



CONSEIL NATIONAL DU SIDA  
7 RUE D'ANJOU  
75008 PARIS  
T. 33 [0]1 40 56 68 50  
F. 33 [0]1 40 56 68 90  
CNS.SANTE.FR

## RAPPORT ET RECOMMANDATIONS

INTERNATIONAL

FR

10 DÉCEMBRE 1998

RAPPORT ET RECOMMANDATIONS VERS UNE  
NOUVELLE SOLIDARITÉ. POUR UN ACCÈS AUX  
TRAITEMENTS ANTIRÉTROVIRAUX DES PERSONNES  
VIVANT AVEC LE VIH EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE

### SOMMAIRE

SOMMAIRE .....	1
RAPPORT .....	2
PRÉAMBULE .....	2
INTRODUCTION .....	3
<b>1 FAUT-IL TRAITER LES AFRICAINS ? .....</b>	<b>5</b>
1.1 Epidémie en Europe / Pandémie en Afrique .....	5
1.2 Des points de vue critiques et sceptiques .....	6
1.3 Pourquoi il faut traiter les Africains ? .....	7
<b>2 COMMENT PROCÉDER ? .....</b>	<b>9</b>
2.1 Quels traitements pour les Africains ? .....	9
2.2 Les relais locaux .....	10
2.3 Le principe du traitement de proximité .....	10
2.4 Quelles recherches en Afrique ? .....	11
<b>3 QUI TRAITER ? .....</b>	<b>12</b>
3.1 Quels pays ? .....	12
3.2 Quelles communautés ? .....	13
3.3 Quels individus dans ces communautés ? .....	13
<b>RECOMMANDATIONS .....</b>	<b>14</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>16</b>
ANNEXE 1 : LISTE DES PERSONNALITÉS AUDITIONNÉES PAR LE CNS .....	16
ANNEXE 2 : ÉLÉMENTS BIBLIOGRAPHIQUES .....	16

# RAPPORT

## PRÉAMBULE

*Bosaaso avait acheté le service de porcelaine à une Danoise qui retournait à Copenhague après un séjour de trois ans dans une organisation charitable scandinave. Cette femme avait souligné qu'elle vendait ce service « à très bas prix, à ce prix c'était pratiquement un cadeau ». Il avait payé une somme symbolique, dix dollars américains, puisque Ingrid exigeait qu'il paye une certaine somme, n'importe laquelle. Etant africain, il se sentait mal à l'aise de n'offrir que dix malheureux dollars pour une vaisselle de porcelaine qui avait survécu à neuf ans de Mogadiscio (la Danoise l'avait elle-même achetée à une Anglaise qui travaillait dans un autre organisme d'aide internationale, War on Want, et avait payé en livres sterling). [...]*

*Bosaaso et Yussur, [...], étaient allés à la maison d'Ingrid pour voir ce qu'ils pouvaient acheter d'occasion à prix réduit. C'était Yussur qui avait eu l'idée de rendre cette visite et les deux femmes avaient transformé la session en une discussion sur les aspects philosophiques impliqués dans le fait de donner ou de recevoir des dons. Bosaaso écoutait, fasciné. Elles lui adressaient les points les plus marquants de leur débat. Ingrid proposait des généralisations sur l'échange de cadeaux en Europe, disant, entre autres arguments, que sur son continent il était possible d'offrir des vêtements déjà portés à un ami ou un parent dans le besoin ; mais l'idée de faire un cadeau pour le plaisir était un concept étranger, et n'était pas une habitude irrésistible comme en Somalie. C'étaient les moments rituels qui étaient importants, et non les cadeaux eux-mêmes, avait-elle expliqué. Noël était une période où tout le monde participait à une orgie de cadeaux, donnant et recevant.*

*Yussur écoutait, faisant « non » de la tête, le poil hérissé, chaque fois qu'Ingrid faisait une remarque condescendante sur les Africains. Bosaaso trouvait l'ensemble des généralisations de la Danoise particulièrement éclairant ; mais quand elle en venait à des exemples précis, tout son appareil logique commençait à se désagréger.*

*A un moment donné, Ingrid avait dit : « ce service en porcelaine, par exemple, a survécu pendant presque dix ans entre les mains soigneuses d'Européens qui savaient apprécier un tel trésor ». Puis, ajoutant une note de déception à sa remarque, Ingrid avait ajouté : « cela me rend triste de savoir que vous, Yussur, allez peut-être vous comporter comme ces Africains à qui il manque quelque chose pour pouvoir apprécier les dons technologiques et culturels qui leur sont faits ». Et elle sourit à Bosaaso dont la joue avait été la cible d'une boule volante de salive.*

*Yussur avait caressé légèrement son corps enceint, comme pour lui offrir une petite tape encourageante. Se tournant vers Ingrid, et ne témoignant apparemment aucun ressentiment devant ces remarques péjoratives sur les Africains, mais au contraire, les acceptant sans broncher, Yussur avait demandé : « donc une vaisselle que vous avez vendue à mon mari et à moi pour presque rien est pratiquement un cadeau ?*

*- Pratiquement un cadeau, oui.*

*- Dites-moi, Ingrid, continua Yussur, si vous vendez vos cadeaux en dollars américains, qui en monnaie locale valent plus que le salaire d'un fonctionnaire en fin de carrière, comment donc allez-vous pouvoir appeler les dons que les organisations gouvernementales ou non gouvernementales font à mon gouvernement et à son peuple affamé, receveur d'aumônes ?*

*- Nous appelons cela de « l'aide ». Cela peut prendre la forme de nourriture d'urgence ou d'assistance technique ou de crédits à rembourser plus tard ou de prêts à long terme. Il y a des appellations différentes, selon la situation spécifique. Ingrid continuait, imperturbable.*

*- Nous recevons, dit Yussur, très clairement, vous donnez.*

*- De façon générale, oui. C'est bien cela.*

*- Pourquoi donner, Ingrid ? »*

*Ingrid se tut, interloquée, et Yussur lui demanda : « Quel intérêt votre peuple a-t-il à donner à mon peuple ?*

- C'est que nous avons des choses dont vous les Africains avez besoin ».

Yussur dit : « mais c'est ridicule ».

Ce fut au tour d'Ingrid de se sentir offensée. « Qu'y a-t-il de ridicule dans ce que je viens de dire ?

- Vous n'allez certainement pas donner un objet auquel vous tenez simplement parce que quelqu'un ne l'a pas ou en a besoin ? ».

Silence. Yussur chercha le regard de Bosaaso et reçut en réponse un hochement de tête approbateur. Mais Ingrid n'entendait pas en rester là : « venir en aide c'est venir en aide, plus ou moins bien, même s'il y a des contreparties et quels que soient les termes de cette démarche. Il y a ce que vous dites, et il y a ce dont vous avez besoin, vous les Africains. J'en ai assez d'écouter toutes ces bêtises. Pourquoi demander de l'aide si vous n'avez pas envie d'en recevoir ? Les grands titres de vos journaux sont pleins des appels à l'aide de votre gouvernement, qui demande encore plus d'aide, encore plus de prêts. Ca n'a pas de sens ».

Yussur [...] se leva et se mit à marcher de long en large tout en parlant.

« Mon mari m'a dit tout récemment que les Etats-Unis, le pays le plus riche du monde, avaient donné entre 1953 et 1971 une soi-disant aide économique d'une valeur de quatre-vingt-dix millions de dollars à la Somalie, l'un des pays les plus pauvres du monde. Plus de soixante millions de cette action de soi-disant aide devaient aller au financement de projets de développement, comprenant la formation des maîtres et un système d'adduction d'eau pour la cité de Mogadiscio. Mais savez-vous que presque vingt millions de dollars consistaient en des produits alimentaires produits aux USA par les fermiers américains, produits qui nous sont donnés dans des sacs sur lesquels sont écrits les mots DONS DES USA A LA REPUBLIQUE DE SOMALIE ? Et, bien sûr, il nous faut déduire de cela les salaires des Américains qui travaillent ici et vivent comme des seigneurs dans un luxe qu'ils ne trouveraient jamais chez eux. Pourquoi devons-nous accepter une situation aussi absurde qu'intolérable ?

- Ce n'est pas à moi qu'il faut le demander, répliqua Ingrid, haussant les épaules.

- A qui dois-je le demander ?

- A vous-mêmes ».

Bosaaso avait hoché la tête d'un air pensif, gardant le silence.

Yussur continua, changeant de ton : « l'autre jour, je rappelais à Bosaaso un proverbe somali : « Qeebiyaa qada ».

Peux-tu le traduire en anglais pour Ingrid ? » Les deux femmes se tournèrent vers lui.

Il avait réfléchi un instant, puis avait dit : « je pourrais le traduire à peu près comme ceci : celui qui distribue ce que le sort lui offre ne reçoit pas une grande part pour lui-même ». Souriant, il se dit que ceci était jusque-là sa seule contribution à la conversation.

Yussur dit : « ce que j'essaie de dire, ma chère Ingrid, c'est que la langue d'un peuple résulte de son attitude envers le monde où il se trouve. Maintenant, est-ce que vous pouvez comprendre comme cela m'irrite de vous entendre dire de ce service que nous avons payé dix dollars américains que c'est un cadeau ? ».

Nuruddin Farah, *Dons*, Paris, Le Serpent à plumes, 1998 (pp. 74-78)

## INTRODUCTION

Depuis la décolonisation, l'aide sanitaire des pays industrialisés aux pays en voie de développement a pris des formes diverses : médecine post-coloniale, action humanitaire d'urgence, coopération uni ou bilatérale d'Etat à Etat, programmes internationaux de santé, etc.

La pandémie liée au VIH au sein des populations vivant dans les pays d'Afrique subsaharienne a mis en échec ces différents modes d'intervention sanitaire en révélant leur insuffisance face à l'ampleur du phénomène.

Près de 15 ans après le début de la pandémie, en juillet 1996, les pays africains ont notifié à l'OMS 499 037 cas de sida. En dépit de la sous déclaration importante sur ce continent, l'Afrique représentait alors 34% des cas mondiaux rapportés, alors qu'elle n'abrite que 12% de la population mondiale.

Parce que le sida est une maladie sexuellement transmissible qui ne connaît ni les frontières, ni les Etats, les procédures classiques déjà expérimentées dans l'aide sanitaire aux populations d'Afrique subsaharienne n'ont pas empêché le développement de cette maladie. Parce que le sida est une maladie qui se développe au sein des populations marginalisées et précarisées, le sous-équipement des infrastructures hospitalières, les problèmes traditionnels du sous-développement (surpopulation, hygiène, comme la forte instabilité politique de cette région : guerres interethniques, conflits régionaux, coups d'état...) (figure 1) ont largement contribué à réaliser dans ces pays la plus forte concentration de personnes vivant avec le VIH.

Depuis 1996, principalement en Europe et en Amérique du Nord, les personnes atteintes peuvent disposer de traitements efficaces pour lutter contre la maladie. La mise sur le marché de ces traitements a eu des effets à la fois individuels et collectifs très positifs dans nos sociétés industrialisées : baisse remarquable de la morbidité et de la mortalité, chronicisation de la maladie, élaboration de projets de vie. On peut considérer que l'arrivée des trithérapies constitue un événement déterminant dans l'histoire de la lutte contre le sida dans les sociétés occidentales. Il n'en est pas de même pour les populations des pays en voie de développement.

La nouvelle selon laquelle on disposait dans les pays les plus riches de médicaments de la classe des antiprotéases, capables de lutter efficacement contre le VIH s'est rapidement répandue dans les pays en développement. La communication audiovisuelle et électronique n'a pas de frontières ; elle est relayée sur place par le bouche à oreille. Depuis 1996, l'existence des trithérapies est connue en Côte d'Ivoire, en Ouganda, comme c'est le cas dans la Caraïbe en Haïti : les personnes atteintes de ces pays savent que des traitements d'une certaine efficacité ont été définis et demandent tout naturellement à en disposer.

*Figure 1 : conflits armés en Afrique*

*Le Monde, 28 novembre 1998*

Jusqu'à l'arrivée des antiprotéases, ce fossé dans la prise en charge du VIH entre les pays riches et les pays en voie de développement, n'était pas porteur du même sens, ne revêtait pas le même caractère; les modes traditionnels d'aide aux malades, à la famille et au village touchés parvenaient tant bien que mal, grâce à la volonté et à la ténacité de quelques uns, à le limiter. Le diagnostic d'une infection par le VIH n'était pas très différent que l'on vive à Port au Prince, à New York, à Lagos ou à Paris, même si l'accès au dépistage garantissait rigueur et efficacité en Occident ; mais la seule arme dont on disposait était la prévention. Les trithérapies ont mis en évidence une situation totalement inégalitaire : aux populations du nord, les traitements ; à celles du sud, la prévention et l'espoir dans un temps indéterminé d'un vaccin. Seuls quelques riches notables bénéficient d'une prise en charge à « l'européenne ». Les antirétroviraux sont en Afrique mais ne profitent qu'à quelques uns. Devant cette inégalité majeure, il est de la responsabilité de la communauté internationale d'agir rapidement et durablement. Il faut donc inventer de nouvelles formes, de nouveaux modes de relation entre le nord et le sud, inventer une solidarité inédite.

Quelques Etats dont la France, mais aussi des organisations internationales, des associations, des chercheurs et des laboratoires, aux intentions et aux mobiles parfois très différents, ont commencé à se mobiliser pour tenter d'imaginer des solutions principalement en Afrique subsaharienne, zone où se concentrent plus de la moitié des cas de sida dans le monde.

Au moment où se multiplient ces initiatives (Onusida, Fonds de Solidarité Thérapeutique Internationale (FSTI), Fondation Glaxo-Wellcome, notamment) alors qu'elles sont l'objet d'importantes négociations pour aplanir les obstacles, le Conseil national du sida a souhaité examiner l'ensemble des questions posées. Le Conseil National du Sida a pour mission de réfléchir et d'éclairer sur les enjeux de société liés à l'épidémie. Les enjeux relatifs aux traitements sont pour l'essentiel, actuellement, situés dans les pays en voie de développement et particulièrement en Afrique subsaharienne. Ce rapport est donc consacré à cette région<sup>1</sup> et il tente de définir d'un point de vue éthique un nouveau mode de solidarité Nord/Sud dans la lutte contre le sida en répondant à des questions simples : Faut-il traiter les Africains ? Comment procéder ? Qui traiter ?<sup>2</sup>

<sup>1</sup> D'autres régions sont concernées par l'accès aux traitements modernes du Sida. L'Afrique du Nord, l'Amérique du Sud, les grandes îles de la Caraïbe, l'Europe de l'Est, l'Asie du Sud-est notamment. Ces régions ont leurs propres spécificités qui devraient être traitées dans des rapports séparés.

<sup>2</sup> Au retour d'une mission, en décembre 1998, sur les problèmes généraux du sida au Zimbabwe et en Afrique du Sud (dans ce dernier pays au titre du Conseil national du sida), Antoine Lion tient à faire la remarque suivante : « Dans ces deux pays, la question de l'accès aux multithérapies est un horizon si lointain qu'elle ne suscite aucun intérêt chez les interlocuteurs nombreux et divers que j'ai rencontrés. L'enjeu majeur est la prévention (1 500 personnes sont contaminées chaque jour en Afrique du Sud), incluant la promotion du dépistage : elle se heurte à un fort manque de moyens et à de grands obstacles culturels. Autre enjeu : les orphelins, énorme problème humanitaire et aussi de santé publique, car cette génération est particulièrement exposée à l'épidémie. Sur ces sujets, entre autres, des propositions de la France sont attendues. Ce pourrait être l'objet de nouveaux travaux de notre Conseil ».

# 1 FAUT-IL TRAITER LES AFRICAINS ?

## 1.1 EPIDÉMIE EN EUROPE / PANDÉMIE EN AFRIQUE

Pendant quinze ans, le VIH a mis en échec la thérapeutique dans les pays riches ; à partir du milieu des années 90, l'arrivée des antiprotéases, associées à des stratégies de multithérapies<sup>3</sup> a mis fin à cette impuissance ; elle a permis de faire reculer l'épidémie de manière spectaculaire mais encore partielle, dans nos pays. En France la morbidité et la mortalité du sida régressent grâce aux multithérapies et à l'important dispositif qui les accompagne. La dispensation des multithérapies s'est appuyée sur un système de santé performant et sur une mobilisation associative puissante. Cette stratégie de lutte contre le sida, malgré des insuffisances résiduelles que le Conseil national du sida a volontiers soulignées, a permis de stabiliser l'épidémie. Au sein des pays riches, la situation française n'est pas unique mais le bilan n'est pas identique dans chacun d'entre eux ; ainsi à l'échelle strictement européenne, il existe de très fortes inégalités d'accès aux multithérapies alors que les caractéristiques de l'épidémie sont très voisines d'un pays à l'autre. Ce qui diffère (même au sein de l'Union Européenne), c'est l'importance accordée à la protection sociale et à ses modalités, c'est le sens donné à l'épidémie de sida en général, à la santé publique et à la prévention en particulier.

En Afrique, 23 millions de femmes, d'hommes et d'enfants seraient atteints. Soixante-dix pour cent des personnes qui ont été infectées par le VIH cette année vivent en Afrique subsaharienne. C'est aussi dans cette région que sont survenus les quatre cinquièmes de tous les décès dus au sida en 1998 (figure 2 à 4).

Si l'on fait le bilan dans le monde, l'Afrique, située à l'épicentre de la pandémie, dépasse de très loin les autres régions. Depuis le début de l'épidémie, 83 % des décès par le sida ont été enregistrés dans cette région. Neuf enfants de moins de 15 ans sur 10 qui ont été infectés en 1998 vivaient en Afrique. Au moins 95 % des orphelins que fait le sida dans le monde sont africains<sup>4</sup>. Pourtant l'Afrique subsaharienne n'abrite qu'un dixième de la population mondiale.

Le nombre d'africains touchés par l'épidémie est gigantesque. Depuis que le virus a commencé à se propager, 34 millions d'africains vivant au sud du Sahara auraient été infectés. Quelque 11,5 millions d'entre eux sont morts ; un quart étaient des enfants. On estime qu'en 1998, le sida a tué 2 millions d'Africains, ce qui représente 5 500 deuils par jour. Malgré le nombre de décès, les Africains vivant avec le virus sont plus nombreux que jamais : 21,5 millions d'adultes et plus d'un million d'enfants.

*Figure 2*

*Historique de la pandémie à VIH en Afrique*

*(source ONUSIDA 1998)*

*Figure 3*

*Changements projetés dans l'espérance de vie à la naissance de pays d'Afrique sélectionnés ayant une forte prévalence du VIH, 1955/2000*

*(source ONUSIDA 1998)*

*Figure 4*

*Estimations des cas d'infection à VIH et des décès dus au sida dans le monde et en Afrique subsaharienne*

*(source ONUSIDA 1998)*

Aucun pays d'Afrique n'a échappé au virus, mais certains sont bien plus lourdement frappés que d'autres. La majeure partie des nouveaux cas d'infection reste concentrée dans l'est et surtout dans le sud du continent.

---

<sup>3</sup> Nous utiliserons plus volontiers le terme multithérapies que trithérapies pour des raisons scientifiques évidentes, même si le terme trithérapies est à la mode et reflète bien pour le public la notion de révolution thérapeutique de la maladie VIH. Nous parlerons des antiprotéases comme de médicaments décisifs de cette révolution, même si cette classe pharmacologique est actuellement plus discutée.

<sup>4</sup> L'ONUSIDA désigne par orphelins du fait du sida les personnes qui, avant l'âge de 15 ans, ont perdu leur mère ou leurs deux parents à cause du sida.

Les pays les plus gravement touchés dans le monde sont en majorité situés en Afrique australe. Au Botswana, en Namibie, au Swaziland et au Zimbabwe, entre 20 % et 26 % des personnes âgées de 15 à 49 ans seraient séropositives ou malades du sida. L'Afrique du Sud, où le taux d'infection à VIH était inférieur à celui de ses voisins au début des années 1990, est malheureusement en train de rattraper son retard : on estime qu'un nouveau cas d'infection sur sept enregistré en Afrique cette année s'est produit dans ce seul pays. Le Zimbabwe est particulièrement touché. Le pays compte 25 sites de surveillance où le sang prélevé sur les femmes enceintes est testé anonymement dans le but de déterminer les taux d'infection à VIH. D'après les dernières données, qui remontent à 1997, la prévalence du VIH n'était inférieure à 10 % que sur deux sites. Sur les 23 sites restants, entre 20 % et 50 % des femmes enceintes étaient infectées. Au moins un tiers de ces femmes risquent de transmettre l'infection à leur enfant.

Les autres parties du continent sont loin d'être indemnes. En Côte d'Ivoire, à Djibouti, au Kenya et en République Centrafricaine, un adulte sur dix au moins est séropositif. D'une manière générale, cependant, l'Afrique occidentale est moins touchée que l'Afrique australe ou orientale. Dans certains pays d'Afrique centrale, les taux d'infection sont restés relativement stables. Dans certains cas, les taux sont stables parce que la prévention a démarré tôt et s'est poursuivie de manière régulière, par exemple au Sénégal. Mais là où les pratiques sexuelles à moindre risque ont été beaucoup moins encouragées, on comprend mal les raisons de cette stabilité relative. Des travaux de recherche sont en cours pour expliquer les différences entre les épidémies selon les pays. Ces études portent sur les facteurs pouvant entrer en ligne de compte comme les différents réseaux de partenaires sexuels, le recours au préservatif avec différents partenaires et le traitement des autres maladies sexuellement transmissibles (MST), qui favorisent la transmission du VIH par voie sexuelle si elles ne sont pas soignées.

Face à l'ampleur de la pandémie africaine, les politiques occidentales constituent-elles un modèle exportable ? Le modèle français est-il transposable aux pays africains, notamment francophones ? La réponse est unanimement négative.

Ce constat signifie-t-il pour autant une fin de non recevoir ? Faut-il accepter de ne pas traiter les Africains ? A cet égard, les points de vue divergent.

## 1.2 DES POINTS DE VUE CRITIQUES ET SCEPTIQUES

### LES PRIORITÉS POLITIQUES

Certains experts et responsables politiques et sanitaires de premier plan estiment qu'il est utopique de vouloir développer une stratégie internationale pour traiter les Africains. L'argument le plus souvent avancé contre l'accès aux traitements en Afrique s'appuie sur le constat que le sida n'y constitue pas aujourd'hui un enjeu prioritaire de santé publique. D'autres maladies, telles le paludisme, la tuberculose, et par ailleurs la dénutrition, menacent davantage l'équilibre socio-démographique et économique de bien des pays africains. Ce raisonnement relativiste prend appui sur les analyses des démographes présumant que la pandémie à VIH n'aurait qu'une influence mineure sur les courbes démographiques des sociétés africaines dont la croissance naturelle dépasse 3 % par an. Cette opinion est réductrice car le développement sanitaire d'un pays ou d'une région est le résultat de nombreuses interactions. Considérer isolément des programmes de lutte contre le sida est commode mais peu réaliste. La tuberculose et la dénutrition voire la mortalité infantile sont liées au sida en Afrique et en Asie. La tuberculose serait responsable de 3 millions de décès par an dans le monde, dont 1 million chez des personnes infectées aussi par le VIH. La lutte contre la tuberculose dans les pays en voie de développement est un échec pour de nombreuses raisons dont l'absence d'adaptation des stratégies de combat aux réalités locales, mais aussi, justement, à l'émergence du VIH. L'échec est quantitatif (nombre de personnes touchées) et qualitatif (résistances bactériennes). Cet échec est une tragique leçon qu'il importe de ne pas reproduire avec le VIH.

Ce refus de considérer la thérapeutique du sida en Afrique émane souvent de pays occidentaux où les traitements antirétroviraux sont moins utilisés qu'en France ; ainsi, il convient de souligner qu'au Royaume-Uni, la prescription des traitements antirétroviraux aux femmes enceintes (moins de 20 % des femmes séropositives enceintes recevraient un traitement de prévention de la transmission materno-foetale, 25 % connaîtraient leur sérologie positive, 80 % des femmes séropositives et ainsi négligées seraient d'origine africaine)<sup>5</sup> pour limiter la transmission verticale est très peu développée. Ce fait rejoint des modifications de l'esprit d'une protection sociale devenue très inégalitaire. Le rationnement des soins semble effectivement installé au Royaume-Uni. Or la représentation symbolique de la protection sociale comme enjeu politique est déterminante pour les stratégies de lutte contre le sida. On sait l'incapacité financière des pays africains à développer une politique sociale selon les normes occidentales. Des pays moins pauvres, comme ceux d'Asie du Sud-Est, ont toujours considéré les objectifs de santé et de protection sociale comme secondaires. Ce choix des pays dits émergents est évidemment lié à la priorité donnée à l'exportation au détriment du marché intérieur et à la préférence donnée aux capitaux extérieurs sur la mobilisation de l'épargne locale. La crise asiatique de juillet 1997 a entraîné quasi immédiatement la réduction drastique des crédits de lutte contre le sida dans la région. Ces considérations économiques sont importantes pour identifier les mécanismes de résistance, locale et internationale, à l'organisation et à la mise en œuvre des dispositifs autres que charitables.

---

<sup>5</sup> A. Nicholl, colloque du CRIPS, Paris, 4 juin 1998.

## LE DISPOSITIF SANITAIRE

D'autres voix, parfois les mêmes, estiment qu'il serait imprudent de vouloir traiter les Africains, dans la mesure où les traitements ne pourront être suivis par l'ensemble des personnes atteintes sur ce continent, compte tenu de leur coût<sup>6</sup> et de l'état de développement et d'entretien du système sanitaire. Cette posture prudente revient à considérer que devant l'ampleur de la pandémie africaine, toute initiative est condamnée à l'échec et aussi induit de nouvelles et fortes inégalités. L'usage de traitements à haute technicité se heurte ainsi à la faiblesse de l'offre de soins, l'inefficacité de la distribution de ces soins, l'absence de médicaments de base et l'impossibilité d'un suivi à long terme. C'est souligner l'importance fondamentale d'une action large, structurée, de longue durée, modifiant, en profondeur, les politiques de santé, les stratégies économiques et les dépendances.

## LES CONDITIONS DE L'AIDE INTERNATIONALE AUJOURD'HUI

Ce raisonnement rejoint celui, longtemps développé par la Banque Mondiale, qui considère, qu'en l'absence de solution technique « normale », investir dans l'accès aux traitements n'est pas rentable en termes d'efficacité et de développement<sup>7</sup>. En somme, le problème du sida en Afrique ne pourrait trouver de solution qu'avec la mise au point d'un vaccin efficace. En attendant ce moment, il serait préférable d'investir l'essentiel dans la prévention : cet argument amène quelques pays très pauvres à préférer répondre favorablement à des propositions d'expérimentation vaccinale pour le moins hasardeuses (immunisation non-protectrice). Ces pays croient ainsi être mieux placés pour accéder les premiers aux stratégies occidentales ; encore faudrait-il que cette recherche clinique ait pour conséquence la mise en place de réseaux efficaces de soins.

## LES DISCRIMINATIONS CULTURELLES

Certains analystes estiment qu'en dehors des obstacles économiques rencontrés dans la stratégie antivirale, les personnes vivant avec le VIH en Afrique ne seront pas « capables » d'observer correctement la prescription d'un traitement antirétroviral. Ils considèrent que « culturellement » les populations africaines ne sont pas en mesure de suivre les traitements. Ces arguments sont évidemment dénués de toute preuve scientifique<sup>8</sup>. Les représentations de la maladie et des médicaments ne sont pas homogènes. Certaines d'entre elles très largement répandues sont communes aux personnes vivant sur d'autres continents. Et la compliance dans les essais cliniques est bonne en Afrique, comparable à celle des pays occidentaux dans les mêmes conditions d'essais.

## LE TRAFIC DE MÉDICAMENTS

A plusieurs reprises, l'éventualité d'un véritable trafic de médicaments antirétroviraux, comparable à celui des antibiotiques, a été avancé comme un risque qu'il n'était pas admissible de faire prendre aux populations. En effet, le trafic de médicaments, si courant dans les pays en développement, favorise indiscutablement le risque de résistances acquises, avec ses conséquences défavorables tant individuelles que collectives.

## 1.3 POURQUOI IL FAUT TRAITER LES AFRICAINS ?

Née de la décolonisation des années 60, l'Afrique contemporaine est un immense continent aux multiples visages, aux situations économiques et politiques variées. Continent composite où cohabitent parfois difficilement des centaines d'ethnies, l'Afrique n'a pas une identité mais des identités multiples qui changent, s'enrichissent les unes aux autres. L'Afrique n'a pas une langue mais des langues ; elle n'a pas une histoire mais des histoires. Loin de la représentation classique de sociétés figées, principalement rurales et enfermées dans un cadre traditionnel, les Afriques sont des sociétés en mutation ; composées majoritairement de jeunes, elles sont en mouvement. Ce mouvement symbolique est également vécu au sens propre. L'Afrique est sillonnée de trajectoires personnelles

---

<sup>6</sup> Il est classique de confronter le coût annuel du traitement antirétroviral occidental au PNB par habitant en Afrique. Il faut sortir de cette logique comptable qui exporte le modèle économique occidental en Afrique. Avec une telle logique, les Français n'auraient pas accédé aussi aisément aux multithérapies en 1996.

<sup>7</sup> Les experts de la Banque Mondiale et ONUSIDA ont rendu public de remarquables analyses de la situation épidémiologique en Afrique, de l'impact très alarmant du sida, des carences structurelles énormes. La Banque Mondiale (qui prête 2,5 fois le budget de l'OMS) comme le FMI conditionnent l'aide et les prêts à l'établissement de structures économiques et financières normalisées (quelle que soit l'éthique politique puisque le pays africain le moins mal aidé est le Nigeria). Dans ce contexte le prêt pour la lutte contre le sida ne peut être que marginal et semble contribuer surtout à garantir l'image du banquier et des organismes internationaux. Même si Michèle Barzach présidente du groupe d'experts de la Banque Mondiale (et de la Fondation Glaxo-Wellcome récemment créée) affirme qu'il ne s'agit plus là d'un investissement technique mais d'un enjeu politique majeur (Paris, 22 octobre 1998), on comprend bien que ces organismes soient plus orientés par essence vers l'Accord Multilatéral sur l'Investissement que sur sa contestation ! La lutte contre le sida en Afrique ne relève pas du même contexte dialectique. Elle doit naturellement découler des besoins de la population et des demandes de soins plutôt que des logiques de pensée économique et des contraintes réelles ou supposées de la politique internationale.

<sup>8</sup> On peut évoquer les a priori de beaucoup de soignants à l'égard de toxicomanes supposés non-compliants voire impossibles à traiter. Or, les toxicomanes ne forment pas un groupe homogène. De plus, la toxicomanie implique volontiers un rapport au corps et au médicament plutôt favorable à l'observance.

chaotiques, volontiers réparties en zones, où les forces contradictoires comportent la misère et la faim, les troubles politiques et sociaux (au regard desquels le risque de santé du sida paraît dérisoire), l'attrait de l'Occident, de ses richesses, de son organisation, de sa sécurité, l'irruption des moyens de communication et d'information modernes mêmes imparfaitement maîtrisés. La pluralité de l'Afrique, sa mobilité, sa jeunesse et même son chaos, trop souvent avancés comme des difficultés majeures voire des obstacles en matière de développement, sont probablement ses atouts à long terme. D'autant que les Africains savent. Ils reçoivent l'information et celle-ci vient vers eux.

La question de l'accès aux traitements des populations africaines ne peut être envisagée sans prendre en compte ces dimensions. Promouvoir un accès au traitement contre le VIH en Afrique, c'est anticiper le cours de l'histoire ou plutôt sa « normalisation ». C'est un véritable droit à une histoire. Les outils de l'émancipation comportent évidemment les outils de la santé qui sont devenus au cours de ce siècle des droits fondamentaux. Pour accéder à ces droits fondamentaux qui paraissent tellement acquis en Occident, l'Afrique doit disposer d'un capital de confiance et de reconnaissance plutôt que compter sur le don ou la sollicitude intéressée<sup>9</sup>. On comprend mieux alors que lutter contre le sida n'empêche pas la lutte contre le paludisme mais la rend crédible.

### **L'EXEMPLARITÉ POLITIQUE.**

L'entreprise d'accès aux traitements du sida en Afrique subsaharienne doit être exemplaire, exemplaire au plan éthique, exemplaire de la capacité des africains à réaliser leurs propres logiques de développement politique, économique, social et sanitaire, exemplaire de l'action occidentale de coopération.

L'ouverture aux pays en développement du marché du médicament anti-VIH est une entreprise qui présente des risques et des ambiguïtés éthiques qu'il convient de rappeler ici. D'une part, les pays occidentaux, qui pourraient être les moteurs de cette entreprise, entretiennent depuis la décolonisation des relations pour le moins ambiguës avec un certain nombre de pays africains dont certains ne furent pas des exemples en matière de droits de l'homme ; il faut ici se garder de tout angélisme. La France, ancienne nation coloniale, comme d'autres, a en Afrique des intérêts économiques et politiques. L'aide médicale et sanitaire est l'un des moyens, l'une des armes pour asseoir un contrôle sur un pays ou sur une région et pour y commercer.

L'initiation des traitements en Afrique ne pourra donc se faire qu'en rompant la logique qui anime depuis presque un demi-siècle l'intervention des pays occidentaux sur ce continent : cela signifie que toute entreprise en matière de lutte contre le sida doit se défaire de toute volonté de contrôle sur les pays africains ; elle devra être pensée et réalisée indépendamment des intérêts économiques et politiques des pays initiateurs ; on ne peut éthiquement accepter d'initiatives qui s'appuieraient sur des systèmes d'alliances politiques nées de la décolonisation ; s'agissant de la France, la francophonie ne pourra en être l'un des fondements. Plus globalement les politiques de santé en Afrique n'ont jamais pris acte du sida comme d'un événement historique pouvant avoir des liens avec l'urbanisation accélérée, les migrations internes et externes, les violences. Pourtant l'Afrique fait maintenant face à d'énormes enjeux sociaux et politiques. Les programmes nationaux de santé sont donc devenus des enjeux majeurs<sup>10</sup>. Il faut souligner la pertinence du sida pour les décisions politiques de pays où la prévalence dépasse 20 voire 30 %.

### **L'INTÉRÊT SPÉCULATIF**

De même, on ne doit pas ignorer que les laboratoires producteurs des médicaments n'acceptent de réduire de 50 % ou plus le prix des molécules que dans la mesure où elles estiment qu'un marché existe et que leurs investissements seront rentables. Plus le marché s'accroît plus la marge de bénéfices peut être réduite. Il ne serait pas éthiquement admissible que l'initiation de traitements antirétroviraux en Afrique dépende des intérêts des groupes financiers et industriels, intérêts souvent contraires à un droit universel à la santé. Il n'est pas souhaitable qu'au sein du continent africain s'instaure un autre partage entre les pays potentiellement intéressants pour l'industrie pharmaceutique et ceux qui ne le seraient pas. Une entreprise d'initiation des traitements devrait préférer les données épidémiologiques à celles du marché.

### **L'INTÉRÊT ÉPIDÉMIOLOGIQUE**

Les pays occidentaux ont un intérêt évident et quasi égoïste à piloter une stratégie planétaire (globale) de la lutte contre le sida. En dehors même de toute solidarité, une maladie transmissible ne peut être éradiquée définitivement par plages. L'exemple de la tuberculose est édifiant à cet égard. Le Conseil National du Sida l'a fréquemment rappelé depuis 3 ans.

---

<sup>9</sup> Serge Latouche : L'autre Afrique : entre don et marché, Albin Michel, Paris 1998.

<sup>10</sup> Le PNB n'est plus le seul critère pour mesurer le niveau de vie par pays selon Amartya Sen, prix Nobel d'économie 1998. On peut mesurer « l'indice synthétique du développement humain » qui prend en compte non seulement le taux de mortalité infantile, l'espérance de vie, l'accès à l'enseignement élémentaire, le taux d'alphabétisation mais aussi le nombre de médecins par habitant. Ce qui compte dans le développement, c'est finalement l'importance de la santé et de l'éducation aux côtés de paramètres purement économiques. Certains pays ont alors un indice de développement humain élevé malgré un faible PNB. *Le Monde*, 10 décembre 1998.



## L'INTÉRÊT MORAL

Il ne faut pas cacher que l'engagement de certains a pour but de se libérer d'une culpabilité à l'égard des populations africaines. Or, cette culpabilité de l'ancien colonisateur qui affleure ici et là comme motivation à une telle entreprise ne paraît pas garantir une action durable et profonde. La culpabilité et la charité n'ont-elles d'autre objet que de dédouaner le donateur à l'égard de celui qui reçoit.

## L'INGÉRENCE THÉRAPEUTIQUE

L'initiative de solidarité thérapeutique internationale à l'origine du Fonds (FSTI) est une tentative originale d'action rapide, spectaculaire, et mobilisatrice. Après avoir constaté le drame du sida en Afrique et pris acte de l'urgence, l'action proposée, coordonnée avec les partenaires internationaux classiques, relève de la stratégie de la brèche. Constatant « que l'on ne peut prendre en charge l'ensemble des malades sur tous les continents..., refusant la logique du tout ou rien qui conduit à l'inaction, le FSTI procèdera d'une façon modeste et progressive ». Il s'agit d'une « ingérence » thérapeutique et médicale qui pourrait concerner en 5 ans plusieurs dizaines de milliers de malades dans plusieurs sites privilégiés. Les partenaires financiers se mobilisent avec lenteur. Le choix de centrer l'action sur la transmission mère-enfant est contesté par certains. Il semble correspondre convenablement à de telles actions pilotes mais ne saurait résumer la politique de combat contre le sida en Afrique.

Initier l'accès aux traitements en Afrique doit donc avoir pour fondement un contrat responsable entre les différents acteurs ; un contrat qui ne se base pas sur des sentiments mais qui définit des objectifs clairs et des responsabilités mutuelles.

Le traitement des personnes vivant avec le virus en Afrique Subsaharienne doit donc être réalisé dans le respect des règles d'équité et d'éthique : on doit se demander d'abord comment procéder et ensuite qui traiter.

## 2 COMMENT PROCÉDER ?

Une fois admis l'accès des populations africaines aux traitements dans un cadre éthique acceptable, il convient de se demander comment une telle entreprise peut être menée dans les pays d'Afrique subsaharienne. Quels traitements ? Quels relais ? Quelle recherche clinique ?

### 2.1 QUELS TRAITEMENTS POUR LES AFRICAINS ?

« Tous les efforts doivent évidemment tendre vers l'administration d'un traitement antirétroviral à chacune des personnes infectées par le VIH pour lesquelles, compte tenu de l'état des connaissances, cette prescription est justifiée » (réf. 3, texte de consensus d'Abidjan). En Occident, cette prescription se justifie sur des critères précis définis, en France par le rapport Dormont, aux USA par les recommandations de l'International Aids Society, documents régulièrement actualisés.

Ces recommandations ne peuvent avoir de chance d'application en Afrique que si le diagnostic du VIH est fait et les critères de traitement réunis. Le préalable indispensable est l'accès au dépistage du VIH. Au diagnostic lui-même, succède une évaluation de l'état évolutif de la maladie, ce qui suppose une sémiologie clinique et biologique. La sémiologie clinique est observée et interprétée par des professionnels de santé ayant acquis la formation et l'expérience nécessaires. La sémiologie biologique est observée par des appareils coûteux et interprétée par des professionnels eux aussi expérimentés. Par conséquent, le préalable à l'initiation d'un traitement est représenté par des compétences techniques et professionnelles qui ne peuvent être dispersées sur un territoire mais doivent être regroupées dans un centre de référence.

L'accès au traitement, c'est l'accès aux antirétroviraux. Il a souvent été allégué que la distribution des médicaments de prévention des infections opportunistes serait une bonne solution d'attente. Voire une condition nécessaire à l'introduction des antirétroviraux (réf. 3). Cette démarche est illogique. Certes, ces produits sont souvent peu coûteux. Mais leur distribution se heurterait aux mêmes problèmes des priorités politiques, des carences des dispositifs sanitaires, des trafics déjà évoqués. Pour un résultat médiocre puisque les traitements des infections opportunistes n'ont amélioré que marginalement l'espérance de vie des personnes vivant avec le VIH alors que les multithérapies ont révolutionné la morbidité et la mortalité. Aucun traitement de prophylaxie primaire ou secondaire des infections opportunistes n'a abaissé la morbidité de plus de 50 % en pathologie VIH comme l'ont fait les antirétroviraux. La particulière fréquence des maladies bactériennes (salmonelles, colibacilles, pneumocoques, shigelles) en Afrique et la distribution spécifique des champignons opportunistes sont des arguments médicaux allant dans le même sens : il faut centrer l'action thérapeutique sur les antirétroviraux eux-mêmes. Depuis l'introduction des multithérapies en France, la place des anti-infections opportunistes n'a cessé de décliner.

Le coût financier des antirétroviraux est un obstacle relatif. C'est pourtant cet obstacle qui est régulièrement mis en avant par le public et les médias. Les médicaments sont infiniment moins coûteux que les structures. Le prix des médicaments est toujours négociable. Il est d'autant plus bas que le marché s'accroît et que le temps passe (amortissement des investissements de développement). Obtenir que les antirétroviraux soient distribués en Afrique à 10 ou 15 % de leur prix de lancement en Europe n'est

pas un exploit. C'est un pré requis relativement banal. Mais répercuter ces dépenses même très diminuées sur les utilisateurs c'est entraîner de fait leur sélection sociale. Or c'est ce qui est proposé par les responsables politiques locaux dans certains sites déjà sélectionnés par l'aide internationale (ONUSIDA, FSTI) puisqu'il n'y existe pas de protection sociale. Un patient africain moyen ne peut être contraint à payer, même faiblement, un produit essentiel à sa survie qu'obtient gratuitement son homologue européen. L'enjeu de protection sociale est donc beaucoup plus important que le débat sur le coût des médicaments. L'enjeu est politique avant d'être commercial ou humanitaire.

Le problème de la nature des traitements antirétroviraux et de la stratégie thérapeutique est souvent mal posé. L'objectif à atteindre en Afrique est exactement le même que celui visé en Europe ou en Amérique. Il s'agit de réduire la charge virale des patients atteints par le VIH le plus profondément possible, le plus longtemps possible et donc d'éviter la survenue d'un déficit immunitaire responsable des symptômes. On sait que le maintien d'une charge virale à un niveau très bas, voire indétectable avec les techniques actuelles est une condition d'une restauration immunitaire progressive mais indiscutable.

Dans ces conditions, la discussion entre traitement allégé ou traitement lourd n'a pas de sens. Le traitement doit viser l'objectif défini pour les moindres effets secondaires et la meilleure qualité de vie. Les stratégies thérapeutiques occidentales qui définissent les conditions optimales pour éviter « l'échappement » virologique, immunologie et les résistances virales doivent évidemment être appliquées en Afrique. Les traitements incomplets de la tuberculose, l'adaptation approximative des traitements antituberculeux aux conditions africaines réelles ou supposées ont conduit à un échec global de la lutte contre la tuberculose et à l'apparition dans les pays en voie de développement de souches bactériennes multirésistantes.

Les traitements antirétroviraux seront donc multithérapeutiques. Les combinaisons utilisées seront les mêmes qu'en Europe. Les médicaments de première ligne seront choisis en fonction de leurs effets secondaires potentiels, d'une surveillance exclusivement clinique et de la facilité de conservation des produits et de leur prise quotidienne. Si des médicaments préventifs des infections opportunistes sont nécessaires, il faudra évidemment favoriser ceux correspondant à l'épidémiologie locale.

## 2.2 LES RELAIS LOCAUX

La mise à disposition des médicaments antirétroviraux et leur financement apparaissent secondaires au regard de l'organisation sanitaire locale. L'utilité des multithérapies (et donc leur usage courant) n'a pu être démontrée qu'à l'aide de mesures biologiques de haut niveau comme la mesure de l'ARN VIH plasmatique. Dans l'état actuel de nos connaissances, il n'est pas possible d'initier un traitement anti-VIH à un individu donné, sans disposer d'un examen clinique mais aussi de 3 tests biologiques complexes que sont le diagnostic du VIH, l'identification des phénotypes lymphocytaires T (nombre de CD4/mm<sup>3</sup>) et la mesure de l'ARN VIH plasmatique (charge virale). Ces examens biologiques de haute technicité ne sont indispensables qu'à intervalles espacés pour suivre l'application des thérapeutiques. Il faudra par conséquent nécessairement installer dans chaque région et probablement au moins dans chaque pays d'Afrique des centres référentiels cliniques et biologiques dont la qualité sera régulièrement évaluée. Ces centres de référence permettront de coordonner (comme les CISIH en France) les opérations de traitement tout en garantissant l'accès aux tests de dépistage, à la mesure des CD4 périphériques et de la charge virale plasmatique. Avec ces centres certainement reliés de façon institutionnelle aux Programmes Nationaux de Santé pourront être organisées, maintenues, voire renforcées les opérations de prévention et de formation. Il est essentiel que ce dispositif de soins puisse s'appuyer sur une formation importante et spécifique des personnels de santé. Mais il est exclu que les personnes atteintes puissent être traitées dans des centres référentiels qui apparaîtraient immédiatement comme des univers concentrationnaires et stigmatisants. C'est la difficulté que rencontrent actuellement les centres d'excellence qui ont pu être créés sous forme de Centres de Traitement Ambulatoire (Brazzaville, Opals), d'Hôpitaux de Jour (Abidjan, Coopération Française), de Fondations Scientifiques (comme celle du professeur Montagnier et de Monsieur Mayor à Abidjan). La mission de ces centres devrait être infléchie pour qu'ils soient avant tout des références de qualité possédant les banques de données, les experts cliniciens et biologistes, les chercheurs (épidémiologistes compris), les ingénieurs de maintenance, les matériels standards de surveillance biologique, les dispositifs d'observation et d'évaluation. Ces centres auront des activités cliniques limitées aux bilans complexes et à la recherche clinique. Ils ne devraient pas se substituer aux dispositifs décentralisés de proximité.

## 2.3 LE PRINCIPE DU TRAITEMENT DE PROXIMITÉ

Les experts africanistes insistent fréquemment sur les spécificités des représentations de la maladie. Mais ces représentations n'empêchent ni la prise en charge (occidentale ou traditionnelle ou les deux), ni l'exigence de la confidentialité et de la personnalisation extrême du soin. Les Africains semblent très attachés à une médecine exercée de façon très ciblée vers la personne malade maintenue dans son cadre de vie habituel et préservée du regard inquisiteur, curieux ou juge de l'autre, l'étranger au groupe social. Cette exigence n'est pas tellement surprenante. Elle est exprimée plus fortement par les Africains que par les Européens. Le lieu public, notamment l'hôpital, n'est pas le lieu de soin préféré. On lui reconnaît la compétence, mais son utilisation se fait à contre cœur, voire par nécessité. On sait que les personnes les plus pauvres amènent leurs mourants à l'hôpital pour éviter les frais d'obsèques.

C'est donc à proximité du cadre de vie qu'il faut traiter les victimes du VIH. Qu'il s'agisse de milieu urbain ou rural, les équipes devront être mobiles et se déplacer vers les lieux de vie habituels. Il s'agira dans ce cas d'une prise en charge clinique et

thérapeutique complète mais sans logistique biologique (dont on a vu qu'elle restera cantonnée dans les centres de référence), c'est-à-dire d'une prise en charge syndromique à l'aide d'algorithmes définis et évalués par les cliniciens locaux. On conçoit alors l'importance de l'environnement familial et amical, du groupe social et de la structure communautaire. On comprend l'importance d'une relation de confiance et donc de la reconnaissance de l'individu. C'est tout le sens des actions et des formations menées par l'association AIDES en Afrique ces dernières années auprès des personnes atteintes et des professionnels de santé. Cette approche se situe très loin du système DOTS, très prisé pour les traitements antituberculeux courts dans les pays en voie de développement. Ce système implique que les patients prennent quotidiennement leur dose thérapeutique devant un « surveillant ».

## 2.4 QUELLES RECHERCHES EN AFRIQUE ?

Les principes de qualité et d'éthique de la recherche, fondamentale ou clinique, sont universels. La mise en œuvre de la recherche requiert des conditions qui doivent être réunies pour lui donner une chance d'aboutir à des résultats interprétables, exploitables et transférables. Ces conditions représentent la méthode.

La recherche fondamentale est faiblement installée en Afrique. Elle y est alors conduite par des occidentaux et au bénéfice de ces derniers. La recherche fondamentale est beaucoup plus fréquemment réalisée en Occident à partir de matériel biologique prélevé en Afrique. Les centres de référence pourront contribuer à la recherche de haut niveau, qu'elle soit biologique, épidémiologique ou sociologique mais en réseau avec leurs homologues occidentaux qui disposent de l'expérience, des structures, des hommes, des ressources matérielles et de la maintenance.

Les recherches cliniques concernent la recherche thérapeutique c'est-à-dire la pharmacologie appliquée. On peut distinguer des essais à vocation explicative et les essais à vocation pragmatique. Dans les premiers, il s'agit de comprendre si une molécule est active, notamment à l'aide d'un « bras » placebo. Ces essais souvent pratiques lorsqu'il n'y a pas encore de standard thérapeutique dans une pathologie donnée ne seront plus guère utilisés contre le VIH. Les essais à vocation pragmatique ont pour objet de comparer des attitudes thérapeutiques différentes. Ils doivent être privilégiés en Afrique, notamment pour adapter les stratégies de traitements aux conditions locales. L'exemple le plus clair est fourni par l'étude des stratégies de prévention de la transmission mère/enfant. Les essais doivent en effet étudier la prévention prénatale (avant et pendant l'accouchement) et postnatale (allaitement). L'allaitement maternel peut être facilement supprimé en Occident. Plus difficilement en Afrique d'autant plus qu'il a fait l'objet de nombreuses campagnes de promotion (OMS). Les efforts de prévention prénatale sont alors menacés d'inutilité.

On comprend dès lors que les essais cliniques doivent avoir pour objet l'applicabilité à l'Afrique des connaissances acquises. Ces essais devraient éviter la recherche « safari »<sup>11</sup>, savoir analyser les privilèges offerts aux patients inclus et en tenir compte, savoir que le consentement éclairé peut dépendre des bénéfices ou déficits secondaires. Dans ce contexte, on reconnaîtra que l'accès au dépistage pour participer à un essai est un avantage de santé mais un désavantage social qui peut conduire à la stigmatisation si la rumeur indique que tous les participants de l'étude sont séropositifs.

S'agissant des essais vaccinaux, contrairement à bien des rumeurs sans fondement, la recherche vaccinale contre le VIH est très active depuis 10 ans. Les organismes publics et privés français se sont particulièrement illustrés dans ce domaine, notamment l'ANRS et Pasteur-Mérieux. Ces organismes ont d'une part effectué des recherches théoriques excellentes. D'autre part, sous la responsabilité du professeur Jean-Paul Lévy, alors directeur de l'ANRS, ils ont établi en France des règles d'expérimentation d'une exceptionnelle rigueur méthodologique et d'une grande qualité éthique. Ces recherches doivent être poursuivies. Elles apportent des connaissances incomparables sur le VIH, les rétrovirus, les réponses immunologiques. Elles n'ont pas encore débouché sur des produits transférables à l'usage thérapeutique, du fait de la complexité du problème et non pas des moyens humains ou matériels mis en jeu. Jeter le discrédit sur ces recherches ou les nier est grave mais vouloir appliquer des résultats insuffisants à des cobayes humains est bien pire. L'Afrique a expérimenté avec succès le vaccin anti-HBV dans les années 70 : un vaccin en phase de pré-commercialisation et dont l'activité était vérifiée. L'Afrique était très menacée par l'HBV et il n'existait pas de traitement antiviral. Le moment n'est pas arrivé de répéter l'opération avec le VIH. Et il existe un traitement d'une certaine efficacité.

Il est très difficile de sélectionner des volontaires pour des essais vaccinaux préliminaires, des essais d'immunisation devrait-on dire. L'information de ces volontaires qui ne seront pas protégés est très délicate. Il n'est pas raisonnable d'exporter dès maintenant ces recherches hautement spécialisées en Afrique. Les pays africains sont intéressés par l'usage du vaccin anti-VIH. Que peuvent-ils apporter à son développement initial sinon des souches virales particulières. Le vaccin anti-VIH n'est pas prêt. Il faut le dire. Cela ne doit pas retarder le traitement des personnes atteintes. A l'inverse, le traitement ne saurait empêcher la poursuite des recherches vaccinales et leur expérimentation avec des volontaires soigneusement sélectionnés et formés.

En conclusion, les processus de traitement en Afrique ne peuvent différer beaucoup des processus utilisés en Europe et aux Etats-Unis. Les centres référentiels auront la responsabilité de faire le diagnostic de la maladie VIH c'est-à-dire de mettre en place le dépistage dans des conditions de qualité, de confidentialité, d'accompagnement et d'information, comparables à celles du nord mais adaptées aux spécificités des représentations africaines locales.

---

<sup>11</sup> Nowak R. : Stating Ethical Aids Trial in Africa. Science 1995 ;269 : 1332-1335.

C'est à proximité des personnes atteintes donc à distance des centres référentiels, mais en relation avec eux (l'intérêt de la communication via internet est considérable. Cf. le programme d'Act-Up Paris : Planet Africa), que les médicaments antirétroviraux seront distribués et cette offre de soins implique la surveillance clinique et thérapeutique allégée par des professionnels formés à cet effet et utilisant des algorithmes mieux adaptés que ceux de l'OMS. La surveillance des effets secondaires, comme la surveillance des traitements, se réalisera en l'absence de biologie de pointe. Les relais professionnels locaux devront moins s'appuyer sur les dispositifs sanitaires décentralisés (dont le fonctionnement n'est pas satisfaisant) que sur l'environnement familial et associatif. C'est dire l'importance de modifier la perception du sida dans cet environnement social des personnes atteintes.

La nature des médicaments offerts ne peut guère être discutée. Pour garantir l'efficacité des traitements, le minimum de résistance, la diminution des risques de transmission horizontale et verticale, l'abaissement maximum de la charge virale doit être recherché. Donc les meilleures combinaisons thérapeutiques disponibles. Ce qui peut être adapté au terrain c'est le nombre de comprimés et de gélules, le nombre de prises quotidiennes, la facilité de prise, les effets secondaires.

Dans ce contexte, les filières et procédures de recherche ne peuvent différer grandement des critères de qualité retenus en Europe. Ces critères concernent aussi bien le domaine scientifique que l'éthique de recherche.

### 3 QUI TRAITER ?

Au moment de l'annonce de la mise au point de médicaments de la classe des antiprotéases, le Conseil national du sida avait rendu un avis à la demande du secrétariat d'Etat à la santé sur le problème de la mise sur le marché des médicaments de la classe des antiprotéases. Le Conseil avait alors préconisé que dans le cas (fort improbable) où il y aurait pénurie de médicaments, la seule solution éthiquement acceptable serait le tirage au sort de l'ordre d'entrée en traitement des personnes à état de santé égal et également urgent. Cette proposition volontairement provocatrice bien qu'éthiquement inattaquable, visait essentiellement à faire obstacle (au cas où il y aurait ultérieurement pénurie réelle, ce que le CNS n'ait dans l'immédiat), à tout système de favoritisme, et à l'accès aux traitements en fonction de critères non médicaux<sup>12</sup>.

Le cas de la mise à disposition des traitements en Afrique n'est pas identique ; cependant les réactions qu'a suscitées l'avis du CNS et notamment les arguments avancés par quelques uns laissent à penser que le risque d'une distribution éthiquement inacceptable existe. Et cela pour une raison simple : parce que les firmes pharmaceutiques déclarent qu'elles ne sont pas aujourd'hui en mesure de mettre sur le marché des traitements pour les millions de personnes atteintes ; leurs usines de fabrication ne peuvent produire les médicaments dont les Africains auraient besoin idéalement : pour produire de telles quantités de médicaments, il conviendrait d'accroître considérablement les capacités de production. Cela signifie que même s'il était possible de mettre sous traitement l'ensemble des personnes infectées par le VIH, on ne pourrait quantitativement répondre à la demande. La question du choix se posera donc. Elle se posera d'autant plus que toute initiative sera progressive. Elle devra définir les conditions d'entrée dans les programmes et choisir dans quels pays les traitements seront initiés, choisir quelle population sera prioritairement traitée, choisir les critères qui détermineront l'entrée dans le traitement.

Quels critères retenir pour opérer ces choix ? Des critères différents de ceux que l'on appliquerait en France puisque les données épidémiologiques du VIH en Afrique sont partielles, le dépistage rare, la mesure de la charge virale inexistante.

Il convient donc ici de s'interroger sur le choix des lieux, des communautés et des individus qui les composent.

#### 3.1 QUELS PAYS ?

Comme on l'a dit précédemment, l'Afrique, plus que tout autre continent, est un continent sous influence. Depuis la décolonisation, cette influence a pris de nouvelles formes mais n'a pas véritablement cessé et ce sont à présent des alliances historiques, économiques et linguistiques qui lient chacun d'entre eux à des puissances occidentales. Le choix des pays où la distribution des antirétroviraux sera initiée est donc déterminant quant à la crédibilité de cette entreprise et sa possible généralisation.

Deux possibilités sont offertes au choix : on peut privilégier des critères indépendants de la pandémie à VIH (les liens de toute nature avec certains pays riches, le revenu par habitant, la stabilité politique du régime, son caractère démocratique) ; on peut au contraire déterminer ce choix en fonction de critères étroitement liés à la pandémie (le niveau des structures sanitaires et hospitalières, l'existence de projets antérieurs de coopération en matière de lutte contre le sida, le degré de prise de conscience de la pandémie, l'épidémiologie). On pourrait ainsi définir un ordre concernant :

- Les pays francophones
- Les pays solvables
- Les pays démocratiques

---

<sup>12</sup> Ce dont l'histoire récente de la médecine rend compte à plusieurs reprises (début des antibiotiques, des antituberculeux, de l'hémodialyse par exemple).

- Les pays les plus touchés par la pandémie
- Les pays développant une politique de lutte contre le sida et les plus volontaires pour participer
- Les pays où des actions de coopération ont déjà été menées pour lutter contre le sida.

Il n'appartient pas au Conseil national du sida de trancher. Cependant, le CNS estime que la nouvelle solidarité avec les populations vivant dans des pays en voie de développement doit être contractuelle ; ainsi les critères retenus seront définis au préalable, chaque pays qui le souhaite pourra se porter candidat. La question de savoir si le pays, au sens politique du terme, est le seul à pouvoir se porter candidat mérite d'être posée. Pour être éthiquement acceptables, les critères retenus seront transparents.

Le choix des sites initiaux est également déterminé par les communautés qui devraient accéder aux traitements.

## 3.2 QUELLES COMMUNAUTÉS ?

La seconde difficulté concerne le choix des populations qui accéderont localement aux traitements. Le risque d'une distribution inégalitaire des médicaments est grand ; peut-on éviter que les médicaments soient exclusivement accessibles aux élites urbaines qui sont les seules aujourd'hui prises en charge ; doit-on privilégier dans un premier temps les militants associatifs qui constituent les moteurs de la lutte contre le sida dans ces sociétés africaines ? Ou faut-il au contraire aller vers les populations les plus marginalisées et les plus précarisées ?

Faut-il traiter prioritairement :

- Les élites
- Les communautés urbaines
- Les membres du milieu associatif
- Les plus démunis
- Les catégories de population les plus touchées par le VIH (prostituées, camionneurs)

Le rôle du Conseil national du sida n'est pas de déterminer des critères. Néanmoins, il estime que l'accès aux traitements ne pourra se limiter à un groupe sans risque de produire un conflit entre malades. Pour éviter ce risque, il conviendrait donc comme on l'a dit, de mettre en place de petites structures capables d'une grande mobilité et structurées en réseau. Les sociétés africaines contemporaines sont en effet marquées par une grande mobilité de leurs membres ; la distribution des médicaments doit être en adéquation avec cette réalité. Une distribution mobile pourra limiter le risque d'une distribution arbitraire des traitements.

## 3.3 QUELS INDIVIDUS DANS CES COMMUNAUTÉS ?

S'agissant des individus eux-mêmes, il conviendra de réfléchir à l'ordre des priorités de traitement. Plusieurs options sont ici possibles : en l'absence de pratiques étendues de dépistage et de suivi médical régulier, il est difficile de déterminer le choix des patients en fonction de critères médicaux. Aussi, ce sont souvent vers les femmes enceintes que le choix se porte ; cette option semble faire une certaine unanimité puisqu'elle est retenue dans les projets actuels. Elle n'est cependant pas sans poser des problèmes.

Faut-il traiter prioritairement :

- les femmes enceintes
- Les femmes
- Les enfants

La réalité des sociétés africaines invite à proposer une autre possibilité ; il s'agirait de traiter non plus des individus mais des familles. A quoi bon tenter de réduire la transmission mère-enfant si l'enfant à naître sera orphelin ; à quoi bon donner des médicaments à une femme alors que dans un certain nombre de cas, elle n'en sera pas la bénéficiaire mais son conjoint ? Traiter les unités familiales, c'est s'assurer que les patients accéderont véritablement aux traitements, c'est permettre aussi un meilleur suivi, c'est enfin une possibilité pour prendre en charge l'ensemble des questions de santé des différents membres de ce groupe. On a vu l'importance de développer rapidement l'accès au dépistage et les techniques biologiques usuelles dans les centres de référence. On a vu l'importance d'utiliser des algorithmes cliniques. Progressivement les patients traités dans leur famille pourront bénéficier de standards médicaux de qualité croissante.

En définitive, les pays seront choisis en fonction de critères de santé publique et de volontariat plutôt qu'en raison de leurs alliances politiques et de leur développement. Dans ces pays, les unités thérapeutiques mobiles apporteront les traitements et une technicité suffisante aux différents groupes d'individus touchés en privilégiant au début les femmes enceintes au sein de leur famille. Ces choix devraient permettre de créer une véritable dynamique communautaire.

# RECOMMANDATIONS

## **Le Conseil national du sida rappelle :**

Qu'il s'est exprimé à de nombreuses reprises depuis 1995 sur le problème de l'inégalité d'accès à la prise en charge médicale et aux traitements de la maladie VIH.

Qu'il a notamment souligné l'élargissement du fossé entre pays pauvres et pays riches au fur et à mesure que grandissent les connaissances scientifiques et médicales.

Qu'il a démontré l'impossibilité de combattre l'épidémie à l'intérieur de frontières politiques ainsi que la nécessité de la coopération à l'intérieur de zones géographiques, dont l'histoire et la sociologie mettent en évidence les réseaux de rencontres, de passages et de commerce. La Caraïbe en est un exemple caractéristique.

Qu'il ne lui appartient pas de déterminer une politique mais qu'il a pour mission d'ouvrir des voies de réflexion, de débat et de transparence.

## **Le Conseil national du sida constate :**

a) que la majeure partie des personnes vivant avec le VIH, bien qu'informée, n'a pas d'accès réel à la prise en charge médicale et thérapeutique. Cela représente la quasi-totalité des personnes habitant l'Afrique sub-sahélienne à l'exception de celles dotées de ressources personnelles importantes, de pouvoirs politiques et sociaux, de circuits de complaisance ;

b) que le contrôle planétaire de l'épidémie est un préalable à son contrôle dans chaque pays singulier, compte tenu de la circulation (même restreinte) des individus ;

c) que la mondialisation implique la circulation sans contraintes de l'information et des capitaux, la circulation discriminée des personnes selon des catégories précises (légaux/illégaux, riches/pauvres, producteurs/non-producteurs, consommateurs/non-consommateurs, instruits/illettrés...), mais surtout la faible circulation des outils de la santé ;

d) que la lutte contre le sida n'est pas en concurrence avec la lutte contre les grands fléaux (paludisme, carences nutritionnelles, tuberculose, maladies tropicales). En effet, dans les pays occidentaux, la lutte contre le sida a d'abord révélé les carences de la distribution des soins puis considérablement amélioré les standards de soins, de prévention, de gestion et de responsabilisation des soignants, des chercheurs et des administrations. De plus, de nombreuses maladies ne peuvent trouver de solution en Afrique indépendamment du contrôle de la maladie VIH ;

e) que les organismes internationaux ne peuvent, dans ce contexte, conditionner l'aide ou les prêts à l'installation improbable d'institutions de soins conformes aux normes occidentales sans inverser la fin et les moyens ;

f) que la médecine humanitaire est une réponse bien adaptée aux catastrophes ponctuelles mais ne peut servir de politique de santé à long terme dans le domaine considéré. Les initiatives nationales et internationales, bien qu'animées des meilleures intentions et du souci de démontrer la faisabilité de l'accès aux soins du VIH en Afrique, ont des objectifs bien trop limités pour espérer modifier significativement le cours de l'épidémie avant le milieu de la prochaine décennie ;

g) que la qualité de la prise en charge doit répondre à des critères d'excellence et d'éthique dont l'universalité est reconnue ce qui suppose l'appui des dispositifs sur des centres de référence, l'adaptation aux conditions sociologiques locales (1), la progressivité de la montée en charge, la rigueur de la sélection pour l'ordre d'accès au traitement pendant les périodes initiales, l'installation de mécanismes impartiaux et efficaces d'évaluation.

## **Le Conseil national du sida recommande :**

1) De considérer la lutte contre le sida en Afrique comme une priorité mondiale dont la mise en œuvre réelle et ample est indispensable au développement de ce continent.

2) D'aider immédiatement à la réalisation d'opérations thérapeutiques circonscrites, dans le double espoir de créer des précédents et de maintenir la pression politique.

3) De hiérarchiser la difficulté des obstacles, en considérant que le prix des antirétroviraux, soumis aux lois du marché, est secondaire au regard des carences politiques, administratives, scientifiques et médico-sociales.

4) De conduire la coopération dans le but déclaré de permettre l'accès au dépistage du VIH, puis aux traitements antirétroviraux. Ces traitements devront être délivrés, aux africains essentiellement par des africains qui assureront le suivi technique pendant toute la durée nécessaire. Les stratégies de traitement pourront être coordonnées par des centres de référence, aisément évaluables et dotés de moyens de recherche clinique, épidémiologique et thérapeutique. Cependant, les traitements devront être distribués dans des lieux de proximité, unités urbaines ou rurales, voire structures familiales, non stigmatisants et relayés par le tissu associatif quand cela est possible. Les personnels de santé non médicaux, les travailleurs sociaux, et les acteurs communautaires devront être fortement mobilisés pour cette action. Comme ailleurs, l'accès aux traitements sera accompagné du renforcement des politiques de prévention.

5) De mettre en place des observatoires de santé, eux-mêmes responsables des procédures de sélection, objectives et impartiales, qui marqueront inévitablement les premières étapes des traitements.

6) D'éviter à tout prix la distribution des antirétroviraux selon le statut social, la position économique et la valeur supposée de l'individu. Contraire à l'éthique, cet accès sélectif, déjà constaté, comporte le risque d'enfermer les populations dans la logique du désespoir, du refus de solidarité, de l'archaïsme politique et social et du déni de civilisation.

# ANNEXES

## ANNEXE 1 : LISTE DES PERSONNALITÉS AUDITIONNÉES PAR LE CNS

- Mme Marie de Cénival – Act Up Paris
- Pr Salamon – INSERM U330
- M. Jean-Pierre Dozon – anthropologue africaniste – EHESS
- M. Philippe Lazar – Président de l'ORSTOM
- Pr Jean-Pierre Coulaud – Groupe Hospitalier Bichat-Claude Bernard
- M. Jacques Schwartz – Ministère de la Coopération
- M. Claude Raynaut – Directeur de recherche au CNRS – Laboratoire Université de Bordeaux II
- M. Eric Chevalier – Conseiller technique, chargé du Fonds de solidarité thérapeutique international (FSTI) auprès du Secrétaire d'Etat à la Santé
- Pr Marc Gentilini – Président de la Croix-Rouge Française
- M. Guy André – Vice-président du Laboratoire Glaxo-Wellcome France
- M. Marc-Eric Gruénais – chargé de recherche à l'ORSTOM
- Dr Arnaud Marty-Lavauzelle – Président d'honneur de l'association AIDES Fédération nationale
- M. Frank Joucla – Association Aides Fédération nationale
- M. Nicolas Brouard – Directeur de recherche à l'INED
- Pr Jean-Paul Lévy – Directeur de l'ANRS
- M. Emmanuel Ricard – Chargé de mission au CRIPS
- Dr Jean-Bosco Ndhokubwayo – Microbiologiste clinicien – CHU de Bujumbura – Burundi.

## ANNEXE 2 : ELÉMENTS BIBLIOGRAPHIQUES<sup>13</sup>

1. MAP (Monitoring the Aids Pandemic) rapport annuel, Genève juin 1998.
2. Initiative internationale sur la place des traitements antirétroviraux dans la prise en charge thérapeutique de l'infection par le VIH en Afrique Subsaharienne. Texte IMEA/ANRS, décembre 1997.
3. Texte de consensus sur la « place des antirétroviraux dans la prise en charge des personnes infectées par le VIH en Afrique » Abidjan, 7 décembre 1997 (J.P. Coulaud, coordonateur).
4. Kouchner B., Contre le sida : l'ingérence thérapeutique. Le Monde, 28/2/1998.
5. Secrétariat d'Etat à la Santé : Initiative de Solidarité Thérapeutique internationale. Texte de septembre 1998.
6. UNAIDS et World Bank : documentation et rapports 1998.
7. Caraël M., Schwartländer B. : Demographic impact of Aids, 1998, 12, suppl 1, s1-s50.
8. ANRS : bulletin 23, janvier 1998.
9. ANRS : le sida en Afrique, recherches en sciences de l'homme et de la société, avril 1997.
10. ANRS : 10 ans de recherches sur le Sida en France, 1988-1998.
11. Les sites internet du Crips, d'Act-Up-Paris, d'ONUSIDA et de MDM.
12. Bulletin Sociétés d'Afrique et sida.
13. Vidal L., Le Silence et le Sens. Essai d'anthropologie du sida en Afrique. Anthropos, Paris 1996.
14. Rapport d'activité des missions internationales de AIDES.

---

<sup>13</sup> Les références 9, 12 et 13 contiennent elles-mêmes de nombreuses sources bibliographiques.