

Sida dans les pays en développement

L'Afrique est le continent le plus touché par le sida, qui y est devenu la première cause de mortalité. Sur les 27 millions de personnes infectées, seules 27 000 bénéficient d'une trithérapie. Contrairement à l'Occident, l'épidémie ne cesse de s'étendre et ses effets se font sentir dans tous les secteurs des sociétés africaines.

Le sida en Afrique : il n'y a pas de fatalité

Laurent Vidal
Anthropologue,
chargé de recherche,
UR 002, IRD Dakar,
Sénégal

Philippe Msellati
Médecin,
épidémiologiste,
chargé de recherche,
UR 091, IRD/Ensea,
Abidjan, Côte d'Ivoire

L'épidémie en Afrique est très différente, quant à son ampleur et ses répercussions, de ce qui se passe ailleurs dans le monde. L'Afrique au sud du Sahara — qui représente environ 10 % de la population mondiale — compte environ 27 millions de personnes infectées par le VIH dans le monde [57]. Par ailleurs, 68 % des nouvelles infections et plus de 75 % des décès dus au VIH surviennent dans cette région du monde. Enfin, le continent abrite 90 % des enfants infectés par le VIH et des orphelins du sida. La prévalence de l'infection chez les femmes enceintes dépasse les 10 % dans les capitales d'au moins 16 pays africains et est supérieure à 20 % dans au moins 8. Ces chiffres évoquant une catastrophe au niveau du continent tout entier sont encore plus inquiétants lorsque l'on considère qu'ils ne font que progresser depuis vingt ans et qu'à l'exception de quelques pays — l'Ouganda, la Zambie plus récemment, ou encore le Sénégal par exemple — la situation n'est pas en voie d'amélioration.

Accès aux traitements et débat sur la prévention

Comme a pu le dire Paul Farmer à la dernière Conférence mondiale sur le sida qui s'est tenue à Barcelone en juillet 2002, prévention et accès aux soins ne devraient pas être opposés, même si le débat sur les aspects

« coût / efficacité » des interventions en matière de prévention versus de traitement est toujours présent dans les meilleures revues scientifiques. Le « tout prévention » des quinze premières années de l'épidémie a montré ses limites puisque l'épidémie n'a cessé de progresser ; par ailleurs, s'il pouvait avoir une justification en l'absence de traitement réellement efficace, à l'heure des « trithérapies », il ne devrait plus être prôné. Il semble évident, en particulier pour les chercheurs travaillant sur le terrain, au contact des malades et des associations, que prévention et accès aux soins doivent obligatoirement aller de pair. Dans des pays où l'accès aux soins est limité, il nous semble que, dans leur immense majorité, les personnes ne cherchent à connaître leur statut sérologique vis-à-vis du VIH que s'il existe une réelle possibilité de prise en charge, incluant les médicaments antirétroviraux, pour elles ou leur enfant à venir (dans le cas des femmes enceintes). Cela est probablement encore plus vrai lorsque les personnes ne sont pas encore malades et considèrent qu'elles n'ont pas de « raison » ni d'intérêt personnel à savoir si elles sont infectées par le VIH ou pas. Par ailleurs, si un nombre important de personnes sont infectées en Afrique, une proportion extrêmement faible de ces personnes se savent infectées, ce qui implique que l'accès au dépistage de l'infection doit être largement développé, cela au-delà des services hospitaliers où les patients viennent très tardivement dans leur infection. Enfin, il est établi que les personnes infectées, notamment membres d'associations, constituent d'efficaces « relais » pour faire partager leur expérience et convaincre de la réalité



du sida, donc de l'importance d'adopter des mesures de prévention.

De multiples effets sur les sociétés africaines

Dès l'instant où l'on constate que le seuil naturel d'expansion de l'épidémie s'avère être beaucoup plus élevé qu'imaginé (des prévalences de 40 % sont atteintes), on peut aisément en déduire que l'impact de l'épidémie se ressentira sur plusieurs générations. En effet, il n'est guère de secteur de la vie sociale qui ne soit fortement touché par les conséquences de l'infection à VIH. Les décès d'enseignants obligent à la fermeture d'écoles, donc à la déscolarisation d'enfants ; les entreprises doivent faire face à des baisses de productivité dues à la maladie et à des dépenses de santé et de funérailles croissantes ; les systèmes de santé sont doublement touchés, à travers leurs personnels infectés par le VIH et dans leur organisation, confrontée à l'afflux de patients — dont une très faible proportion, à peine 30 000 pour l'ensemble du continent, bénéficie de traitements antirétroviraux ; la production agricole chute lors de la maladie ou du décès du chef de famille. Ces constats, connus, participent *in fine* de la paupérisation croissante des familles et des nations, et à des baisses — d'ores et déjà sensibles — de l'espérance de vie à la naissance. Nous sommes très clairement dans une combinaison d'effets, micro et macro-sociaux, qui eux-mêmes s'ajoutent à des phénomènes qui ont pris de l'ampleur indépendamment de l'épidémie. Concrètement, les mesures de restriction budgétaire exigées par les Programmes d'ajustement structurel, et touchant prioritairement la santé et l'éducation, ainsi que la baisse des cours de matières premières vitales aux économies de certains pays et, d'une façon générale, le poids de la dette financière, se ressentent directement dans la vie quotidienne des familles et se combinent aux phénomènes explicitement imputables à l'épidémie de VIH [35].

Dans la vie des familles touchées par le sida, aux difficultés pour se nourrir, se soigner ou se scolariser, se greffent de possibles tensions au sein des couples. Les femmes doivent négocier avec leur conjoint l'utilisation du préservatif — que celui-ci soit ou non infecté par le VIH — et l'on sait que les dépenses pour les soins d'un homme infecté sont plus importantes que celles engagées pour une femme séropositive. Inégalités hommes/femmes anciennes, avec lesquelles les femmes tentent de composer, mais que le sida a d'une certaine façon exacerbées tout en les révélant « au grand jour » [59]. À un niveau plus général, la question des conflits armés est, elle aussi, abordée quelque peu différemment du fait de la diffusion du VIH. Causes et effets des situations de guerre se trouvent alors mêlés : alors que l'ONU pointe les risques de déstabilisation politique et sociale de pays dont tous les pans de la société sont marqués par l'épidémie (jusque et y compris l'armée), les études menées dans les pays actuellement ou anciennement en guerre montrent nettement que

s'y produit une flambée de l'épidémie (par exemple en Angola). On observe donc une dynamique sociale implacable de l'épidémie se nourrissant de troubles, de ruptures, de dysfonctionnements, tout en les aggravant, en retour, de façon presque mécanique.

Pour autant la courbe de l'histoire de l'épidémie de VIH peut être inversée, cette dynamique peut être contrariée. Les pays qui ont réussi soit à contenir à des niveaux relativement faibles l'épidémie, soit à en inverser une tendance préoccupante sont précisément intervenus aux deux niveaux — micro et macro-sociaux — impliqués dans la propagation du VIH. Il s'agit, tout d'abord, de reconnaître la dimension de santé publique de l'épidémie, de s'engager dans des actions de prévention à large échelle en les finançant, de faciliter autant que possible l'accès aux traitements et notamment aux antirétroviraux, soit en les subventionnant, soit en négociant leurs prix avec les firmes pharmaceutiques : en somme, mettre sur pied une politique de santé. Parallèlement à ces choix et à ces actions « globales », voient le jour des interventions « locales ». En effet, aucune action décidée et promue à un niveau supérieur ne sera efficace si elle ne s'appuie sur les associations de personnes séropositives, sur les ONG œuvrant dans le domaine de la santé (planning familial, soutien aux enfants déscolarisés...), sur les associations de quartier ou villageoises, mais aussi sur des personnalités de la vie religieuse, artistique ou politique. Ces acteurs de la « société civile » peuvent naturellement avoir des initiatives autonomes, non directement impulsées par les responsables de la santé publique ou les organisations internationales : mais au total c'est bien de l'activation de ces deux niveaux qu'émergent des changements dans les comportements sexuels de chacun et dans les regards portés par les proches ou par les personnels de santé sur le malade du sida. Pour ce faire, c'est-à-dire pour arriver, comme le souligne Onusida, à « faire en sorte que les plus de 90 % d'Africains non infectés arrivent à se protéger du VIH et que les 9 % infectés aient accès aux soins dont ils ont besoin » [57], il faut intervenir, et cela commence à se faire, dans tous les secteurs de la société et à tous les moments de la vie sociale, en ville comme en milieu rural : combattre le harcèlement sexuel dont sont victimes les jeunes filles à l'école ; parler du sida lors des funérailles d'une personne morte de cette maladie et encourager la famille à le faire ; dénoncer les rumeurs sur les modes de transmission imaginaires du VIH et les suspicions à l'encontre de malades ; encourager les personnes atteintes à intégrer des associations de personnes séropositives et leur faciliter l'accès à des activités pouvant leur procurer un revenu (« micro-projets ») ; inciter les grandes entreprises à organiser en leur sein l'information, l'accès au test et aux soins — comprenant notamment les antirétroviraux. On pourrait multiplier les actions concrètes dont on sait qu'elles participent réellement à une meilleure prise de conscience de la menace représentée par le sida et à une réponse aux difficultés rencontrées par

Le sida en Afrique : un impact démographique

Depuis vingt ans, le monde a pris conscience du sida. Cependant, aujourd'hui, en dépit de certains progrès en matière de prévention et de traitement, l'extension de l'épidémie menace le développement démographique de vastes régions, notamment en Afrique.

D'après les estimations conjointes de l'Onusida et de l'OMS, 28,5 millions de personnes vivent aujourd'hui avec le VIH/sida et 2,2 millions de

décès sont dus au sida en Afrique sub-saharienne. En conséquence, on note une baisse importante de l'espérance de vie en fonction du niveau de prévalence de nombreux pays africains (figure 1). Ainsi, la comparaison des hypothèses « avec ou sans sida » fait apparaître des réductions d'espérance de vie considérables entre 2000 et 2005 (figure 2). De plus, selon les projections réalisées par les Nations unies, c'est en Afrique sub-saharienne que le

nombre projeté des décès est le plus élevé : environ 40 % de décès de plus que si le sida n'existait pas. Enfin, la majorité des enfants infectés, à la naissance ou par le lait maternel, contracteront le sida et mourront avant leur cinquième anniversaire. Ainsi, dans plusieurs pays d'Afrique sub-saharienne, la mortalité des moins de 5 ans a augmenté de 20 à 40 % à cause du VIH/sida [42, 43].

figure 1

Modification de l'espérance de vie dans certains pays africains à prévalences du VIH élevée et faible : 1950-2005. Prévalences du VIH élevée (Zimbabwe, Afrique du Sud, Botswana) et faible (Madagascar, Sénégal et Mali)

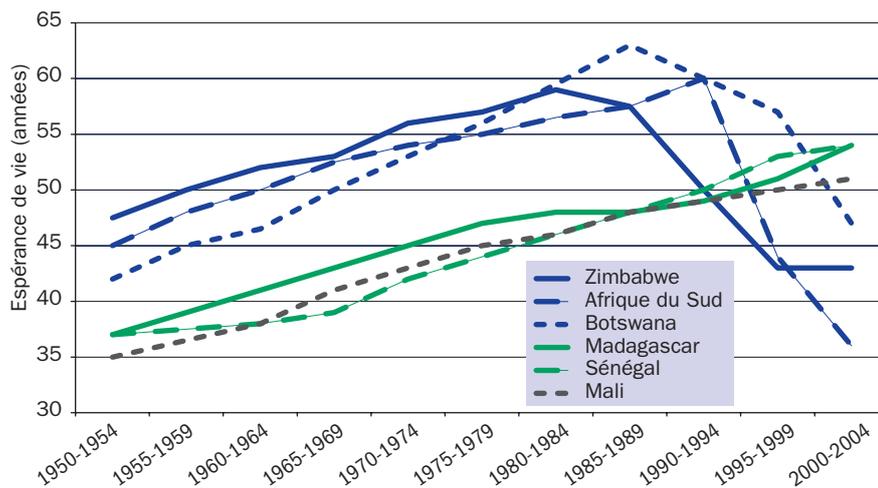
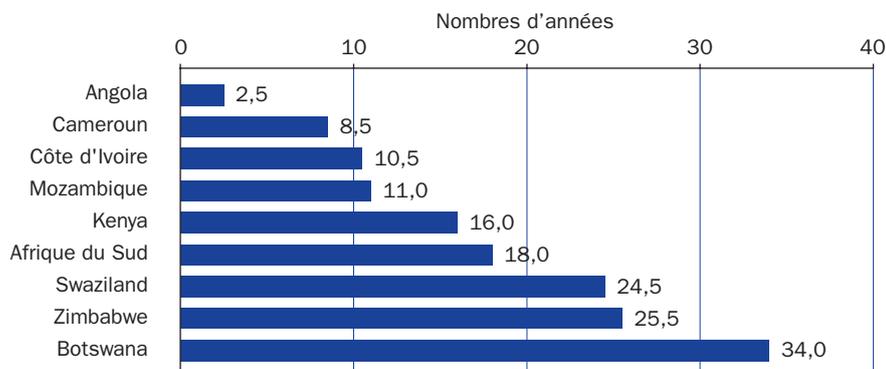


figure 2

Réduction de l'espérance de vie comparée au scénario « sans sida » : 2000-2005



Emmanuelle Sarlon
Interne de santé publique,
HCSP

Source : département des affaires économiques et sociales de Nations unies. *Perspectives démographiques mondiales, révision 2000, 2001.*



Conséquences économiques du sida sur les sociétés africaines

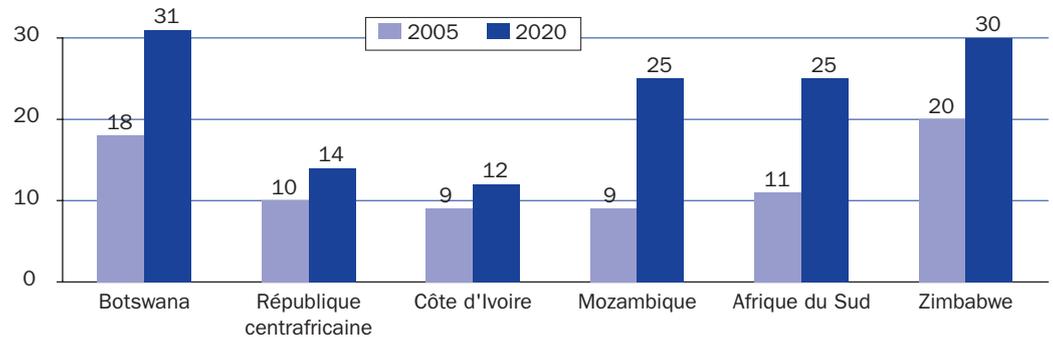
En dépit d'avancées en matière de prévention et de prise en charge, certains pays d'Afrique risquent de se trouver pris dans un cercle vicieux où les conditions socio-économiques, en s'aggravant, rendent les populations, les entreprises et les communautés encore plus vulnérables au sida.

L'épidémie de sida a de graves conséquences sur le monde du travail, ralentissant l'activité économique et le progrès social. Il faut préciser que la majorité des personnes infectées par le virus en Afrique (âgées de 15 à 49 ans) sont en pleine période de vie active. Ainsi, la hausse des taux d'absen-

téisme, de morbidité et de mortalité provoque une désorganisation et un renouvellement accéléré du personnel, ainsi qu'une perte de compétences. De plus, les projections en termes de perte de main-d'œuvre causée par le sida, réalisées par l'Organisation internationale du travail et les

figure 1

Pourcentage de main-d'œuvre perdue à cause du sida de 2001 à 2005 et 2020 dans certains pays africains



Source : OIT (2000) POPILO, projection de la population et de la main-d'œuvre ; département des affaires économiques et sociales des Nations unies, Division de la population (1998) *Perspectives démographiques mondiales, révision 1998*

Emmanuelle Sarlon
Interne de santé publique, HCSP

les personnes atteintes (pour se soigner, pour vivre en société). Il s'agit simplement de rappeler que l'ampleur de l'épidémie, ses effets d'ores et déjà ressentis sur les plans économique, démographique et social, ne découragent pas les actions et que l'on a de plus en plus l'expérience de « ce qui marche », pour réduire l'exposition au risque tout en prévenant la mise à l'écart, aussi bien des soins que de leur entourage, des malades.

Les questions posées par la transmission du VIH de la mère à l'enfant résument parfaitement cette situation où la connaissance scientifique de la gravité du phénomène va de pair avec le savoir-faire pour mener des interventions de santé publique.

Le cas de la prévention de la transmission mère-enfant

Environ 2,4 millions d'enfants sont infectés par le VIH en Afrique. L'immense majorité de ces enfants l'ont été par la transmission mère-enfant du VIH. Transmission qui peut survenir durant la grossesse, l'accouchement et en période post-natale par le biais de l'allaitement maternel. C'est pourquoi l'on utilise l'expression transmission mère-enfant au moins en ce qui concerne les pays en

développement et non « transmission materno-fœtale », qui ne recouvre qu'une partie de la transmission. Dans les études de cohorte qui ont été réalisées en Afrique, les taux globaux de transmission du VIH de la mère à l'enfant sont de 25 à 45 % en Afrique, que l'on peut comparer aux taux de 10 à 25 % dans les pays développés. La différence entre ces taux est en grande partie liée à la transmission post-natale dans les pays où l'allaitement maternel est pratiqué de façon prédominante.

Le risque de transmission *in utero* est estimé à 5-10 % et durant l'accouchement entre 10-20 %. Le risque de transmission par le lait maternel est estimé, quant à lui, à 10 à 20 %. Il semble lié au type d'allaitement, une étude réalisée en Afrique du Sud montrant qu'il est plus élevé en cas d'allaitement mixte (allaitement maternel et allaitement artificiel en même temps) qu'en cas d'allaitement maternel exclusif* durant les 3 premiers mois [15]. La durée d'allaitement joue aussi un rôle dans le risque de transmission : celui-ci augmente avec l'allongement de la durée d'allaitement [33].

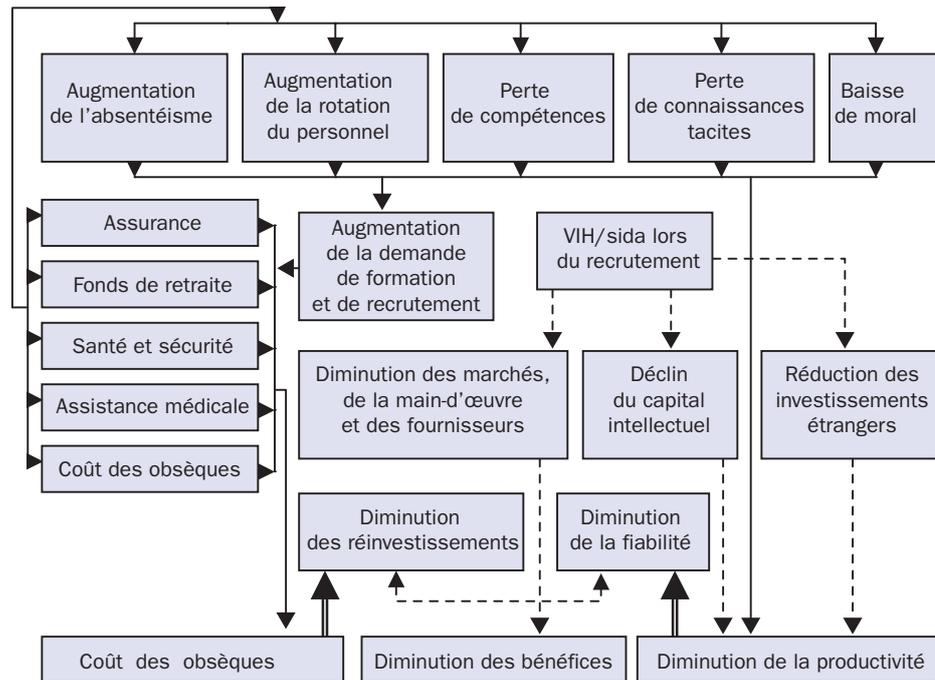
* L'allaitement maternel exclusif étant défini comme l'alimentation du nourrisson par le lait maternel à l'exclusion de tout autre aliment (y compris de l'eau) et étant assez peu pratiqué dans de nombreux pays africains.

Nations unies, sont alarmantes, et cela dans plusieurs pays africains (figure 1). Par conséquent, l'épidémie de VIH/sida retentit sur le milieu industriel par de multiples effets, ce qui aboutit à une diminution de la productivité et de la rentabilité des entreprises (figure 2).

Au niveau macro-économique, l'épidémie commence à être perçue comme une menace potentielle sur l'économie des pays. Plusieurs études montrent que l'effet net de l'épidémie sur le produit intérieur brut (PIB) par habitant est négatif. Pour un pays dont le taux national de prévalence du VIH/sida est de 20 %, on estime que la croissance annuelle du PIB chute en moyenne de 2,6 %. Ainsi, d'ici au début de la prochaine décennie, l'Afrique du Sud, représentant 40 % de la production économique de l'Afrique sub-saharienne, sera confrontée à un PIB réel inférieur de 17 % à ce qu'il aurait été sans le sida [42, 43].

figure 2

Impact du sida sur l'industrie : vue d'ensemble



Source : Onusida (2002), adapté de Riposte des entreprises au VIH/sida : Impact et leçons tirées

La transmission par le lait maternel pose un problème de santé publique encore plus important que la transmission mère-enfant du VIH en général. En effet, depuis 1994 dans les pays du Nord [14] et depuis 1998 dans les pays en développement [18, 29], nous disposons de régimes médicamenteux qui permettent de réduire la transmission mère-enfant du VIH, tout au moins en ce qui concerne la transmission *in utero* et durant l'accouchement. En France, par exemple, la transmission mère-enfant est très inférieure à 5 % en combinant un régime médicamenteux et une césarienne programmée avant le début du travail, en l'absence d'allaitement maternel. Les régimes courts utilisés dans des programmes pilotes en Afrique permettent de réduire de moitié la transmission, mais elle reste le plus souvent supérieure à 10 %. D'autre part, une étude récente a montré que les régimes médicamenteux courts avaient une efficacité majeure chez les femmes peu avancées dans leur maladie mais étaient d'une efficacité beaucoup plus limitée, voire nulle, lorsque les femmes étaient fortement immunodéprimées [32], ce qui réactive le débat sur la nécessité de traiter la femme pour sa propre maladie, au-delà de la simple prévention de la transmission mère-enfant.

À cet égard, la prévention de la transmission mère-enfant du VIH, en fournissant l'accès au dépistage du VIH, à des soins prénataux d'un niveau correct, et à une prévention médicamenteuse de l'infection de l'enfant, est une porte d'entrée importante pour l'accès aux soins des femmes infectées par le VIH, ainsi que de leurs familles. Elle devrait être couplée avec des programmes de prise en charge des adultes et des enfants infectés par le VIH.

Elle permet en même temps d'informer un très grand nombre de femmes sur le fait qu'elles ne sont pas infectées par le VIH et de renforcer les conseils de prévention qui leur sont destinés.

Des programmes pilotes de prévention de la transmission mère-enfant du VIH sont actuellement en cours dans une douzaine de pays africains. Ils sont le plus souvent constitués d'un accès au test de dépistage du VIH et, pour les femmes qui se révèlent infectées par le VIH, d'un régime médicamenteux à base d'AZT d'une durée inférieure à un mois ou de Nevirapine en prise unique chez la mère et l'enfant. Dans la plupart des programmes, le lait artificiel est fourni aux femmes infectées par le VIH qui le souhaitent. Un seul pays africain, le Botswana, a étendu le programme de



prévention mère-enfant du VIH à l'ensemble de son territoire.

Dans ces programmes pilotes, si les femmes acceptent bien le conseil et la pratique du test de dépistage du VIH, par contre moins de 50 % des femmes infectées par le VIH dépistées par ces programmes bénéficient de l'intervention médicamenteuse [40]. En 2001, on peut estimer à 10 000 le nombre de femmes enceintes infectées par le VIH ayant bénéficié de ces interventions sur l'ensemble du continent africain. De nombreuses raisons, en partie liées à la difficulté de gérer, d'assumer le fait de se savoir séropositive, à la peur d'être identifiées comme séropositives, mais aussi à l'absence de traitement curatif pour elles et leurs enfants expliquent cet écart entre le nombre de femmes identifiées comme infectées et celles qui bénéficient de l'intervention.

Le Fonds de solidarité thérapeutique international, en Côte d'Ivoire et au Sénégal, est le seul programme, en coordination avec les gouvernements des pays cités, qui a mis en place à partir de 1999 et surtout de 2000 une intervention incluant la prise en charge familiale de l'infection. S'il est important de prévenir la transmission mère-enfant du VIH, il est également essentiel d'aider à la prise en charge, y compris par médicaments antirétroviraux de la femme elle-même, de son partenaire et de ses enfants infectés par le VIH. En 2002, un programme intitulé Initiative MTCT Plus (*Mother to Child Transmission*, transmission mère-enfant) envisage d'étendre ce principe d'une prise en charge familiale qui dépasse la simple prévention mère-enfant.

Néanmoins, les interventions disponibles n'agissent pas sur la transmission post-natale, le seul moyen à notre disposition actuellement étant l'allaitement artificiel dès la naissance. Or l'allaitement maternel est un facteur de survie majeur des enfants, en particulier pour les populations démunies qui n'ont pas la possibilité d'utiliser des substituts du lait maternel dans de bonnes conditions (hygiène, coût du lait, préparation...). Il n'est pas envisageable de diffuser l'allaitement artificiel en particulier auprès des femmes non infectées par le VIH (qui représentent la majorité des femmes en Afrique) ou de celles qui ignorent leur statut vis-à-vis du VIH. L'étude sud-africaine évoquée plus haut incite en revanche à mettre en place un allaitement maternel exclusif, puis de procéder à un sevrage rapide, lorsque

les femmes ne veulent ou ne peuvent pratiquer l'allaitement artificiel dans de bonnes conditions. Cette recommandation nécessite de renforcer le conseil déjà existant en direction des mères en Afrique afin que l'allaitement soit effectivement exclusif.

Conclusion

Les connaissances sur l'épidémiologie de l'infection à VIH s'affinent, de même que se précise la compréhension des mécanismes sociaux favorisant l'exposition au risque de contracter le VIH. Le tableau qui s'offre alors à nous est certes celui d'une épidémie dont l'expansion n'est pas achevée alors que ses effets se font ressentir sur tous les secteurs des sociétés africaines. Cela étant, les actions susceptibles de réduire la transmission du VIH et d'améliorer la prise en charge des personnes atteintes sont non seulement connues mais aussi, en certains endroits, mises en œuvre : il n'y a pas de fatalité (culturelle, politique...) de la progression du sida sur le continent. Il y a en revanche, chez les experts et les acteurs de terrain, la conscience que la transmission des connaissances sur l'épidémie accumulées par la recherche, aux savoir-faire élaborés par les acteurs de terrain — soignants, militants associatifs... — puis aux actions à large échelle (de prévention de la transmission mère-enfant, de prophylaxie des affections opportunistes, d'accès aux ARV) passe non pas tant par de simples décisions politiques (les forums et conférences en foisonnent) que par des actions politiques. Actions des gouvernants africains, mais aussi de ceux des pays du Nord, et qui supposent la mise en place de moyens financiers, matériels et humains pour diffuser suivant des canaux et des modalités divers la prévention et pour organiser l'accès aux soins des malades (formation des soignants, disponibilité des médicaments et des plateaux techniques, information des patients et de leurs proches). Moyens qui, en second lieu, devront s'appuyer sur les ressources de ce que l'on a coutume d'appeler la « société civile », au premier rang de laquelle les personnes séropositives regroupées en associations. C'est peut-être finalement dans ce paradoxe d'un rapprochement plus étroit entre des actions gouvernementales, d'une part, et les initiatives associatives ou privées que peut naître une dynamique de recul de l'épidémie de VIH. 

