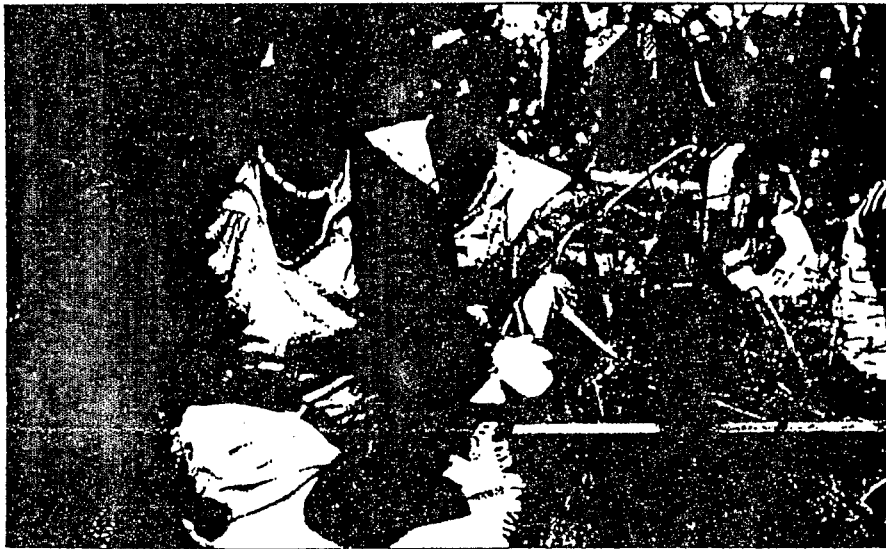


# SIDA DES RICHES

Dans dix ans, 90 % des 40 millions de séropositifs vivront dans les pays en développement. Un chiffre qui devrait faire réfléchir les responsables de la recherche.



Les populations rurales sont de plus en plus contaminées par le virus.

LA SEPTIÈME édition de la conférence internationale sur le Sida qui a réuni, à Florence, du 17 au 21 juin 1991, 8 000 participants, marquait un triste anniversaire : les dix ans, presque jour pour jour, de la mise en évidence du Sida. Une décennie plus tard, où en est-on ? Le colloque n'a pas répondu à la question. Au lieu d'un bilan, il a révélé les incertitudes de la recherche, le fossé existant entre sciences fondamentales et humaines ainsi que les difficultés de la coopération Nord-Sud dans ce domaine.

Au mois d'avril 1991, il y avait 8 à 10 millions d'adultes séropositifs dans le monde, 1 million d'enfants nés séropositifs ainsi que 1,5 million de sidécens, dont 500 000 enfants contaminés par voie périnatale : 90 % d'entre eux se trouvent en Afrique. Les relations sexuelles, mode le plus fréquent de contamination (70 à 80 % du total des transmissions des VIH), exposent à un risque de 0,1 à 1 %. La voie sanguine, par transfusion de sang non contrôlé le plus souvent, est la plus rare (3 à 5 % du total) mais aussi la plus calamiteuse (plus de 90 % de risques lors d'une seule exposition sanguine). Quant à la transmission

périnatale, le risque s'élève à 30 % environ, mais peut atteindre 45 %, selon une étude kenyane.

Dans les pays industrialisés, on note une stagnation des nouvelles contaminations, ce qui ne signifie pas que l'épidémie soit stoppée. Elle approche seulement, peut-être, de son plafond.

Mais, en Afrique, la situation est alarmante : 6 millions de séropositifs, 800 000 adultes sidécens, selon les dernières estimations. Les populations rurales semblent de plus en plus touchées. L'Afrique de l'Ouest risque de subir le même sort que l'Afrique centrale et de l'Est. En Côte d'Ivoire, par exemple, l'incidence de l'infection à VIH est passée, comme prévu, de 8,8 % en 1988 à 12 % en 1990 (voir JAE, décembre 1990).

Globalement, l'OMS estime qu'il y aura près de 40 millions de séropositifs dans dix ans, dont 90 % vivront dans les pays en développement.

Concernant la virologie et les vaccins, plusieurs points ont été soulignés. D'après le professeur Haseltine (Harvard), les cellules dites dendritiques joueraient un rôle important dans la pathogénie du VIH. Pré-

sentes dans les tissus et au niveau des muqueuses génitales, buccales et anales, elles constitueraient la première étape de la contamination sexuelle : une fois infectées, elles migreraient vers les ganglions satellites pour y infecter à leur tour les lymphocytes T4.

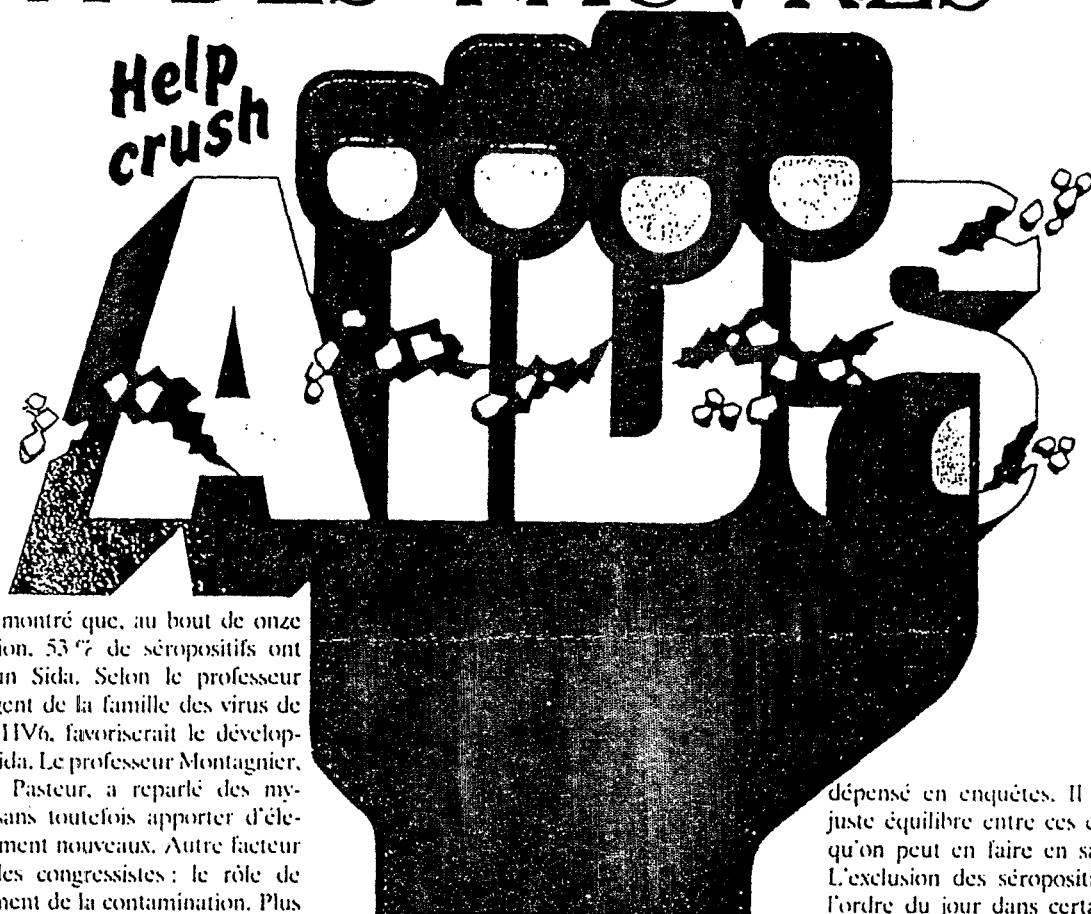
## LE TAUX D'UTILISATION DES PRÉSERVATIFS EST ENCORE TRÈS FAIBLE

Le problème du futur vaccin suscite une foule de questions : protégera-t-il contre les souches de VIH ou uniquement contre celles qui prévalent ici et là ? Par ailleurs, assurera-t-il une réelle protection contre les trois modes de transmission du VIH ? En d'autres termes, un vaccin injectable provoquant surtout une réaction immunitaire sanguine préservera-t-il d'une exposition sexuelle, par exemple ? Dernière question, peut-être la plus cruciale, comment mesurer cette immunité protectrice *in vitro* et surtout *in vivo* ? Actuellement, l'équipe du professeur Salk, en Californie, teste la toxicité et le développement d'une immunothérapie ou administration préventive de sérums spécifiques (VIH tué) auprès de 50 volontaires séropositifs asymptomatiques. Les laboratoires Ongogen/Bristol/Meyer-Squibb expérimentent chez des volontaires séro-négatifs un vaccin, apparemment prometteur, à base de virus de la vaccine, re-combiné avec la GP 160 (précurseur de la glycoprotéine d'enveloppe). Le « rappel », quelques mois plus tard, a induit un haut niveau de réponse immune.

Mais cela reste à confirmer. Certains chercheurs préconisent d'autres protocoles. Le professeur Bolognesi (Institut national du cancer, USA) suggère, lui, la mise au point de différents vaccins ayant chacun un but précis, plutôt que d'un seul vaccin « universel », de plus en plus difficile à envisager. Un vaccin contre la contamination ou contre le développement du Sida, ou encore contre certains modes de transmission, materno-fœtale, par exemple.

En outre, une enquête prospective effectuée parmi un groupe d'homosexuels à San

# SIDA DES PAUVRES



Francisco a montré que, au bout de onze ans d'infection, 53 % de séropositifs ont développé un Sida. Selon le professeur Gallo, un agent de la famille des virus de l'herpès, l'HHV6, favoriserait le développement du Sida. Le professeur Montagnier, de l'Institut Pasteur, a reparlé des mycoplasmes, sans toutefois apporter d'éléments réellement nouveaux. Autre facteur relevé par les congressistes : le rôle de l'âge au moment de la contamination. Plus on est âgé lorsqu'on est infecté, plus le risque de développer le Sida semble grand. Les praticiens africains ont été relativement discrets à Florence. Selon des médecins zairois, une certaine proportion d'ulcères génitaux, l'herpès et le chancre mou, très fréquents au sein de la population, seraient non seulement des facteurs favorisant la contamination à VIH, mais constitueraient aussi un nouveau type d'infection opportuniste. Il en serait de même pour l'infection à *papilloma virus*, responsable des dyplasies du col utérin (qui favorisent les cancers). Ils ont aussi indiqué qu'à Kinshasa un programme de promotion des condoms et de traitement des MST a entraîné une baisse significative de l'incidence des contaminations à VIH1 chez les prostituées. A Nairobi, les campagnes éducatives n'ont encore qu'un faible impact sur les comportements sexuels de la population. Expliqueraient cet échec un « sentiment d'invulnérabilité » et le déni du risque personnel de contagion. Constatation fâcheuse confirmée par une série d'enquêtes de l'OMS. En dépit des efforts, le taux

d'utilisation des préservatifs sur le continent reste faible (de 4 à 13 % selon les études). Rares sont encore les gens qui connaissent leurs vertus prophylactiques... On comprendra alors que le docteur Jonathan Mann ait demandé, en substance, que l'on se garde de crier victoire trop vite. Car, si l'on note une stagnation de l'épidémie dans les pays industrialisés, certains pays du Tiers Monde connaissent, eux, une véritable flambée du Sida. De plus, l'écart se creuse au niveau de l'accès aux soins, aux conseils, aux services. Bien sûr, un traitement comme l'AZT, qui allonge la survie des sidéens, est inaccessible en Afrique, du fait de son coût. Mais il faudrait disposer, au moins pour les séropositifs, de médicaments tels que des antituberculeux et des antibiotiques actifs sur les MST les plus répandues. Beaucoup de temps, d'argent et d'efforts ont été gaspillés ces dix dernières années, a encore souligné le docteur Mann. « On a l'impression, a renchéri le docteur Piot (Institut de médecine tropicale d'Anvers), que, dans certains pays, trop d'argent est

dépensé en enquêtes. Il faut trouver un juste équilibre entre ces études et l'usage qu'on peut en faire en santé publique. » L'exclusion des séropositifs est encore à l'ordre du jour dans certains pays. Ainsi, les Etats-Unis ont maintenu les mesures restrictives à leur encontre. Le professeur Essex (Harvard), dans son discours de clôture, remanié dans la nuit, a d'ailleurs condamné fermement l'administration Bush. « Il n'y aura pas de conférence à Boston en juin 1992, si les restrictions concernant les déplacements et l'immigration des individus infectés, par le VIH ne sont pas levées d'ici au 3 août. (...) Aux Etats-Unis, les sidéens ont une voix, mais n'ont pas été entendus correctement. Le Tiers Monde, cependant, supporte 95 % du total des nouvelles infections à VIH. Ces personnes vont mourir, pour la plupart sans aucun droit à la parole. » Alors que les déclarations du professeur Essex avaient été ponctuées d'applaudissements, ces derniers mots sur les pays en développement se sont heurtés au plus grand silence. Gêne ou indifférence à l'égard de ces pays qui meurent, sans bruit, du Sida ?

DOCTEUR FRANÇOIS DENIAUD  
ORSTOM, MONTPELLIER