

LIBRE OPINION

DIX CONSTATS SUR LE SIDA EN AFRIQUE

Propos de K. M. DE COCK "Projet Rétroci"

par J. L. REY

Epidémiologiste Spécialiste
du Service de Santé des Armées
ORSTOM, Montpellier, France.

En mars 1993, se réunissait à Abidjan, pour la première fois, la Société Africaine de Pathologie Infectieuse. A cette occasion, K. M. DE COCK a présenté un bilan de nos connaissances sur le SIDA en Afrique et a posé un certain nombre de questions aux médecins, chercheurs et responsables politiques du monde entier. K. DE COCK a dirigé pendant six années le projet de recherches sur le SIDA ivoiro-américain "Rétroci". Ce projet a permis d'améliorer de façon importante nos connaissances sur l'épidémiologie clinique du SIDA en Afrique de l'Ouest, en particulier, l'histoire naturelle, l'importance des différentes infections associées et opportunistes, la place des deux virus de l'immunosévérité humaine (VIH1 et VIH2), la transmission verticale.

La Côte d'Ivoire est le pays le plus atteint par les deux types de VIH. A Abidjan, la séroprévalence globale des adultes se situe entre 12 et 15 %, la moitié des nouveaux tuberculeux est infectée par le VIH, le SIDA est la première cause de mortalité chez les hommes entre 21 et 39 ans et la seconde pour les femmes du même âge.

Premier constat

L'éducation, la promotion des préservatifs et la prévention des maladies sexuellement transmissibles (MST) sont essentielles. De plus, un bon traitement dynamique des MST dimi-

(Méd. Trop., 1994, 54 : 107-109)

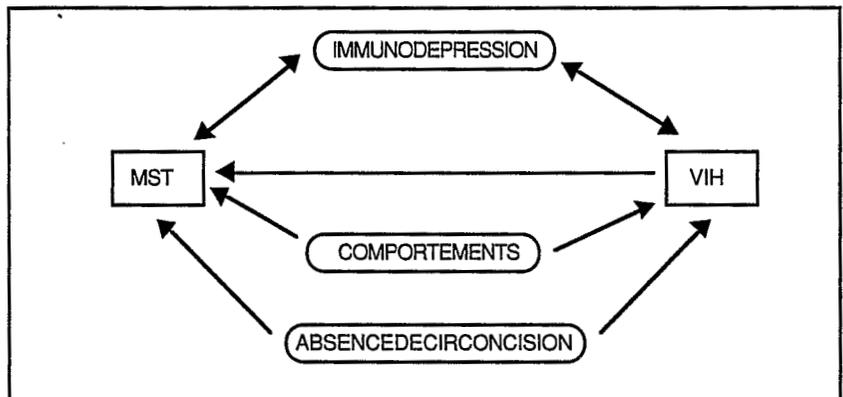


Figure 1 - Le cycle naturel.

nue la transmission des VIH et la réceptivité à l'infection (NZILA et LAGA). Même si on ne sait jamais exactement pourquoi, on est sûr que ce moyen existe (Figure 1). Il reste à préciser l'importance en Santé Publique du traitement des MST dans ce complexe d'interactions et à l'organiser (Figure 2).

Deuxième constat

L'éducation pour la prévention de l'infection VIH chez les jeunes est une priorité : 10 % des cas de SIDA à Abidjan ont moins de 20 ans, la séroprévalence du VIH chez les femmes avant 20 ans est de 12 % (DE COCK). L'éducation en prévention des MST,

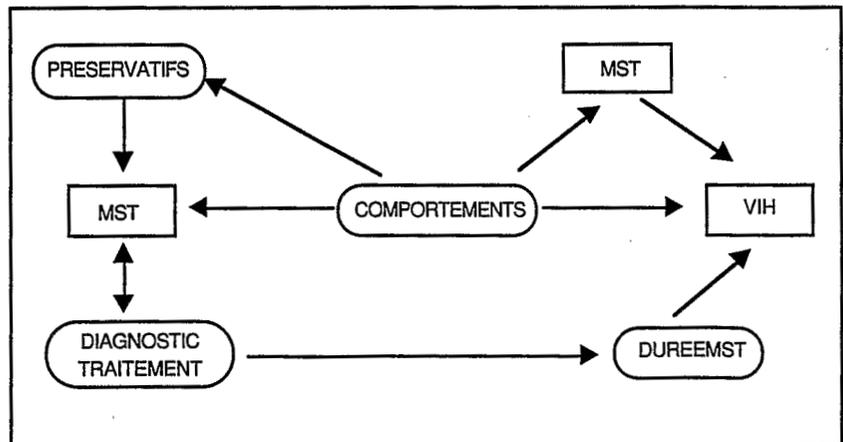


Figure 2 - Les interventions possibles.

27 MARS 1995

C.R.S.T.O.M. Fonds Documentaire
N° 41522 ex1
Cote B

la promotion des préservatifs (et le vaccin s'il arrive un jour) doivent être appliquées dès l'âge de 15 ou même 13 ans.

Troisième constat

La prévention du SIDA transfusionnel doit être réorientée ; il faut éviter toute transfusion inutile et exclure les donneurs à risque. Sur 1000 poches testées à Abidjan 5,4 % sont probablement infectées bien que séronégatives. Le facteur de risque déterminant parmi les donneurs de sang est l'existence de rapports avec des prostituées ; 73 % des poches contaminées par le VIH viennent de donneurs ayant fréquenté des prostituées dans l'année précédente et 31 % des donneurs sont dans ce cas. Par ailleurs, 2/3 des transfusions sont destinées à des enfants ; pourtant, elles ne sont nécessaires que pour les enfants avec moins de 6,5 g d'hémoglobine et avec des signes de détresse respiratoire.

Quatrième constat

Le SIDA est la deuxième cause de mortalité féminine à Abidjan. La prévention de l'infection par le VIH chez les femmes passe par un accroissement du pouvoir des femmes. Les prostituées des grandes villes sont souvent infectées par le VIH avec des taux supérieurs à 80 %. La prostitution est liée à la pauvreté mais on ne connaît pas les motivations qui conduisent les femmes à la prostitution et encore moins celles de leurs clients. La majorité des femmes n'ont qu'un partenaire (en dehors de la prostitution) alors que la majorité des hommes ont plusieurs partenaires et, d'après les travaux de SCHUTZ à Abidjan sur les donneurs de sang, les courbes de fréquences du multipartenariat dans la population générale varient selon l'âge et le sexe (Figure 3) et démontrent le rôle majeur des hommes dans la diffusion des VIH.

Cinquième constat

Un diagnostic et un dépistage de bonne qualité est possible partout en Afrique ; une confirmation des tests diagnostiques est nécessaire, mais utiliser un test rapide avec peptides

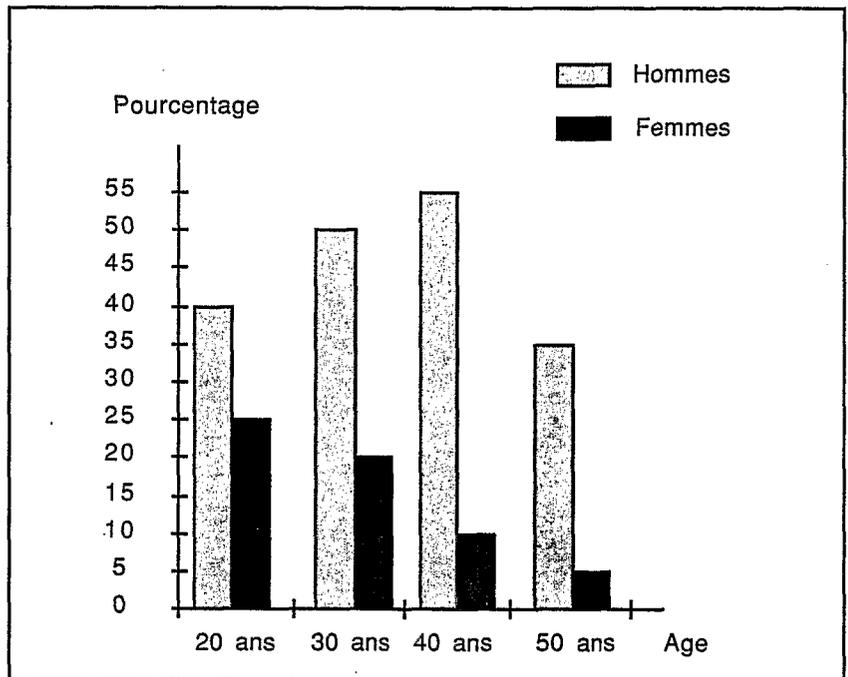


Figure 3 - Pourcentage de sujets avec plus de 1 partenaire par an.

synthétiques donne des résultats aussi bons que ceux du Western-Blot. De plus, une combinaison bien choisie de deux tests rapides est presque aussi efficace qu'un ELISA confirmé par Western-Blot avec une sensibilité et une spécificité excellentes, ce qui correspond aux recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé édictées en 1992. Ces tests sont réalisables sans eau ni électricité mais avec du personnel bien formé et il doit être possible d'obtenir des prix accessibles à tous.

Sixième constat

La surveillance épidémiologique du SIDA nécessite une nouvelle approche. En Afrique, seulement 10 à 20 % des cas existants sont déclarés. Il faut trouver une meilleure définition du SIDA incorporant la sérologie mais comparer la valeur d'un diagnostic à un résultat sérologique est inutile. En fait, 10 à 50 % des cas de SIDA sont constitués de tuberculeux séropositifs. Cette surveillance est nécessaire pour connaître et suivre l'incidence du SIDA en Afrique, donnée quasiment inconnue actuellement. En pratique, le meilleur diagnostic est l'association d'une séropositivité et

d'une infection opportuniste.

Septième constat

L'infection par le VIH 1 est une pandémie alors que l'infection par le VIH 2 est une endémie. La différence majeure entre les deux virus concerne leur transmissibilité (DE COCK). Pour plusieurs raisons, la transmission du VIH 2 est plus faible que celle de VIH 1 : à Abidjan, le ratio incidence VIH1/VIH2 est de 27/1, celui de la prévalence de 5/1. Il peut être important d'en comprendre les raisons biologiques.

Huitième constat

La tuberculose est l'affection associée et/ou opportuniste la plus importante et la plus fréquente. Elle est la cause de décès de 32 % des sidéens et est associée au SIDA dans 38 % des cas (LUCAS). C'est en Afrique une infection opportuniste très précoce : des proportions semblables de nouveaux malades ont des taux de lymphocytes T4 inférieurs à 200/mm³, et entre 200 et 399 et supérieurs ou

LIBRE OPINION

égaux à 400/mm³. La moitié des cas de maigreur est due à la tuberculose. Il faut mettre en place une surveillance internationale des bacilles tuberculeux multirésistants.

Neuvième constat

La prophylaxie, le traitement et les soins ne peuvent plus être négligés dans les pays en voie de développement. La prévention ne peut pas être isolée de la prise en charge des infectés et des malades. Cette prise en charge est le défi majeur des mois et années à venir.

Dixième constat

L'engagement de la communauté internationale est insuffisant et inadéquat. L'extension actuelle du SIDA va entraîner dans les pays africains atteints :

- une augmentation de la mortalité des adultes,
- une diminution de l'espérance de vie,
- une diminution de la survie des enfants,
- une épidémie majeure de tuberculose,
- une baisse importante des productions économiques,

- une rupture des structures sociales et familiales.

Ce qui est fait actuellement est insuffisant pour changer l'évolution de la pandémie dans les pays en voie de développement.

Lors de cette réunion, K.M. DE COCK n'a pas donné de document écrit ; il s'agit donc de propos rapportés le plus fidèlement possible et confrontés à ceux analysés par Ph. MSELLATI (ORSTOM/Abidjan) et G. UPHAM (Sidalerte 1993, 23), que je remercie. Merci également à M. LAGA qui a inspiré les figures 1 et 2.

REFERENCES

- DE COCK K. M., BARRERE B., LAFONTAINE M. F., DIABY L., GNAORE E., PANTOBE D., ODEHOURI K. - Mortality trends in Abidjan - Côte-d'Ivoire 1983-1988. *AIDS* 1991, (S) 393-398.
- DE COCK K. M., SORO B., MALICK COULIBALY L., LUCAS S. B. - Tuberculosis and HIV infection in sub-Saharan Africa. *JAMA* 1992, 268 : 1581-1587.
- NZILA H., LAGA M. - HIV and other STD among female prostitutes in Kinshasa. *AIDS* 1991, 5 : 715-721.
- SCHUTZ R., HOUNOU A., PEACOCK CH., BEAUMEL A., DJOMAND G., N'GBICHI J. M., YEBOUE K., HONDE M., DIOMANDE M. - Identification des groupes à risque de SIDA dans la population des donneurs de sang d'Abidjan. VI CISA, Dakar, 16-19 déc. 1989 (MA 255).
- LUCAS S. B., GIORDANO Ch., DOORLY R., BRATTEGAARD K., KESTENS L., SMITHWICK R., KADIO A., EZANI N., YAPI A., DE COCK K. M. - The mortality and pathology of HIV infection in a West African city. *AIDS* 1993, 7 : 1569-1579.