

# Les traitements antirétroviraux en Afrique : développer le Nord, ou le Sud?

Pierre Viens MD, PhD  
CCISD

## 1 Objectif :

- ? Situer l'épidémie de VIH-sida en Afrique dans son contexte socio-économique
- ? Analyser l'impact de l'introduction massive des traitements antirétroviraux (ART) en termes de santé publique
- ? Proposer une démarche rationnelle et développementale pour minimiser les problèmes

## 2 La santé en Afrique

50 ans après les indépendances politiques, l'Afrique demeure très en retard sur les autres régions du monde en termes d'indicateurs de développement. La pauvreté s'y accentue, aggravée par les conséquences de l'endettement et des politiques d'ajustement structurel. Dans plusieurs pays, l'analphabétisme des femmes atteint près de 90%. Malgré des progrès dus en partie au programme élargi de vaccination, la situation sanitaire globale correspond encore au pattern d'une phase prétransitionnelle où prédominent la malnutrition, les maladies transmissibles et une forte morbidité/mortalité chez les femmes enceintes.

Le sida, dont l'Afrique continue de garder la 1<sup>ère</sup> place au palmarès mondial, n'y est que la dernière et la plus terrible calamité.

- ? L'espérance de vie à la naissance est probablement le meilleur indicateur global de l'état de santé d'une population. D'environ 40 ans qu'il était en 1960 au moment des indépendances, cet indicateur aurait dépassé 60 ans en 2002 si ce n'avait été du sida qui, à lui seul, l'a ramené à moins de 40 ans dans plusieurs pays d'Afrique de l'est.
- ? L'impact du sida sur la mortalité infantile a, d'ores et déjà, annulé les bénéfices du programme élargi de vaccination depuis 30 ans.
- ? La tuberculose, qui était en voie de contrôle dans plusieurs pays, explose : l'incidence en est augmentée de 40 fois chez les séropositifs, et 50% des tuberculeux sont séropositifs.

- ? Au moment où on pense pouvoir exporter l'arsenal sophistiqué des ART en Afrique, on doit composer avec 1 médecin : 15 000 hab, VS 1 : 450 ici, des investissements annuels en santé qui ne dépassent guère \$ 5-10 /an /habitant VS \$ 1 500 ici, et une pauvreté omniprésente caractérisée par un PIB moyen de \$ 380 par an et par habitant.
- ? L'urbanisation est aussi explosive que sauvage : Abidjan est passée de 300 000 hab. à plus de 3 000 000 en moins de 40 ans, la surface habitable est d'un peu plus de 1 m<sup>2</sup> à Lagos, et on voit des bidons-ville dantesques (celui de Bardot, à la frontière de la Côte d'Ivoire et du Libéria, compte 1 500 000 ha.) où il n'y a souvent ni eau, ni égouts, ni services de santé, et où le tissu social traditionnel pourrit sur les tas d'immondices.

### 3 Le sida

L'épidémie de VIH-sida est apparue, en Afrique, au début des années '80, en même temps qu'aux USA où elle a été assimilée à une malédiction de Sodome et Gomorrhe. Par pudeur et par peur de nuire au tourisme, elle a donc été occultée pendant des années par les dirigeants africains.

En Afrique, l'épidémie s'est développée en 2 pôles.

- ? En Afrique de l'Est et Australe, le long des axes migratoires et dans les complexes agro-industriels, où elle a atteint des sommets de prévalence (près de 50% de la population adulte des villes).
- ? En Afrique de l'Ouest, essentiellement au départ d'Abidjan, et le long des axes migratoires. La propagation ne semble pas y revêtir les aspects catastrophiques constatés en Afrique de l'Est ;
- ? Les patterns de circoncision ont certainement joué un rôle important (on sait en effet que la non-circoncision est un co-facteur significatif de la transmission du VIH), comme nous avons pu le démontrer nous-mêmes dans le cadre d'une étude de modélisation mathématique au Bénin.

Ces deux contextes polaires, fort différents, demandent déjà d'être pris séparément en considération dans les stratégies de contrôle.

Mais en Afrique, où pourtant on savait qu'elle était due à une transmission hétérosexuelle, il a fallu, inexplicablement, de longues années

avant qu'on se rende compte qu'il s'agissait ni plus ni moins d'une MTS ; et encore des années avant qu'on se souvienne que Heates et Yeathcote, en 1970, avaient bien décrit la dynamique de la gonorrhée épidémique à partir des « core groups ». Nous avons littéralement perdu près de 10 ans avant de penser agir efficacement au niveau des MTS elles-mêmes, sans lesquelles, en Afrique, il n'y aurait probablement jamais eu d'épidémie de VIH-sida.

Il est évident que la dynamique de transmission hétérosexuelle via les « core groups » est maintenant probablement dépassée en Afrique de l'Est. Le seul espoir, quant à la prévention, y réside dans une concentration forte et urgente sur la population des jeunes où un contrôle des MTS garde toute son efficacité.

Par ailleurs, en Afrique de l'Ouest (et certainement aussi en Afrique maghrébine) où l'épidémie progresse plus lentement et où certains facteurs culturels comme la circoncision précoce joue un rôle, une focalisation sur le contrôle syndromique des MTS dans les groupes à hauts risques s'impose. Nous en avons montré l'efficacité depuis bientôt 10 ans. Si cette stratégie s'appuie sur un renforcement parallèle des structures de santé de base, on est en droit d'en espérer des résultats durables.

Mais cette stratégie préventive axée sur les groupes à risque est encore loin d'être acceptée par tout le monde : la prostitution est encore occultée et les prostituées, en majorité des étrangères, sont fortement ostracisées.

### **3.1 Évolution à court et moyen terme**

Aujourd'hui, la situation en Afrique de l'Est, Australe et du Sud est très préoccupante, pour ne pas dire plus. Près de la moitié de la population adulte dans certains pays est atteinte. Il est certain que les ART présentement disponibles n'influenceront pas la dynamique de propagation de l'épidémie, pas plus qu'ils ne modifieront l'ensemble des conséquences socio-économiques susceptibles de se développer au cours de la prochaine décennie. Et il est bien difficile d'aborder le sujet avec optimisme et réalisme : à eux seuls, les dizaines de millions d'orphelins du sida poseront un paradigme dont nous n'avons aucun précédent.

Ailleurs sur le continent, je pense qu'il y a encore quelque chose à faire pour stopper ou ralentir la propagation de l'épidémie, mais à la condition de ne pas se leurrer sur les priorités d'intervention, et de ne pas diluer les

maigres ressources qui, qu'on le veuille ou non, ne se multiplieront pas à coup de baguettes magiques.

#### **4 La prévention et les traitements antirétroviraux (ART)**

Jusqu'en 1996, la seule arme pour contrer le VIH était la prévention, axée essentiellement sur les changements de comportements sexuels. Bien peu d'expériences avaient démontré la justesse de cibler le contrôle des MTS dans les groupes à risque. Des modèles mathématiques le faisaient, mais qui, à part quelques scientifiques de terrain, croyait à cela? Et pendant tout ce temps, l'épidémie se dotait de décors qui compliquaient singulièrement le maintien d'une attitude rationnelle : émotivité, démagogie, politique, réveils de tabous.

La nouvelle stratégie de diffusion internationale des ART est imprégnée, elle aussi, de cette émotivité et de cette démagogie.

##### **4.1 Les ART**

Le développement rapide de médicaments antirétroviraux doit beaucoup au lobby des activistes dans les pays développés. Les ART ont contribué à changer le visage de l'épidémie en Amérique et en Europe, reconnaissons-le. Pour combien de temps, je ne m'avancerais pas trop à faire des prédictions, car on connaît maintenant mieux les limites et les contraintes de ces traitements. Et on aurait intérêt à y réfléchir sérieusement si nous ne voulons pas que cette stratégie aboutisse à des résultats qui aggraveraient la situation présente en Afrique, parfois de façon irrémédiable.

##### **4.2 Prérequis et conditions des ART**

N'oublions pas qu'il s'agit ici d'entreprendre le traitement, à vie, de millions de malades vivant dans des conditions de dénuement et de pauvreté extrêmes, avec des services de santé plus que rudimentaires, sans personnel formé, sans équipements. Cela n'a rien à voir avec la possibilité de traiter quelques individus vivant dans un système de santé riche et sophistiqué. Il faut donc commencer à voir cette entreprise avec les lunettes de la santé publique, de l'efficacité, et dans une optique de développement un tant soit peu durable. Examinons donc quelques caractéristiques de ces ART.

- ? Le prix exorbitant de ces médicaments ( \$ 20 000 par année et par patient ) demeura longtemps une contrainte majeure voire presque incontournable, sauf pour quelques idéalistes qui considèrent le

raisonnement économique dans le domaine de la santé comme symbole d'un manque d'éthique humanitaire. Suite aux baisses de prix consenties, on parle maintenant de \$ 600 par malade par année dans certains cas, ce qui est beaucoup mieux, mais représente encore deux fois l'équivalent du revenu annuel moyen. Qui plus est, ce prix ne couvre que les médicaments alors que les coûts de mise en place des infrastructures de service sont encore beaucoup plus élevés. Qui donc va payer? Les pays d'Afrique n'en n'ont pas les moyens. Les bailleurs de fonds? Et comme ces traitements, qui ne sont pas vraiment curatifs mais au plus préventifs, doivent durer toute la vie restante, quelles garanties de durabilité avons-nous? D'ici 2005, c'est de 3 milliards U\$ dont l'Afrique a besoin, juste pour le traitement des malades. Or d'une part, cet argent n'existe pas, les promesses faites par les pays riches dans nombre de forums internationaux récents n'ont pas été tenues. Et si cet argent existait, comment et par qui serait-il géré?

- ? Les ART sont des médicaments puissants, donc toxiques. Il faut être capables de faire face aux complications nombreuses qui peuvent aller jusqu'à mettre la vie du malade en danger. Encore une fois, s'il s'agissait de quelques centaines de personnes par pays, on arriverait à rassembler les compétences médicales et les infrastructures. Mais on parle de millions de patients dans des pays où il n'y a qu'un médecin par 15 000 habitants.
- ? Les ART ne guérissent pas, elles diminuent la charge virale, donc prolongent la vie et permettent une certaine qualité de vie (relative toutefois, vu leur toxicité). Quand commencer le traitement? Sur la base du compte de CD4? Mais déjà, dans la plupart des régions d'Afrique, le simple décompte leucocytaire est un luxe. L'efficacité des ART est liée à un taux de compliance sévère : si ce taux de compliance < 95%, l'efficacité tombe à 60% après 6 mois. Et c'est là, malheureusement, le premier grand problème : comment les malades peuvent-ils vraiment comprendre la nécessité de prendre, chaque jour à heure fixe, des médicaments non-anodins et dispendieux, surtout lorsque leur état général s'améliore? Les programmes anti-tuberculeux vivent cela.
- ? N'oublions pas, en plus, que les ART n'éliminent pas le VIH, ce sont des traitements d'appoints qui doivent durer toute la vie. Et donc, que des conditions de durabilité minimales sont requises afin de minimiser les risques de non-compliance et, partant, de la résistance croissante du VIH aux médicaments.

### **4.2.1 Les infrastructures et le personnel**

L'Afrique compte 1 médecin par 15 000 hab. en moyenne. Le suivi minimal des traitements par les ART relève d'une médecine sophistiquée et hautement développée : ici, nous disposons de 1 médecin par 450 hab. Même si on avait l'argent, où prendrait-on tous les médecins nécessaires? Devrait-on ponctionner les ressources humaines de tous les services existants dans les pays? Comment former rapidement autant de médecins? A supposer même que cela soit possible par suite d'un impensable coup de baguette magique, l'application correcte des ART à une telle échelle dans des pays aux infrastructures archaïques aboutirait à une déstructuration majeure de services de santé fragiles et débordés.

Quant aux équipements, nous pouvons difficilement mesurer l'état primitif dans lequel se débattent les pays d'Afrique. Parler de décompte de CD4, base des stratégies de traitement et de suivi, est ridicule quand peu de centres de santé peuvent se permettre même le luxe de pouvoir effectuer un hémogramme élémentaire. De là à planifier la disponibilité de tests de résistance virale aux ART à la grandeur du continent, c'est faire preuve d'inconscience...

Or tous les experts s'accordent à dire que sans une méthode rigoureuse de traitement et de suivi, nous courons rapidement à une catastrophe sans précédent, celle d'une épidémie par des VIH devenus résistants à l'arsenal thérapeutique connu et prévisible. Le simple bon sens révèle qu'il faudrait peut-être s'attaquer au relèvement de niveau des services de base essentiels avant de leur demander de gérer correctement une stratégie semblable.

### **4.2.2 La résistance virale**

Le problème de la résistance des souches de VIH aux ART était à prévoir, s'agissant de virus à forts taux de mutation. Maintenant, c'est un fait, et qui déconcerte la communauté scientifique par sa soudaineté et sa vitesse.

Après moins de 10 ans d'utilisation des ART, 22 % des patients américains (et canadiens) sont porteurs de souches résistantes, et le phénomène progresse à raison de 7-8 % par année. Or il s'agit ici de patients traités dans un contexte de densité médicale exceptionnelle. Que va-t-il se passer quand des cohortes énormes de patients africains seront mis sous traitements? L'an dernier, quelqu'un m'avait dit que certaines personnes

exagéraient malicieusement les problèmes d'administration des ART en Afrique : « Après tout, il ne s'agit de prendre, plusieurs fois par jour, un certain nombre de comprimés 30 min avant les repas »; ce à quoi j'avais répondu que le problème venait souvent de ce que les gens n'avaient pas de montre d'une part, et souvent pas de repas d'autre part. Déjà, des études font état de cette résistance, par exemple en Côte d'Ivoire dans le cadre d'un projet-pilote, 58 % des 68 patients ayant eu l'occasion de prendre de tels traitements auparavant présentaient déjà des souches résistantes.

Il y a aussi d'autres faits d'expérience courante en Afrique dont on aurait intérêt à tenir compte. Je veux parler du non-contrôle absolu sur la chaîne de distribution des médicaments. Il est certain que tous les malades ne pourront pas être traités par les circuits officiels, publics ou privés. Il y aura donc une très forte demande pour ces médicaments prestigieux. Des circuits d'approvisionnement et de distribution parallèles ne tarderont pas à voir le jour. Ils seront alimentés en partie par les chanceux qui, disposant de 20 à 30 comprimés par jour, n'hésiteront pas à en faire profiter leurs voisins, surtout lorsque l'amélioration clinique initiale se fera sentir

### **4.2.3 L'équité**

Un argument « fort » pour servir la promotion des ART-pour-tous est la question d'équité. A partir du moment où un médicament existe pour traiter une maladie grave, il devient inéquitable de le réserver à quelques-uns, et on traitera d'inhumain celui qui n'est pas d'accord. Cela semble une position élémentaire de justice sociale.

Mais qu'on le veuille ou non, les ART seront toujours réservés à quelques-uns. Déjà, au niveau des projets-pilotes, il y a (bien sûr, et on ne peut pas faire autrement) des conditions d'inéligibilité. Par exemple, en sont exclus les non-nationaux, alors qu'on sait qu'en Afrique de l'Ouest, l'épidémie est alimentée par les personnes à hauts risques dont les prostituées, qui sont des étrangères. Souffrant d'une grave incompatibilité entre l'offre et la demande, l'administration des ART sera, essentiellement, source d'inéquité. D'autant plus que les plus vulnérables au VIH, les femmes et leurs enfants, sont encore loin d'avoir voix au chapitre.

## **5 La position du Canada concernant la lutte contre le sida dans les pays en voie de développement**

### **5.1 Les projets en Afrique**

L'ACDI est très active dans la lutte contre le sida (en Afrique) depuis 1988. Depuis 12 ans, le CCISD et ses partenaires institutionnels canadiens s'emploient à stabiliser la propagation de l'épidémie par la mise en œuvre du contrôle syndromique des IST dans les populations à hauts risques dans 9 pays d'Afrique de l'Ouest, comme vous avez pu le constater cet après-midi dans le cadre d'un atelier. Les résultats de cette stratégie très ciblée, basée sur le renforcement spécifique des services de santé primaire dans lequel s'intègre une forte participation communautaire solidement encadrée, commencent déjà à se faire sentir. Pour simples qu'elles soient techniquement, les approches syndromiques demeurent fragiles parce qu'elles font appel à des concepts encore peu familiers dans le milieu des intervenants de la santé ; mais aussi parce que, souvent, la « simplicité » est la résultante de processus conceptuels et expérimentaux eux-mêmes fort élaborés. Ce que nous faisons là-bas avec nos centaines de partenaires africains est la démonstration que la prévention de la transmission du VIH est possible, et ce à une haute échelle et dans un contexte de pauvreté de ressources.

### **5.2 La stratégie officielle**

L'ACDI est à préparer une stratégie officielle tenant compte des ART. Dans l'intervalle, un consensus quant à l'opportunité d'implanter les ART et les traitements préventifs de la transmission mère-enfant en Afrique a été élaboré par les institutions canadiennes les plus expérimentées en gestion de projets de lutte contre le sida. Les conclusions de cette réflexion peuvent être résumés comme suit :

- ? Toute position officielle sur les ART devrait s'inspirer de principes sains de santé publique et de développement des systèmes de santé, en particulier :
  - o le continuum prévention-soins,
  - o l'équité sociale,
  - o la sécurité
- ? Concernant la prévention de la transmission mère-enfant, Étant donné que des interventions peu coûteuses peuvent stimuler des développements majeurs au niveau
  - o des services de santé maternelle,

- de contrôle des infections,  
nous recommandons que de telles initiatives soient encouragées sous réserve que ces médicaments sont à l'abri de détournements, et que toutes les précautions soient prises pour empêcher le développement de résistance suite à un usage inadéquat. Et qu'en plus, les programmes proposés devraient faire la démonstration qu'ils sont liés à des améliorations globales des services de santé maternelle et à un support soutenu en faveur des orphelins du sida
- ? Tout investissement dans le domaine des ART dans les pays pauvres en ressources devrait d'abord faire la démonstration qu'il :
  - Est en synergie avec les programmes de prévention
  - Améliore l'équité sociale aux soins de santé
  - Renforce les systèmes de santé de base en assurant
    - ✍ Une accessibilité large et universelle à des services confidentiels de dépistage et de counselling
    - ✍ Un approvisionnement ininterrompu de médicaments
    - ✍ Un suivi clinique adéquat et le traitement des complications
    - ✍ Des services de laboratoire adéquats
    - ✍ Un contrôle efficace et pan-national des IST et de la tuberculose

## 6 Conclusion

On le sait depuis les tous débuts de l'histoire du VIH en Afrique : il n'y a pas une, mais de multiples épidémies aux caractéristiques très diverses. Cela est dû à la grande diversité des contextes socio-culturels qui constituent les conditions adjuvantes qui augmentent l'infectivité hétérosexuelle du VIH au point de le situer sur une orbite épidémique.

La lutte ne sera pas efficace tant et aussi longtemps qu'on se saura pas analyser les facteurs des épidémies, en tirer des leçons pratiques et y adapter nos stratégies. Nous faisons face aujourd'hui à une position internationale de plus en plus monolithique, mais qui demeure porteuse d'espoir à certaines conditions : 1) que nous utilisions le momentum de mobilisation qu'elle suscite pour accélérer le processus de renforcement plus global et plus durable des services de santé dans leur ensemble 2) que la prévention ne devienne pas une annexe de la thérapie.

Nous ne nous opposons pas à l'introduction des ART en Afrique.

Nous souhaitons seulement que cette initiative tienne compte:

- ? De prérequis sine qua non au niveau de la performance des systèmes de santé et de leur renforcement préalable
- ? Des risques cliniques, biologiques, sociaux et économiques afin de ne pas nuire sous prétexte d'aider
- ? Des particularités épidémiologiques
- ? de la priorité à la prévention

Et enfin, quelques idées à méditer...

- ? Le développement international, même en santé, s'inscrit dans des ensembles socio-économico-politiques qui en colorent les objectifs et les résultats
- ? Plus l'écart entre l'environnement où a été conçu une stratégie, et celui auquel elle est destinée, est grand, plus essentiels sont les éléments préalables de faisabilité et plus profonds seront les effets pervers éventuels
- ? Ce n'est pas parce qu'une stratégie vient de, ou a été endossée par l'OMS, l'ONUSIDA ou tout autre organisme international crédible, que l'on doit abdiquer son esprit critique
- ? Les perspectives de durabilité et d'équité devraient être des éléments clairs de toute stratégie de développement

