32	F	Estuaire	suspicion	Libreville	1	oct-03	oct-03	xx	Non	égal
11	Gabonaise	65	F	Estuaire	suspicion	Libreville	1	mai-03	sept-03	nov-03	Oui	moins
12	Gabonaise	36	M	Estuaire	suspicion	Libreville	1	févr-01	févr-03	xx	Non	moins
13	Gabonaise	32	F	Estuaire	volontaire	Libreville	1	mars-03	août-03	xx	Non	moins
14	Nigériane	26	M	Estuaire	volontaire	Nigeria	1	avr-03	juil-03	xx	Non	égale
15	Gabonaise	28	F	Estuaire	volontaire	Libreville	1	août-01	oct-01	xx	Non	moins
16	Zaïroise	29	F	Estuaire	volontaire	Libreville	1	juin-00	avr-01	avr-02	Oui	égale
17	Gabonaise	37	F	Estuaire	suspicion	Libreville	1	avr-01	avr-01	janv-03	Oui	moins
18	Gabonaise	36	F	Moyen Og.	volontaire	Melen	1	mai-01	mai-01	déc-02	Oui	plus
19	Gabonaise	48	M	Estuaire	suspicion	Bongolo	1	juin-00	avr-01	avr-01	Oui	plus
20	Gabonaise	35	F	Estuaire	volontaire	Libreville	1	juin-97	avr-01	juin-98	Oui	plus
21	Gabonaise	44	M	Estuaire	suspicion	Libreville	1	mars-01	avr-01	avr-02	Oui	moins
22	Gabonaise	33	F	Estuaire	volontaire	Libreville	1	avr-03	juin-03	xx	Non	moins
23	Gabonaise	44	M	Estuaire	suspicion	Libreville	1	mars-03	janv-04	mai-04	Oui	moins
24	Cameroun	35	F	Estuaire	suspicion	Libreville	1	avr-03	juin-03	sept-03	Oui	égal
25	Gabonaise	46	M	Estuaire	administratif	Libreville	1	août-02	oct-02	xx	Non	égal
26	Gabonaise	46	F	Nyanga	suspicion	Libreville	1	juil-00	avr-01	xx	Non	plus
27	Gabonaise	40	F	Estuaire	suspicion	Lambaréné	1	août-01	oct-02	déc-02	Oui	moins
28	Gabonaise	66	F	Estuaire	volontaire	Libreville	1	oct-97	avr-01	avr-04	Oui	moins
29	Gabonaise	46	F	Estuaire	suspicion	Libreville	1+2	juin-99	déc-01	oct-00	Oui	moins

30	Gabonaise	51	F	Estuaire	volontaire	Libreville	1	nov-99	mai-03	mai-03	Oui	moins
31	Gabonaise	40	F	Estuaire	volontaire	Libreville	1	sept-02	oct-02	déc-02	Oui	égale
32	Tchad	55	F	Estuaire	suspicion	Libreville	1	août-03	oct-03	xx	Non	moins
33	Gabonaise	44	F	Haut Og.	suspicion	Libreville	1	mai-03	mai-03	août-03	oui	plus
34	Gabonaise	46	F	Estuaire	suspicion	Libreville	1	avr-02	mai-02	xx	non	égale
35	Gabonaise	50	F	Estuaire	administratif	Libreville	1	nov-02	nov-02	janv-03	oui	égale
36	Gabonaise	26	F	Estuaire	suspicion	Libreville	1	oct-98	déc-02	déc-02	oui	moins
37	Gabonaise	28	F	Estuaire	suspicion	Libreville	1	nov-01	déc-01	avr-02	oui	moins
38	Gabonaise	42	M	Estuaire	volontaire	Libreville	1	juil-03	juil-03	xx	non	égale
39	Gabonaise	29	F	Estuaire	don de sang	Libreville	1	mai-01	mai-01	oct-02	oui	moins
40	Gabonaise	40	F	Woleu Ntem	suspicion	Libreville	1	août-00	août-01	mars-02	oui	moins
41	Gabonaise	42	M	Estuaire	suspicion	Libreville	1	févr-01	oct-02	févr-03	oui	moins
42	Gabonaise	38	M	Estuaire	suspicion	Libreville	1	nov-00	nov-01	mars-02	oui	égale
43	Gabonaise	50	M	Woleu Ntem	volontaire	Oyem	1	sept-01	oct-02	oct-02	oui	plus
44	Gabonaise	39	M	Estuaire	volontaire	Libreville	1	juil-03	juil-03	sept-03	oui	égale
45	Gabonaise	31	F	Estuaire	suspicion	Libreville	1	nov-99	avr-01	janv-00	oui	égale

Tableau 22 : synthèse des données de diagnostic, d'accès thérapeutiques et de perception de la mobilité des 45 sujets inclus dans l'étude « mobilité des patients infectés par le VIH/SIDA » (Gabon, 2004)

3.1. Description des populations

Le tableau 23 synthétise les données recueillies chez les 45 sujets inclus dans l'étude.

sexe		<i>p.cent</i>		
Hommes	12	17,7 %	Hommes	Femmes
Femmes	33	73,3 %		
Nationalité				
Gabonaise	40	88,9 %	11	29
autre	5	11,1 %	1	4
âge				
moyenne	39,7 ans		42,2	38,8
écart-type	9,5 ans		6,9	10,3
Statut matrimonial				
Vit seul	25	55,5 %	5	20
Vit en union	20	45,5 %	7	13
Localisation		naissance - résidence		
Estuaire	8 - 38	17,8 % - 84,4 %	1 - 10	7 - 28
Haut-Ogooué	6 - 2	13,3 % - 4,4 %	2 - 0	4 - 2
Moyen-Ogooué	5 - 1	11,1 % - 2,2 %	2 - 0	3 - 1
Ngounié	2 - 0	4,4 % - 0,0 %	2 - 0	0 - 0
Nyanga	2 - 1	4,4 % - 2,2 %	1 - 0	1 - 1
Ogooué-Ivindo	4 - 0	8,9 % - 0,0 %	0 - 0	4 - 0
Ogooué-Lolo	1 - 1	2,2 % - 2,2 %	1 - 1	0 - 0
Ogooué-Maritime	4 - 0	8,9 % - 0,0 %	1 - 0	3 - 0
Woleu Ntem	9 - 2	20,0 % - 4,4 %	2 - 1	7 - 1
Pays étranger	4 - 0	8,9 % - 0,0 %	1 - 0	3 - 0
Profession				
Sans	12	26,7 %	0	12
Enseignant	6	13,3 %	1	5
Ouvrier – artisan	8	17,8 %	3	5
Sanitaire – social	2	4,5 %	0	2
Militaire – policier	6	13,3 %	4	2
Commerçant – service	6	13,3 %	2	4
Secrétaire – étudiant	5	11,1 %	2	3
Niveau scolarité				
Non scolarisé	2	4,4 %	1	1
Primaire	13	28,9 %	1	12
Secondaire	27	60,0 %	9	18
supérieur	3	6,7 %	1	2

Tableau 23 : résumé des principales données recueillies chez les 45 sujets (Gabon, 2004)

Un total de 45 patients a été inclus dans l'étude : 12 hommes, 33 femmes. Quarante sujets (40) soit 89 % du total étaient de nationalité gabonaise, 5 (11 %) étant de nationalité étrangère (dont une personne née au Gabon).

La moyenne d'âge de l'ensemble des sujets interrogés était de 39,7 ans (écart-type : 9,5 ans ; étendue : 24-66 ans). Les hommes étaient plus âgés que les femmes (42,2 ans versus 38,8 ans).

Soixante-sept pour cent (67 %) des sujets avaient entre 30 et 49 ans.

Parmi les 45 sujets, 25 (55,5 %) déclaraient vivre seul (célibataire, séparé, veuf, divorcé) et 20 (45,5 %) déclaraient vivre en union (marié, union libre).

Sur ces 45 sujets, 38 (84 %) déclaraient résider dans la province de l'Estuaire où 8 d'entre eux (21 %) étaient nés, et 7 (16 %) vivaient dans une autre province.

La répartition par catégories socio-professionnelles étaient de 12 sujets n'ayant pas d'emploi rémunéré (27 %), de 6 enseignants (13 %), de 8 ouvriers ou artisans (18 %), de 6 militaires ou

policiers et de 6 commerçants ou agents de service (13 % chacun), de 5 secrétaires ou étudiants (11 %) et de 2 personnes ayant des activités dans le domaine sanitaire et social (5%).

Au point de vue du niveau de scolarisation, 40 sujets (89 %) avaient suivi un cursus primaire ou secondaire, 2 n'avaient pas atteint le niveau primaire (4 %) et 3 avaient suivi un cursus scolaire du niveau de l'enseignement supérieur (7 %).

3.2. Diagnostic – suivi au CTA – traitement antirétroviral

Motif de dépistage			hommes	femmes
volontaire	17	37,8 %	4	13
don de sang	1	2,2 %	0	1
administratif	2	4,4 %	1	1
Suspicion clinique	25	55,6 %	7	18
Sous traitement arv				
Oui	30	66,7 %	7	23
non	15	13,3 %	5	10

Tableau 24 : répartition des 45 sujets selon le motif de dépistage et la mise sous traitement antirétroviral (Gabon, 2004)

En ce qui concerne le motif de dépistage de l'infection à VIH, 25 sujets avaient été dépistés dans le cadre d'une suspicion clinique (56%), 17 dans le cadre d'un dépistage volontaire (38%), 2 dans le cadre d'un dépistage administratif (4%) et 1 en raison d'un don de sang (2%).

Pour 39 sujets (87%), le diagnostic de l'infection a été réalisé à Libreville. L'infection d'un sujet a été diagnostiquée à l'étranger et pour cinq autres dans 5 provinces différentes du Gabon (dont une dans l'Estuaire, hors Libreville).

Sur les 45 sujets, 44 (98%) étaient infectés par le VIH -1, un seul sujet était doublement infecté par le VIH-1 et le VIH -2.

Il existait une différence significative pour le diagnostic de l'infection avant ou après l'ouverture du CTA entre les sujets résidant Libreville et ceux ni résidant pas : 37% des sujets résidant Libreville ont été diagnostiqués avant l'ouverture du CTA contre 25% pour ceux n'y résidaient pas ($p=0,003$). Les résidents de Libreville ont un diagnostic plus ancien que ceux de la province.

Concernant une prise en charge thérapeutique, 30 sujets (67%) [7 hommes et 23 femmes] était sous traitement antirétroviral.

	diagnostic	CTA	traitement
1997	2	0	0
1998	1	0	1
1999	3	0	0
2000	5	0	2
2001	12	16	2
2002	2	10	14
2003	5	3	9
2004	0	1	2

Tableau 25 : répartition des 30 patients sous traitement antirétroviral en fonction de la date du diagnostic, du suivi au CTA et de la mise sous traitement (Gabon, 2004)

Chez une majorité de ces 30 patients (19/30), l'infection avait été diagnostiquée en 2001 ou plus tardivement en 2002 ou 2003. L'infection avait été diagnostiquée chez onze patients avant l'ouverture du CTA. Un décalage existait donc chez ces 30 patients entre le diagnostic, la prise en charge au CTA et la mise sous traitement. Ce fait est illustré par la figure ci-dessous.

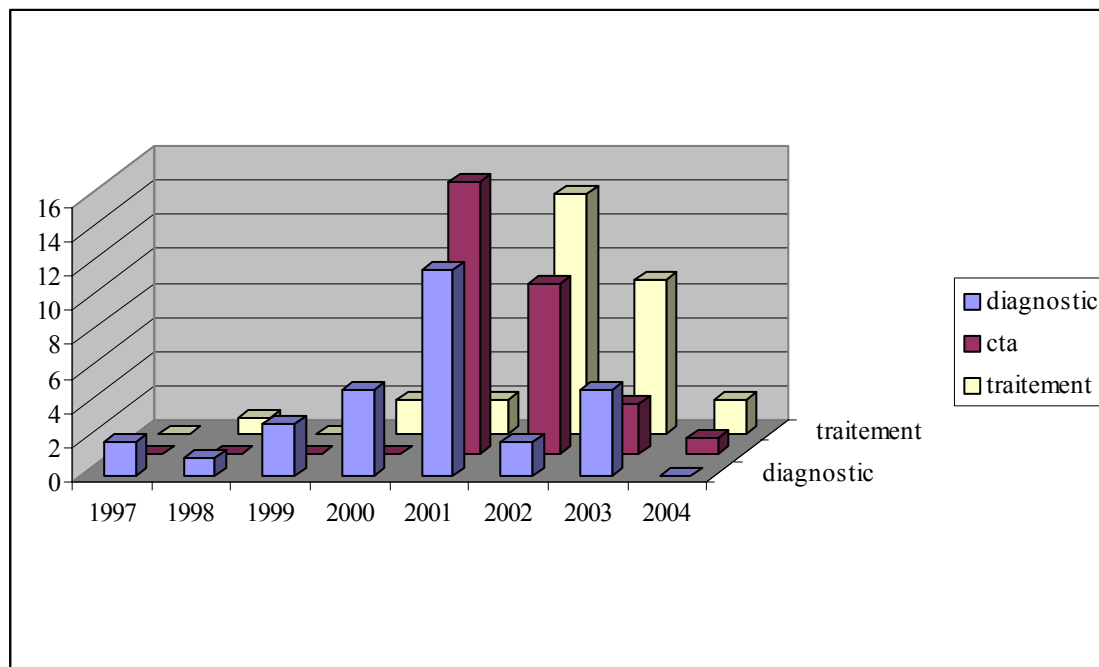


Figure 3 : répartition des 30 patients sous traitement antirétroviral en fonction de la date du diagnostic, du suivi au CTA et de la mise sous traitement (Gabon, 2004)

L'âge moyen des 30 sujets sous traitement antirétroviral était de 40,8 ans (étendue : 26-66). L'âge moyen à la date du diagnostic était de 37,5 ans, à la date de la prise en charge au CTA de 38,5 ans et à la mise en route du traitement antirétroviral de 38,9 ans.

Le délai moyen entre le diagnostic et la prise en charge au CTA était de 13,9 mois ; le délai le plus important pour un sujet entre ce diagnostic et la prise en charge au CTA était de 50 mois (plus de 4 ans). Le délai moyen entre la prise en charge et la mise en route d'un traitement antirétroviral était de 4,6 mois ; pour 4 sujets, le traitement antirétroviral avait été débuté avant la prise en charge au CTA (moyenne : 17,6 mois avant la prise en charge) avec pour le plus ancien un traitement ayant débuté 34 mois avant.

Le tableau ci-dessous résume les âges (en années) des 30 sujets aux dates de ces événements et les délais (en mois) entre ces mêmes événements.

	âge en 2004 (ans)	âge au dgc (ans)	délai (dgc-cta) (mois)	âge à pec cta (ans)	délai (cta-trt) (mois)	âge début Trt (ans)
moyenne	40,8	37,5	13,9	38,5	4,6	38,9
écart-type	9,4	9,6	14,8	9,6	12,4	9,9
minimum	26	20	0	24	-34	24
maximum	66	64	50	64	36	66

Tableau 26 : présentation pour les 30 patients sous traitement antirétroviral des dates et des délais de prise en charge (Gabon, 2004)

3.3. Mobilités des 45 sujets

3.3.1. Perception de la mobilité

Concernant la perception de leur mobilité depuis la connaissance de leur statut vis à vis de l'infection à VIH, un tiers des sujets ($15/45 = 33\%$) déclaraient que leurs déplacements n'avaient pas changé. Plus de la moitié ($23/45 = 51\%$) déclaraient que leurs déplacements avaient diminué et 7 sujets (16%) que ces déplacements avaient augmenté depuis qu'ils connaissaient leur séropositivité.

Perception mobilité			hommes	femmes
Augmentée	7	15,6 %	2	5
Egale	15	33,3 %	5	10
Diminuée	23	51,1 %	5	18

Tableau 27 : répartition des 45 sujets selon la perception de leur mobilité depuis la connaissance de leur diagnostic (Gabon, 2004)

Il n'existait pas de différence significative pour la perception de la mobilité selon l'âge et le sexe des sujets ($p=0,5$ et $p=0,7$), selon la profession ($p=0,4$), selon la situation familiale ($p=0,2$) et selon le niveau de scolarité ($p=0,2$).

Il n'existait pas de différence significative pour la perception de mobilité selon le motif de dépistage ($p=0,8$), ni entre les sujets sous traitement antirétroviral et ceux qui ne l'étaient pas ($p=0,4$).

Il existait une différence pour la perception de la mobilité selon le lieu d'habitation des sujets dans l'Estuaire ou hors de l'Estuaire ($p=0,0004$). Les sujets résidant dans l'Estuaire avaient dans 75% des cas la perception d'une mobilité en baisse contre 29% pour ceux qui n'y résidaient pas. A l'inverse, les sujets ne résidant pas dans l'Estuaire avaient dans 71% des cas la perception d'une mobilité en hausse contre 5% pour ceux qui y résidaient. Les habitants de l'Estuaire ont l'impression de moins se déplacer depuis qu'ils se savent infectés, à l'opposé les habitants en dehors de l'Estuaire ont l'impression de plus se déplacer (pour accéder au CTA ou au traitement ?).

3.3.2. Déplacements

Sur l'ensemble des 45 patients, 8 (18%) n'avaient jamais changé de résidence depuis 1986. La moyenne du nombre de résidences pour ces 45 sujets étaient de 3 (étendue : 1-6) depuis 1986. Parmi ces 45 sujets, 3 (7%) n'avaient jamais fait de déplacements temporaires égal ou supérieur à 15 jours depuis 1986. La moyenne du nombre de ces déplacements temporaires parmi ces 45 sujets était supérieur à 5 (étendue : 0-19), avec une durée cumulée moyenne supérieure à 35 semaines (étendue : 0-152).

Parmi ces mêmes sujets, plus d'un sujet sur deux, soit 24 sujets (53%) déclaraient avoir réalisé depuis 1986 au moins un déplacement occasionnel en dehors de leur lieu de résidence. La moyenne du nombre de ces déplacements occasionnels était supérieure à 12 (étendue : 0-153). La durée cumulée moyenne de ces déplacements occasionnels était de près de 8 semaines (7,89).

	Nombre de résidences	Dans nombre de provinces	Nombre de déplacements temporaires	durée sem.	Nombre de déplacements occasionnels	durée sem.
moy.	3,02	1,67	5,62	35,37	12,16	7,89
min.	1	1	0	0	0	0
max.	6	5	19	152	153	48
écart-type	1,51	0,89	6,05	39,81	32,33	12,80

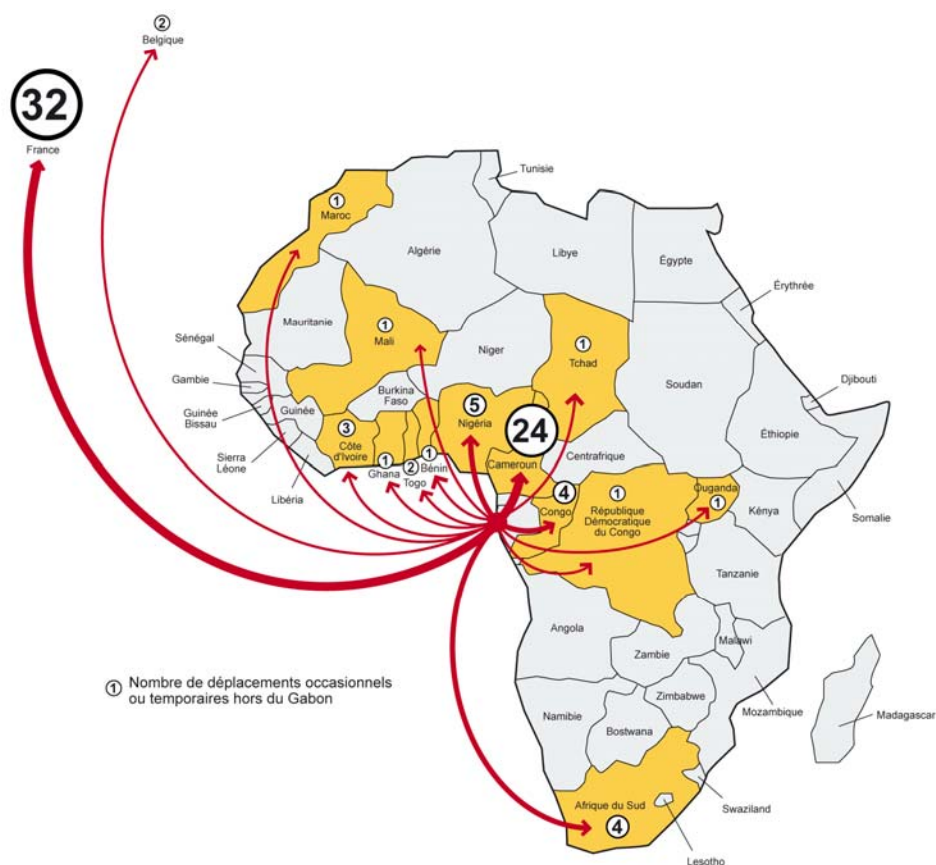
Tableau 28 : résumé du nombre de résidences, des déplacements temporaires et occasionnels des 45 sujets (Gabon, 2004).

3.3.3. Déplacements à l'étranger

Parmi les 45 sujets, 14 ont effectué un déplacement, temporaire ou occasionnel, à l'étranger dans 15 pays différents. Les destinations vont de 1 pays pour 5 sujets à 8 pays différents pour 1 sujet. Ces déplacements cumulent 82 séjours différents, soit une moyenne de près de 6 séjours (5,85) par sujet [étendue : 1-48]. Le nombre total de semaines cumulées par l'ensemble de ces séjours est de 484,5 semaines soit une moyenne de près de 35 semaines (34,6) par sujet ayant voyagé, et une moyenne de près de 6 semaines (5,90) par séjour.

Sur ces 14 sujets, 6 ont effectué leurs déplacements après la connaissance du diagnostic de leur infection et 8 n'ont plus voyagé à l'étranger après la connaissance de leur infection.

La carte 13 présente ces destinations hors Gabon et le nombre de séjours effectués.



Carte 14 : déplacements à l'étranger des 45 sujets de l'étude (Gabon, 2004)

3.4. “Cas individuels”

Les déplacements des 45 sujets (résidence, déplacement temporaire, déplacement occasionnel) ont été recueillis et cartographiés. Parmi 45 “cas individuels”, classés selon leur perception de leur mobilité, nous avons retenu selon un choix raisonné 15 “cas individuels”, en tenant compte de la proportion des types de perception de mobilité dans la série des 45 sujets.

Nous avons réalisé une cartographie individuelle de chacun de ces cas pour visualiser les modalités de déplacements et définir des typologies correspondantes. Ces résultats sont présentés dans le chapitre discussion (4.4).

Perception de mobilité	diminuée	égale	augmentée
Nombre de cas individuels	7	5	3
Numéro des sujets (#)	9 – 12 – 23 – 27 29 – 37 – 40	6 – 10 – 16 – 31 – 45	3 – 18 – 20

Tableau 29 : répartition des 15 “cas individuels” selon la perception de leur mobilité (Gabon, 2004)

4. Discussion

4.1. Des modalités de l’étude

Les limites de cette étude rétrospective sont nombreuses. Il s’agissait d’une étude pragmatique, dans une approche exploratoire des caractéristiques de mobilité des populations infectées par le VIH. Bien que les résultats de ce travail peuvent apporter des indications sur des déterminants liés aux déplacements des patients suivis au CTA de Libreville, ces mêmes résultats ne peuvent être étendus aux populations porteuses du VIH/SIDA et vivant au Gabon.

Les limites de l’échantillonnage portent sur le biais de recrutement lié à un effet “présence” de l’étude. En dépit de la modalité de tirage aléatoire dans la file active des consultants de la semaine, deux sujets ont été inclus dans l’étude bien que n’ayant pas répondu aux critères d’inclusion : le sujet numéro 23 (prise en charge au CTA de moins de 6 mois) car s’étant présenté avec le sujet numéro 22 avec lequel il vit maritalement ; le sujet numéro 20 (choix raisonné en dehors de la file présente cette semaine donnée) car il s’agissait d’une militante associative d’un réseau de PVVIH qui pouvait donner un éclairage supplémentaire sur des caractéristiques particulières de mobilité.

L’absence de groupe-témoin ne permet pas réaliser des comparaisons sur ces caractéristiques de mobilité avec une population non infectée. Notamment de connaître si les déplacements avant la connaissance de l’infection sont plus ou moins nombreux. Des études ont en effet montré que les risques de contamination par le VIH sont plus élevés pour les populations migrantes, notamment dans des déplacements rural-urbain et dans des contextes de migrations pour raisons professionnelles (Kane, 1999 ; Lurie, 2000). Des études sur la qualité de vie des sujets infectés par le VIH comparés à des témoins ont montré que la mobilité était une caractéristique très discriminante pour les PVVIH, à côté des contraintes de la vie quotidienne (économique) et des conséquences physiques et psychiques de l’infection (Hughes, 2004).

Dans notre étude, un groupe-témoin aurait pu être constitué en milieu hospitalier parmi des malades d’âge et de sexe similaire, présentant une sérologie négative connue depuis plus de 6 mois et consultant pour une cause non infectieuse.

Une autre limite de notre étude tient à l'utilisation d'interrogatoire qui fait appel à la mémorisation des événements de mobilité. Si les changements de résidence des sujets sont bien identifiés, les modalités et le nombre des déplacements temporaires ou occasionnels ont été plus difficiles à obtenir. Les déplacements réguliers ou marquants sont plus facilement mémorisés par les patients (déplacements au village lors de congés annuels, déplacements temporaires marquants un événement familial : décès, mariage..., déplacements à l'étranger). De plus, s'agissant de patients infectés par le VIH, la présence du virus dans l'organisme peut affecter les capacités de mémorisation individuelle d'autant que la période d'intérêt pour notre étude débutait en 1986. Néanmoins, les données de mobilité marquante relevées ont permis dans cette étude une approche pertinente des qualités et des quantités de déplacements effectués.

4.2. Des résultats liés aux caractéristiques de la population d'étude

Les caractéristiques de la population d'étude sont en cohérence avec les données relevées dans d'autres études relatives au suivi au CTA de Libreville. Ainsi Gassita (communication personnelle) analysant l'observance des patients suivis dans ce même centre entre octobre et novembre 2003, trouve également une sur-représentation des femmes dans une série de 107 dossiers analysés en continu : 64% de femmes contre 36% d'hommes. De même, les données correspondante à la part des patients résidant à Libreville et à la part des patients de nationalité étrangère est identique à celle de notre série avec respectivement 82% de Librevillois [83% dans notre série et le même pourcentage de consultants non gabonais (11%)]. Ces répartitions similaires se retrouvent pour d'autres caractéristiques telles que le statut matrimonial, la profession ou le niveau de scolarité.

Notre série de 45 patients semble donc représentative de la population suivie au CTA de Libreville.

Une étude menée au Gabon entre 1994 et 1998, portant sur 458 patients suivis à la Fondation Jeanne Ebori mettait en évidence un effet spatial de recrutement avec une proportion de 77% originaires de l'Estuaire et une part importante (14%) de patients venant du Haut-Ogooué (Gorra, 2001). Dans notre série, seuls 4,4% des patients sont originaires de cette province.

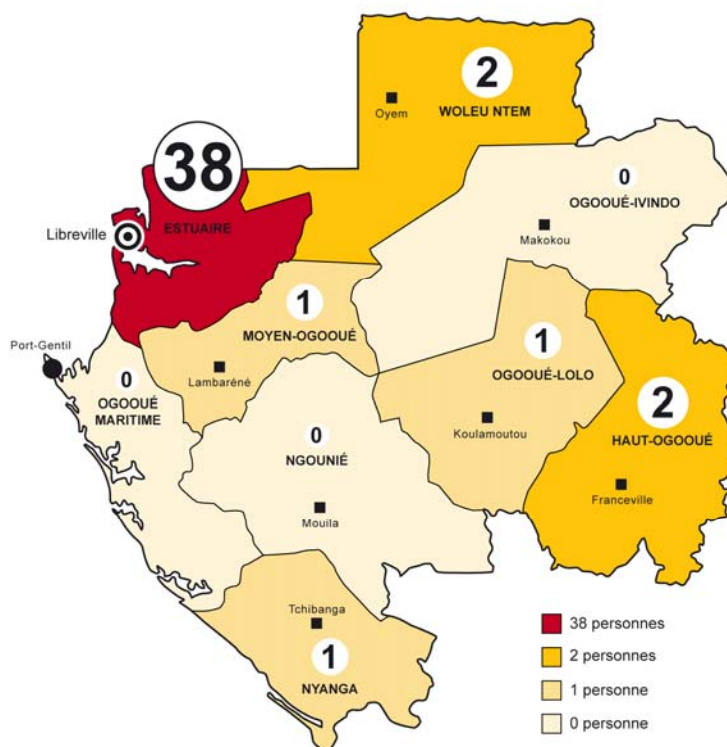
Le fait que 73% des patients soient des femmes peut illustrer la vulnérabilité de celles-ci face à l'infection par le VIH (Leroy, 2004), mais confirme les données issues de la surveillance épidémiologique au Gabon qui montrent que les femmes sont proportionnellement plus infectées que les hommes (PNLS/IST -b, 2003), même si le sex-ratio semble s'équilibrer en 2003 (Kéba, communication personnelle).

La répartition des nationalités montre que 11% des patients sont des non-gabonais. Ce fait confirme la vulnérabilité des migrants africains face à l'infection (IOM, 1998) mais montre également que les structures d'accès thérapeutiques leur sont ouvertes dans le pays d'accueil que constitue pour eux le Gabon. D'ailleurs, au moins un patient étranger, a laissé entendre qu'il souhaitait faire venir son épouse infectée au Gabon en raison de la qualité de la prise en charge du SIDA.

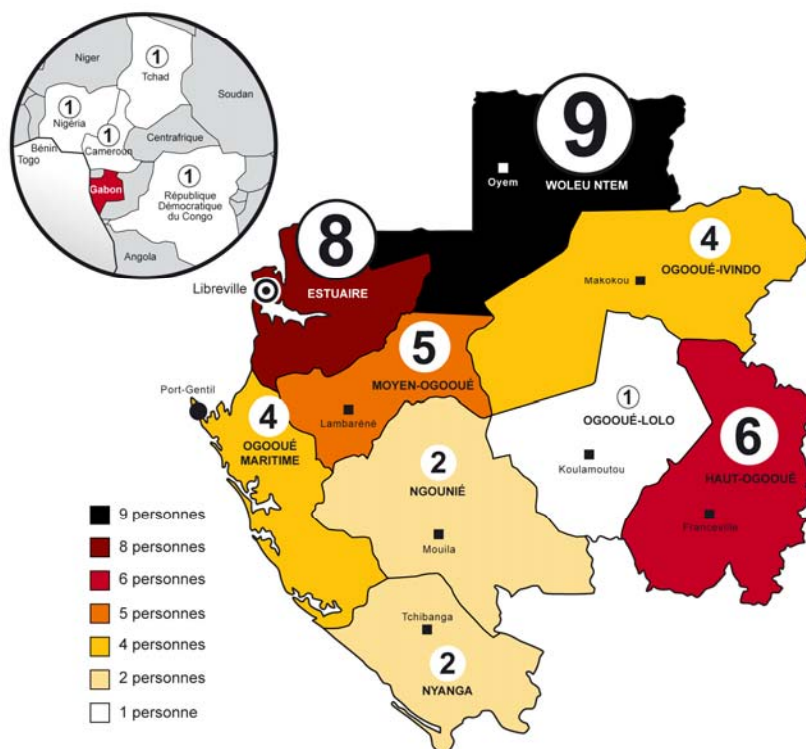
L'âge moyen des 45 sujets est de 39,7 ans, ce qui correspond aux données des pics d'infection existant au Gabon. Le fait que les hommes soient plus âgés que les femmes (42,2 ans versus 38,8 ans) est conforme à la connaissance dans le pays d'un décalage entre les genres (PNLS/IST, 2002 ; PNLS/IST -b, 2003).

Parmi les 45 patients, 38 habitent dans la province de l'Estuaire (84%). Un seul de ces 38 patients n'habite pas Libreville. Le facteur explicatif de cette répartition se trouve dans les valeurs d'attractivité de la capitale. Cette valeur est illustrée par la migration "lieu de naissance – lieu de résidence" (18% de sujets nés dans l'Estuaire versus 84% y résidant).

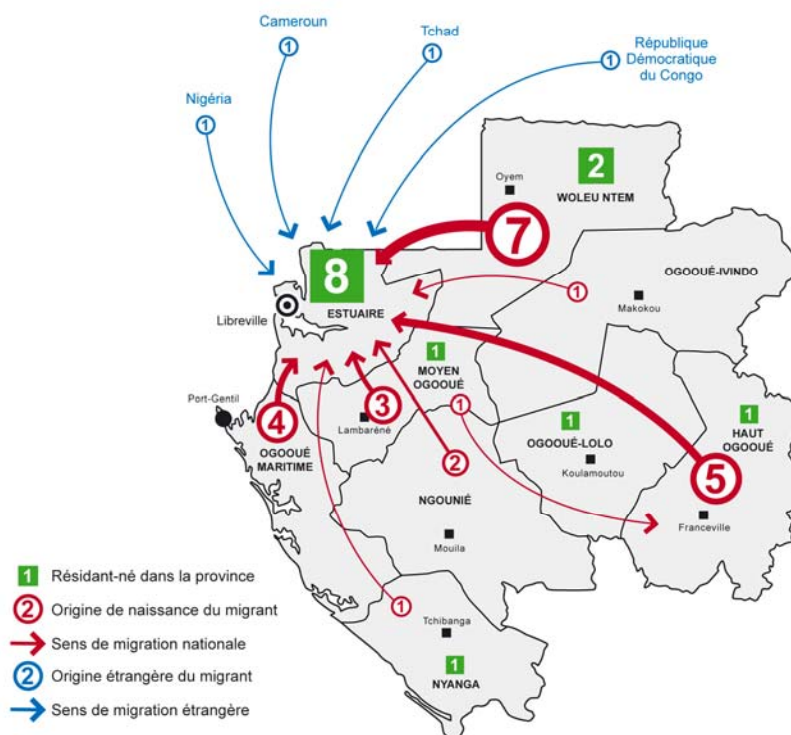
Ces données sont illustrées par les cartes 15, 16 et 17.



Carte 15 : distribution par province des lieux de résidence des 45 sujets (Gabon, 2004)



Carte 16 : distribution par province des lieux de naissance des 45 sujets (Gabon, 2004)



Carte 17 : migration des 45 sujets de leur lieu de naissance à leur lieu actuel de résidence (Gabon, 2004)

4.3. Des résultats liés aux caractéristiques de diagnostic et de prise en charge thérapeutique

Notre étude a relevé que comme le sont généralement les motifs de dépistage de l'infection au Gabon, plus d'un patient sur deux est diagnostiqué au stade de SIDA-maladie. La promotion d'un dépistage volontaire est de plus en plus développée dans les politiques nationales de lutte contre le SIDA, ce qui peut expliquer la part atteinte par ce motif dans notre étude (38%).

En ce qui concerne la prise en charge thérapeutique, seuls 30 patients étaient sous traitement antirétroviral. Ceci est expliqué par les critères d'éligibilité à l'accès thérapeutique prenant en compte les données cliniques et biologiques du patients (niveau des CD4 notamment) ainsi que les aspects sociaux de compliance potentielle.

Pour le diagnostic, le fait que les patients résidant à Libreville ont été diagnostiqués plus tôt que ceux n'y résidant pas (et notamment avant l'ouverture du CTA) peut s'expliquer par l'effet dynamisant sur le dépistage qu'a joué l'ouverture de cette structure en 2001. Il y a là aussi un effet d'attractivité pour les non-résidents de la province alors que ceux y résidant (avant l'ouverture du CTA) pouvaient bénéficier d'une offre de soins (diagnostic) déjà existante plus large.

S'il est difficile de réaliser à partir de ces quelques indications une *géographie des recours aux soins*, force est de constater que le croisement des besoins de la population avec le taux de recours au CTA présente une liaison très forte. En l'absence en mai 2004 d'autres CTA fonctionnels au Gabon, le bassin de soins de cette structure dépassait le simple espace urbain de Libreville. La connaissance de ces aspects urbains des espaces de santé est nécessaire à la programmation de l'évolution des offres (Salem, 1998).

Le décalage entre le diagnostic des 45 sujets et leur mise sous traitement est directement lié à l'amélioration des conditions d'accès développées depuis quelques années au Gabon, notamment avec le programme *Access* (Degui, 2001). Il a existé également un effet "ouverture" du CTA recrutant en 2001, 16 des 30 sujets sous traitement de notre étude. Par la

suite, le délai moyen entre l'inclusion dans la file active du CTA et la mise sous traitement antirétroviral est mesuré à moins de 5 mois, mais ce délai est en réalité plus long car notre analyse a inclus des patients qui avaient débuté ce traitement avant leur prise en charge dans la structure.



Illustration 14 : Trithérapie au CTA de Libreville (Gabon, 2004) © Milleliri

Nous n'avons pas relevé les protocoles thérapeutiques suivis par les patients mais ces données se révèlent importantes à connaître pour les études mesurant les adhésions au traitement ainsi que les contraintes pouvant limiter l'observance. Des facteurs d'éloignement du CTA et des difficultés d'accès aux renouvellements des médicaments peuvent jouer comme autant d'éléments défavorables. Les conditions environnementales et géographiques sont sans doute plus discriminantes dans cet accès et ce suivi thérapeutiques que ne le sont les caractéristiques individuelles des populations infectées. Une étude de cohorte menée en Suisse entre 1997 et 2001 a montré qu'il n'y avait pas de différence significative pour ce qui concerne la progression du SIDA et la survie à 4 ans entre un groupe de patients d'origine européenne et un groupe de patients originaires d'Afrique subsaharienne sous trithérapie (Staehelin, 2003).

4.4. Des modalités de déplacements des sujets et de la perception de leur mobilité

Il ressort de notre étude que les déplacements des 45 sujets sur une période de près de 18 ans sont nombreux, fréquents et différenciés. Il serait pertinent de comparer ces résultats à une population de patients non infectés par le VIH.

Globalement le nombre de résidences est peu élevé (3), soit environ un changement tous les 5 ans, ce qui ne peut pas faire considérer cette population comme nomade. En moyenne, chaque sujet a résidé dans moins de 2 provinces différentes, ce qui sociologiquement peut s'expliquer par le rattachement d'un individu à sa province d'origine et à une installation différente pour divers motifs (mariage, professionnel...).

Concernant les déplacements, la différenciation est nette entre les déplacements temporaires et les déplacements occasionnels. En termes cumulés, les déplacements temporaires (de plus de 15 jours) sont moins nombreux (moins de 6 en moyenne) mais ils durent plus longtemps (plus de 35 semaines), alors que ceux occasionnels sont plus nombreux (plus de 12) et sont à l'inverse de plus courte durée (moins de 8 semaines).

Ceci peut s'expliquer par des caractéristiques sociales et culturelles pour les voyages temporaires qui correspondent souvent à des séjours dans la province d'origine à la faveur de congés annuels, alors que ceux temporaires sont des marqueurs d'événements circonstanciels (mariage, décès, réunion de famille) ou professionnels (missions, affaires...).

La part des déplacements à l'étranger est importante dans notre étude puisque près d'un sujet sur trois a voyagé au moins une fois en dehors du Gabon. La destination principale est la France (32 séjours différents) mais tous les pays de la sous-région africaine sont représentés avec une part importante avec le Cameroun limitrophe au nord. Ce nombre important de voyages à l'étranger est aussi illustratif de la capacité économique du pays et de ses populations, et la preuve d'un certain dynamisme sociétal.

Notre étude, centrée sur la mobilité avait pour objectif de répondre à la question : « le diagnostic, le suivi et la mise sous traitement antirétroviral constituent-ils des déterminants modificateurs de la mobilité des patients infectés par le VIH ? ».

Afin de mesurer cette capacité de modification, nous avons analysé la perception individuelle de la mobilité de chaque patient croisée avec le relevé des déplacements avant et après diagnostic. Sur le plan méthodologique, l'absence de groupe-témoin ne nous permet pas de répondre correctement à cette question, mais des pistes de réflexion peuvent être ouvertes à la lecture des résultats obtenus.

4.4.1. Perception de la mobilité

Parmi les 45 sujets, un tiers ne perçoivent aucune modification de leur mobilité depuis qu'ils connaissent leur infection. Par contre les deux tiers restants, considèrent que depuis la connaissance de leur statut leur mobilité a été modifiée. Pour une majorité, cette mobilité a été diminuée (51%) alors que pour les autres (16%) elle a été augmentée.

Il existe un effet "lieu de résidence" car dans cette proportion de sujets pour lesquels la mobilité est perçue comme modifiée, les patients résidant dans l'Estuaire sont plus nombreux à considérer celle-ci en baisse par rapport aux patients résidant en dehors de la province. Ce fait peut s'expliquer par le rôle de sédentarisation que joue le CTA pour la population du bassin de soins. Ces patients de mieux en mieux informés de la nécessité d'un suivi rigoureux sont moins enclin à des déplacements qui les placent face à un risque de rupture de traitement (pour ceux qui ont une multi-thérapie). Pour ceux qui résident en dehors de l'Estuaire, l'absence de structures dédiées (en voie d'extension notamment à Port-Gentil et à Franceville à la date de notre étude) les obligent à des déplacements répétés pour ce même accès. Ce fait explique également que lors des entretiens ouverts à la fin de notre questionnaire, de nombreux patients venant de la province se soient exprimés sur des attentes de prise en charge sur leur lieu de résidence, arguant les contraintes notamment morales et financières liées à ces déplacements. Cette différence de qualité psychologique entre les populations urbaines et rurales infectées par le VIH a déjà été révélé dans des études. Ces dernières montrent que les populations les plus éloignées des structures de suivi spécifique reportent une moindre satisfaction de qualité de vie (Heckman, 1998).

4.4.2. Typologies des mobilités : étude de cas

Afin de compléter cette étude, nous avons caractérisé les déplacements individuels de 15 sujets sur 45, selon un choix raisonné.

Nous avons distingué à partir de cette étude particulière des déplacements individuels connus entre 1986 et 2004, des typologies différentes.

Les typologies proposées prennent en compte :

- le nombre de déplacements résidentiels :
 - sédentaire : 1 ou 2 résidences différentes
 - nomade : plus de 2 résidences différentes
- le nombre de déplacements occasionnels ou temporaires :
 - peu mobile : pas de déplacement ou quelques déplacements irréguliers
 - mobile : existence de déplacements réguliers
 - très mobile : existence de déplacements fréquents ou très fréquents
- le type de déplacements occasionnels ou temporaires à travers la visualisation des déplacements avant et après le diagnostic, en leur donnant une caractérisation selon les destinations habituelles
 - focalisé, sur un lieu ou une province
 - bipolaire – triangulaire, sur deux ou trois lieux ou provinces
 - plurifocal ou circulaire, en raison d'une circulation dans plusieurs provinces, en suivi
 - en gerbe, en raison de destinations différentes à partir d'un même point

Cette caractérisation peut conduire à 24 typologies différentes, et s'il l'on intègre la perception de ces déplacements (augmentée, égale ou diminuée) par le sujet à 72 cas théoriques différents.

		nombre de déplacements occasionnels ou temporaires					
		peu mobile		mobile		très mobile	
Type de déplacements	focalisé	1 S ou 1 N		5 S ou 5 N		9 S ou 9 N	
	bipol. – triang.	2 S ou 2 N		6 S ou 6 N		10 S ou 10 N	
	plurifoc. - circulaire	3 S ou 3 N		7 S ou 7 N		11 S ou 11 N	
	en gerbe	4 S ou 4 N		8 S ou 8 N		12 S ou 12 N	
mouvts résidence		sédent.	nomade	sédent.	nomade	sédent.	nomade

Tableau 30 : typologie des déplacements des 45 sujets (Gabon, 2004)

Cette typologie permet d'établir une échelle de mobilité, de 1 à 12, tenant compte du nombre de déplacements majorée de l'étendue de l'espace couvert et tempérée par le nombre de résidences.

Les 15 cas présentés sont classés selon la perception individuelle de mobilité depuis la connaissance de l'infection par le VIH.

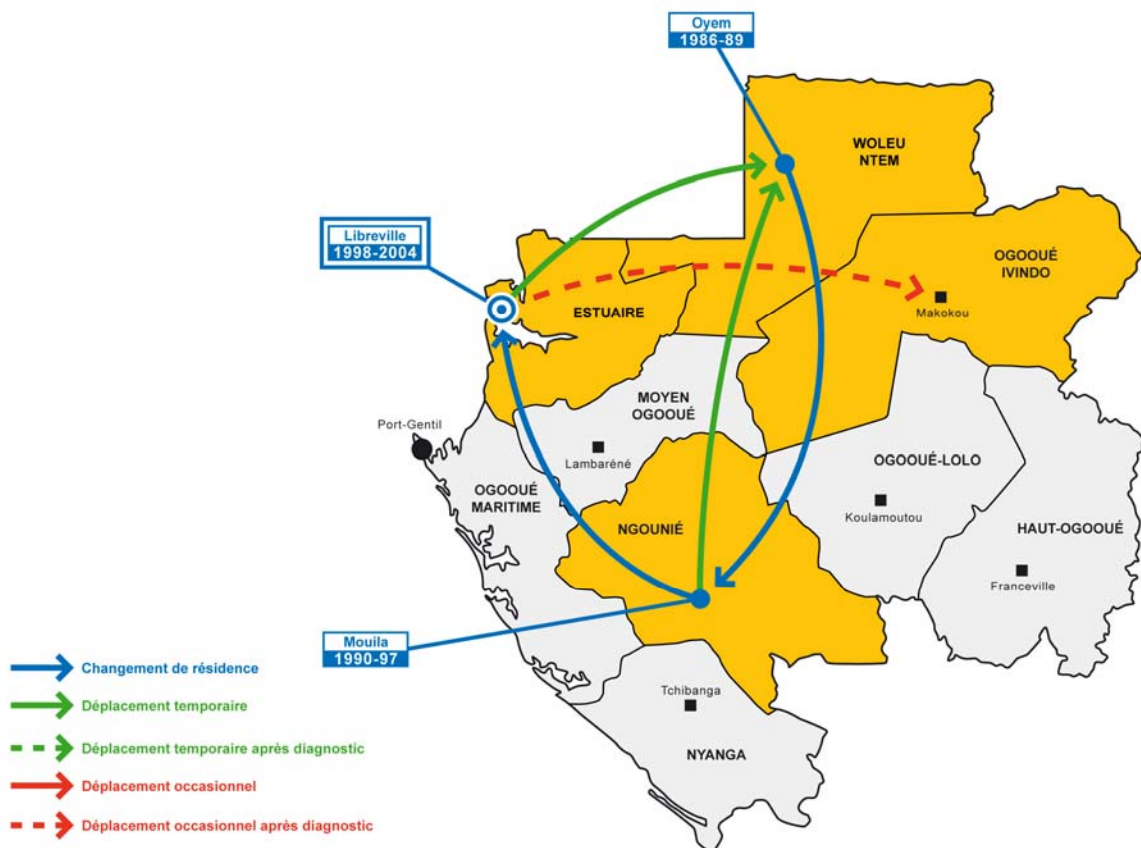
Perception d'une mobilité diminuée

Cas n°9

Femme de 24 ans, gabonaise, commerçante, célibataire, née à Oyem (Woleu Ntem), résidant à Libreville (quartier Likouala) depuis 1998, de niveau d'études secondaires, diagnostic de l'infection en juillet 2002 dans le cadre d'un dépistage volontaire à Libreville (CTA), prise en charge par le CTA en septembre 2002, pas de traitement antirétroviral.

Trois résidences : Oyem – Mouila – Libreville

A fait de nombreux déplacements temporaires entre 1990 et 2002 vers Oyem avant le diagnostic de l'infection (1 déplacement par an) et trois déplacements vers Makokou depuis 2002.



Carte 18 : sujet # 9 (Gabon, 2004)

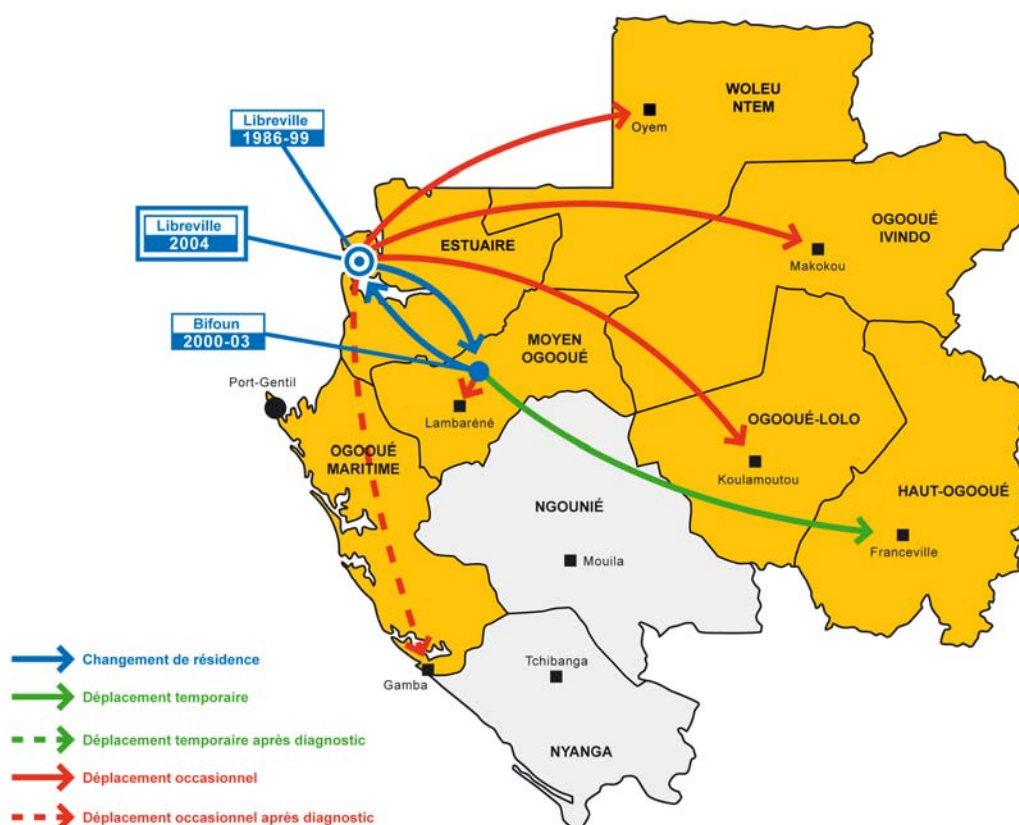
Typologie : mobile – triangulaire – nomade : 6 N

Cas n°12

Homme de 36 ans, gabonais, militaire, célibataire, né à Okondja (Haut-Ogooué), résidant à Libreville (quartier Akébé) depuis 2004, de niveau d'études secondaires, diagnostic de l'infection en juillet 2001 à Libreville (CNTS) dans le cadre d'une suspicion clinique de SIDA-maladie, pris en charge par le CTA en février 2003, pas de traitement antirétroviral.

Trois résidences : Libreville – Bifoun - Libreville

A fait de nombreux déplacements occasionnels dans le cadre de ses activités professionnelles dans 5 provinces différentes avant la connaissance de son infection. A poursuivi des déplacements occasionnels après la connaissance de son infection, essentiellement dans le Moyen-Ogooué (12 déplacements en 3 ans).



Carte 19 : cas #12 (Gabon, 2004)

Typologie : très mobile – en gerbe – nomade : 12 N

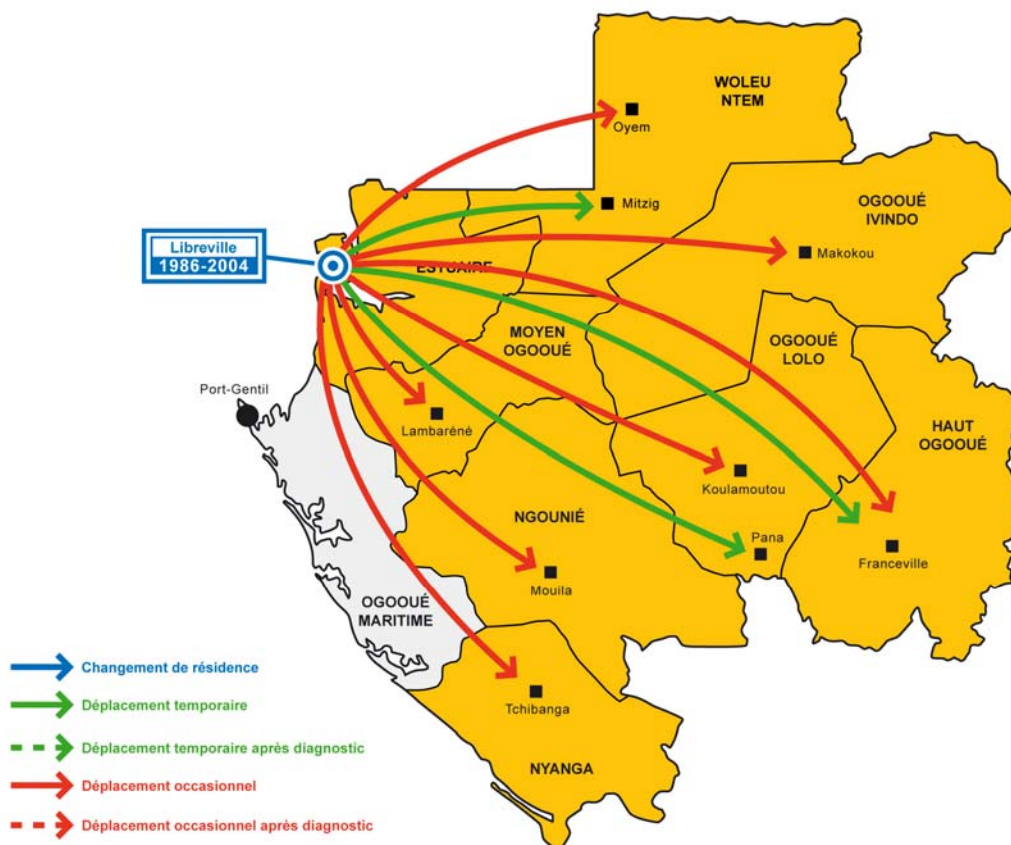
Cas n°23

Homme de 44 ans, gabonais, militaire, vivant maritalement, né à Mitzig (Woleu Ntem), résidant à Libreville (quartiers Cocottiers) depuis 1986, de niveau d'études secondaires, diagnostic de l'infection en mars 2003 à Libreville (CTA) dans le cadre d'une suspicion clinique de SIDA-maladie, pris en charge par le CTA en janvier 2004, sous traitement antirétroviral depuis mai 2004.

Une seule résidence : Libreville

De très nombreux déplacements professionnels dans 7 provinces différentes, essentiellement occasionnels, et tous avant la découverte de son infection.

Arrêt de tout déplacement hors de Libreville depuis la connaissance de son infection.



Carte 20 : cas # 23 (Gabon, 2004)

Typologie : très mobile – en gerbe – sédentaire : 12 S

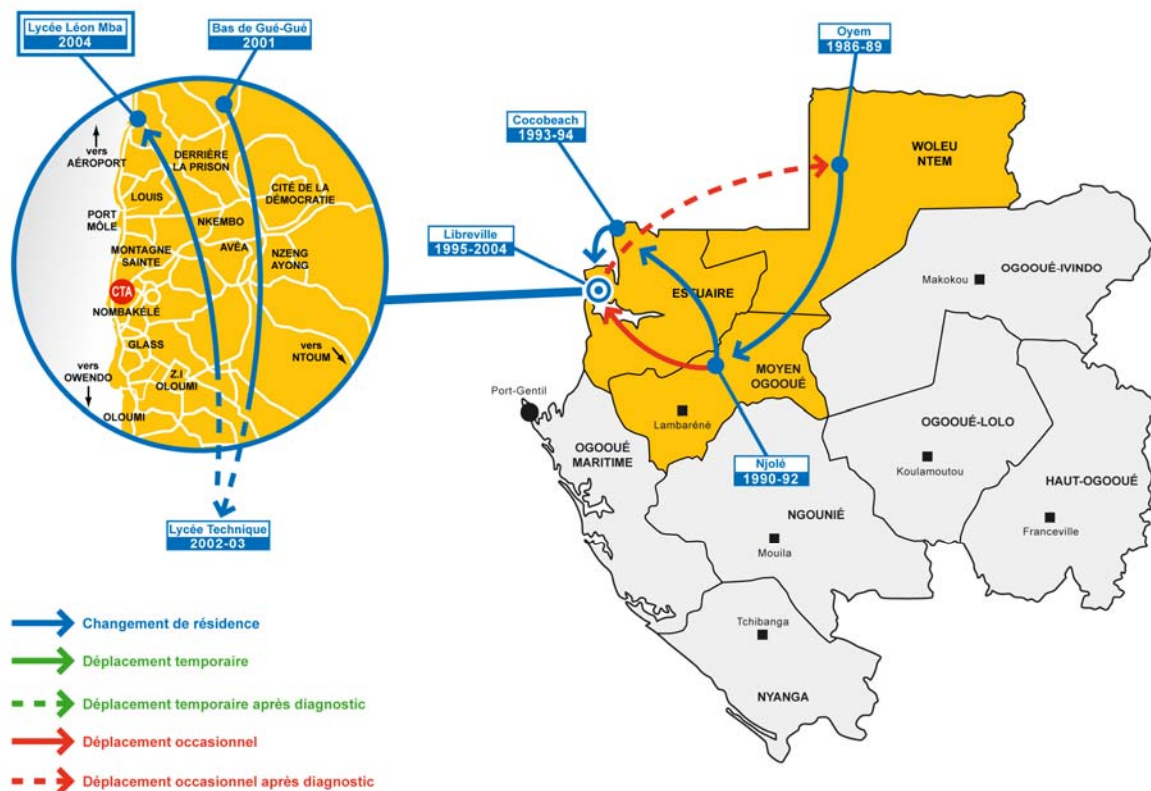
Cas n°27

Femme de 40 ans, gabonaise, institutrice, divorcée, née à Oyem (Woleu Ntem), résidant à Libreville depuis 1995 (quartier Lycée Léon Mba, mais a déménagé 3 fois depuis 1995), de niveau d'études primaires, diagnostic de l'infection en août 2001 à Lambaréné (Hôpital Schweitzer) dans le cadre d'une suspicion clinique de SIDA-maladie, prise en charge par le CTA en octobre 2002, sous traitement antirétroviral depuis décembre 2002.

Quatre résidences : Oyem – Ndjolé – Cocobeach – Libreville (3 sites différents : Bas de Gué-Gué, Lycée Technique, Lycée léon Mba)

Des déplacements hebdomadaires entre 1990 et 1992 entre Ndjolé et Libreville.

Un seul déplacement à Oyem depuis la connaissance de son infection.



Carte 21 : cas # 27 (Gabon, 2004)

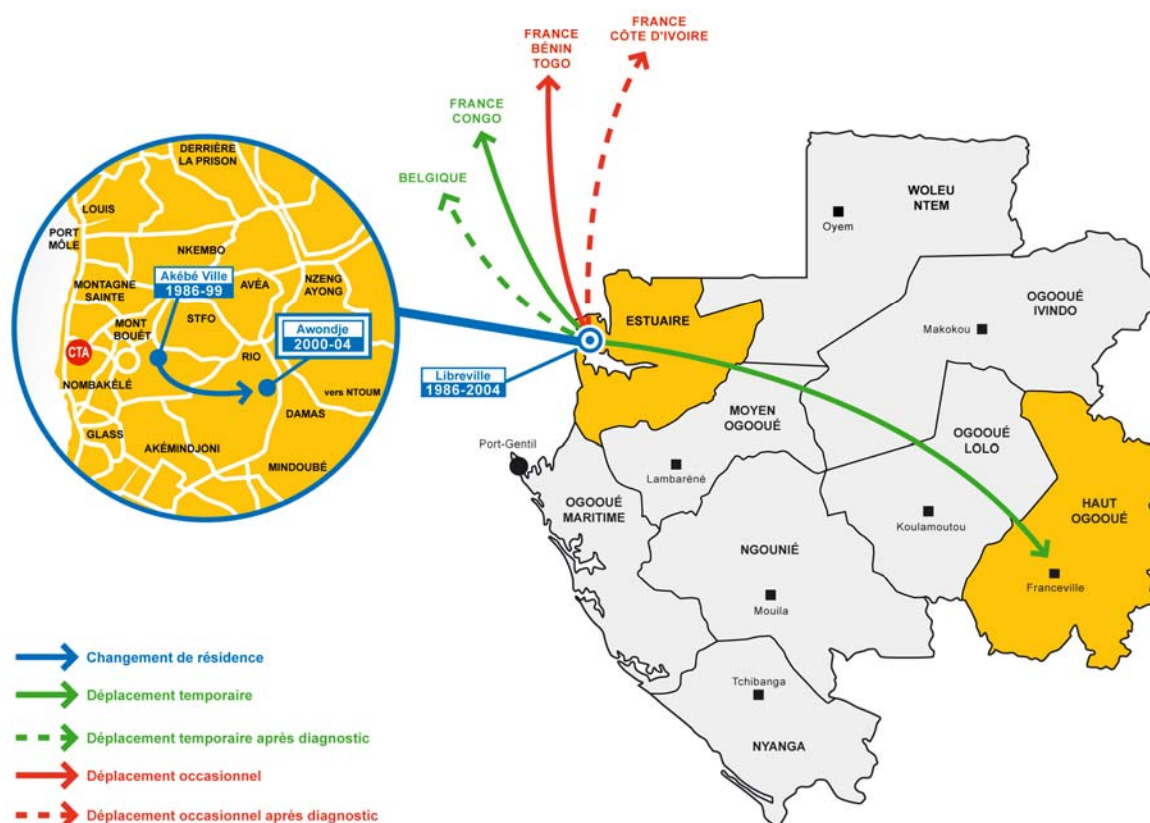
Typologie : peu mobile – bipolaire – nomade : 2 N

Cas n°29

Femme de 46 ans, gabonaise, agent commercial, célibataire, née à Franceville (Haut-Ogooué), résidant à Libreville depuis 1986 (quartier Akébé), de niveau d'études secondaires, diagnostic de l'infection en juin 1999 à Libreville (laboratoire privé) dans le cadre d'une suspicion clinique, doublement infectée par le Vih-1 et le Vih-2, prise en charge par le CTA en décembre 2001, sous traitement antirétroviral octobre 2000.

Un seul lieu de résidence : Libreville (un déménagement)

De très nombreux déplacements à l'étranger en Afrique et en Europe, avant et après le diagnostic de son infection.



Carte 22 : cas # 29 (Gabon, 2004)

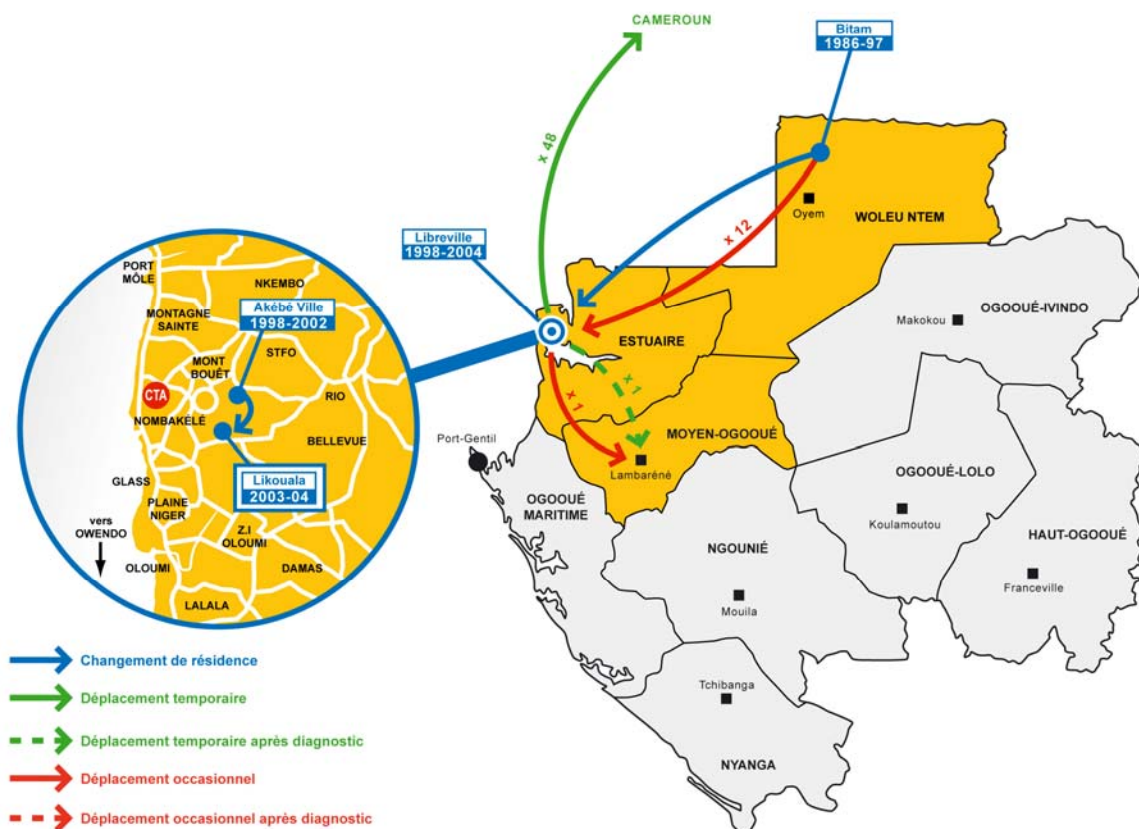
Typologie : très mobile – en gerbe – sédentaire : 12 S

Cas n°37

Femme de 28 ans, gabonaise, commerçante, vivant maritalement, née à Bitam (Woleu Ntem), résidant à Libreville depuis 1998 (Akébé puis Likouala), de niveau d'études secondaires, diagnostic de l'infection en novembre 2001 à Libreville (laboratoire national) dans le cadre d'une suspicion clinique, prise en charge par le CTA en décembre 2001, sous traitement antirétroviral depuis avril 2002.

Deux résidences : Bitam – Libreville

Deux types de déplacements : vers Libreville tous les ans lorsqu'elle réside à Bitam, puis au Cameroun tous les mois lorsqu'elle réside à Libreville. Mobilité professionnelle reprise en juillet 2002.



Carte 23 : cas # 37 (Gabon, 2004)

Typologie : mobile – triangulaire – sédentaire : 6 S

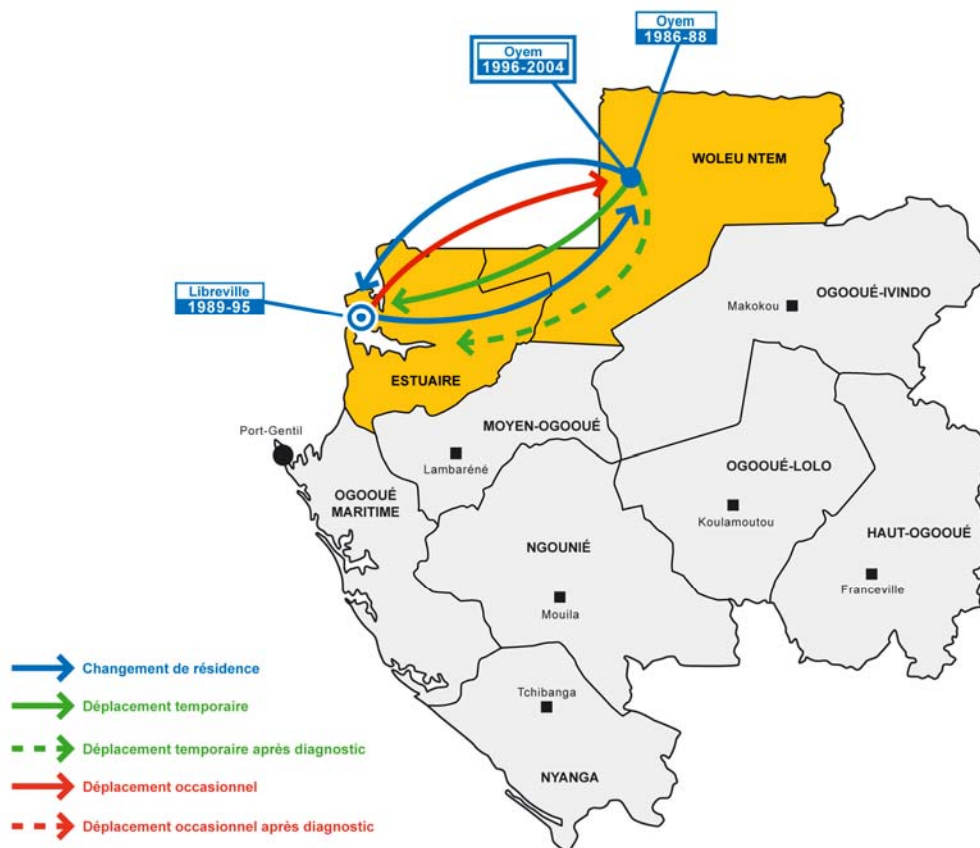
Cas n°40

Femme de 40 ans, gabonaise, secrétaire, vivant maritalement, née à Oyem (Woleu Ntem), résidant à Oyem depuis 1996, de niveau d'études secondaires, diagnostic de l'infection en août 2000 à Libreville (hôpital sino-gabonais) dans le cadre d'une suspicion clinique, prise en charge par le CTA en août 2001, sous traitement antirétroviral en mars 2002.

Deux résidences : Oyem (2 fois) – Libreville

Des déplacements temporaires et occasionnels : vers Libreville depuis qu'elle vit à Oyem et vers Oyem lorsqu'elle vivait à Libreville.

Souhaiterait se faire suivre à Oyem si un CTA y fonctionnait.



Carte 24 : cas # 40 (Gabon, 2004)

Typologie : mobile – circulaire – nomade : 7 N

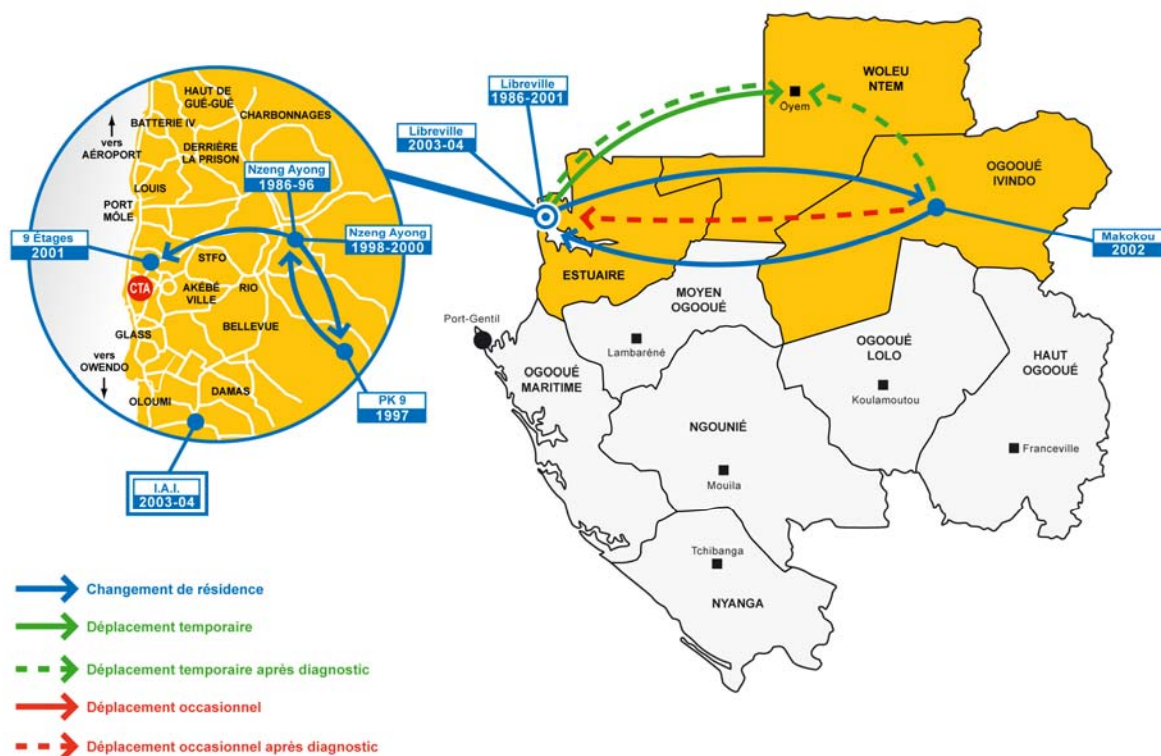
Perception d'une mobilité inchangée

Cas n°6

Femme de 29 ans, gabonaise, institutrice, vivant maritalement, née à Makokou (Ogooué-Ivindo), résidant à Libreville depuis 1986 avec un séjour à Makokou en 2002 : sur Libreville, 5 déménagements, vit actuellement quartier IAI, de niveau d'études secondaires, diagnostic de l'infection en avril 2001 (laboratoire uroc) dans le cadre d'une suspicion clinique de SIDA-maladie, prise en charge par le CTA en mai 2001, sous traitement antirétroviral depuis décembre 2001.

Deux résidences : Libreville – Makokou

Déplacements essentiellement sur Oyem et Makokou.



Carte 25 : cas # 6 (Gabon, 2004)

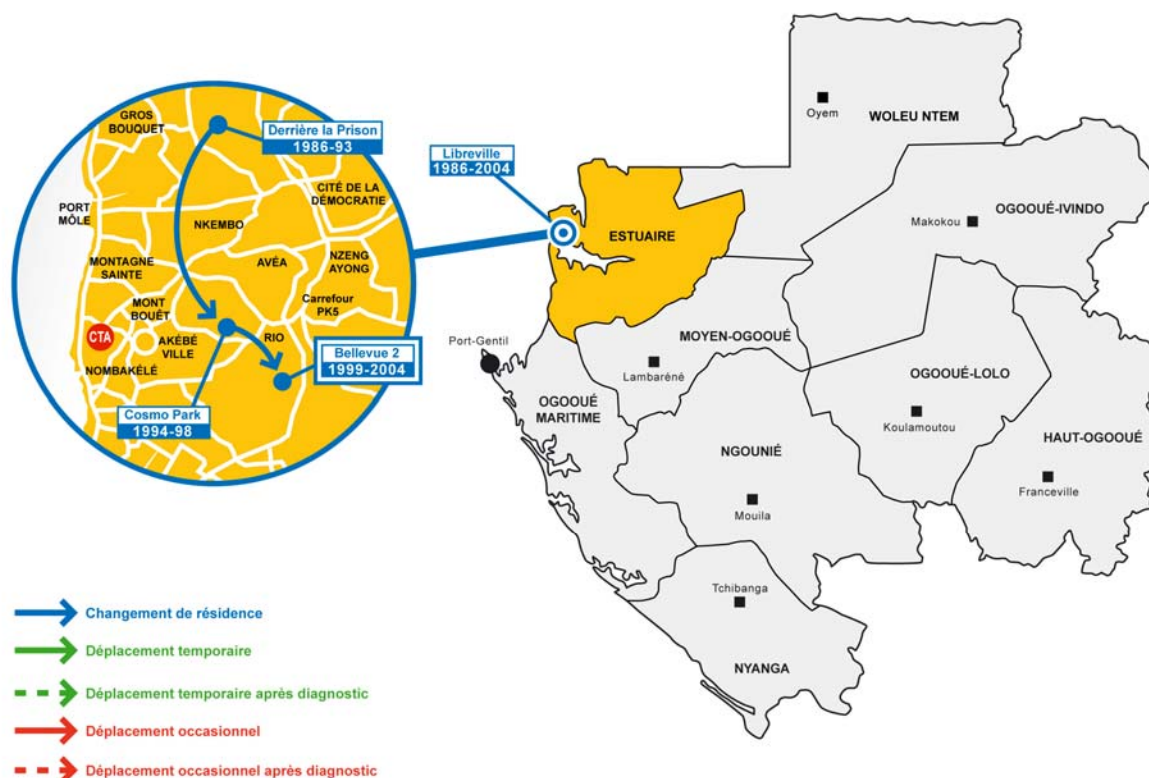
Typologie : mobile – triangulaire – nomade : 6 N

Cas n°10

Femme de 32 ans, gabonaise, sans profession, vivant maritalement, née à Libreville (Estuaire), résidant à Libreville depuis 1986 (3 déménagements), de niveau d'études primaires, diagnostic de l'infection en octobre 2003 à Libreville (CTA) dans le cadre d'une suspicion clinique de SIDA-maladie, prise en charge par le CTA en octobre 2003, pas de traitement antirétroviral.

Une résidence : Libreville (3 sites différents : Derrière la prison – CosmoPark – Bellevue 2).

Aucun déplacement hors Libreville.



Carte 26 : cas # 10 (Gabon, 2004)

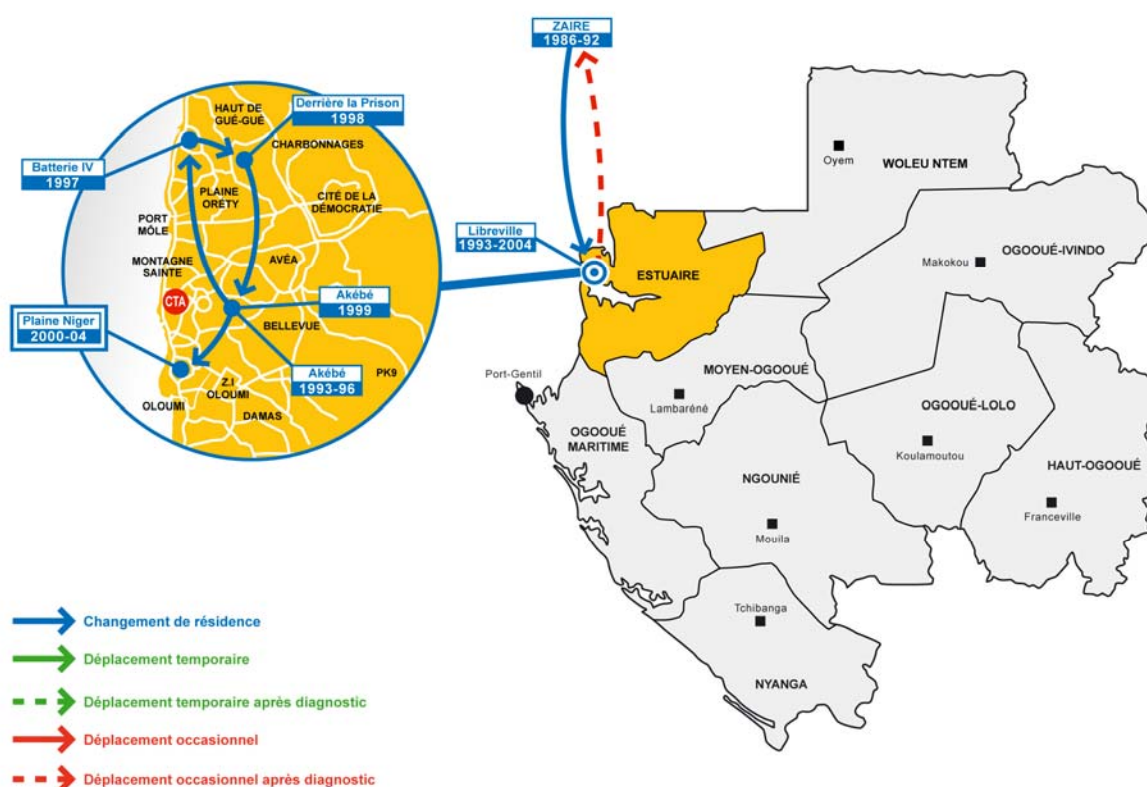
Typologie : peu mobile – focalisé – sédentaire : 1 S

Cas n°16

Femme de 29 ans, congolaise (ex-Zaïre), serveuse, célibataire, née au Zaïre (Bas-Congo) arrivée au Gabon en 1993, résidant à Libreville depuis 1993 (5 sites différents), de niveau d'études secondaires, diagnostic de l'infection en juin 2000 à Libreville (cabinet privé) dans le cadre d'un dépistage volontaire, prise en charge par le CTA en avril 2001, sous traitement antirétroviral en avril 2002.

Une résidence : Libreville (5 sites différents : Akébé – Batterie IV – Derrière la prison – Akébé – Plaine Niger)

Aucun déplacement hors Libreville en dehors d'un voyage en République Démocratique du Congo (Boma) en 2004.



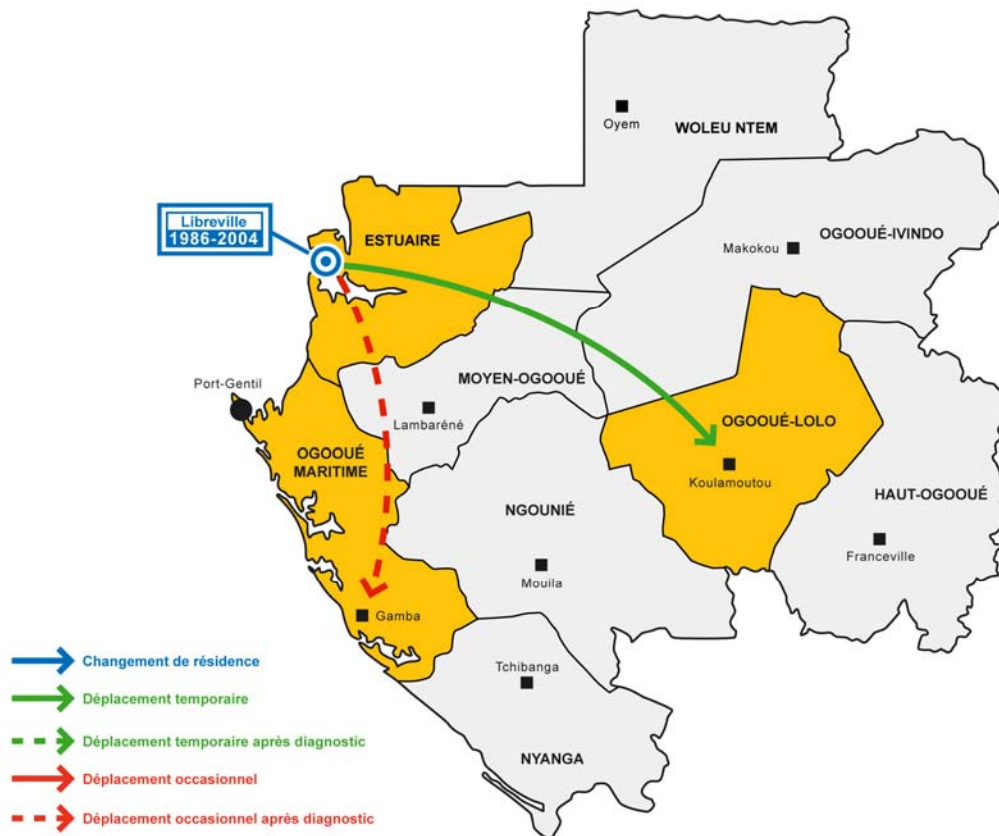
Carte 27 : cas # 16 (Gabon, 2004)

Typologie : peu mobile – focalisé – nomade : 1 N

Cas n°31

Femme de 40 ans, gabonaise, militaire, célibataire, née à Port-Gentil (Ogooué-Maritime), résidant à Libreville depuis 1986, de niveau d'études secondaires, diagnostic en septembre 2002 à Libreville (CTA), dans le cadre d'un dépistage volontaire, prise en charge par le CTA en octobre 2002, sous traitement antirétroviral depuis décembre 2002.

Un seul déplacement notable de 28 semaines à Koulamoutou en 2001.



Carte 28 : cas # 31 (Gabon, 2004)

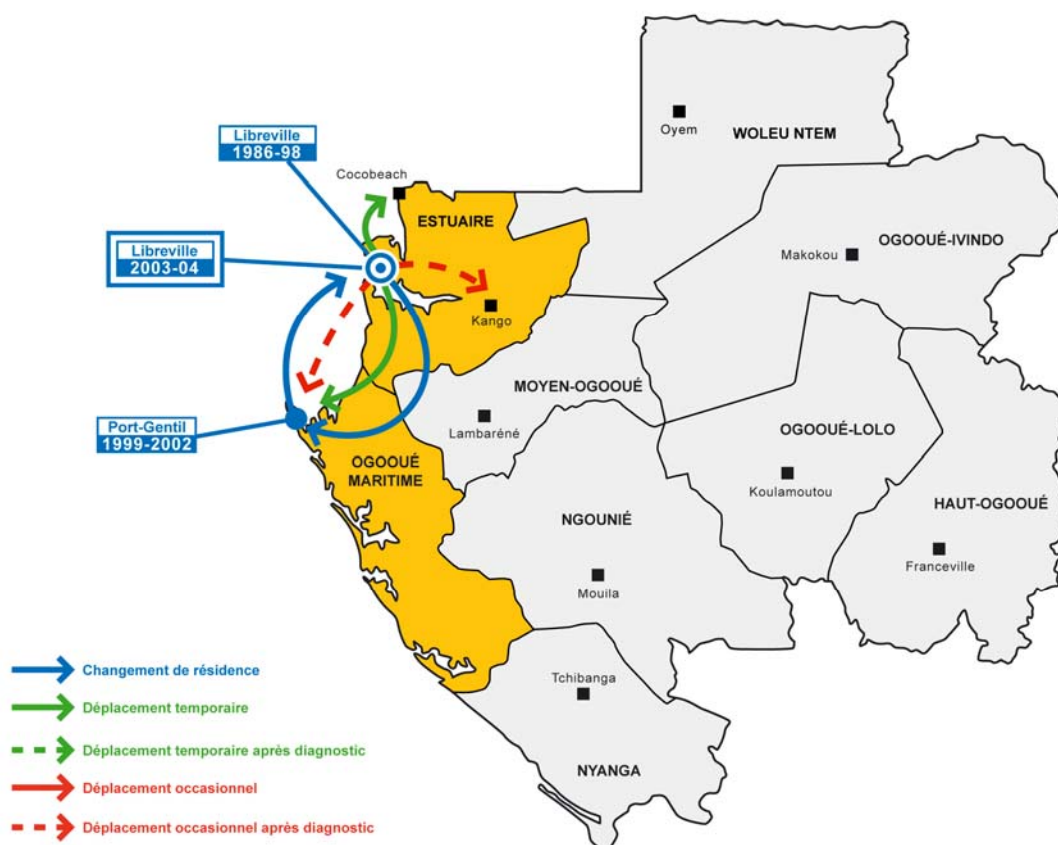
Typologie : peu mobile – bipolaire – sédentaire : 2 S

Cas n°45

Femme de 31 ans, gabonaise, secrétaire, célibataire, née à Libreville (Estuaire), résidant à Libreville depuis 2003 (quartier Bas de Gué-Gué), de niveau d'études secondaires, diagnostic de l'infection en novembre 1999 à Libreville (FJE) dans le cadre d'une suspicion clinique de SIDA-maladie, mise sous traitement antirétroviral en juin 2000 et prise en charge par le CTA en avril 2001.

Deux résidences : Libreville – Port-Gentil

Peu de déplacement temporaire et occasionnel.



Carte 29 : cas # 45 (Gabon, 2004)

Typologie : peu mobile – circulaire – nomade : 3 N

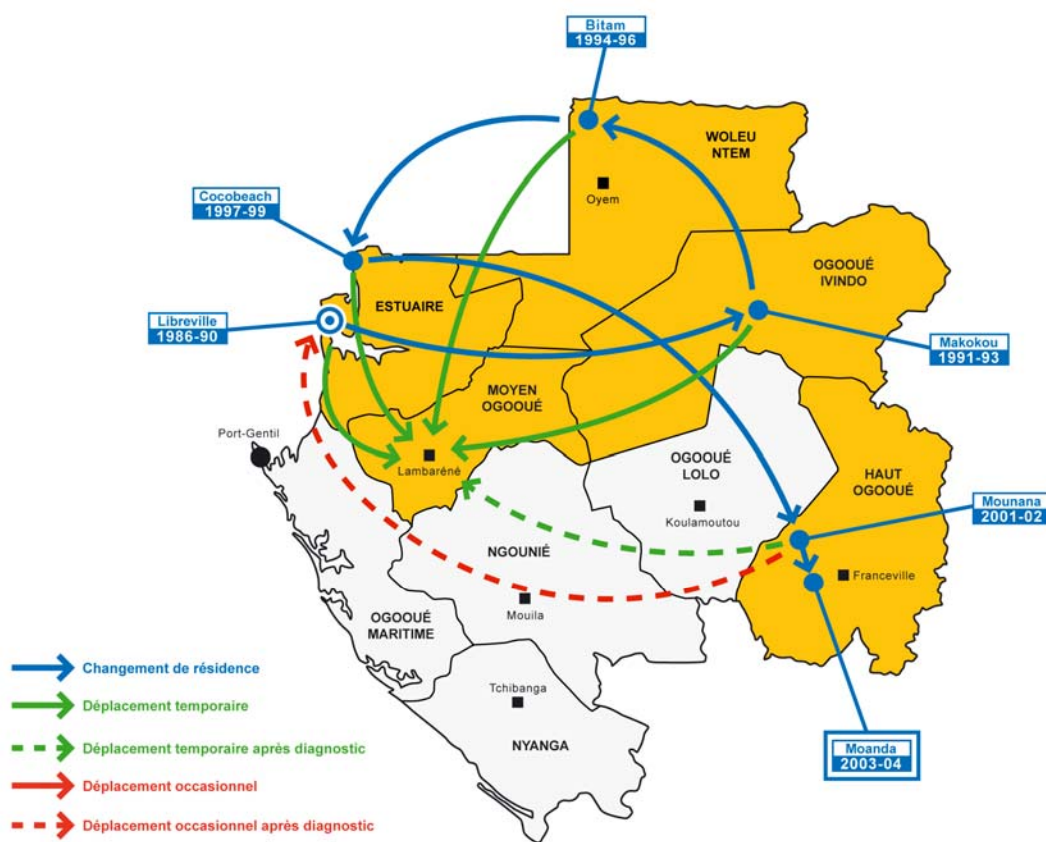
Perception d'une mobilité augmentée

Cas n°3

Femme de 39 ans, gabonaise, sans profession, mariée, née à Lambaréné (Moyen-Ogooué), résidant à Moanda (Haut-Ogooué) depuis 2003, de niveau d'études secondaires, diagnostic de l'infection en mai 2001 à Libreville (laboratoire des armées) dans le cadre d'une suspicion clinique de SIDA-maladie, prise en charge par le CTA en juin 2001, sous traitement antirétroviral depuis mai 2002.

Six résidences : Libreville – Makokou – Bitam – Cocobeach – Mounana – Moanda

Nombreux déplacements focalisés sur Lambaréné, mais de nombreux déménagements pour suivre son époux militaire. Perception d'une augmentation de ses déplacements depuis son infection en raison de la nécessité de venir à Libreville pour le suivi.



Carte 30 : cas # 3 (Gabon, 2004)

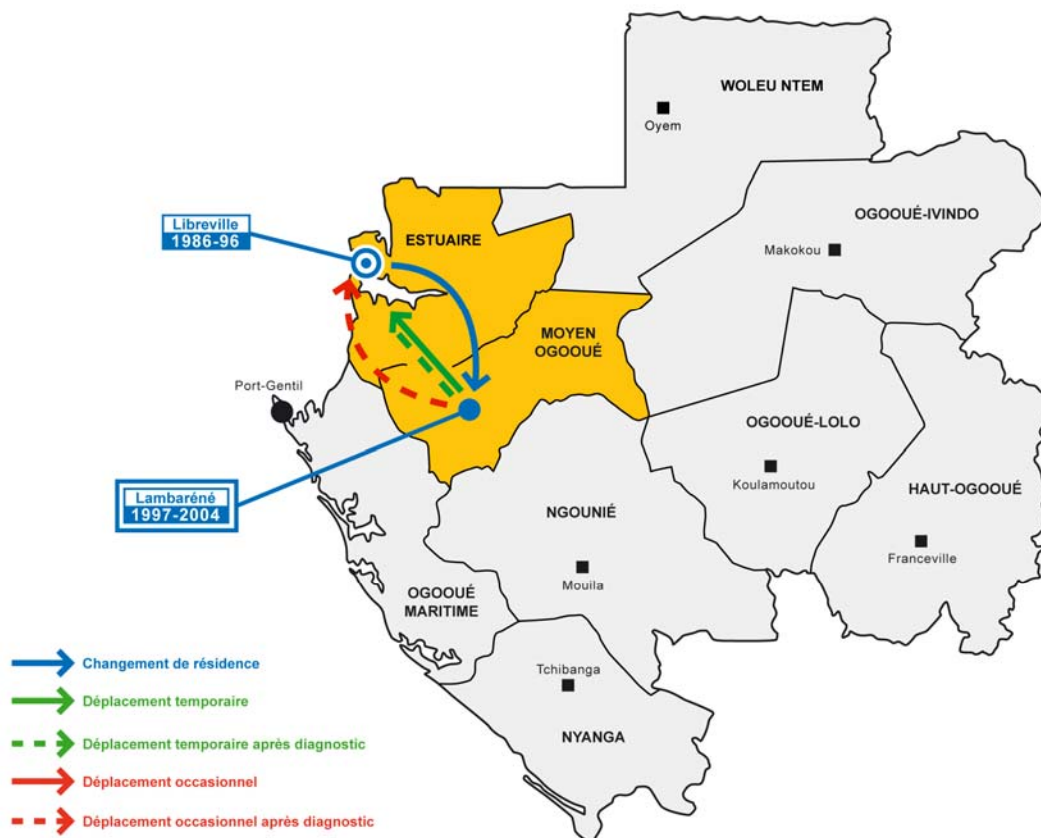
Typologie : très mobile – focalisé – nomade : 9 N

Cas n°18

Femme de 36 ans, gabonaise, institutrice, célibataire, née à Lambaréné (Moyen-Ogooué), résidant à Lambaréné depuis 1997, de niveau d'études secondaires, diagnostic de l'infection en mai 2001 à Melen (laboratoire hôpital) dans le cadre d'un dépistage volontaire, prise en charge au CTA en mai 2001, sous traitement antirétroviral depuis décembre 2002.

Deux résidences : Libreville – Port-Gentil

De nombreux déplacements à Libreville depuis 1997. Perception d'une augmentation de sa mobilité en raison de la nécessité d'un suivi à Libreville, mais ne veut pas se faire suivre à Lambaréné pour préserver une certaine confidentialité de son statut.



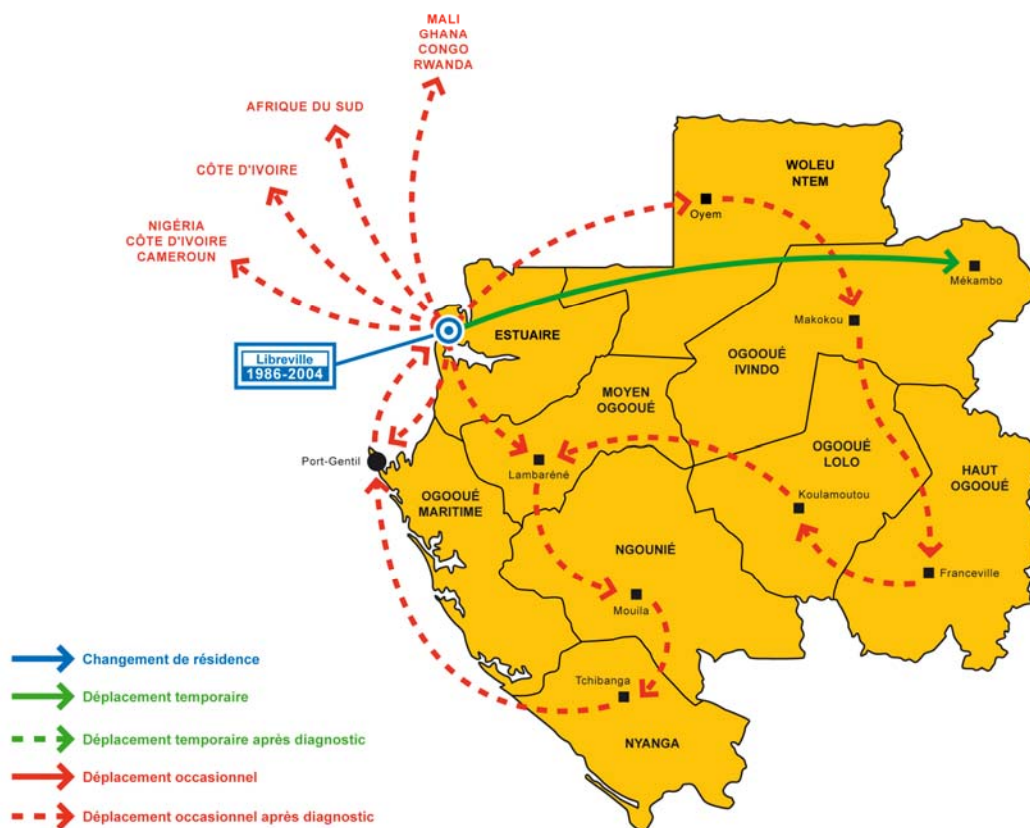
Carte 31 : cas # 18 (Gabon, 2004)

Typologie : mobile – circulaire – sédentaire : 7 S

Cas n° 20

Femme de 35 ans, gabonaise, éducatrice spécialisée, vivant maritalement, née à Mékambo (Ogooué-Ivindo), résidant à Libreville depuis 1986 (4 sites différents), de niveau d'études secondaires, diagnostic de l'infection en 1997 à Libreville (laboratoire universitaire) dans le cadre d'un dépistage volontaire, sous traitement antirétroviral depuis juin 1997, prise en charge par le CTA depuis avril 2001.

De nombreux voyages avant le diagnostic vers Mekambo (une fois par an) jusqu'en 1997, puis après 2 ans sans déplacement, s'investit dans la lutte contre le SIDA en créant une association de PVVIH où elle témoigne de son statut. Est alors amené à faire de nombreux voyages tant à l'intérieur du pays pour participer à des manifestations en faveur des campagnes de lutte, qu'à l'étranger pour représenter son association (Congrès SIDA).



Carte 32 : cas # 20 (Gabon, 2004)

Typologie : très mobile – en gerbe – sédentaire : 12 S

Ces 15 cas de mobilités illustrent la grande diversité des modalités de déplacements, qui peuvent être synthétisées selon trois groupes typologiques dans lesquels la répartition de ces 15 cas est équilibrée :

- 1 à 4 : mobilité faible
 - o cas n° 10, 16, 27, 31, 45
- 5 à 8 : mobilité marquée
 - o cas n° 3, 6, 9, 18, 37, 40
- 9 à 12 : mobilité forte
 - o cas n° 12, 20, 23, 29

Dans notre série, il apparaît qu'à travers ces parcours de mobilités et de déplacements individuels se dessinent des cheminements à risque marqué de contamination, comme les cas n°3, n°17, ou n°29 pour ne citer qu'eux. Ces déplacements vers le milieu rural de façon saisonnière sont connus comme des risques d'infection par le VIH (Pison, 1993).

Certains sujets ont globalement modifié leur mobilité en se sédentarisant après la connaissance de leur infection, d'autres après l'arrêt momentané d'une activité de mouvement ont repris des voyages souvent professionnels ou familiaux. Certains sujets ont été amené à entreprendre des déplacements nécessaires à leur prise en charge alors qu'ils étaient jusque alors dans une logique de moindre mobilité.

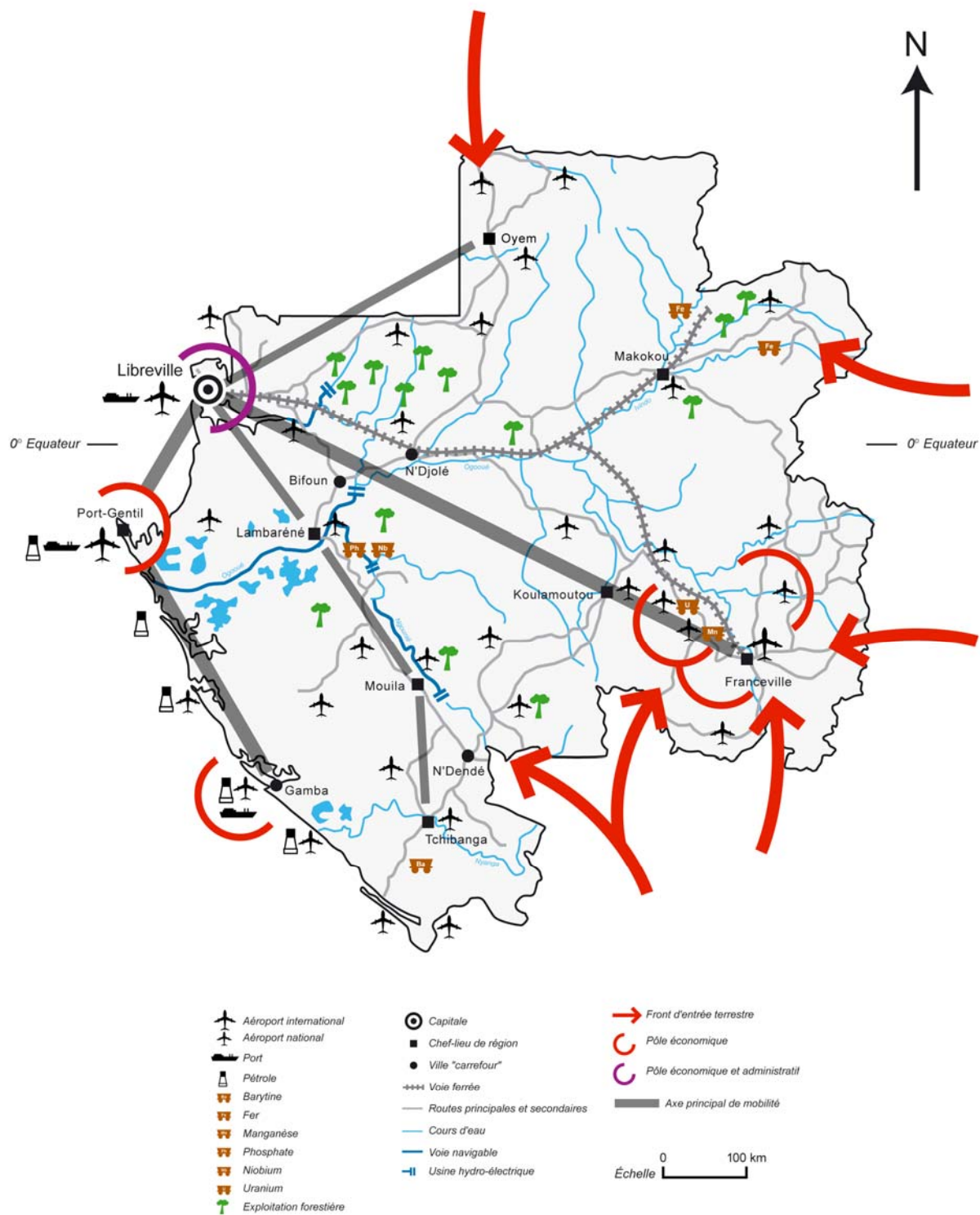
L'infection par le VIH a donc une double emprise en terme de mobilité. La mobilité contribue à donner corps à l'épidémie en marquant des espaces supplémentaires, en diffusant dans des zones jusque là indemnes.

De la création de ces espaces naissent des disparités, mais les espaces construisent également ces disparités en jouant de freins ou de moteurs à l'épidémie (Lydié in Gruénais, 2000).

Finalement, nous avons l'impression que l'espace de l'infection se nourrit de cette mobilité comme cette mobilité se nourrit de l'infection dans une double influence directe.

D'autres études seraient nécessaires au Gabon afin de mieux mesurer ce lien, et notamment de mieux analyser les causes de ces mobilités avant infection. Les spécificités du Gabon devraient être prises en considération pour appréhender les pistes de prévention, incluant la forte mobilité qui est apparue dans notre recherche.

Ces spécificités sont illustrés dans la carte 33 qui résume les aspects particuliers de l'espace du Gabon. Des pôles d'attraction économique, des freins aux communications compensés par le développement de voies routières et l'amélioration des infrastructures, des aspects culturels qui rattachent chaque population à sa province d'origine et à son village de naissance.



Carte 33 : Gabon, pôles d'attraction, fronts de pénétration et axes de communication principaux (2004)

Conclusion

L'épidémie de SIDA a dessiné au Gabon de nouveaux territoires.

Devenue au-delà d'une simple pathologie infectieuse et au-delà d'un grave problème de santé publique, un sujet centrant de nombreux débats de la vie du pays, cette maladie est désormais un problème influençant la construction de la société.

Dans un espace d'exception, constitué de conditions plutôt favorables pour être préservé d'une explosion infectieuse de ce type, le Gabon connaît depuis quelques années une extension importante du SIDA.

Longtemps au Gabon, le SIDA avait caché ses funestes desseins.

Ces conditions favorables, le Gabon les possédait dans des environnements socio-politiques marqués par une stabilité propice au développement et à l'accès des populations à l'éducation, source d'une plus grande capacité de compréhension et d'appropriation de règles préventives. Ces conditions favorables résidaient également dans des facteurs démographiques où le sous-peuplement limitaient les potentialités théoriques de brassage humain. Les potentialités économiques semblaient avoir joué un rôle également protecteur par la capacité de l'Etat à mettre en place des programmes sanitaires d'envergure, incluant une formation des personnels, la programmation de structures adaptées aux besoins des populations et l'anticipation des risques endémo-épidémiques particuliers.

Protégé, dans une sorte d'effet de barrière par la forêt tropicale, le Gabon a sans doute été préservé de l'explosion épidémique qu'ont connue les pays d'Afrique orientale il y a une dizaine d'années.

Les spécificités gabonaises, dont certaines du point de vue virologique continuent à être explorées, ont sans doute joué un rôle dans la définition de ces espaces pris par le VIH. Mais l'espace modèle également les comportements (comme les comportements modèlent l'espace) et il impose aux sociétés des modes de fonctionnement propices à des modifications profondes.

En matière de SIDA, le rôle discriminant de l'espace a joué, et le facteur de mobilité y a pris une part. L'élongation des distances dans un pays où les sociétés sont attachées à leur origine a conduit à une multiplication des déplacements internes, d'autant plus forts que des pôles économiques majeurs se sont créés. Dans une tripolarité Libreville – Franceville – PortGentil, l'infection a pu assurer une circulation d'autant plus facile que les comportements liés à la sexualité sans protection ont été favorisés par un discours nataliste antinomique et un fait polygame ancré.

Marquée par une prise de possession de plus en plus forte de l'espace gabonais, l'infection à VIH/SIDA s'est nourrie des disparités et des paradoxes existants pour en créer de nouveaux. Ces disparités, discriminantes, en ont généré d'autres parmi lesquelles l'accès au diagnostic et au traitement dont les modalités plus égalitaires sont en voie d'amélioration.

Les territoires ainsi créés dépassent la simple définition des aspects physiques de l'espace. L'infection à VIH/SIDA a en effet généré au Gabon des modes de fonctionnement nouveaux, conduisant à améliorer les aspects de la prise en charge thérapeutique et de la prévention. Autour de ces objectifs, ce sont bâties des relations humaines conduisant à des propositions nouvelles dans l'offre de soins. L'épidémie de SIDA au Gabon peut aussi avoir constitué un révélateur de société. En favorisant le développement de nouveaux acteurs de la société civile, en ayant conduit les forces politiques à prendre en compte ce drame humain au-delà d'une simple vision technique du sujet, en ayant permis de meilleures collaborations nationales et internationales, le SIDA a façonné un nouveau visage de la société gabonaise.

Désormais enracinée dans la durée, cette épidémie qui n'a malheureusement pas atteint son plateau de stabilisation, oblige à une prise en considération des disparités spatiales pour lutter contre elle.

Au Gabon, les reconquêtes des espaces pris par l'infection passeront par une mobilisation de tous les acteurs face à cette épidémie. Il s'agit là d'un défi qui confronte la société gabonaise à des responsabilités importantes, pour son avenir.

Bibliographie

AMAT-ROZE J.M. L'infection à VIH et le SIDA en Afrique noire : facteurs d'épidémisation et de régionalisation. Cahiers d'Outre-Mer 1989, 42 ; 168 : 333-355.

AMAT-ROZE J.M., COULAUD J.P., CHARMOT G. La géographie de l'infection par les virus de l'immunodéficience humaine (VIH) en Afrique Noire : mise en évidence de facteurs d'épidémisation et de régionalisation. Bulletin de la Société de Pathologie Exotique 1990, 83 : 137-148.

AMAT-ROZE J.M. Géographie de l'infection à VIH/SIDA. Emergence, conquête, enracinement. Mémoire pour le Diplôme d'Habilitation à Diriger des Recherches 2002, Université Paris Sorbonne – Paris IV, volume II, 390pp.

ANARFI J.K. Sexuality, migration and AIDS in Ghana – a socio-behavioural study. Health transition review 1993, 22 pp.

BARNES J.F., REED M.C. Culture, Ecology, and Politics in Gabon's rainforest. African studies vol. 65. The Edwin Mellen Press. Lewiston, USA. 2003, 427 pp. [Milleliri J.M., Tevi-Benissan C.] - Public health in contemporary Gabon. 269- 308.

BARRO CHAMBRIER A. Enjeux et défis. Allègement de la dette et croissance en Afrique au sud du Sahara. Les Cahiers de l'Afrique 2003 ; 1 : 107-120.

BERTEAU F., MENTION J., TISSEDRE J., *et al.* Evaluation de la séroprévalence VIH et HTLV dans la province du Haut-Ogooue au Gabon chez les femmes enceintes et les donneurs de sang. Bulletin de la Société de Pathologie Exotique. 1993, 86, 1: 12-15.

BERTHERAT (a) E., NABIAS R., GEORGES J., RENAUT A. Seroprevalence of rickettsia in a gold-panning population in north-eastern Gabon. Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene. 1998, 92, 393-394.

BERTHERAT (b) E., GEORGES-COURBOT MC., NABIAS R., GEORGES AJ., RENAUT A. Seroprevalence of four sexually transmitted diseases in a semi-urban population of Gabon. International Journal of STD and AIDS. 1998 ; 9 : 31-36.

BIZIMUNGU C. *et al.* Nation wide community-base serological survey of HIV-1 and other human retrovirus infections in a central African country. Lancet, 1989 ; 29.

BOUET C. Problèmes actuels de main d'œuvre au Gabon. Conditions d'une immigration contrôlée. Cahiers d'Outre-Mer, 1978 ; 375-394.

BOURGEOIS A., HENZEL D., MALONGA-MOUELET G. *et al.* Clinical algorithms for the screening of pregnant women for STDs in Libreville, Gabon : wich alternatives ? Sex Transm Inf 1998, 74 : 35-39.

CALDWELL J.C., ANARFI J.K., CALDWELL P. Mobility, migration, sex, STDs and AIDS : an essay on sub-Saharan Africa with other parallels. In Sexual cultures and migration in the era of AIDS : anthropological and demographic perspectives 1997, Oxford University Pres, Oxford, England : 41-54.

CEPRE L. Géopolitique et SIDA en Afrique. L'épidémie à VIH africaine a-t-elle des effets géopolitiques ? Mémoire de Maîtrise de géographie 1994, Université Paul Valéry Montpellier III, 170 pp.

DAMOUR C., MARX M., DE PAS G. Evaluation de la Coopération française dans le secteur Santé au Gabon (1990-2001). Rapport final. Ministère des Affaires Etrangères – DGCID. 2002, 75 pp.

- DEBAT-ZOQUEREH D., MILLELIRI J.M., LEMARDELEY P., BOUMAH A.J. Assessment of information status, behaviours and perception of risk of AIDS in rural Gabon. *Tropical Doctor* 2004, 34 : 1-3.
- DEBRE B. L'Afrique au cœur : libres réflexions. *Géopolitique africaine* 2001 ; 4 : 227-236.
- DE COCK K.M. AIDS : an old disease from Africa ? *British Medical Journal* 1984, 289 : 306-308.
- DECOSAS J. Migration et SIDA en Afrique de l'ouest. *Le Journal du SIDA. Numéro spécial Afrique* 1996, 86,87 : 97-100.
- DECOSAS J., ADRIEN A. Migration and HIV. *AIDS* 1997, 11 (suppl A) : S77-S84.
- DEGUI H. Gabon, organisation et accessibilité aux antirétroviraux. *Journal de ReMeD*, 2001 ; 25 : 17-18.
- DEGUI H. Les limites du programme « Access ». L'exemple du Gabon. *Journal de ReMeD* 2002, 26 : 4-5.
- DELAPORTE E., DUPONT A., MERLIN M. *et al.* Seroepidemiological survey of HIV-1 and HIV-2 antibodies in Gabon. *AIDS* 1988, 2 ; 2: 136-137.
- DELAPORTE E., JANSSENS W., PEETERS M. *et al.* Epidemiological and molecular characteristics of HIV infection in Gabon, 1986-1994. *AIDS* 1996, 10: 903-910.
- DGSEE, Direction Générale de la Statistiques et des Etudes Economiques. Enquête Démographique et de Santé Gabon 2000, 372 pp.
- DIRECTION GENERALE DES STATISTIQUES – Gabon. Bureau central du recensement. Recensement général de la population et de l'habitat du 1er au 31 juillet 1993. Principaux résultats. 1995, Libreville, 96 pp.
- DJEKI J. La population du Gabon : quelques éléments d'analyse. *Bulletin de la Société de Géographie du Languedoc*. 1996 ; 30 : 7-31.
- DUBRESSON A. Raison J.P. L'Afrique subsaharienne. Une géographie du changement. Armand Colin, Paris, 2003.
- DU GUERNEY J. Migration and AIDS in Africa. *Chroniques du CEPED*, 1994 ; 15 : 4-5.
- DUPONT A., SCHRIJVERS D., DELAPORTE E. *et al.* Séroprévalence de la syphilis dans les populations urbaines et semi-rurales du Gabon. *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique*, 1988 ; 81 : 699-704.
- ESTHER. Solidarité Hospitalière en Réseau. Fréjus Saint-Raphael – Port-Gentil. Mission 2004. 14 pp.
- ETCHEPARE M., ETCHÉPARE C. L'Afrique face au SIDA, bilan d'une décennie ; analyse par pays. Enda Editions Série Etudes et Recherches n°196-197-198-199, Dakar, Sénégal, 1998.
- FLEMING A.F. AIDS in Africa. *Baillière's Clinical Haematology* 1990, 3 ; 1 : 177-205.
- FOURNET F. SALEM G. Les villes africaines : des territoires de santé particuliers. *Les Cahiers d'Afrique (à paraître)*.
- GAULME F. Le Gabon et son ombre. Karthala, Paris, France. 1988, 210 pp.
- GENTILINI M. SIDA : une nouvelle stratégie de combat. *Médecine Tropicale* 2004, 64 ; 2 : 108.
- GORRA M.F.A. Charge hospitalière de l'infection à Vih dans un service de Médecine interne à Libreville. Thèse de Doctorat de Médecine, Libreville, Gabon, 2001, 129 pp.
- GRUENAIIS M.E., POURTIER R. La santé en Afrique. Anciens et nouveaux défis. *Afrique contemporaine, La Documentation française* 2000, 282 pp.

HAMONO B. CHAULIAC G. La situation démographique de Franceville, Leconi et Moanda dans le département du Haut-Ogooué (Gabon). *Médecine tropicale* 1971, 31 ; 3 :215-224.

HARO (DE) S. Le SIDA en Afrique : des réponses associatives. Ed. Milan, Toulouse, 2003, 64 pp.

HAWKES S.J., HART G.J. Travel, migration and HIV. *AIDS Care* 1993, 5 : 207-214.

HECKMAN T.G., SOMLAI A.M., KALICHMAN S.C., FRANZOI S.L., KELLY J.A. Psychosocial differences between urban and rural people living with HIV/AIDS. *Journal of Rural Health* 1998, 14 : 138-145.

HOGG R.S., SCHECHTER M.T., SCHILDER A., STRATHDEE S.A., GOLDSTONE I.L., O'SHAUGHNESSY M.V. Access to health care and geographic mobility of HIV/AIDS patients. *Aids Patient Care*, 1995 ; 9 : 297-302.

HOPE S.R. Mobile workers and HIV/AIDS in Botswana. *AIDS Analysis Africa*, 2000 ; 10 : 6-7.

HOPITAL JEAN VERDIER (AP-HP), CHU DE NICE. Programme STHR. Rapport de la mission exploratoire (Libreville, 15-22 janvier 2002). 9 pp.

HOPITAL JEAN VERDIER (AP-HP), HOPITAL REGIONAL DE PORT-GENTIL. Programme de solidarité thérapeutique. Rapport de mission exploratoire (Port-Gentil, 15-22 janvier 2002). 12 pp.

HOPITAL SCHWEITZER. Lambaréné. Rapport annuel 1999, 82 pp. (www.schweitzer.org)

HUGHES J. JELSMA J. MACLEAN E. DARDER M., TINISE X. The health-related quality of life of people living with HIV/AIDS. *Disabil Rehabil* 2004, 26 : 371-376.

IMEDA/EUROSHELTER. Projet Santé Haut-Ogooué, dépistage de l'infection par le VIH au moyen de l'unité mobile EuroShelter. 2003, 16 pp.

KANE F., ALARY M., NDOYE I. *et al.* Temporary expatriation is related to HIV-1 infection in rural Senegal. *AIDS* 1999, 7 : 1261-1265.

KAWAMURA M., YAMAZAKI S., ISHIKAWA K., KWOFIE TB., TSUJIMOTO H., HAYAMI M. HIV-2 in West Africa in 1966. *The Lancet* 1989, 385.

KLOTZ F., BOGUIKOUA J.B., DELAPORTE E. *et al.* Le syndrome d'immunodépression acquise (SIDA) au Gabon : à propos de 23 cas dans les services de médecine interne des centres hospitaliers de Libreville et de Franceville de 1985 à 1987. *Médecine Tropicale* 1988, 48 ; 4 : 373-374.

LALOU R., PICHE V. Migration et SIDA en Afrique de l'Ouest. Un état des connaissances. *Ceped* 1994, 28. 53pp.

LALOU (a) R., WAÏTZENEGGER F., PICHE V. Situations migratoires, connaissances du VIH/SIDA et usage du préservatif dans la vallée du Sénégal : où sont les logiques ? VIH, infections émergentes et changements démographiques en Afrique. Deuxième séminaire de la commission de l'UIESP « nouvelles menaces sanitaires ». Ougadougou, 12-14 février 2004. 23 pp.

LALOU (b) R., PICHE V. Les migrants face au SIDA : entre gestion des risques et contrôle social. L'exemple de la vallée du Sénégal. *Communication personnelle* 2004. 26 pp.

LAWSON T. Le Gabon affronte une crise de santé. *Marchés Tropicaux*. 1999. 2380-2381.

LE HESRAN J.Y., DELAPORTE E., GAUDEBOUT C. *et al.* Demographic factors associated with HTLV-1 infection in a gabonese community. *International Journal of Epidemiology* 1994, 23 : 812-817.

LEROY V. L'inégalité des sexes face à l'infection par le VIH/SIDA en Afrique : un cercle vicieux anthropologique, sociologique, épidémiologique et clinique, facteur d'entretien de l'épidémie. *Sciences Sociales et Santé* 2004, 22 ; 3 : 71-85.

LEVY Y. Marylin et l'origine du VIH-1. Médecine Sciences 1999 ; 15 : 893.

LOUIS J.P., TREBUCQ A., HAMONO B. *et al.* Situation de l'infection à VIH à Libreville, Gabon. Evolution de 1986 à 1991. Annales de la Société belge de Médecine Tropicale. 1992, 72: 233-5.

LURIE M. Migration and AIDS in southern Africa : a review. South African Journal of Science 2000, 96 : 343-347.

LYDIÉ N., ROBINSON N.J. West and central Africa. International Migration 1998, 36 ; 4 : 469-511.

LYDIE N. Les chemins du SIDA/ Migrations, mouvements de population et infection à vih au Cameroun. Thèse de doctorat de Géographie. Paris I – Sorbonne, 2001.

LYDIÉ N., ROBIENSON N.J., FERRY B., AKAM E., DE LOENZIEN M., ABEGA S. Mobility, Sexual behaviour, and HIV infection in an urban population in Cameroon. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes 2004, 36 ; 1 : 67-74.

MALONGA-MOUELET G. *et al.* Situation de l'infection à VIH/SIDA en milieu carcéral à Libreville, Gabon, en 1997. Xème Conférence Internationale sur le SIDA et les MST en Afrique, Abidjan, 1997.

MAKUWA M., SOUQUIÈRE S., APETREI C., TEVI-BENISSAN C., BEDJABAGA I., SIMON F. HIV prevalence and strain diversity in Gabon : the end of a paradox. AIDS, 2000, 14 : 1275.

MAROT C. Marchés tropicaux et méditerranéens. Spécial Gabon. 2002, n°2955.

MARTY P., JARLEGAND S. Partenariat entre le CH de Libreville et le CHU de Nice. Rapport de Mission (Libreville, 13-19 mars 2004). 19 pp.

MAVOUNGOU D. AIDS Epicenter. Science 1992, 357.

MEFANE C., BENONI D., GUERCH M., DISTAMBOU V. Séroprévalence des infections à rétrovirus humains à Libreville (Gabon). Médecine d'Afrique Noire 1989, 36 ; 6 : 491-496.

MERLIN M., JOSSE R., TREBUCQ A., MOUANDA V., KOUKA-BEMBA D. Surveillance épidémiologique du syndrome d'immunodépression acquise dans six Etats d'Afrique centrale. Médecine Tropicale. 1988, 48 ; 4 : 381-389.

MEYE J.F., SIMA-ZUE A., SIMA OLE B., KENDJO E., ENGONGAH-BEKA T. Aspects actuels de la grossesse extra-utérine à Libreville (Gabon) : à propos de 153 cas. Cahiers Santé 2002, 12 : 405-408.

MILLELIRI J.M. Projet d'appui à la lutte contre le SIDA au Gabon (1996-2000) - rapport de fin de mission du Fonds d'Aide et de Coopération 96/0098/00/CD/96/DEV/GAB. Libreville 2000, 225 pp.

MILLELIRI (a) J.M. Surveillance épidémiologique du VIH/SIDA par un réseau de laboratoires au Gabon (1997-1999). Mémoire Diplôme interuniversitaire d'Epidémiologie appliquée. Bordeaux 2, 2001, 70 pp.

MILLELIRI (b) J.M. Gabon : un réseau de laboratoires pour des données épidémiologiques en continu. Transcriptase Sud, 2001 ; 8.

MILLELIRI (c) J.M. Lutte contre l'infection par le VIH/SIDA : une action globale de santé publique. Journal de ReMeD 2001, 25 : 1-3.

MILLELIRI (a) J.M. Le SIDA transforme le paysage des conflits armés. Transcriptase 2003 ; 110 : 13-16.

MILLELIRI (b) J.M., REY J.L. Le SIDA n'est pas une fatalité. Les Cahiers de l'Afrique. 2003 ; 1 : 143-154.

MILLELIRI (c) J.M., KRENTEL A., REY J.L. Sensibilisation sur le préservatif au Gabon (1999) : évaluation de l'impact d'une bande dessinée. Cahiers Santé 2003, 13 : 253-264.

MILLELIRI J.M, TEVI-BENISSAN C., BAIZE S., LEROY E., GEORGES-COURBOT M.C. Les épidémies de fièvre hémorragique due au virus Ebola au Gabon (1994-2002). Aspects épidémiologiques et réflexions sur les mesures de contrôle. Bulletin de la Société de Pathologie Exotique 2004, 97 ; 3 : 199-205.

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA POPULATION. MSPP. Gabon. 1997. Plan National d'Action sanitaire (1998-2000), 63 pp.

MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE DE LA REPUBLIQUE GABONAISE. Géographie et cartographie du Gabon. Atlas illustré. 1983, Edicef ed., Paris.

MINISTERE DES AFFAIRES ETRANGERES, FRANCE. Plate-forme de concertation et d'échanges sur la lutte contre le SIDA dans les pays en développement. Compte-rendu de réunion – Paris, 2 juillet 2003.

MONTAVON C., TOURE-KANE C., LIEGOIS F. et al. Most env and gag subtype A HIV-1 viruses circulating in west an west central Africa are similar to the prototype AG recombinant virus IBNG. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes 2000, 23 : 363-374.

MONTAVON C., VERGNE L. BOURGEOIS A. et al. Identification of a new circulating recombinant form of HIV type 1, CRF11-cpx, involving subtypes A, G, J, and CRF01-AE, in Central Africa. AIDS Research and Human Retroviruses 2002, 18 : 231-236.

MOUNANGA M., REVANGUE B.S. Séroprévalence VIH1 chez la femme enceinte à Libreville (Gabon). Journal de Gynécologie, Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 1993, 22, 5: 509-12.

MYERS G. AIDS origin. Science. 1992, 256, 5063 : 1502.

NDJOYI MBIGUINO A., OVONO OVONO J., MIHINDOU H. et al. Etiologie des Infections Sexuellement Transmissibles au Gabon. 1999, XIème Conférence sur le SIDA et les MST en Afrique, Lusaka. Abstract 13PT54-6.

NKOLO A. Gabon : vers une auto-suffisance en produits agricoles. Africa International 2004, 379 : 44-46.

OKOME M., OMVA J., NGUEMBY-BINA C., PERRET JL. Particularités de la tuberculose pulmonaire chez les malades infectés par le VIH au Gabon. Médecine Tropicale. 1997, 57, 3S : 87.

OKOME-NKOUMOU M., MBOUNDJA-LOCLO E., KOMBILA M. Panorama des affections opportunistes au cours de l'infection par le VIH à Libreville, Gabon. Cahiers Santé 2000, 10 : 329-337.

OMS. Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA). Plan d'action pour la lutte dans la région africaine. Relevé Epidémiologique Hebdomadaire 1986 ; 61 : 93.

OMS. Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA). Données mondiales. Relevé Epidémiologique Hebdomadaire 1986 ; 61 : 361-363.

OMS. Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA). Données au 30 novembre 1988. Relevé Epidémiologique Hebdomadaire 1988 ; 63 : 373-374.

OMS. Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA). Données au 30 novembre 1989. Relevé Epidémiologique Hebdomadaire 1989 ; 64 : 369-370.

OMS. Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA). Données au 30 novembre 1990. Relevé Epidémiologique Hebdomadaire 1990 ; 65 : 377-378.

OMS. Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA). Données au 1er mai 1991. Relevé Epidémiologique Hebdomadaire 1991 ; 66 : 125-126.

OMS. Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA). Données au 1er juillet 1992. Relevé Epidémiologique Hebdomadaire 1992 ; 67 : 201-202.

OMS. Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA). Données au 30 juin 1993. Relevé Epidémiologique Hebdomadaire 1993 ; 68 : 193-196.

OMS. Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA). Données au 31 décembre 1993. Relevé Epidémiologique Hebdomadaire 1994 ; 70 : 5-7.

OMS. Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA). Données au 30 juin 1994. Relevé Epidémiologique Hebdomadaire 1995 ; 70 : 193-196.

OMS. Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA). Données au 20 novembre 1996. Relevé Epidémiologique Hebdomadaire 1996 ; 71 : 361-364.

OMS. Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA). Données au 15 novembre 1998. Relevé Epidémiologique Hebdomadaire 1998 ; 73 : 373-376.

OMS. Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA). Situation mondiale de la pandémie de VIH/SIDA, fin 2000. Relevé Epidémiologique Hebdomadaire 2001 ; 76 : 381-386.

OMS. Gabon, données pays (rapport sur la santé dans le monde). (www.who.int/countries/gab/fr) 2004/08/22

ONDO OSSA A. Le phénomène d'urbanisation dans les pays subsahariens : le cas du Gabon. Mondes en développement 1994, 22 : 75-81.

ONUSIDA. Epidemiological fact sheets on HIV/AIDS and sexually transmitted infections. Gabon Update 2002. 13 pp.

ONUSIDA (a). Estimation et projection, épidémies nationales de VIH/SIDA. Modèles et méthodologie permettant à l'ONUSIDA/OMS de procéder à l'estimation et à la projection des épidémies nationales de VIH/SIDA. 2003, doc. 01/83, 65 pp.

ONUSIDA (b). Le point de l'épidémie de SIDA. 2003, 40 pp.

ONUSIDA (a). Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA. Résumé d'orientation. 2004, 20 pp.

ONUSIDA (b). L'épidémie de SIDA en Afrique subsaharienne. Aide-mémoire. (www.unaids.org/nettools) 2004/08/19

ONUSIDA (c). Epidemiological fact sheets on HIV/AIDS and sexually transmitted infections. Gabon Update 2004. 12 pp.

IOM. International Organization for Migration. Migration and AIDS. International Migration 1998, 36 : 445-468.

PANA GOM/BSA. Augmentation de la séroprévalence du VIH/SIDA à Lambaréné. (www.panapress.com) Dépêche du 15 mai 2004

PANA GOM/SG/PIK. Le Gabon réduit le prix des antirétroviraux. (www.panapress.com) Dépêche du 15 mai 2004.

PANDREA I., ROBERTSON D.L., ONANGA R. *et al.* Analysis of partial pol and env sequences indicates a high prevalence of HIV type 1 recombinant strains circulating in Gabon. AIDS Research and Human Retroviruses 2002, 18 : 1103-1116.

PERRET J.L., BOGUIKOUMA J.B., NGEUMBY-MBINA C. Séroprévalence HIV et SIDA en 1991 dans un service de Médecine de Libreville, Gabon. VIème Conférence Internationale sur le SIDA et les MST en Afrique, Dakar, 1991, abstract TA136.

PERRET J.L., KOMBILA M., PEMBA L.F. Gabon : le syndrome de la panoplie. Médecine Tropicale. 1997 ; 57 : 337-342.

PISON G., LE GUENNO B., LAGARDE E., ENEL C., SECK C. Seasonal Migration : a risk factor for HIV infection in rural Senegal. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 1993 ; 6 : 196-200.

POKAM H.D.P. La contribution des Premières Dames africaines à la lutte contre le SIDA. *Les Cahiers d'Afrique* (à paraître).

PNLS/IST-GABON. Enquêtes de séroprévalence syphilis, HIV/SIDA dans le Haut-Ogooué en milieu urbain à Franceville et dans le Moyen-Ogooué en milieu urbain à Lambaréné. 2001, 5 pp.

PNLS/IST-GABON. Rapport annuel de notifications des cas de SIDA au Gabon. 2002, 2 pp.

PNLS/IST-GABON (a). Connaissances, attitudes, pratiques des élèves de Libreville vis-à-vis du VIH et séroprévalence du VIH en milieu scolaire. 2003, 11 pp.

PNLS/IST-GABON (b). Situation épidémiologique du SIDA au Gabon. Rapport annuel 2002. mai 2003, 19pp.

PNLS/MST-GABON. Données de l'année 2000 du réseau national de surveillance épidémiologique du VIH/SIDA. 2001, 9 pp.

PNUD. Rapport annuel 2003. L'expérience du développement aux quatre coins du monde. New York 2003, 24pp. (www.pnud.org)

PNUD. Human Development Report 2004. Gabon, the Human development index. (http://hdr.undp.org/statistics/data/country_fact_sheets/cty_fs_GAB.html)

POURTIER (a) R. Le Gabon. Espace-Histoire-Société. L'Harmattan, Paris, France. 1989, 254 pp.

POURTIER (b) R. Le Gabon. Etat et Développement. L'Harmattan, Paris, France. 1989, 344 pp.

PROTHERO M.R. Disease and mobility : a neglected factor in epidemiology. *International Journal of Epidemiology* 1977, 6 : 259-267.

REMY (a) G. Eléments d'une pré-histoire des infections à VIH. Traces sérologiques anciennes en Afrique de l'Ouest. *Médecine d'Afrique Noire* 1993, 40 ; 1 : 9-12.

REMY (b) G. Image géographique des infections à VIH en Afrique de l'Ouest. Faits et interrogations (I). *Médecine d'Afrique Noire* 1993, 40 ; 1 : 15-21.

REMY (c) G. Image géographique des infections à VIH en Afrique de l'Ouest. Faits et interrogations (II). Epidémiologie géographique des infections dans la population générale. *Médecine d'Afrique Noire* 1993, 40 ; 2 : 81-95.

REMY (d) G. Image géographique des infections à VIH en Afrique de l'Ouest. Faits et interrogations (III). Dynamique socio-spatiale des infections à Vih. *Médecine d'Afrique Noire* 1993, 40 ; 3 : 161-168.

REMY (e) G. Image géographique de l'infection à VIH-1 en Afrique Centrale : des discontinuités remarquables. *Annales de la Société Belge de Médecine Tropicale* 1993, 73 : 127-142.

REMY (f) G. Traces sérologiques anciennes des infections par le virus de l'immunodéficience humaine VIH-1 et VIH-2 en Afrique subsaharienne. Une géographie différente. *Médecine Tropicale* 1993, 53 ; 1 : 33-42.

REMY G. L'infection par le VIH type 2 dans le monde. Une mise en question géographique. *Cahiers Santé* 1998 ; 8 : 440-446.

REY J.L., MILLELIRI J.M. Rapport de Mission exploratoire concernant le projet routier Ndjolé-Lalara (volet prévention SIDA). GISPE 2002, 11 pp. et annexes.

ROUDIERE J.L. Examen obstétrical en situation précaire au Gabon. *Cahiers Santé* 1998 ; 8 : 325-329.

SALEM G. La santé dans la ville. Géographie d'un petit espace dense : Pikine (Sénégal). Karthala, Paris, 1998.

SAUTTER G. De l'Atlantique au fleuve Congo. Une géographie du sous-développement, tome 2 : république du Congo, République du Gabon. 1966, Mouton ed., Paris.

SEBBAG G. Les Centres de traitement ambulatoire. *Transcriptase Sud* 2001 ; 6 : 49-50.

SEYNI B. *et al.* Sidonie Siaka. Une malade courageuse qui assume. Les Cahiers Panafricains. Le Gabon au féminin. 2004 (www.panapress.com/gabon/nexsommaire.htm)

SCHLEIBING J. Qu'est-ce que la géographie ? Hachette, Paris, 2002.

SCHRIJVERS D., DELAPORTE E., PEETERS M., DUPONT A., MEHEUS A. Seroprevalence of retroviral infection in women with different fertility status in Gabon, western equatorial Africa. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 1991, 4 : 468-470.

SHANNON G.W., PYLE G.F. The origine and diffusion of AIDS : a view from medical geography. *Annals of the Association of American Geographers* 1989, 79 ; 1 : 1-24.

STAEHHELIN C., RICKENBACH M., LOW N. *et al.* Migrants from sub-saharan Africa in the Swiss HIV cohort study : access to antiretroviral therapy, disease progression and survival. *AIDS*, 2003 ; 17 : 2237-2244.

TAVERNE B. SIDA et migrants au Burkina Faso : l'illusion d'une prévention ciblée. *Médecine d'Afrique Noire* 1996, 43 : 31-35.

TEVI-BENISSAN C., OKOME M., MAKUWA M. *et al.* HIV-2 infection and HIV-1/HIV-2 dual reactivity in patients with and without AIDS-related symptoms in Gabon. *Emerging Infectious Diseases* 1998 ; 4, 1 : 130-1.

TRAN-MINH T., ASTEL L., CHIEZE F., MANTION S., ADAM A., GENTILINI M. Dix ans de prise en charge du VIH/SIDA dans les centres de traitement ambulatoire (CTA) de l'OPALS et de la Croix Rouge Française. *Médecine Tropicale* 2004, 64 ; 2 : 109-114.

UNICEF. The states of the world's children 2003. (www.unicef.org/sowc03/tables) 2004/08/31

US Department of State – Bureau of African Affairs. Gabon, 2002, 9pp.

VALLIN J. Populations africaines et SIDA. La Découverte-Ceped 1994, 223 pp.

VERGNE L., MALONGA-MOUELET G., MISTOUL L. *et al.* Resistance to antiretroviral treatment in Gabon : need for implementation of guidelines on antiretroviral therapy use and HIV-1 drug resistance monitoring in developping countries. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 2002, 29 : 165-168.

WENDLER I., SCHNEIDER J., GRAS B., FLEMING A.F., HUNSMANN G., SCHMITZ H. Seroepidemiology of human immunodeficiency virus in Africa. *British Medical Journal* 1986 ; 293 : 782-783.

WESSEN A.F. The role of migrant studies in epidemiological research. *Israel Journal of Medicine and Science* 1971, 7 ; 12 : 1584-1591.

WINKLER E., HOLTEN I., MEYER A. *et al.* Seroepidemiology of human retroviruses in Gabon. *AIDS* 1989, 2; 2: 106-107.

WOOD E., YIP B., GATARIC N. *et al.* Determinants of geographic mobility among participants in a population-based HIV/AIDS drug treatment program. *Health Place* 2000, 6 : 33-40.

YVERT F., RIOU J.Y., FROST E. *et al.* Les infections gonococciques au Gabon (Haut-Ogooué). *Pathologie biologique*. 1984, 32, 2: 80-4.

Table des cartes

Carte 1 : Le Gabon, situation géographique en Afrique	p 4
Carte 2 : Afrique subsaharienne, estimations des niveaux de séroprévalence par pays fin 2003	p 8
Carte 3 : Estimations des niveaux de séroprévalence des pays fin 2003	p 9
Carte 4 : Répartition des sérologies positives par province entre 1997 et 2000	p 14
Carte 5 : Répartition par province des données de séroprévalence connues en 2004	p 18
Carte 6 : Répartition par province des structures du réseau de surveillance	p 22
Carte 7 : Hôpital Schweitzer (Lambaréné), attractivité pour le dépistage en 2001	p 24
Carte 8 : Situation des structures de diagnostic et de prise en charge à Libreville	p 25
Carte 9 : Paysage épidémiologique de l'infection à VIH en Afrique Noire (juin 1990),	p 39
Carte 10 : Le peuplement le long des axes de communication au Congo et au Gabon	p 55
Carte 11 : Densité des populations par province	p 56
Carte 12 : Répartition de la population par province	p 57
Carte 13 : Migrations historiques	p 58
Carte 14 : Déplacements à l'étranger des 45 sujets de l'étude	p 82
Carte 15 : Distribution par province des lieux de résidence des 45 sujets	p 85
Carte 16 : Distribution par province des lieux de naissance des 45 sujets	p 85
Carte 17 : Origines géographiques des 45 sujets en fonction de leur lieu de naissance	p 86
Carte 18 : Sujet # 9	p 90
Carte 19 : Sujet #12	p 91
Carte 20 : Sujet # 23	p 92
Carte 21 : Sujet # 27	p 93
Carte 22 : Sujet # 29	p 94
Carte 23 : Sujet # 37	p 95
Carte 24 : Sujet # 40	p 96
Carte 25 : Sujet # 6	p 97
Carte 26 : Sujet # 10	p 98
Carte 27 : Sujet # 16	p 99
Carte 28 : Sujet # 31	p 100
Carte 29 : Sujet # 45	p 101
Carte 30 : Sujet # 3	p 102
Carte 31 : Sujet s # 18	p 103
Carte 32 : Sujet # 20	p 104
Carte 33 : Gabon, pôles d'attraction, fronts de pénétration et axes de communication principaux	p 106

La cartographie dessinée par l'auteur a été réalisé par Laurent PATAIN sur logiciels Adobe Illustrator version 10 et Adobe Photoshop version 7. Nous le remercions pour son aide précieuse.

Table des illustrations

Illustration 1 : Site d'orpaillage, Ogooué-Ivindo	p 10
Illustration 2 : Membres de l'association Sida Zéro en tournée d'information, Libreville	p 28
Illustration 3 : Centre d'information pour les jeunes du Renaps/Aj, Libreville	p 29
Illustration 4 : Panneau de promotion du préservatif – Libreville	p 32
Illustration 5 : Entrée du CTA de Libreville, équipe médicale et membres d'association	p 33
Illustration 6 : Carrefour à Bifoun en direction de Ndjolé	p 34
Illustration 7 : La forêt gabonaise	p 52
Illustration 8 : Libreville vue d'avion	p 54
Illustration 9 : Aéroport provincial	p 60
Illustration 10 : Promotion de la bande dessinée « BD Boom explose la capote »	p 62
Illustration 11 : Le Transgabonais	p 63
Illustration 12 : Laboratoire du CTA de Libreville	p 67
Illustration 13 : Fresque d'information éducative	p 73
Illustration 14 : Trithérapie au CTA de Libreville	p 87

Table des tableaux, encadrés et figures

Tableau 1 : Evolution du nombre de cas cumulés de SIDA	p 7
Tableau 2 : Evolution du nombre de cas de Sida connus du PNLS/MST entre 1987 et 2003	p 7
Tableau 3 : Projection du nombre de patients infectés par le VIH/SIDA au Gabon	p 9
Tableau 4 : Résultats des tests sérologiques enregistrés entre 1997 et 2000	p 12
Tableau 5 : Tests sérologiques réalisés dans 4 groupes de populations (1997-2002)	p 12
Tableau 6 : Répartition des résultats par province (1997-2000)	p 13
Tableau 7 : Résultats par province des données (1997-2000)	p 15
Tableau 8 : Données des niveaux d'infection par provinces	p 16-17
Tableau 9 : Répartition par province des structures du réseau de surveillance épidémiologique	p 21
Tableau 10 : Données géoréférencées de 7 structures médicales de Libreville	p 25
Tableau 11 : Catégorisation sociale et prix des traitements antirétroviraux	p 26
Tableau 12 : Liste des associations gabonaises	p 30
Tableau 13 : Données de l'épidémie de VIH/SIDA dans le monde, fin 2003	p 36
Tableau 14 : Indicateurs principaux de santé	p 43
Tableau 15 : Structures sanitaires du secteur public au Gabon	p 43
Tableau 16 : Structures sanitaires de Libreville	p 44
Tableau 17 : Ressources humaines	p 44
Tableau 18 : Données du recensement 1993 – Gabon	p 55
Tableau 19 : Trafic annuel passagers des aéroports du Gabon en 1980	p 59
Tableau 20 : Repères socio-démographiques, économiques et sanitaire du Gabon	p 65
Tableau 21 : Synthèse des données socio-démographiques des 45 sujets	p 75
Tableau 22 : Synthèse des données de diagnostic, d'accès thérapeutiques des 45 sujets	p 77
Tableau 23 : Résumé des principales données recueillies chez les 45 sujets	p 78
Tableau 24 : Répartition des 45 sujets selon le motif de dépistage et la mise sous traitement	p 79
Tableau 25 : Dates de diagnostic (30 patients sous traitement)	p 79
Tableau 26 : Dates et délais de prise en charge (30 patients sous traitement)	p 80
Tableau 27 : Répartition des 45 sujets selon la perception de leur mobilité	p 81
Tableau 28 : Résumé du nombre de résidences, des déplacements	p 82
Tableau 29 : Répartition des 15 "cas individuels" selon la perception de leur mobilité	p 83
Tableau 30 : Typologie des déplacements des 45 sujets	p 89
Encadré 1 : Procédures de la surveillance épidémiologique du VIH/SIDA	p 11
Encadré 2 : Stratégies de dépistage sérologique recommandées par l'OMS	p 19
Encadré 3 : Tests sérologiques VIH pratiqués dans les laboratoires de Libreville, 1998	p 20
Encadré 4 : Evaluation de trousse rapides de dépistage au Gabon (2000)	p 20
Figure 1 : Pyramides des âges de la population gabonaise (DGSEE, EDSG 2000)	p 58
Figure 2 : Schéma représentatif de l'étude de mobilité	p 69
Figure 3 : Graphique des dates de diagnostic (30 patients sous traitement)	p 80

Sommaire

Introduction	p 2
--------------	-----

Partie 1 - Le VIH/SIDA au Gabon, le Gabon dans l'infection africaine

1. Les territoires gabonais de l'épidémie de SIDA	p 5
1.1. Progression et espace de prévalence	p 5
1.2. Espaces de diagnostic, de prise en charge et d'actions	p 19
1.2.1. Des espaces de diagnostic	
1.2.2. Espaces de prise en charge et de suivi des patients infectés	
1.2.3. L'ouverture vers des coopérations élargies et des réseaux de solidarité hospitalière	
1.2.4. Les réseaux associatifs et le maillage de prévention	
1.2.5. Marketing social du préservatif	
1.3. Hypothèses pour les prochaines années	p 33
2. L'épidémie de SIDA en Afrique : diffusion et enracinements régionaux	p 35
2.1. L'Afrique dans la situation mondiale	p 35
2.2. Des constats épidémiologiques hétérogènes	p 36
2.3. Espaces structurants africains et mobilités : des facteurs de diffusion et d'enracinements	p 38

Partie 2 - Des variables explicatives de l'enracinement de l'infection au Gabon

1. La santé publique au Gabon, paradoxe et panoplie	p 42
1.1. Des indicateurs dans le rouge	p 42
1.2. Organisation du système de santé	p 45
1.3. La politique du médicament	p 47
1.4. Les problèmes majeurs de santé	p 48
2. Le Gabon, un territoire de contrastes	p 51
2.1. Histoire	p 51
2.2. Morphologie	p 52
2.3. Politico-administratif	p 52
2.4. Démographie, peuplement et déplacement des populations	p 53
2.5. Education	p 61
2.6. Socio-économique	p 62

Partie 3 - Etude de Mobilité des patients infectés

1. Objectifs	p 66
2. Matériels et méthodes	p 66
2.1. Cadre d'étude	p 66
2.2. Inclusion des patients	p 68
3. Résultats	p 73
3.1. Description des populations	p 78
3.2. Diagnostic – suivi au CTA – traitement antirétroviral	p 79
3.3. Mobilités des 45 sujets	p 81
3.3.1. Perception de la mobilité	
3.3.2. Déplacements	
3.3.3. Déplacements à l'étranger	
3.4. "Cas individuels"	p 83
4. Discussion	p 83
4.1. Des modalités de l'étude	p 83
4.2. Des résultats liés aux caractéristiques de la population d'étude	p 84
4.3. Des résultats liés aux caractéristiques de diagnostic et de prise en charge thérapeutique	p 86
4.4. Des modalités de déplacements des sujets et de la perception de leur mobilité	p 85
4.4.1. Perception de la mobilité	
4.4.2. Typologies des mobilités : étude de cas	

Conclusion	p 107
Bibliographie	p 109
Tables des cartes	p 117
Table des illustrations	p 118
Tables des tableaux, encadrés et figures	p 119
Sommaire	p 120
Remerciements	

Remerciements

Nous tenons à remercier tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à l'aboutissement de ce travail, avec des remerciements spéciaux pour :

- l'équipe du CTA de Libreville, et au Dr. Chantal Zamba en particulier
- l'équipe de la Croix Rouge Française, au Dr. Tuan Tran-Minh, à Lucile Astel, Stéphane Mantion, à Valérie Tabuy et Sylvie Cot
- le directeur du PNLS/IST, le Dr. Gabriel Malonga-Mouelet et à son équipe, spécialement au Dr. Patricia Kéba et à Mme Agnès Douka
- les membres de l'association SIDA Zéro, en particulier à Perpétue Ndong, Yannick Meye et Gisèle Bongotha
- les membres de l'association BD Boom, Hervé d'Edzova
- les amis qui ont permis que la mission d'étude au Gabon puisse avoir lieu, et tout particulièrement à Cécile Lapeyssonnie, à Gilles Cestac et Claude Michel

Nous remercions le Professeur Gérard Salem de nous avoir accueilli à l'Ecole doctorale et de l'intérêt qu'il a porté à ce thème de recherche.

Nous remercions le Professeur Jeanne-Marie Amat-Roze dont les conseils dans l'élaboration de cette recherche et la rédaction de ce mémoire nous ont été précieux.

Nous remercions le Docteur Jean-Loup Rey qui a bien voulu accepter de juger ce travail.

Ce travail est dédié aux Gabonaises et aux Gabonais, affectés par l'épidémie de SIDA, espérant que les éléments qu'il contient pourront contribuer à les aider dans les activités de lutte contre l'épidémie dans leur pays.