

# Chapitre 1

## Santé et droits de la reproduction

### Les pays du Sud, dix ans après la Conférence du Caire.

**Benoît Ferry et Arlette Gautier**

La Conférence Internationale sur La Population et le Développement (CIPD) au Caire en 1994 a permis de développer un Programme d'Action<sup>3</sup> très ambitieux. Les recherches menées par quelques experts français s'efforcent de préciser l'étendue de la mise en œuvre du Programme d'Action, en matière de santé et droit de la reproduction et ainsi de fonder plus scientifiquement les actions à mener.

#### **1 - Les dimensions de la Santé de la Reproduction et le Plan d'Action du Caire**

##### **1.1 - L'inégale transformation des politiques de planification familiale en politiques de santé de la reproduction<sup>4</sup>**

Le Programme d'Action du Caire a mis au centre des politiques démographiques les femmes et les hommes de tout âge, et non plus seulement les femmes d'âge reproductif, l'ensemble de la santé de la reproduction, la qualité des services et le respect des patients. Dix ans plus tard, on constate des progrès dans les indicateurs de planification familiale : une augmentation des connaissances et des pratiques contraceptives et une diversification des méthodes utilisées. L'information sur les différentes méthodes de contraception ainsi que la prévalence contraceptive ont progressé de façon très inégale aussi bien en Afrique subsaharienne que dans les autres pays. La progression observée dans plusieurs pays est souvent due à une utilisation plus intense du préservatif. En général, les femmes n'ont pas été informées des effets secondaires éventuels des méthodes, des mesures à prendre s'ils se produisent, et des autres méthodes contraceptives possibles.

Des études avaient montré l'importance d'une approche intégrée des politiques de prévention des naissances, des infections et maladies sexuellement transmissibles, car elle permet de lutter efficacement contre la propagation du VIH mais aussi des cancers et des stérilités. Cet objectif a été repris par le programme d'action du Caire. De nombreux pays ont entamé l'intégration des divers services, de façon cependant très variée. La transformation des services de planification familiale en services de santé reproductive a été réalisée plus souvent en Amérique latine qu'en Afrique et surtout qu'en Asie. Elle s'est fréquemment limitée à l'adjonction de la planification familiale aux services de santé materno-infantile et parfois d'activités de prévention des MST et VIH.

---

<sup>3</sup> Fonds des Nations Unies pour le Population, *Programme d'Action adopté à la Conférence internationale sur la population et le développement*. Le Caire, 5-13 septembre 1994, New York, Nations Unies et CIPD 1994.

<sup>4</sup> Sur la base de la contribution d'Arlette GAUTIER « *De la planification familiale à la santé de la reproduction : L'évolution des programmes dix ans après les accords du Caire* », 19p.

Il faut souligner l'absence de progrès réalisés depuis dix ans dans l'accès des parturientes à de bonnes conditions d'accouchement : dans les pays en développement une femme sur deux continue d'accoucher sans l'aide de personnel qualifié (infirmières, sages-femmes ou médecins). « Sauver la vie de celles qui la donnent », n'est manifestement toujours pas une priorité des politiques publiques, ce qui augure mal de la volonté de mettre en œuvre le reste du Programme d'Action du Caire.

On manque de données sur la longue durée pour savoir si les cancers de l'appareil reproductif, les stérilités, les difficultés de la ménopause ont diminué. Tout au plus peut-on dire que même dans des pays à la pointe de la transformation des politiques de planification familiale en politiques de santé de la reproduction, comme au Mexique, dont le programme de planification familiale était d'ailleurs déjà intégré aux services de santé, peu a été fait dans ce domaine. On peut donc légitimement s'inquiéter pour les pays, comme l'Inde, où les programmes de santé et de planification familiale étaient séparés<sup>5</sup>.

Ces progrès limités peuvent s'expliquer par le maintien d'objectifs malthusiens au détriment de la reconnaissance des droits reproductifs des individus, par la dégradation de la situation politique ou économique de certains pays, la poursuite de programmes d'ajustement structurels qui réduisent leurs marges de manœuvre et leurs dépenses sociales, et les réformes de la santé qui ont parfois réduit l'accès aux soins. Il serait donc nécessaire de réaffirmer les principes du Caire en les inscrivant fermement dans l'objectif de la santé pour tous qui reste une nécessité absolue.

## 1.2 - La mortalité infanto-juvénile, des évolutions bien inégales<sup>6</sup>

Dix ans après Le Caire, des progrès ont incontestablement été accomplis, puisque presque quatre millions d'enfants supplémentaires ont survécu après l'âge de cinq ans à travers le monde<sup>7</sup>. Quelques 48 pays ont enregistré un succès remarquable avec un recul de plus de 30 pour cent du taux de mortalité infanto-juvénile entre 1990 et 2000. Dans près d'une centaine d'autres, la baisse a été supérieure à 15 pour cent, ce qui permet de penser que l'objectif d'un recul du tiers de la mortalité des moins de cinq ans formulé dans le Programme d'Action du Caire devrait pouvoir être atteint sans difficulté en 2015.

En revanche, les autres objectifs tels que la diminution des écarts géographiques et sociaux ne sont pas en vue car les baisses ont été plus fortes dans les régions et les zones déjà favorisées. L'Afrique notamment a connu une évolution contrastée, marquée par une **augmentation** de la mortalité des jeunes enfants dans l'une des sous-régions où elle était initialement la plus faible (l'Afrique australe, avec un taux de mortalité infanto-juvénile de 90 pour mille qui a augmenté de presque 25 pour cent en dix ans du fait de l'épidémie de SIDA qui y sévit) et une stabilisation là où elle était déjà de loin la plus élevée en 1990-95 (l'Afrique centrale, avec un taux supérieur à 200 pour mille).

La situation de nombreux pays demeure ainsi préoccupante. La baisse de la mortalité infanto-juvénile a été inférieure à 10 pour cent dans plusieurs républiques nouvellement

---

<sup>5</sup> Gautier Arlette, 2002, « Politiques, programmes et droits en matière de santé de la reproduction », dans Guillaume Agnès et Brouard Nicolas, Rapport français à la 35e session Population et développement, Paris, Ministère de l'emploi et de la solidarité, Direction de la population et des migrations.

<sup>6</sup> Sur la base de la contribution de Magali BARBIERI : « Santé et survie de l'enfant », 8p.

<sup>7</sup> Il s'agit de la différence entre le nombre de décès estimé avant cinq ans avec le taux de mortalité de 1990 et celui estimé avec le taux de 2000.

indépendantes de l'ex-empire soviétique (notamment, mais pas seulement, celles situées en Asie centrale) ainsi qu'en Afghanistan et en Corée du Nord et, surtout, la mortalité des jeunes enfants s'est aggravée dans près de quinze pays d'Afrique sub-saharienne. Ce recul menace de réduire à néant les efforts considérables des années quatre-vingt. Cette situation est d'autant plus dramatique que ces enfants décèdent de maladies pour la plupart évitables avec des moyens technologiquement primitifs et dont le coût est faible. Elle s'explique en grande partie par la diminution des efforts consentis par les gouvernements des pays en développement et par la communauté internationale dans les soins de santé primaire. Leur accès concerne encore une trop faible minorité dans de nombreux pays en développement et, plus particulièrement, en matière de programmes de vaccination qui avaient permis de faire reculer de 35 pour cent les décès par maladies infectieuses. La détérioration des conditions de vie des populations d'Afrique sub-saharienne au cours des années quatre-vingt-dix est responsable quant à elle des faibles progrès enregistrés en matière d'environnement et d'hygiène et de l'absence de progrès contre la malnutrition.

En ce début de 21<sup>ème</sup> siècle, plus d'un milliard de personnes n'ont toujours pas accès à l'eau potable et 2,4 milliards vivent dans de mauvaises conditions d'hygiène.

Les perspectives politiques et socio-économiques défavorables observés dans les pays les plus pauvres de la planète et l'aggravation des conséquences de l'épidémie de VIH/Sida en Afrique sub-saharienne ne permettent pas d'entrevoir un changement d'évolution à court terme dans les régions les plus défavorisées. Il s'agit là sans doute d'un constat d'échec en matière de mortalité infanto-juvénile dans la perspective des recommandations de la Conférence du Caire.

### 1.3 - La mortalité maternelle, des disparités toujours aussi fortes<sup>8</sup>

Globalement la mortalité maternelle stagne depuis 1990 alors que le Programme d'Action du Caire prévoyait sa diminution par deux d'ici l'an 2000. Les écarts géographiques restent considérables.

Les tendances de la mortalité maternelle autoriseraient un certain optimisme dans certaines parties de l'Afrique du Nord, de l'Amérique latine, de l'Asie et du Moyen-Orient, mais la situation en Afrique sub-saharienne demeure alarmante. En effet de tous les indicateurs de santé, la mortalité maternelle est celui pour lequel les écarts entre pays développés et pays en développement sont les plus marqués, avec un taux vingt fois supérieur dans ces derniers que dans les premiers. En Afrique sub-saharienne, une femme sur 16 décède de mortalité maternelle, contre seulement une sur 2 800 dans les pays industrialisés. Les écarts sont également considérables entre sous-régions du monde en développement avec, à une extrême, l'Afrique, où le taux atteint 1000 décès maternels pour 100 000 naissances, et, à l'autre, l'Amérique latine et la Caraïbe, où il est inférieur à 200, mais quand même encore dix fois plus élevé que dans les pays industrialisés.

L'accouchement assisté par du personnel qualifié a progressé en Asie, au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, mais pas en Asie du Sud et en Afrique subsaharienne. Les comportements reproducteurs, mesurés par les naissances de mères adolescentes ou de mères de plus de sept enfants, et les intervalles intergénéraliques manifestent des évolutions favorables, malgré un poids croissant des avortements.

---

<sup>8</sup> Sur la base de la contribution de Magali BARBIERI : « Santé maternelle et maternité sans risque », 6p.

Les deux fronts sur lesquels il conviendrait de concentrer les efforts sont : d'une part, la médicalisation croissante de la grossesse et de l'accouchement et, d'autre part, la transformation des comportements reproducteurs en faveur d'une baisse de la fécondité, surtout aux âges les plus jeunes et les plus élevés, ainsi que d'un espacement des naissances. Si l'évolution de la fécondité telle qu'elle est observée dans la très grande majorité des pays du monde influence favorablement la santé maternelle, les trop faibles progrès enregistrés en matière de soins obstétricaux dans les régions les plus défavorisées, au premier rang desquelles figure l'Afrique sub-saharienne, ne permettent pas d'entrevoir une baisse à court terme significative de la mortalité maternelle si la communauté internationale ne se mobilise pas pour soutenir les programmes mis en œuvre par les pays les plus pauvres dans des conditions parfois très difficiles.

#### 1.4 - L'avortement provoqué, peu de progrès et remise en cause des acquis <sup>9</sup>

Depuis l'adoption du Programme d'Action du Caire les arguments contre l'avortement se sont renforcés et l'on assiste sans doute à une régression sensible des acquis de la Conférence du Caire, à l'instigation notamment des Etats-Unis.

Concernant les avortements en Afrique sub-saharienne les législations ont peu progressé sauf au Cap Vert et en Afrique du Sud, où l'avortement est à la demande. Mais dans ce dernier pays l'accès n'est pas encore généralisé. Dans les autres pays, les progrès ont été très limités, voire inexistantes (on a même assisté à une régression des lois). Il faut inciter les États à revoir leurs législations en matière d'avortement : interdire l'avortement n'empêche pas sa pratique mais contribue au maintien de pratiques à risque, cause importante de morbidité et de mortalité maternelle.

La pratique de l'avortement reste peu documentée et il est important de mener des recherches dans ce domaine. Il s'agit d'abord d'améliorer la connaissance en terme de prévalence, d'étudier les facteurs et déterminants de l'avortement afin de mieux appréhender les processus qui amènent à l'avortement, et à recourir à l'avortement plutôt qu'à la contraception, et aussi d'envisager l'impact qu'il peut avoir sur la fécondité.

L'avortement, utilisé suite à l'échec d'une contraception ou en son absence conduit à s'interroger sur le fonctionnement des programmes de planification familiale, leur accessibilité et le *counselling* qui est fait aux femmes lors de la prescription. Ce *counselling* n'est pas toujours pensé en fonction des besoins concrets des femmes, et l'information qui leur est donnée est parfois insuffisante. Ceci pose également la question de l'accès des jeunes à la planification familiale et de la reconnaissance de leur sexualité par les personnels de santé.

Les programmes de prise en charge des complications des avortements et plus généralement de prise en charge *post-abortum* doivent être développés car ils ont fait leur preuve d'efficacité et de réduction des coûts pour les services de santé, mais surtout des coûts pour les femmes et des conséquences pour leur santé. Les procédures d'aspiration intra-utérine manuelle avec le protocole associé à ces programmes doivent être développés : notamment la formation des personnels (sages-femmes, infirmiers...), le *counselling* et programmes de planification familiale. Il est également important de développer des programmes pour

---

<sup>9</sup> Sur la base de la contribution d'Agnès GUILLAUME : « L'avortement en Afrique 10 ans après la Conférence du Caire », 15p.

introduire les avortements médicamenteux (le *misoprostol* ou *mifepristone* ou *RU486*) : actuellement cette technique n'est développée qu'en Tunisie alors qu'elle permet une meilleure prise en charge de ces avortements qui sont alors moins traumatisants pour les femmes et moins lourds de conséquences.

Enfin, la mise sur le marché de la contraception d'urgence qui est en train de s'opérer dans quelques pays africains devrait permettre de limiter les avortements à risque en particulier pour les jeunes femmes. Mais cela suppose que cette méthode soit largement diffusée et à moindre coût.

Les recherches devront mieux s'intéresser aux "institutions de santé", leur rôle, leur fonctionnement, l'accès aux soins en santé de la reproduction, en particulier de planification familiale et d'avortement sans risque. Cela doit passer par une amélioration du fonctionnement des programmes, notamment par une information des personnels de santé. Mais ce meilleur accès suppose aussi une amélioration du statut des femmes, en particulier de leur éducation pour leur donner une plus grande autonomie.

## **2 - Les dimensions épidémiologiques, démographiques et sociales de la lutte contre le Sida**

### **2.1 - Impact du Sida sur le développement, des effets en chaîne catastrophiques<sup>10</sup>**

La Conférence du Caire a contribué à la mobilisation politique et économique sur la question du Sida et des MST. Elle a constitué un plaidoyer pour que ces infections soient intégrées dans la santé sexuelle et reproductive et fasse partie des politiques et des programmes relatifs à la santé reproductive et sexuelle. En dix ans la situation du Sida dans le monde a évolué, et son poids se fait de plus en plus sentir sur le développement. On observe deux épidémies se développer, avec des dynamiques complètement différentes, dans les pays industrialisés avec l'introduction massive des traitements et une efficacité certaine de la prévention, d'une part, et dans les pays en développement, particulièrement l'Afrique et l'Asie, d'autre part. Nombre de questions restent encore posées. Notamment, bien des phénomènes ne sont pas encore compris dans la dynamique des épidémies de Sida et, de ce fait, il est difficile de prévoir leur impact dans toutes leurs dimensions. Les bouleversements sociaux, économiques et politiques dus au Sida dans les pays en développement auront certainement un impact dramatique dans les pays les plus touchés, mais peut-être plus encore sur d'autres plans pour le reste du monde.

Contrairement à ce que l'on croit souvent, ce ne sont pas les pays les plus pauvres qui sont généralement les plus infectés, mais ceux qui connaissent un certain développement associé à de grandes inégalités entre régions et entre catégories socio-économiques dans des pays comme l'Afrique du Sud, le Zimbabwe ou bien la Côte d'Ivoire<sup>11</sup>, tous pays d'immigration. La migration des populations actives vers les pôles de développement constitue ainsi une cause d'intensification du sida dans les pays d'accueil et de retour.

---

<sup>10</sup> Sur la base des contributions de Benoît FERRY : « *L'impact démographique du Sida dans les pays en développement* », 15p; et de Jacques du GUERNY : « *Impact du Sida sur les structures productives : le cas de l'agriculture* », 6p.

<sup>11</sup> La Banque Mondiale et le PNUD ont montré les inter-relations entre développement et inégalités d'une part et la prévalence du Sida de l'autre : Banque mondiale (1997), *Confronting AIDS : Public Priorities in a Global Epidemic*. UNDP South East Asia HIV and Development Programme (juin 2002). *Introducing Governance into HIV/AIDS Programmes: People's Republic of China, Lao PDR and Viet Nam*. [www.hiv-development.org](http://www.hiv-development.org)

Le développement n'est donc pas nécessairement neutre face au Sida : il peut contribuer à augmenter ou à réduire la vulnérabilité des populations. Ceci est à prendre en compte car cela ouvre la voie à de nouvelles stratégies de lutte contre le Sida en y associant des programmes de développement sectoriels conçus de manière à réduire la vulnérabilité de populations face au Sida. L'exemple de l'agriculture permet d'exposer plus en détail certains des points mentionnés.

### *Impact du sida sur l'agriculture*

L'impact du Sida est toujours de nature systémique : le Sida a donc souvent des effets dans plusieurs domaines à la fois. Ainsi, le manque de bras nuit à l'agriculture vivrière comme aux cultures commerciales. La division du travail et donc des compétences fait qu'il n'est pas aisé de remplacer la main d'œuvre, qu'elle soit très ou peu qualifiée (comme les vétérinaires). La quantité et la qualité de la nourriture sont affectées. Pourtant, l'agriculture pourrait jouer un rôle de premier plan dans la lutte contre le Sida en réduisant les vulnérabilités des villages et les risques d'exposition au VIH. Les soins au malade exigent du temps sur une période assez longue, il faut donc retirer les enfants de l'école pour y contribuer et parce que le foyer n'a plus les ressources pour payer l'école puisque les soins coûtent cher – la plupart des ménages ruraux sont au dessous du seuil de pauvreté défini par la Banque Mondiale (un dollar des Etats Unis par jour), donc tous les soins sont exorbitants pour ces ménages. Les filles, en raison de la division du travail en fonction du genre, sont donc en première ligne avec pour conséquence qu'elles arrivent sur le marché du travail au bout de quelques années sans qualification (même dans l'agriculture) risquant ainsi de devoir développer des stratégies de survie, incluant la prostitution même occasionnelle.

## 2.2 - Une dynamique épidémique difficilement mesurable<sup>12</sup>

Les relations entre la dynamique épidémiologique de l'infection à VIH et la dynamique démographique qui en résulte dans les pays du Sud sont complexes. Il est difficile d'en mesurer les éléments avec précision.

Les niveaux et les tendances des épidémies observées sont extrêmement disparates et relèvent de plusieurs types de dynamiques dont on ne comprend pas encore tous les déterminants et leurs interrelations. Certes le Sida a un impact important sur la mortalité, notamment celle des jeunes adultes, mais son impact sur la fécondité, fort complexe et divergent, est difficile à prévoir.

L'impact démographique du Sida, dans des situations épidémiologiques et des dynamiques extrêmement variées, devrait s'intensifier dans un futur proche pour les régions les plus touchées par le virus. L'évolution des épidémies de Sida et leurs impacts démographiques nécessitent encore un travail considérable pour en comprendre davantage les niveaux, les mécanismes, les déterminants et les interactions. Il s'avère dorénavant et déjà que l'impact du Sida sur la mortalité, la fécondité et les structures par âge sera important; il a des conséquences sociales et économiques qui sont susceptibles de déstabiliser sensiblement le développement des pays les plus touchés.

<sup>12</sup> Sur la base de la contribution de Benoît FERRY : « *L'impact démographique du Sida dans les pays en développement* », 15p.

Comme le souligne l'ONUSIDA, si le Sida a des conséquences démographiques et sanitaires majeures, son impact se fait aussi sentir lourdement sur les structures et l'organisation socio-économique des populations les plus touchées, dans la mesure où il fait disparaître les personnes dans leurs années les plus productives, entre 20 et 40 ans. Une partie des forces de travail est perdue, les charges sur les systèmes de santé augmentent de façon intolérable, un nombre important d'orphelins apparaît, enfin les systèmes communautaires et familiaux se trouvent bouleversés. Les conséquences, perceptibles dès aujourd'hui sur les structures familiales, la nuptialité et l'organisation sociale, se feront sentir pendant plusieurs décennies. Le Sida s'inscrit dans le contexte de crise et de sous-développement. Il vient se surajouter à la situation critique du développement de la majorité des pays, notamment africains, en écrasant des populations et des Etats accablés par la pauvreté, les conditions sociales et économiques. La difficulté à comprendre l'extension différentielle du Sida dans le monde en développement, la difficulté à en cerner les dimensions, les enjeux et les impacts proviennent en grande partie de son intrication avec le sous-développement. Le Sida vient enrayer les moteurs du développement sur les plans sanitaire, économique, social et politique.

### 2.3 - La prévention et l'accès aux traitements du VIH/Sida, encore beaucoup d'efforts à faire <sup>13</sup>

#### *Difficultés de la mise en place d'une prévention efficace*

On sait depuis le début de l'épidémie que le seul moyen de réduire la transmission sexuelle du VIH repose sur l'utilisation de préservatifs lors des rapports sexuels. On sait que la transmission de la mère à l'enfant est évitable en ayant recours aux antirétroviraux en fin de grossesse et en substituant l'allaitement artificiel à l'allaitement maternel. On sait aussi qu'en matière de prévention, les actions sont généralement d'un bon rapport coût-efficacité. Cependant on est obligé de constater que le virus continue à se propager car on observe des écarts entre la connaissance des modes de prévention et les changements dans les comportements.

Si la perception du risque que représente l'épidémie de VIH/Sida est généralisée concernant la transmission par voie sexuelle et mère-enfant, cela n'entraîne pas pour autant l'adoption de comportements de prévention efficaces dans les populations africaines. Pratiquer des tests de dépistage ou évoquer sa séropositivité restent très difficiles. Même une fois connue la séropositivité, le préservatif reste peu utilisé lors des rapports sexuels, qu'ils soient stables ou occasionnels. Par contre, il semble que la menace que fait peser cette épidémie sur la sexualité entraîne ou accélère des modifications dans les mentalités et les attitudes vis-à-vis de certains domaines de la sexualité, en particulier le multipartenariat et les relations occasionnelles. Par ailleurs, l'accès des femmes aux programmes de Prévention de la Transmission Mère-Enfant (PTME) reste faible. Il semble que l'échec partiel des différents programmes de prévention de la transmission du VIH vient en grande partie d'une insuffisante prise en compte de la dimension du couple impliqué dans ces transmissions.

---

<sup>13</sup> Sur la base des contributions d'Anne JUILLET : « *Avancées et limites dans l'accès aux traitements du VIH/Sida dans les pays en développement* », 12p; et de Benoît FERRY : « *L'impact démographique du Sida dans les pays en développement* », 15p.

### ***Prévention du VIH/Sida, la dimension du couple souvent oubliée***<sup>14</sup>

Dans les pays africains où la transmission horizontale est essentiellement hétérosexuelle, où la majorité des femmes infectées le sont aujourd'hui dans le cadre des relations sexuelles conjugales, la protection des rapports sexuels entre conjoints en cas d'infection par MST ou VIH (ou de suspicion d'infection) reste un des points faibles de la lutte contre le Sida. De la même façon qu'on a réalisé que les programmes de planning familial doivent s'adresser aux hommes et pas seulement aux femmes, il apparaît aujourd'hui, en matière de lutte contre le Sida, qu'il est nécessaire de mener des actions de prévention qui ne sont pas ciblées que sur les hommes, ou que sur les femmes, mais qui visent aussi le couple. Pour améliorer l'utilisation du préservatif lors des relations conjugales, il semble important par exemple que les programmes de prévention prennent en compte la communication qui va s'établir dans un couple à propos de ce préservatif, et non pas seulement la connaissance que les membres du couple ont du préservatif ou la disponibilité de ces préservatifs.

De même, c'est au niveau du couple, et non pas seulement des femmes, que se prennent les décisions en matière de procréation, lorsqu'un des deux conjoints est infecté par le VIH/Sida, mais aussi les décisions en matière d'alimentation du nourrisson, lorsqu'un enfant naît dans un couple affecté par le VIH. La prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ne peut être efficace sans une prise en compte effective des pères.

Il semble donc aujourd'hui qu'une des priorités dans la lutte contre le Sida en Afrique soit une meilleure prise en compte du concept de couple dans les différents programmes de prévention et de prise en charge du VIH/Sida. Cela implique de mieux cerner tout ce que recouvre la notion de couple en Afrique, notion qui évolue d'ailleurs rapidement, et c'est un champ de recherche encore largement inexploré.

### ***Articulation prévention – traitement : à la recherche d'un meilleur rapport coût- efficacité***

On peut s'interroger sur les rôles respectifs que doivent jouer la prévention et le traitement. Dans le cadre de la prévention de la transmission sexuelle, le traitement des maladies sexuellement transmissibles est moins complexe et d'un meilleur rapport coût-efficacité que le changement des comportements à risques. La prévention, à travers l'information, l'éducation, les préservatifs et autres mesures, s'est sensiblement développée, mais souvent de façon dispersée avec une efficacité limitée. On sait qu'il faudrait des efforts considérables pour atteindre les seuils qui permettraient un changement significatif sur le cours des épidémies; ce qui est loin d'être le cas, en Afrique notamment. Selon Peter Piot, directeur de l'ONUSIDA, la prévention ne touche qu'à peine un cinquième de ceux qui sont à risque.

La prévention de la transmission mère-enfant est tentée dans plusieurs pays mais la volonté politique de développer ces actions semble manquer. Le traitement par les antirétroviraux est efficace mais très cher, ce qui limite l'accès pour les plus démunis malgré diverses initiatives menées en Ouganda, au Sénégal et en Côte d'Ivoire. Malgré la gratuité ou le faible coût des antirétroviraux mis à disposition dans les programmes de prévention de la transmission mère-enfant, le passage de projets pilotes à une généralisation pose des difficultés. Difficultés renforcées en l'absence de volonté politique des pays concernés, ou en l'absence de capacités techniques dans les ministères en charge de ces questions, incapacité à concrétiser sur le terrain les intérêts politiques manifestés par les gouvernements.

<sup>14</sup> Sur la base de la contribution d' Annabel Desgrées du Loû : « *Prévention de la transmission du VIH/Sida dans les PVD : quelles pistes pour aujourd'hui ?* », 21p.



Ces traitements, qu'il est essentiel de mettre en œuvre rapidement et à grande échelle dans les pays en développement, fourniront un espoir décisif aux malades et auront un effet de synergie déterminant pour développer les actions de prévention qu'il est plus que jamais nécessaire de renforcer, particulièrement auprès des jeunes. Cependant, la couverture des programmes de prévention de la transmission mère-enfant du VIH augmentera à un rythme difficile à prévoir. Il en est de même de la mise en place des programmes de prise en charge des malades par les thérapies antirétrovirales. Tout dépendra de la disponibilité de centres de dépistage. Actuellement on estime que 90% des personnes infectées par le VIH ne le savent pas.

Depuis 1996, l'apparition de nouvelles molécules ayant démontré leur efficacité en matière de réduction de la mortalité dans les pays du Nord ont, dans les pays en développement, d'abord été objet de polémiques quant à leur introduction dans les traitements des patients du Sud du fait de la faible capacité supposée de ces derniers à suivre des traitements compliqués, de la difficulté des infrastructures médicales à rendre disponibles de tels traitements, et de leur coût exorbitant à l'époque. Plusieurs expériences d'accès aux traitements antirétroviraux menées dans des pays africains ont en fait démontré la capacité des patients à adhérer aux traitements qui leur étaient prescrits.

Lorsque des difficultés ont été relevées, il s'agissait essentiellement de problèmes d'accessibilité financière. Les initiatives ivoirienne, sénégalaise et ougandaise ont montré de façon exemplaire le rôle majeur des barrières tarifaires dans l'accès aux traitements du VIH : au Sénégal, le niveau d'observance a été amélioré de 83 à 90% en moyenne avec la diminution du prix des traitements antirétroviraux restant à la charge des patients. En Ouganda, l'effet de la dévaluation de la monnaie locale, en rendant plus coûteux le prix des antirétroviraux achetés en devise, a eu pour effet l'interruption de leur traitement par de nombreux patients. Ainsi donc, le problème du VIH en Afrique subsaharienne et dans les pays en développement de façon générale régressera de façon considérable si l'on peut agir sur le coût des traitements les plus efficaces. Sur cette question, les expériences ivoirienne et ougandaise ont démontré que la mise en concurrence des spécialités avec les génériques correspondants a largement participé à faire chuter les prix sur le marché international.

### ***Que sait-on aujourd'hui sur l'accès aux traitements ?***

Entre la Conférence Africaine sur le Sida (CISMA) de Ouagadougou en 2001, où on en était encore au niveau du discours, et celle de Nairobi en 2003, les expériences menées ont également permis d'apprendre à « tester, prévenir, traiter ». Que sait-on aujourd'hui en définitive sur l'accès aux traitements ?

- On sait lutter contre le VIH avec les antirétroviraux dans les pays en développement. Leur efficacité a été démontrée, tout comme leur tolérance, l'adhérence et l'observance des patients du Sud vis à vis de ces traitements.
- On sait que lorsque des problèmes sont relevés, il s'agit généralement de barrières économiques. La mise en concurrence des firmes pharmaceutiques avec les producteurs de génériques, lorsque cela est possible, a permis des réductions significatives des tarifs des antirétroviraux. Néanmoins, les baisses observées ne sont encore pas suffisantes pour permettre un accès généralisé de ces thérapies à l'ensemble des patients infectés dans les pays en développement. Et quand bien même les accords de l'OMC à Cancun auraient abouti, ils n'auraient pas permis une prise en charge de la majeure partie des patients séropositifs des pays en développement dès

lors qu'ils n'auraient amélioré concrètement que l'accès aux soins des patients séropositifs vivant dans des pays disposant d'une industrie pharmaceutique capable de produire des antirétroviraux. Or, combien de pays en développement disposent et sont capables de disposer dans des délais raisonnables d'une telle industrie ?

- on sait que la prise en charge des infections opportunistes participe à l'amélioration de l'état de santé des personnes vivant avec le VIH. L'efficacité du recours au *cotrimoxazole* a été mesurée. Malgré tout, l'utilisation de cette chimioprophylaxie n'est pas généralisée comme elle le devrait. Dans un contexte de rareté des ressources financières, dans lequel les coûts des traitements du VIH sont encore inaccessibles à une large partie de la population, *"l'utilisation du cotrimoxazole est une possibilité offerte pour améliorer la qualité de vie de millions d'Africains infectés par le VIH qui ne doit pas être négligée."* C'est ici la formation du personnel de santé et l'information auprès des patients qui fait défaut.

Ainsi, donc malgré les avancées faites, on en est toujours au stade de la recherche. Il n'y a pas de véritable généralisation des savoir-faire, des connaissances acquises. L'implication des politiques africaines n'est pas assez grande, elle est à l'image de l'accès à l'information sur ce domaine. Les moyens financiers sont maintenant disponibles (Fonds Global depuis 2002, Fonds Bush, Clinton, Gates) et la diminution des prix des antirétroviraux devrait rendre davantage disponible les traitements. Toutefois, l'information concernant le dépistage, le conseil et la prise en charge, auprès du plus grand nombre n'est pas faite. La formation des personnels de santé n'est pas complète et les difficultés recensées depuis longtemps dans les systèmes nationaux risquent de constituer les principales barrières de l'accès aux traitements du VIH.

## 2.4 - Le Sida, des acquis qu'il faut consolider.

Globalement on ne doit pas oublier cependant les acquis récents qui laissent espérer une amélioration future de la lutte contre le Sida et de la santé des populations sous-développées. Les progrès thérapeutiques remarquables auront tôt ou tard une application dans les pays en développement. Les interventions s'intègrent mieux dans les programmes de développement. La reconnaissance des droits de l'homme en matière de santé et les dimensions éthiques soulevées par le Sida ont constitué des avancées pionnières qui continuent à faire évoluer l'approche de la santé et les interventions. Du fait de la vulnérabilité spécifique des femmes et celles de leurs enfants, la perspective de genre est devenue partie intégrante de la lutte contre le Sida.

Ce ne serait que par un engagement politique de haut niveau et en intégrant le Sida comme une des dimensions majeures des problèmes de développement que l'on pourrait contrôler l'épidémie et résoudre les problèmes qui lui sont liés. Le Sida s'est installé dans le paysage des problèmes mondiaux et s'ajoute à la longue liste des problèmes liés au sous-développement.

C'est à des efforts considérables de solidarité, d'engagement politique, de recherche, non seulement biomédicale, mais aussi socio-comportementale et opérationnelle, de mobilisation de fonds et d'intégration de l'action contre le Sida dans les programmes de développement que le monde se trouve confronté en ce début du XXI<sup>ème</sup> siècle.

### 3 - Des priorités politiques à fonder scientifiquement

Cette synthèse sur quelques-uns des points du Programme d'Action du Caire indique quelques pistes scientifiquement fondées pour la recherche française aussi bien que pour l'action politique.

**Pour la recherche française,** mener des recherches sur :

- Le fonctionnement et la qualité des services de santé reproductive, dont la planification familiale et le VIH/Sida.
- Le fonctionnement et les rapports de couple dans les pays en développement.
- La mesure de l'avortement et de ses déterminants.
- Les déterminants, la dynamique du VIH/Sida et son impact multisectoriel.

**Pour la politique française,** nécessité de poursuivre les efforts pour :

- Réaffirmer les principes du Caire en les inscrivant fermement dans l'objectif de la santé pour tous qui reste une nécessité absolue.
- Améliorer la couverture vaccinale.
- Soutenir les programmes de planning familial et de prise en charge *post-abortionum*.
- Soutenir les programmes de soins obstétriques d'urgence et permettre une véritable médicalisation de l'accouchement par l'assistance de personnel qualifié à l'accouchement.
- Développer l'intégration des services de santé de la reproduction, en y intégrant le VIH/Sida et en traitant notamment les maladies sexuellement transmissibles.
- Améliorer la formation des personnels de santé pour qu'ils aient une mission sociale, et non plus seulement sanitaire, en vue de fournir une information variée et objective sur les différentes méthodes de contraception, les moyens de prévenir et de traiter les infections sexuellement transmissibles, dont le VIH.