

Docteur Jean-Loup Rey

Epidemiologiste
Orstom



14
La contribution des épidémiologistes à la compréhension des mécanismes de propagation de l'épidémie du SIDA en Afrique notamment est très importante. La première étape descriptive a permis de montrer la distribution démographique de l'infection mais aussi de mettre en évidence l'efficacité particulièrement élevée de la transmission hétérosexuelle en Afrique. Le docteur Jean-Loup Rey épidémiologiste à l'ORSTOM nous apporte ici, son témoignage.

"Il est vraisemblable que les atteintes infectieuses du placenta (associées à celles du VIH), jouent un rôle plus important que l'allaitement naturel dans la transmission mère-enfant".

A.M.S. : Quels sont les facteurs spécifiques à l'Afrique dont l'épidémiologie doit tenir compte aujourd'hui, pour l'étude des VIHs ?

J.L.R. : Les deux facteurs spécifiques à l'Afrique que l'épidémiologie doit prendre en compte sont l'existence d'au moins deux virus et d'une transmission essentiellement hétérosexuelle.

L'existence de deux virus certains VIII1 et VIII2 posent différents problèmes : - d'une part l'épidémiogeneticité de VIII2 est différente de celle de VIH1 l'incubation est plus longue ; cela est prouvé et indiscutable, de plus il y a un certain nombre d'observations qui montrent que ce virus est moins souvent associé à certaines pathologies (tuberculose en particulier), que certains signes considérés

comme révélateurs de SIDA dans la définition standard de l'OMS se retrouve plus rarement dans les infections VIII2 (toux), - d'autre part dans les régions où les deux virus co-existent, une grande partie des sujets séropositifs ont des réactions sérologiques confirmées en WB aux deux virus et il est logique de se demander si l'existence des deux virus n'a pas joué un rôle dans la diffusion extrêmement rapide de l'infection dans des pays comme le Ghana et la Côte d'Ivoire.

La transmission essentiellement hétérosexuelle des VIII en Afrique (environ 90% des cas sont dus à des rapports hétérosexuels, moins de 5% à des transfusions et environ 5% des cas sont des infections de la mère à l'enfant) détermine le tableau épidé-

miologique des cas et des infections c'est à dire une atteinte égale des femmes et des hommes, ainsi qu'un maximum de cas entre 15 et 29 ans.

A.M.S. : Quelle est la contribution de l'épidémiologie à la compréhension des mécanismes de propagation de l'épidémie sur ce continent ?

J.L.R. : Les études épidémiologiques apportent des éléments très importants à la compréhension de l'épidémie du SIDA en Afrique. La première étape descriptive a permis de montrer la distribution démographique de l'infection mais aussi mettre en évidence l'efficacité particulièrement élevée de la transmission hétéro en Afrique qui se situe au même niveau que la transmission homo en Amérique du Nord, d'où une première question posée aux scientifiques :

A.M.S. : Pourquoi la transmission hétéro. Est-elle aussi efficace en Afrique ?

J.L.R. : Cette étape a confirmé que le SIDA était très souvent associé et lié à de très nombreuses autres maladies infectieuses et parasitaires (MIP) et cette observation peut être une explication au fait cité plus haut. On sait déjà que la clinique du SIDA en Afrique est différente à cause de ces associations mais une question primordiale se pose :

A.M.S. : Quelles sont les interactions entre les VIII et les autres agents de MIP ?

J.L.R. : Ces interrogations ont un intérêt fondamental mais aussi un intérêt pratique majeur, par exemple se pose actuellement une question primordiale doit-on lutter contre les MST pour lutter contre le SIDA. En effet

si en dehors des phénomènes mécaniques de favoritisme dans les MST ulcérales ; il est prouvé qu'une favoritisme existe il faudra traiter les MST (en plus des campagnes de prévention qui sont identiques dans les deux cas) d'où un coût plus élevé des programmes de lutte.

Un autre aspect de l'épidémiologie des VIII en Afrique est leur distribution spatiale très hétérogène et cette observation est au départ le fruit du travail des géographes de la Santé Il existe en effet de grandes différences de séroprévalence selon les régions africaines et il est possible de différencier 8 zones, certaines où la diffusion de VIH1 et de VIH2 est connue de longue date certaines où cette diffusion semble se faire plus difficilement ou plus lentement c'est le cas de Madagascar (mais il s'agit d'une île), et le cas des régions sahéliennes mais nous avons montré que la culture musulmane ralentissait la diffusion du virus et on sait depuis longtemps que la circoncision diminue le risque de MST. Mais il y a aussi la zone constituée du Cameroun et du Nigéria (plus une partie du Gabon et du Bénin) où à ce jour la séroprévalence est faible, de l'ordre de 0,5% ou moins, et où le nombre de malades est très bas.

L'hypothèse la plus probable, même si elle est très nouvelle, est qu'un autre virus circule dans la région et «protège» les populations. En effet les autres hypothèses sont moins probables ; les comportements ne peuvent expliquer ces faits puisqu'il s'agit d'une zone de 120 à 150 millions d'habitants avec plus de 350 ethnies différentes. Pour les mêmes raisons une cause génétique de «résistance» aux VIII est improbable.

A.M.S. : Pourquoi n'étudie-t-on pas cette hypothèse dans l'éventualité d'un vaccin ?

J.L.R. : Rappelons qu'un certain nombre de vaccins anciens découlaient d'une observation similaire (variole, BCG).

A.M.S. : Quelles sont les conséquences du SIDA sur le fonctionnement des systèmes de santé en Afrique ?

J.L.R. : Les conséquences du SIDA sur le fonctionnement des structures de santé sont multiples et graves même s'il est certain que le système de santé fonctionnait mal avant l'arrivée des VIII.

La 1^o conséquence est la surcharge excessive de ces structures à cause du SIDA. Certains services et même certains hôpitaux sont occupés presque à 100% par des sidéens, les autres malades ne sont pas pris en charge. Ce d'autant plus que les malades sidéens demandent plus de moyens et de temps au personnel soignant que la plupart des autres malades la 2^o conséquence est l'augmentation des coûts de la santé dans cette période de restriction économique globale. Bien qu'il ne soit pas question d'utiliser des antiviraux trop coûteux la prise en charge des sidéens est très chère car il faut des antibiotiques et des antiparasitaires souvent chers. De plus les mesures de prévention coûtent cher.

A ce propos on peut se demander et justifié

de consacrer sans de moyens à la lutte contre le SIDA par la fourniture de sang contrôlé (jusqu'à 80% des budgets de lutte contre le SIDA) alors que son utilité est très relative puisque les transfusions ne représentent que 5% au maximum des cas bien que l'efficacité de ce moyen de lutte soit élevée (99% s'il est bien fait).

La 3^o conséquence est la place du SIDA dans la poursuite des autres programmes de santé ; trois cas peuvent se présenter.

A/ La diffusion des VIII perturbe le fonctionnement des certains programmes et oblige à modifier les stratégies ; c'est le cas de :

Nouveaux tuberculeux

- la lutte antituberculeuse puisque 30 à 60% des nouveaux tuberculeux sont séropositifs à VIH et que le nombre de ces nouveaux tuberculeux augmente de 10 à 20% tous les ans.

- les centres de récupération nutritionnelle puisque parmi les enfants entrant dans ces centres 20 à 30% sont infectés et ne guériront pas,

- les programmes de lutte contre la diarrhée puisque la conduite à tenir était basée sur la réhydratation orale qui est insuffisante quand la diarrhée est associée à l'infection VIII,

- des programmes de lutte contre les leishmanioses et (vraisemblablement) les trypanosomiasis, puisque en cas de co-infection les tests sérologiques utilisés pour le dépistage sont souvent négatifs et les traitements standards ont une efficacité diminuée,

- les programmes de santé maternelle puisque les femmes séropositives posent des problèmes médicaux nouveaux pour lesquels nous ne disposons pas encore de moyens de lutte efficaces.

B/ Dans certains cas l'arrivée des VIII va favoriser certains programmes de lutte qui étaient souvent plus ou moins mis de côté ce sont les programmes de lutte contre les MST, les programmes de planning familial et ceux d'éducation pour la santé puisque cette éducation/sensibilisation est notre seul moyen de lutte anti-SIDA.

C/ Les coûts élevés provoqués par la lutte contre le SIDA va obliger à des choix budgétaires pour réallouer des ressources qui bénéficiaient à d'autres programmes et on peut se demander quel est l'avenir de la lutte contre l'onchocercose ou contre la trypanosomiose et s'il est moralement justifié de consacrer des fonds (du ministère de la santé car ces fonds pourraient venir d'ailleurs) à la lutte contre la dracunculose, le RAA, le goitre, etc..

Augmentation de la mortalité infantile

La 4^o conséquence est malheureusement celle qui concerne l'augmentation de la mortalité infantile et de la mortalité globale. On estime que si 5% des adultes sont séropositifs, le taux de mortalité infantile va croître

de 10 p mille. De plus le SIDA est devenu la 1^o cause de mortalité des adultes entre 20 et 49 ans avec dans certains pays une croissance en 3 ans de 100%.

A.M.S. : Les particularités clinico-biologiques du SIDA en Afrique ?

J.L.R. : Les particularités clinico-biologiques du SIDA en Afrique découlent d'une part de la présence de VIII2 qui est globalement moins pathogène même si une fois la maladie déclarée l'expression clinique ne diffère pas entre les cas dûs à VIII2 et ceux dûs à VIII1, d'autre part du fait de l'association avec les MIP qui donne des tableaux cliniques différents et une inadéquation des critères de diagnostic d'un pays à l'autre. Les caractéristiques biologiques sont mal connues mais ne semblent pas différer beaucoup de celles rencontrées dans les pays du «Nord». Il est certain que nos connaissances sont insuffisantes dans ce domaine et que des études sont nécessaires si elles doivent être la source d'actions concrètes. Nous avons eu trop tendance jusqu'à ce jour à transférer ce que nous savions du SIDA en Europe à l'Afrique sans assez se préoccuper de faire un état des lieux préalable ; ainsi il a été consacré beaucoup d'énergie et de moyens à prendre en charge les séropositifs par rapport à la toxoplasmose pendant alors que ceux-ci mourraient de tuberculose, affection ignorée parce que ne faisant pas partie des infections associées à VIII.

A.M.S. : Des caractéristiques selon le niveau socio-économique peuvent-elles être dégagées ? Selon les modes de transmission ?

J.L.R. : En début d'épidémie, ce qui est constaté actuellement en Guinée Bissau il était clair que le SIDA touchait plus les personnes ayant un revenu économique haut que les plus pauvres. Ainsi les cadres intellectuels, les élites politiques, les cadres intermédiaires du secteur industriel ont payé un lourd tribut au SIDA. Ce qui semble jouer le plus grand rôle dans la diffusion des VIII c'est la disponibilité monétaire. Quand les virus ont diffusé plus largement cette répartition particulière s'estompée et on assiste à une diffusion plus homogène.

A.M.S. : Dispose-t-on de suffisamment de données pour attirer l'attention des autorités sanitaires sur les problèmes que risque de poser l'allaitement maternel ?

J.L.R. : Actuellement les données sont nettement insuffisantes pour mettre en doute l'intérêt de l'allaitement maternel. Il semble que la transmission mère/enfant ne soit pas aussi élevée que ce qui était annoncé après les premières études et il est vraisemblable que les atteintes infectieuses du placenta (associées à celles du VIH) jouent un rôle plus important que l'allaitement maternel. Le passage est possible mais vraisemblablement d'une importance quantitative faible, par ailleurs il est certain que les avantages de l'allaitement sont surpassés actuellement par les risques possibles dûs aux VIH. ■