

« SIDA : DE LA MALÉDICTION À L'ÉRADICATION ? »

FRED EBOKO¹

IR CORRÉLÉES citadins individualistes, contrôle social, enfants de la rue, femmes soumises, jeunes, pauvre, surpeuplement

L'Afrique subsaharienne est la région du monde qui paye encore le plus lourd tribut à la pandémie du sida et cette question a néanmoins produit quelques raccourcis médiatiques qui laissent supposer que l'Afrique allait être rayée de la carte du monde dans les décennies à venir. S'achemine-t-on pour autant aujourd'hui avec les thérapeutiques au point et les stratégies de lutte mieux conçues vers une éradication rapide ?

Une prévalence et des pertes catastrophiques malgré les incertitudes

Fin 2004, le Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida² (ONUSIDA) estimait que 35 à 44 millions de personnes vivaient avec le VIH/sida sur la planète dont près de 60% en Afrique subsaharienne avec 25,4 millions de personnes infectées. Parmi les 3,1 millions de personnes décédées du sida en 2004 dans le monde, l'Afrique en a enterrées 2,3 millions, soit, en vingt-quatre heures, plus de deux fois l'équivalent des pertes humaines du World Trade Center. Parmi les jeunes de 15 à 24 ans, 6,9% des femmes et 2,2% des hommes vivaient avec le VIH fin 2004.

Depuis le début de cette pandémie, l'ONUSIDA estimait en 2013 que le monde avait perdu 39 millions de personnes du fait du sida, dont 90% sont décédées en Afrique subsaharienne. En 2013, sur les 35 millions de personnes vivant avec le VIH, 24,7 millions vivent en Afrique subsaharienne. La mortalité est passée de 2 millions de décès par an en Afrique à 1,1 million. Les nouvelles infections ont diminué de 33% entre 2005 et 2013 dans la même région mais l'Afrique représente néanmoins 70% des nouvelles infections annuelles. Pandémie urbaine, 80% des Libériens vivant avec le VIH résident à Monrovia et 43% des Ivoiriens à Abidjan. À Nairobi, au Kenya, 12% des habitants des bidonvilles vivent avec le VIH, contre 5% dans le reste de la ville. Cette tragédie indéniable masque des situations contrastées et des progrès sensibles depuis le début des années 2000.

**Taux de séroprévalence au VIH/sida chez les 15-49 ans
dans quelques pays africains en 2013**

%	Plus de 20%	De 10 à 20%	De 5 à 10%	De 2 à 5%	De 0 à 2%
Pays	Botswana Lesotho Swaziland	Afrique du Sud Namibie Zambie Zimbabwe	Cameroun Kenya Ouganda Tanzanie	Côte d'Ivoire Éthiopie Nigeria RD du Congo	Mauritanie Ghana Burkina Faso Sénégal Guinée Sierra Léone Liberia

Sources : OMS, ONUSIDA.

Les dynamiques épidémiologiques changent avec le temps

Au cours des années 1990, la rapidité des réponses des populations à la pandémie restait encore mal mesurée. Ainsi, on notait la montée en puissance de l'abstinence et de l'usage du préservatif dans les Enquêtes Démographie et Santé (EDS) : de 9 à 22% au Cameroun entre 1991 et 1998, de 4 à 14% au Ghana entre 1988 et 1998, de 9 à 17% en Zambie entre 1992 et 1996, etc. En Afrique australe, on estimait en 2005 à 2% seulement, le taux d'usage du préservatif chez les couples sexuellement actifs.

Des dynamiques épidémiologiques d'une grande diversité, des ripostes collectives très différentes, et enfin des gains dissemblables étaient en fait à l'œuvre. D'un pays à l'autre, d'une décennie à l'autre, les leçons retenues confirment une première conclusion empirique : les premiers d'hier peuvent être les derniers de demain et inversement. Dans la première décennie de l'épidémie, Cameroun et Nigeria étaient présentés comme des « miraculés », tandis que l'Ouganda connaissait un pic de contamination. Alors que le VIH se déclarait en même temps à Kinshasa, Kampala, Kigali et Lusaka, il est resté stable dans la capitale de la RD du Congo alors que sa prévalence explosait dans les trois autres capitales sans explication évidente et simple. Avec l'entrée dans la troisième décennie du sida en Afrique, l'Ouganda était présenté comme un « modèle » à suivre avec une diminution de l'infection (prévalence de 13% en 1990 contre 4% en 2004) en particulier chez les adolescentes alors que des pays comme le Cameroun connaissaient la phase explosive la plus forte en Afrique centrale et occidentale. Deux décennies de mobilisation collective ont modifié la configuration de la lutte contre le sida, entre les années 1990 et les années 2000.

Des avancées dans la lutte et les thérapeutiques

La création du Fonds mondial en 2001-2002 a provoqué une série d'avancées incontestables dans la prise en charge et la prévention du VIH, de la tuberculose et du paludisme. Au départ inspirée par la volonté internationale de répondre au péril,

cette coalition doit sans doute sa force au fait qu'elle a été un chantier exceptionnel « d'une gouvernance mondiale de la santé »³. Dans le même temps, organisations et institutions internationales s'adaptent aux nouvelles thérapeutiques, portées par la solidarité et le dynamisme des « communautés épistémiques » dans le champ du sida, contrairement à la tuberculose et au paludisme.

Grâce aux subventions accordées par ce Fonds, la prévalence du sida a baissé dans 22 pays d'Afrique subsaharienne entre 2000 et 2010 et le nombre de personnes placées sous traitement antirétroviral (ARV) a connu une progression importante. Environ 49% des 10,4 millions de personnes susceptibles de bénéficier d'un traitement en recevaient effectivement un en 2010 (OMS) alors qu'elles n'étaient que 41% dans ce cas en 2009. L'incidence des nouvelles infections a baissé de 16% entre 2001 et 2010 et la mortalité des personnes vivant avec le VIH a baissé de 30% entre 2004 et 2010⁴.

Bien que la couverture par région soit très inégale en Afrique, l'ensemble représente une révolution thérapeutique quand on se souvient qu'en 2001, moins de 1% des patients éligibles aux traitements y avaient accès. Les progrès de la connaissance thérapeutique, épidémiologique et clinique, ont entraîné des changements de paradigmes scientifiques majeurs dans la communauté internationale. Cette mutation postule, en théorie, la possible éradication du VIH/sida – sur la base de la prise en charge précoce des patients infectés – accompagnée d'une meilleure espérance de vie en bonne santé du patient et, surtout, d'une probabilité de plus en plus faible de la transmissibilité du virus. Deux grandes découvertes scientifiques sont à l'origine de ce changement de paradigme : le « *Swiss Statement* », le « *Test and Treat* ».

Le « *Swiss Statement* » en 2008. La publication en Suisse d'un protocole qui montre que la transmission du virus au sein des couples de personnes sérodiscordantes (une personne séropositive et une personne séronégative) décroît de manière significative lorsque la personne infectée connaît une baisse de la charge virale liée à la précocité de sa prise en charge par ARV.

Faisant suite à pratiquement une décennie de travaux sur ce thème⁵, la Commission fédérale suisse produit et valide institutionnellement une connaissance médicale qui contrarie les dogmes et logiques de la prévention. Aucune étude scientifique ne vient contrarier le « *Swiss Statement* » même si sa mise en œuvre politique et concrète reste sujette à caution. Elle permet de poser la question du transfert des évidences scientifiques et leur mise en œuvre effective, au niveau international⁶. L'Afrique connaît des effets de ces découvertes, notamment en ce qu'elles ont été accompagnées du renforcement progressif de l'idée de la prise en charge précoce. C'est le cas du « *Test and Treat* ».

Le «Test and Treat» en 2010 : un modèle mathématique pour une ambition politique

En 2010, est publiée une étude fondée sur un modèle mathématique, à partir d'une cohorte de patients new-yorkais homosexuels⁷. L'extrapolation mathématique conduit à affirmer que les patients pris en charge dès que leur sérologie positive est avérée, quel que soit l'état de leur système immunitaire, ont une espérance de vie en bonne santé plus longue et une faible probabilité de transmettre le VIH, à terme. Au niveau de l'OMS, les seuils concernant l'immunité sont réévalués à la hausse, de sorte que l'idée de la prise en charge précoce s'impose au niveau institutionnel et figure, parfois dans les plans stratégiques de lutte contre le sida. Ainsi, au Sénégal, depuis 2014, le projet de « *Test and Treat* » figure dans le Plan Stratégique National pour les populations dites « clés » (les Hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes – HSH, les Travailleurs du Sexe – TS et les Usagers de Drogues Injectables – UDI).

Pour surmonter la contradiction entre ressources internationales en baisse et ampleur des moyens nécessaires pour un accès rapide des patients africains aux ARV, on s'oriente vers un processus d'adhésion, variable (passive, active, dissidente ou proactive, etc.) selon les pays à ce changement de paradigme.



Les prédictions catastrophistes des années 1990 ne se sont pas avérées. Pour autant, elles font partie de la mobilisation qui a permis une des ripostes les plus spectaculaires qu'ait connue l'histoire de la santé publique.

La question du sida repose à ce jour autour de certaines priorités : des « populations clés », des groupes vulnérables et des pays « prioritaires ». Le financement du Fonds mondial, mis en place depuis 2014, prescrit un montant de crédit a priori, fondé sur « le poids de la maladie » dans le pays, les ressources de ce dernier et sa capacité à participer au financement à hauteur de 15 % de la somme qui lui est dédiée au départ. Le « retour à la croissance » des pays subsahariens depuis les années 2000, la baisse de la contribution des pays riches au Fonds mondial, toutes proportions gardées, obligent les pays africains à recourir aux financements domestiques pour le sidéen et la santé.

Aux discours alarmants des années 1990, l'ONUSIDA oppose désormais la théorie de l'éradication du sida d'ici à 2030. Pour atteindre cet objectif, il faudrait que la majorité des individus se soumette à un dépistage du VIH et que les personnes infectées soient immédiatement mises sous traitement, objectifs peu évidents à atteindre sauf à penser que le sida devienne le centre de toutes les priorités, ce qui est loin d'être le cas. Néanmoins, le sida n'a pas rayé l'Afrique de la carte du monde et ce ne sera pas le cas. Les progrès accomplis méritent d'être

soulignés et la lutte contre le sida a montré un type de partenariats internationaux pouvant inspirer d'autres combats.

NOTES

1. Ce texte a été revu et actualisé en 2015 par Fred Eboko, politologue, IRD.
2. Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) isolé en 1983 à l'Institut Pasteur est un rétrovirus responsable du syndrome de l'immunodéficience acquise (sida) rendant la personne atteinte vulnérable à de nombreuses infections opportunistes.
3. Eboko F., (2010), « La lutte internationale contre le sida, chantier d'une gouvernance mondiale de la santé », *Questions internationales*, n° 43, mai-juin, pp. 76-78 ; Eboko F., (2005a), « Law against morality? Access to anti-AIDS drugs in Africa », *International Social Science Journal (Unesco)*, n° 186, pp. 713-722 ; Eboko F., (2005b), « Sida : des initiatives locales sous le désordre mondial », *Esprit*, août-septembre, pp. 200-211.
4. OMS, ONUSIDA, UNICEF, (2012), *Le VIH/sida en Afrique subsaharienne. Le point sur l'épidémie et les progrès du secteur de la santé vers l'accès universel*, Genève, OMS.
5. Sorensen St. W. et al., (2012), « A Mathematical Model of Comprehensive Test-and-Treat Services and HIV Incidence among Men Who Have Sex with Men in the United States », *PLoS ONE*, vol. 7, n° 2 : <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0029098>
6. Cette thématique a donné lieu, pour la première fois, le 6/08/2008 à un panel entre science politique et santé publique, que j'ai co-organisé avec Marc Dixneuf (Sidaction, France) lors de la 17^e Conférence mondiale sur le sida à Mexico, avec la participation d'un des auteurs suisses.
7. Quinn T.C. et al., (2000), « Viral load and heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. Rakai Project Study Group », *New England Journal of Medicine*, n° 342, pp. 921-929 : www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10738050 ; Castilla J. et al., (2005), « Effectiveness of highly active anti-retroviral therapy in reducing heterosexual transmission of HIV », *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.*, n° 40, pp. 96-101 : www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16123689 ; Vernazza P. et al., (2008), « Les personnes séropositives ne souffrant d'aucune autre MST et suivant un traitement antirétroviral efficace ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle », *Bulletin des Médecins Suisses*, n° 8, pp. 165-169 : www.unige.ch/sciences-societe/socio/files/4814/0533/6055/Vernazza_2008.pdf

POUR EN SAVOIR PLUS

- ANRS, (2003), *Economics of AIDS and Access to HIV/AIDS Care in Developing Countries. Issues and Challenges*, Paris, ANRS.
- Becker C., Dozon J.-P., Obbo C., Touré M., (éds.), (1999), *Vivre et penser le sida en Afrique*, Paris-Dakar, Codesria-Karthala-IRD.
- Bibeau G., (1991), « L'Afrique, terre imaginaire du sida. La subversion du discours scientifique par le jeu des fantasmes », *Anthropologie et Sociétés*, vol. 15, n° 2-3, pp 125-147.
- Delaporte E., Laurent C., (2001), « Epidemiology of HIV Infection in sub-Saharan Africa », *AIDSReview*, n° 3, pp. 59-66.
- Eboko F., (2005), « Face au sida : des initiatives locales sous le désordre mondial », *Esprit*, août-septembre.

- Eboko F., (2010), « La lutte internationale contre le sida, chantier d'une gouvernance mondiale de la santé », *Questions internationales*, n° 43, mai-juin, pp. 76-78.
- Eboko F., (2013), « Déterminants sociopolitiques de l'accès aux antirétroviraux en Afrique : une approche comparée de l'action publique contre le sida », in Possas C. et Larouze B., (éds.), *Propriété intellectuelle et politiques publiques pour l'accès aux antirétroviraux dans les pays du Sud*, Paris, ANRS, pp. 207-224.
- Eboko F., (2015), « Vers une matrice de l'action publique en Afrique ? Une approche trans-sectorielle de l'action publique en Afrique contemporaine », *Questions de recherche*, n° 45, février, pp. 1-40.
- Fassin D., (dir.), (2004), *Afflictions. L'Afrique du Sud de l'apartheid au sida*, Paris, Karthala.
- Fassin D., (2000), « Une crise épidémiologique dans les sociétés post-apartheid : le sida en Afrique du Sud et en Namibie », *Afrique contemporaine*, n° 195, pp. 105-115.

SITES ET ADRESSES ÉLECTRONIQUES RECOMMANDÉS

- *Bulletin Amades, Anthropologie médicale appliquée au développement et à la santé* : <http://amades.revues.org/891>.
- OMS, (2012), *Le VIH/Sida en Afrique subsaharienne: le point sur l'épidémie et les progrès du secteur de la santé vers l'accès universel* : http://whqlibdoc.who.int/hq/2012/WHO_HIV_2012.5_fre.pdf
- ONUSIDA, (2014), *Statistiques* : www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20140716_FactSheet_fr_0.pdf
- ONUSIDA, (2014), *Accélérer la riposte. Mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030* : www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2686_WAD2014report_fr.pdf
- Prévalence du VIH-Sida, (2011) : http://en.wikipedia.org/wiki/HIV/AIDS_in_Africa.
- Unesco-ONUSIDA, (2002), *L'approche culturelle de la prévention et du traitement du VIH/SIDA* : <http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001255/125589f.pdf>

Eboko Fred.

Sida : de la malédiction à l'éradication ?

In Courade Georges (dir.). L'Afrique des idées reçues.

Paris (FRA) : Belin, 2016, p. 74-79.

(Mappemonde). ISBN 978-2-7011-9706-7