



L'épidémie de sida dans les pays pauvres

En 1999, quelque 33,6 millions d'hommes, femmes et enfants vivent avec le virus du VIH/sida. Le nombre de décès du au sida s'élève à 2,6 millions de personnes, le total le plus élevé depuis le début de l'épidémie (2,5 en 1998 et 2,3 en 1997) (figure 1).

L'épidémie ne prend pas les mêmes formes dans les différents pays en voie de développement.

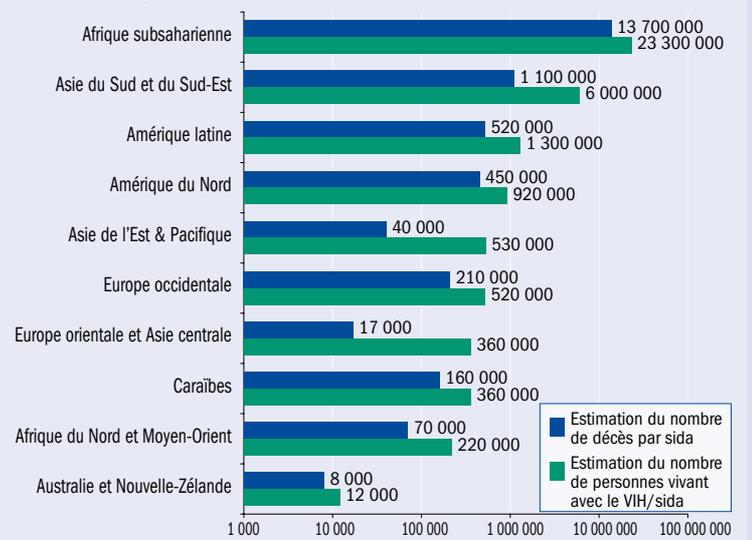
L'Afrique subsaharienne : la plus touchée

L'Afrique subsaharienne est la région au monde la plus touchée par l'épidémie : 23,3 millions de personnes soit presque 70 % du total mondial dans une région qui compte à peine 10 % de la population du globe. L'épidémie y est la plus ancienne et la transmission se fait principalement par voie hétérosexuelle. Les femmes sont les plus touchées (55 %) et elles sont infectées beaucoup plus tôt que les hommes (la probabilité qu'une fille de 15 à 19 ans soit séropositive est cinq à six fois plus grande que chez les garçons du même âge). Les conséquences de l'épidémie sont alarmantes dans cette région. L'espérance de vie en Afrique Australe avait augmenté de 15 ans entre 1950 et 1990, passant de 44 ans à 59 ans. Le sida devrait faire reculer l'espérance de vie à 45 ans entre 2005 et 2010 (figure 2). Par ailleurs l'épidémie touche la population jeune (près de la moitié des personnes qui contractent le VIH sont infectées à l'âge de 25 ans et décèdent avant l'âge de 35 ans) entraînant des conséquences démographiques mais aussi économiques.

Pour les 23 pays africains les plus touchés par le sida, le taux de croissance naturelle de la population va passer de 2,4 % par an à 1,4 % par an en 2015. Le VIH constitue une réelle menace pour la main d'œuvre et surtout le personnel qualifié difficile à remplacer. De nombreuses études montrent une diminution significative de rentabilité liée à l'augmentation des congés par maladie et des départs anticipés. Au Kenya une enquête sur cinq

figure 1

Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH/sida fin 1999 et de décès par sida depuis le début de l'épidémie à fin 1999*



* adultes et enfants
Source : Onusida.

compagnies montre que le coût indirect du sida s'élève à 3 % des profits de l'établissement par employé et par an et pourrait atteindre 8 % des profits en 2005. Ces considérations d'ordre économique devraient inciter les industries africaines à déployer leurs énergies dans la prévention au sein même du lieu de travail. L'épidémie laisse en 1999 un total cumulé de 11,2 millions d'orphelins du sida bouleversant les équilibres familiaux et sociaux. Le travail des enfants devenu vital mène à la déscolarisation, phénomène qui compromet le développement à long

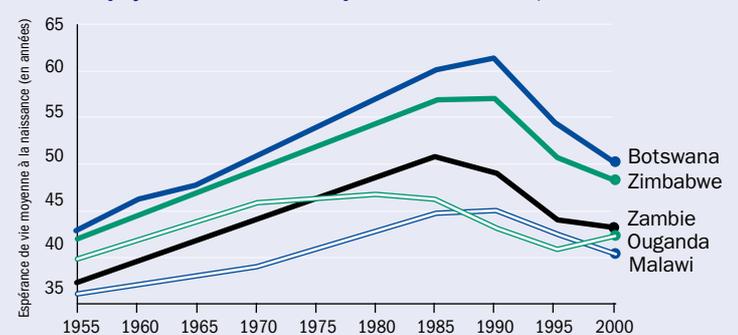
terme et qui réduit les possibilités de prévention et de lutte contre la propagation de la maladie.

Asie de l'Est et du Sud-Est : hauts et bas

En Asie de l'Est et du Sud-Est, le nombre de personnes vivant avec le sida s'élève à 6 millions de personnes. Dans cette région, certains pays comme la Thaïlande et les Philippines connaissent une diminution du nombre de nouveaux cas essentiellement liée à des politiques de prévention (voir encadré) tandis que l'Inde et la Chine

figure 2

Modifications de l'espérance de vie, selon les projections pour certains pays africains à forte prévalence du VIH, 1995-2000



Source : Division Population des Nations unies, 1996

Ana Canestri
Interne en
santé
publique

voient l'épidémie se propager. En Inde la stigmatisation de la maladie est considérable ce qui rend les actions de prévention difficiles. En Chine les taux d'infection demeurent bas (500 000 personnes) mais les quelques études comportementales mettent en évidence des pratiques à risque qui laissent prévoir une propagation de l'épidémie. Ainsi, la prévalence du VIH chez les usagers de drogue à Guangdong est passé de 0,1 % au début de 1998 à 11 % au début de 1999. De même, on estime que plus de la moitié des prostituées n'utilisent jamais de préservatif.

En Amérique latine

Certains pays d'Amérique latine parviennent à intensifier leurs efforts en fournissant des traitements aux personnes atteintes par le VIH. Le Brésil a dépensé 300 millions de dollars en

1999 permettant de dispenser des traitements à 75 000 personnes. Le gouvernement a estimé que le coût des médicaments est en partie justifié par les économies réalisées sur les frais d'hospitalisations, les soins médicaux et le traitement des infections opportunistes (en baisse quand les défenses immunitaires s'améliorent grâce au traitement). On estime que le Brésil a économisé environ 136 millions de dollars sur un an uniquement sur les coûts hospitaliers et thérapeutiques pour des personnes infectées par le VIH. Par contre la situation est plus préoccupante en Amérique centrale et dans le bassin des Caraïbes. Au Guatemala 2 à 4 % des femmes enceintes des zones urbaines sont séropositives.

Les stratégies de lutte contre la propagation de l'épidémie concernent trois

niveaux : développer un système de surveillance et de recueil des informations capable de décrire l'évolution de la maladie pour cibler la prévention, déployer des moyens pour mettre en route des campagnes de prévention efficaces, fournir le traitement de fond de la maladie qui non seulement permettrait des économies mais rendrait aussi la prévention plus efficace (en France il y a eu en 1993 une augmentation significative des tests de dépistage lors de la mise sur le marché des traitements antirétroviraux). Les pays pauvres se trouvent inévitablement confrontés à un choix stratégique (en Thaïlande le coût mensuel d'une trithérapie est de 675 dollars et le revenu d'un employé du secteur tertiaire est de 120 dollars par mois) d'où la nécessité d'intensifier les efforts de solidarité entre le Nord et le Sud. ■

L'épidémie de VIH en Thaïlande : le succès de la prévention

L'épidémie de VIH en Thaïlande est la mieux documentée au monde en ce qui concerne la progression de l'épidémie et les comportements à risque. L'épidémie a commencé chez les usagers de drogue : l'incidence passe de 1 % fin 1987 à 30 % début 1988. Le ministère de la Santé débute des études sentinelles sur 14 régions thaïlandaises qui montrent que 44 % des prostituées sont séropositives pour le VIH dans la région de Chiangmai (*Division of epidemiology*, 1989). Ces résultats alarmants font étendre les enquêtes ponctuelles à toutes les provinces thaïlandaises. La séroprévalence chez les prostituées, chez les hommes consultant pour les autres maladies sexuellement transmissibles et chez les femmes enceintes met en évidence le caractère hétérosexuel de la transmission du VIH. Les premières enquêtes comportementales montrent que 28 % des hommes thaïlandais entre 15 et 49 ans ont des rapports sexuels en dehors du mariage dont les trois quarts

avec des prostituées (40 % parmi les 20-24 ans). Débute alors une campagne de prévention centrée sur la promotion du préservatif, la diminution des pratiques sexuelles à risque et le traitement des autres maladies sexuellement transmissibles. Cette campagne s'appuie sur des messages de prévention à travers les médias, les ONG développent des programmes de prévention au niveau des campagnes, des communautés et les sociétés privées au niveau des lieux de travail.

Les résultats sont flagrants : selon Brown et al. [5] le pourcentage de Thaïlandais visitant des prostituées diminue de plus de 50 % de 1990 à 1993 et le pourcentage de personnes déclarant utiliser toujours un préservatif pendant les rapports sexuels avec les prostituées atteint 90 % à Bangkok en 1993. Ce changement des comportements sexuels a significativement diminué l'incidence du VIH chez les hommes thaïlandais comme le montre Nelson et al. [16] en 1996 (figure 3). ■

figure 3

Pratiques sexuelles, MST et VIH chez les hommes de 21 ans dans le nord de la Thaïlande, 1991-1995 (en pourcentage)

