

HIV/SIDA et développement durable : Le cas de l'Afrique subsaharienne

▶ Définitions

- VIH = Virus de l'Immuno-déficience Humaine = *nom donné au virus.*
- SIDA = Syndrome d'Immuno Déficience Acquise = *état clinique causé par la présence du virus dans l'organisme.*

N.B : Une personne est dite séropositive si elle est infectée par le VIH. Toutes les personnes séropositives ne souffrent pas du sida. Mais toutes les personnes séropositives peuvent transmettre le VIH à d'autres personnes.

▶ Genèse du VIH

- Les premiers cas de sida sont apparus aux Etats-Unis en 1981. Le VIH a été isolé pour la première fois en 1983 par l'Institut Pasteur en France. En 1985 la médecine découvre des traces du VIH dans un échantillon de sang qui datait de 1959. Mais d'où vient ce virus ? A l'heure actuelle, l'origine du VIH reste l'un des plus grands mystères et sujets à controverse de la médecine. Une chose semble certaine : Le VIH viendrait du contact entre l'homme et le chimpanzé. Où ? Quand et comment ?

I. Epidémiologie de l'infection du VIH

1.1 Dans le monde

- 20 millions de personnes sont déjà mortes du VIH dans le monde.
- 40 millions de personnes vivent avec ce virus.
- L'ONUSIDA estime qu'en 2003, 5 millions de personnes ont contracté le VIH.

1.2 En Afrique subsaharienne (ASS) : L'Afrique au sud du Sahara est la région la plus durement touchée par l'épidémie. C'est la seule région du monde où le VIH est la première cause de décès et où le nombre de femmes infectées dépasse celui des hommes. C'est aussi la seule région où le plus faible nombre de malades a accès au traitement.

- En 2003, l'ONUSIDA estimait que 26 millions de personnes y vivaient avec le VIH. L'Afrique subsaharienne, peuplée de 10% de la population mondiale héberge tout de même plus de 70% de la population mondialement infectée par ce virus¹.

- A noter que l'ASS n'est pas touchée de façon homogène. Il existe une grande disparité entre : pays, sous-régions, villes et campagnes. Dans les campagnes les prévalences sont souvent plus faibles que dans les villes.

¹ Sciences au Sud, *Autre sida, autre recherche*, le journal de l'Institut de recherche pour le développement, spécial sida en Afrique, 2004.

- En Mauritanie par exemple la prévalence nationale du VIH est de 1% tandis qu'au Botswana et en Zambie la prévalence est environ de 40%. Au Botswana, une décennie plus tôt cette même prévalence nationale était de 4%.

II. Modes de transmission

2.1 Hétérosexuel : Les rapports sexuels non protégés constituent 80% des cas de contamination du VIH en ASS.

2.2 Mère – enfant : (*transmission verticale*) : aujourd'hui ce mode de transmission représente 12% des cas de contamination grâce à l'introduction des ARV² et à l'existence des VCT (centres de dépistage volontaire) qui ciblent surtout les femmes enceintes.

2.3 Injections médicales non-stériles, sang et produits de sang, autres : Des statistiques fiables n'existent pas sur ces modes de transmission. Selon le rapport 2003 de l'ONUSIDA, les injections médicales non stériles sont soupçonnées de contribuer pour 2,5% aux nouveaux cas de contamination.

III. Facteurs favorisant

3.1 La pauvreté en général : Les populations prennent des risques pour survivre. Une forte prévalence du VIH est avant tout une question du niveau de développement.³ Le PNUD⁴ estime que la lutte contre l'épidémie et la lutte contre la pauvreté se confondent en un combat unique. Avant la survenue du VIH, l'ASS était déjà la région la plus défavorisée sur le plan économique vu sa faible participation aux échanges mondiaux.

3.2 La dimension féminine du VIH en Afrique (Voir document photocopié) : Les femmes représentent 60% des individus vivant avec le VIH en ASS selon les estimations de l'ONUSIDA en fin 2004. Les jeunes filles de 15 à 24 ans sont 2,5 fois plus exposées que les garçons du même groupe d'âge.

- Sur le plan biologique : l'anatomie de la femme (le vagin offre une plus grande surface), et la plus forte concentration du virus dans le sperme que dans le liquide vaginal font que la femme a 2 fois plus de malchance de se faire contaminer par le virus que l'homme lors d'un rapport sexuel (*en l'absence de toute autre maladie sexuellement transmissible*).

- L'idéologie patriarcale qui existe en Afrique depuis des siècles fait de la femme un être inférieur à l'homme à tout point de vue. Selon le code de la famille, le droit de la femme de sa naissance à sa mort est subordonné aux hommes : d'abord à son père, à ses frères, à son mari, puis à ses fils. Elle n'a pas de pouvoir de décision. Souvent elles dépendent de leur mari sur le plan économique. Leur droit à l'héritage dépend aussi du bon vouloir masculin. Elles peuvent difficilement imposer l'usage du préservatif, voire refuser un rapport sexuel sans risquer la violence de la part de leur partenaire.

- En ASS, plus de 70% des femmes infectées par le VIH sont celles qui sont mariées et n'ont qu'un seul partenaire sexuel : leur mari.

² Anti rétroviraux.

³ Il s'agit des données prises globalement. Cela ne veut donc pas dire qu'il suffit d'être pauvre pour contracter le VIH. Certains pays sous-développés (la Mauritanie par exemple) ont des taux de prévalence bas. Des personnes aisées sur le plan financier se font contaminer par le virus malgré leur richesse. Mais dans ce dernier cas ces personnes ont tout au moins les moyens d'accéder au traitement.

⁴ Programme des Nations Unies pour le Développement.

3.3 Pratiques courantes favorisant la propagation du virus : Les conflits armés - la migration des travailleurs - la polygamie - l'héritage de veuves - les transactions sexuelles - et le sexe trans-générationnel sont quelques pratiques qui facilitent la propagation du virus.

IV. Conséquences socio-économiques du VIH en ASS

4.1 Stagnation et recul de la croissance économique : A l'origine, le problème du VIH était considéré comme un problème de santé publique, mais très rapidement il s'est transformé en **crise de développement**. Des études portant sur l'ASS montrent que si le taux de prévalence n'était pas de 8.6% en 1999, le revenu par tête y serait 3 fois supérieur à ce qu'il est aujourd'hui.

- **Le PIB:** *Le produit intérieur brut est la valeur marchande de tous les biens et services produits dans une année à l'intérieur des frontières d'un pays.* Le PIB est une façon d'apprécier la richesse d'un pays et le niveau de vie de ses habitants.⁵ Les études montrent que la croissance du PIB diminue en fonction du taux de prévalence du VIH dans le pays.

- **La production agricole** a baissé pour cause de manque de travailleurs qui décèdent. Une étude a montré que la production de maïs a baissé de 61%, celle de coton de 41% au Zimbabwe. *L'Afrique est le seul continent où la production agricole par habitant décline régulièrement et où la dégradation de l'environnement s'accroît*⁶. La famine menace dans plusieurs pays dont le Zimbabwe.

- **Les entreprises** nécessitant une forte intensité de main-d'œuvre sont en déclin comme les groupes sucriers qui récoltent de moins en moins et perdent autant d'agriculteurs que de travailleurs. Cela engendre la baisse de la productivité. Ces entreprises sont confrontées aux coûts de funérailles de leurs agents, aux coûts de formation de nouveaux collaborateurs, au paiement des indemnités de départ pour certains et au paiement de pensions pour les familles des défunts.

4.2 La pénurie de main-d'œuvre : La mortalité et la morbidité causées par le VIH en Afrique sont alarmantes. Les personnes qui décèdent du sida sont de jeunes adultes en âge de travailler : 15-49 ans. Ce sont les personnes pivot au sein des familles, c'est-à-dire celles qui assument les dépenses et autres besoins de la famille. Le sida provoque une pénurie de la main-d'œuvre. Plusieurs pays importent déjà des travailleurs étrangers, par exemple le Botswana. Le coût de la main-d'œuvre est en augmentation impliquant une augmentation des coûts de production et donc une réduction de la compétitivité.

4.3 Le secteur de la santé : L'ONUSIDA estime qu'en 2002 les dépenses intérieures totales des gouvernements étaient d'environ 995 millions de dollars pour les programmes de lutte contre le sida dans 58 pays à faible et moyen revenus qui ont fourni les données sur 3 ans⁷. Le personnel médical est aussi durement touché par la maladie. La mort frappe les étudiants en soins infirmiers. En Ouganda, 12% du personnel infirmier est séropositif. Dans certains pays le nombre de lits occupés par les patients sidéens atteint 40%. Les infirmiers (ères) valides surchargés de travail immigreront vers les pays occidentaux.

4.4 Le secteur éducatif : Des enseignants meurent. Les orphelins et les enfants ayant des parents malades fréquentent moins l'école. Le taux de scolarisation a baissé car les enfants abandonnent l'école pour travailler, devenir chef de famille, soigner leurs parents malades

⁵ Il existe aussi un autre indicateur : c est l'Indice du Développement Humain (**IDH**) développé par le PNUD. En plus du PIB, l'IDH tient compte de données sociales telles que : l'espérance de vie à la naissance et le niveau d'instruction. C'est un chiffre compris entre 0 et 1. Plus l'IDH est proche de 1 plus le pays est développé.

⁶ www.africaaction.org/rtable/ade0001.htm du 23/10/2004.

⁷ Rapport sur l'épidémie mondiale du sida 2004, ONUSIDA, p. 135.

ou s'occuper de leurs frères et soeurs. En Côte d'Ivoire (*un pays qui n'est pourtant pas le plus touché*) un enseignant meurt tous les jours du VIH. Selon les estimations, la moitié des enseignants en Ouganda seraient séropositives.

4.5 Les coûts sociaux de l'infection : La prise en charge des orphelins représente une lourde responsabilité laissée aux survivants. Une étude dans 15 villages d'ASS montre une génération manquante dans plusieurs familles ; on y observe les grand - parents entourés de leurs petits-enfants orphelins du sida. Plus de 11 millions d'enfants sont orphelins du sida en ASS. Ce chiffre pourrait continuer d'augmenter vu le nombre d'adultes malades sans traitement. Les statistiques prévoient 20 millions d'enfants⁸ orphelins dans 7 ans.

En résumé, l'épidémie :

- Provoque la baisse du PIB,
- Réduit la main-d'oeuvre par décès, morbidité et migration,
- Affecte particulièrement les femmes,
- Augmente les coûts de production,
- Erode l'épargne et amenuise l'investissement,
- Augmente les dépenses en santé des familles et gouvernements,
- Menace le système éducatif et la transmission du savoir,
- Génère de lourdes charges sociales ; par exemple la prise en charge des orphelins.

V. La Riposte internationale au VIH/sida en ASS

5.1 Les objectifs du développement du Millénaire des Nations Unies : Récapitulés en huit points, ces objectifs visent à promouvoir le développement durable dans tous les pays du monde. L'un de ces objectifs (point 6) est de stopper la propagation du VIH et d'inverser la tendance. Le point 3 se propose d'éliminer les inégalités entre sexe dans le domaine de la scolarisation.

5.2 Le GFATM (Global Fund to fight Aids, Tuberculosis and Malaria) est une association de fonds publics et privés créée sur appel du Secrétaire général des Nations Unies à former une alliance mondiale contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Cet appel a reçu un écho positif au sommet du G8 à Gênes⁹ en juillet 2001. Le fonds a été lancé en janvier 2002. 1,5 milliards de dollars ont déjà été déboursés pour la réalisation de 160 programmes de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme dans 85 pays.

5.3 Le PEPFAR (President's Emergency Plan for AIDS Relief) ou *Fonds Bush* est un don du gouvernement américain d'un montant de 15 milliards de dollars sur 5 ans pour la mise en œuvre d'un plan d'urgence dans 15 pays du monde pour combattre le VIH/sida, majoritairement des pays africains.¹⁰ Le Kenya par exemple a reçu 15 millions de dollars de ce fonds cette année pour lutter contre la pandémie. En Côte d'Ivoire, ce fonds s'engage à traiter 77.000 personnes infectées par le VIH, prévenir plus de 265.000 nouvelles infections et prendre en charge 385.000 orphelins du sida et autres personnes affectées par le VIH.

5.4 La Coalition Mondiale sur les Femmes et le Sida lancée par l'ONUSIDA est un groupe d'hommes et de femmes plutôt militants, des représentants de gouvernements, des agents

⁸ UNICEF, les générations orphelins d'Afrique, New York, février 2004

⁹ Le G8 a été formé en 1975 et regroupe les pays les plus industrialisés du monde : la France, l'Allemagne, le Japon, les USA, l'Italie, le Canada, le Royaume-Uni et la Russie.

¹⁰ Botswana, Ethiopia, Cote d'Ivoire, Kenya, Mozambique, Namibia, Nigeria, Rwanda, South Africa, Tanzania, Uganda and Zambia; Haiti and Guyana in the Caribbean ; and Vietnam in Asia.

communautaires et surtout des célébrités qui cherchent à stimuler une action concrète sur le terrain afin d'améliorer la vie des femmes et des filles.

5.5 Le **secteur privé** et les **organisations non gouvernementales** participent à la lutte contre la pandémie : Nestlé, Heineken, Médecins Sans Frontières, etc. La Croix-rouge française administre avec succès des traitements d'ARV dans des pays pauvres d'Afrique de l'ouest.

VI. Prévention et accès au traitement

6.1 **La Prévention et ses limites** : Pour l'instant il n'existe aucun traitement pouvant guérir du VIH. La prévention reste au centre de toutes les actions menées pour contrôler l'expansion du virus. Il existe une multitude de projets de prévention mis en œuvre par divers organismes sur le terrain. L'objectif de ces projets est d'apprendre aux populations à comprendre comment on *contracte le virus et comment l'éviter*. A ce propos, deux idéologies contradictoires s'opposent sur le terrain :

- Certaines autorités religieuses et politiques défendent la méthode **ABC (Abstinence Be Faithful, and Condom use = abstinence, fidélité, et l'usage du préservatif)** qui met surtout l'accent sur l'abstinence pour les personnes seules. Cette idéologie pose problème car elle exclut quasiment l'éducation des jeunes à l'usage du préservatif : « *Les jeunes devront s'abstenir d'avoir de rapports sexuels avant le mariage. Leur parler de préservatifs pourrait les inciter à s'engager précocement dans les activités sexuelles.* » Dans les régions où cette pensée prédomine, le résultat est que les jeunes n'ont pas assez d'informations pour savoir se protéger contre le virus.

- L'autre idéologie est la promotion à grande échelle du **sexe à moindre risque** ou le « **safer-sex** ». Le *safer sex* est un comportement sexuel qui limite l'exposition au virus. Il s'agit d'avoir toujours des rapports sexuels réduisant ou éliminant tout contact physique avec les liquides corporels contenant le virus aux moyens de barrières comme : préservatifs, gants, barrières dentaires. Les projets basés sur le *sexe à moindre risque* enseignent l'usage du préservatif à tous, y compris aux jeunes issus de tous les milieux sociaux.

L'usage du préservatif est efficace à plus de 90% en tant que méthode de prévention. Il n'existe pas encore assez d'études chiffrées sur la fiabilité du préservatif féminin (Fémidom). Pour l'instant la plupart des études se focalisent sur son acceptabilité. Néanmoins, il semblerait que sa fiabilité serait équivalente à celle du condom.

- Les **microbicides** sont un nouvel espoir de prévention du VIH pour les femmes. Ils se présentent sous forme de crème, émulsion, suppositoire ou lubrifiant pouvant être insérés dans le vagin à l'insu du partenaire plusieurs heures à l'avance. Il y aura 2 catégories de microbicides : d'une part ceux qui protégeront contre le VIH et les autres MST et d'autre part ceux qui protégeront à la fois contre le VIH et la grossesse. Ces produits sont actuellement en train d'être testés sur des milliers de femmes en Inde, au Brésil et au Zimbabwe. Les microbicides ne seront pas disponibles sur le marché avant 2010. Leur fiabilité est estimée à 60%.

Toutefois, la valeur accordée à la procréation, le manque de contrôle du sexe féminin sur sa propre sexualité, la violence sexuelle, les mythes et fausses croyances, l'ignorance et la pauvreté sont autant d'handicaps majeurs à la promotion du « *sexe à moindre risque* » en ASS.

6.2 **Un vaccin contre le VIH ?** Les approches classiques de mise au point de vaccin ont échoué avec le VIH pour des raisons liées à la forte variabilité des virus.

- Il existe 2 types de VIH : VIH-1 et VIH-2 subdivisés en 3 grands groupes : M, O, N. Le VIH (appartenant à la famille des rétrovirus) se caractérise par une très grande capacité de recombinaison. Cette capacité est la plus élevée parmi les êtres vivants.
- Les recherches actuelles se concentrent plutôt sur les structures conservées, c'est-à-dire sur les régions stables du génome. En France, les chercheurs de l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida estiment que le **VAC 16** qui est un produit de synthèse chimique (des lipopeptides) pourrait permettre d'obtenir une réponse à l'immunisation.¹¹

6.3 L'accès au traitement : Pour l'instant et sur le plan mondial, seul 10% des personnes infectées par le virus bénéficient des antirétroviraux. La grande majorité de ces 10% vit dans les pays occidentaux. L'ASS est l'endroit où le plus faible nombre de patients a accès aux traitements antirétroviraux. L'opinion internationale semble avoir pris conscience de cette inégalité.

Le traitement antirétroviral soulage les malades et prolonge leur longévité. Les ARV réduisent considérablement la mortalité et la morbidité liées à la présence du VIH. Une personne séropositive sous ARV peut être aussi active et productive.

Le « **3 millions d'ici 2005** » est une stratégie de l'OMS qui repose sur le principe selon lequel l'accès universel au traitement d'antirétroviraux est un droit fondamental pour tous ceux qui en ont besoin. Il vise donc à mettre 3 millions de séropositives et sidéens sous thérapie antirétrovirale d'ici l'an 2005. Le « 3 millions d'ici 2005 » œuvre à faire baisser le coût du traitement et à donner aux états les moyens qui leur permettront de traiter un plus grand nombre de malades.

- Dans le cadre de divers types de programmes, la fabrication des anti-rétroviraux à moindre coût (médicaments génériques) a démarré dans certains pays sous-développés : en Inde, au Brésil, au Kenya, en Afrique du Sud, etc.

- Par ailleurs, compte tenu de la multiplicité de virus, il existe un nombre élevé de souches recombinantes de VIH en ASS ce qui rend le traitement plus difficile.

- Une autre difficulté concerne la pénurie du personnel médical et infirmier formé pour le suivi des patients mis sous programmes thérapeutiques antirétroviraux.

Conclusion

En ASS, le VIH/sida bouleverse les structures socio-économiques et diminue l'espérance de vie qui aurait reculée de 10 ans. L'inégalité d'accès aux soins entre les pays du Nord et du Sud fait l'objet d'une attention particulière ces dernières années. L'opinion publique internationale se mobilise davantage pour contrôler l'évolution de la pandémie : la collaboration Sud-Sud, et Nord-Sud s'intensifient. Les accords de coopération bilatéraux et multilatéraux, les négociations entre les secteurs privés et les communautés se multiplient pour une meilleure maîtrise de la pandémie. La vulnérabilité des femmes face au virus est mise en exergue. Différentes initiatives prises à leur égard sur le plan international sont porteuses d'espoir.

Les besoins en recherche sont considérables : recherche sur la promotion de nouveaux modèles sociaux où la femme et l'homme sont dans un rapport de force équitable, des recherches sur les pratiques culturelles risquées, sur le changement de comportement et les stratégies de prévention efficaces, des études sur la génétique¹², sur les systèmes de

¹¹ Olivier Donnars, *Le journal de la Démocratie sanitaire* : Les Lipopeptides : des vaccins prometteurs, ARCAT, décembre 2004.

¹² Le taux de prévalence du VIH est aussi inquiétant parmi les Américains d'origine africaine qui vivent aux USA. En 2002, sur les 42.000 nouveaux cas d'infection par le VIH enregistrés aux USA, il y avait 50% d'Afro-américains.

santé en ASS, etc. s'avèrent nécessaires. L'avenir du continent dépend de l'efficacité avec laquelle l'humanité aurait géré la crise du VIH dans cette partie du monde.