

# L'INFECTION PAR LE VIH/SIDA ET LES POLITIQUES NATIONALES ET INTERNATIONALES

Par Pr. Théodore Niyongabo

## I. INTRODUCTION.

Les premiers cas de sida ont été notifiés dès le début des années 1980 aux Etats Unis d'Amérique, en Europe et en Afrique . La société et les politiques ont considéré le sida au début comme une curiosité médicale. Très rapidement il est devenu un problème médical, de santé publique et socio économique majeur.

Les politiques prônées au cours de ces 20 dernières années reflètent l'évolution en terme de connaissances de la maladie et de la perception des effets de cette dernière sur les personnes, les familles et la communauté.

Ces politiques entreprises concernent la recherche fondamentale et appliquée, la prévention de la maladie, la prise en charge des personnes infectées, la protection des personnes infectées et affectées et la mobilisation communautaire, nationale et internationale.

## II. LES POLITIQUES DE LA RECHERCHE EN MATIERE DE VIH/SIDA.

La recherche dans ce domaine s'est fixée plusieurs objectifs, de façon successive ou concomitante. Il s'agit de la connaissance de la maladie, de ses modes de transmission, de sa présentation clinique, de son agent causal, des moyens de diagnostic, des moyens de traitement et de prévention.

Les premières années (1981-1983) ont été marquées par le souci, sur le plan de la recherche, de connaître les modes de contamination de la maladie et d'en déterminer la cause. C'est ainsi que, d'une part, de grandes enquêtes épidémiologiques ont été menées, principalement aux Etats Unis d'Amérique. Ces études sont parvenues à définir rapidement les modes de transmission de la maladie ; à savoir la transmission sexuelle et sanguine , . L'importance de la transmission mère enfant du VIH ne fut mise en évidence que beaucoup plus tard, vers la fin des années 1980 . Ce retard a été dû au fait que le VIH était essentiellement masculin dans les pays du Nord où se sont fait la plupart de ces études. Les cohortes de femmes seropositives enceintes étaient trop faibles.

En terme d'identification de l'agent en cause, plusieurs équipes ont travaillé sur ce sujet dès 1981. Deux ans plus tard, deux équipes, une française du Pr. Montanger et une autre américaine du Pr. Gallo isolaient pratiquement à la même période l'agent viral en cause baptisé virus de l'immuno déficience humaine (VIH), un virus du genre des rétrovirus.

Dès l'isolement du virus, la recherche a orienté ses efforts vers la mise au point d'outils de diagnostic de l'infection par le VIH. En 1985 était mis sur le marché les premiers tests de diagnostic et de dépistage de l'infection par le VIH . De plus, à cette période, plusieurs études ont été menées à la recherche de traitements anti rétroviraux. En 1986, le premier antirétroviral, l'azido tymidine (AZT), fut utilisé et montra ces effets sur le contrôle de la maladie chez l'homme . Cette recherche s'est poursuivie et intensifiée depuis. Elle a permis d'avoir en 2001 plus d'une quinzaine d'anti rétroviraux disponibles.

L'autre axe de la recherche qui a été développé et qui continue à l'être est celui de la mise au point des traitements et des protocoles de traitements des infections opportunistes, cancers et autres maladies liées au VIH. Cette recherche a eu des retombées importantes pour les patients.

Enfin, depuis plus d'une dizaine d'années, la recherche s'emploie à trouver un vaccin anti VIH. Les résultats de la recherche vaccinale restent encore aujourd'hui peu prometteurs.

## III. Les politiques en terme de prévention de la maladie.

Ces politiques se sont développées de façon différente dans les pays du Nord et en Afrique. Elles ont été axées sur la sécurité transfusionnelle, la promotion de l'utilisation de matériel d'injection à usage unique, la promotion de l'utilisation du préservatif masculin, la réduction des comportements sexuels à risque pour le VIH et la réduction de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

### 3.1. Les politiques de prévention dans les pays d'Europe et d'Amérique du Nord.

L'épidémie du VIH dans les pays du Nord a beaucoup touchée la communauté homosexuelle et les toxicomanes. Au début de l'épidémie, plus de 95% étaient des hommes. En 2001, 80 à 85% des personnes atteintes sont masculins, témoignant encore de cette prépondérance de la population homosexuelle et de toxicomane .

#### a. Les politiques de réduction de la transmission sexuelle du VIH

Dans la population des homosexuels, les politiques de prévention ont concentré leurs efforts dans la promotion de l'utilisation du préservatif masculin (PM). La maladie était d'emblée stigmatisante, elle était la maladie des homosexuels et des toxicomanes. De ce fait, les malades atteints étaient exclus de la société. Très rapidement dès le début de l'épidémie, la population homosexuelle a pris elle-même des mesures de prévention dans sa communauté. Nous pouvons considérer ici que la prise de conscience et l'engagement communautaire a guidé la définition des politiques de prévention au niveau national, prônant l'utilisation du préservatif masculin dans les rapports à risque pour le VIH. Les résultats obtenus ont été spectaculaires avec une réduction d'incidence dans cette communauté dans la deuxième moitié des années 1980. En 1987 en France, 75% des homosexuels n'avaient plus de pratiques à haut risque pour le VIH . La diffusion des précautions a été très rapide dans cette communauté. A cette même période, le Sida n'avait encore eu aucune influence sur les comportements sexuels des toxicomanes et des hétérosexuels . Dans la population hétérosexuelle, ils étaient seulement 9% à utiliser le préservatif (4% comme moyen contraceptif et 5% pour se protéger contre le VIH).

Les politiques de prévention chez les toxicomanes ont été plus lentes à se mettre en place, d'une part lié à la faible prise de conscience de la communauté concernée et d'autre part à cause des jugements de valeur négative à leur égard. Cette politique de prévention a été axée sur l'utilisation de seringues à usage unique par les toxicomanes utilisant les drogues intra veineuses mais également dans la promotion de l'utilisation du PM. Les résultats ont été également obtenus beaucoup plus lentement et même maintenant, la

contamination des toxicomanes par le partage de seringue persiste encore et il existe une transmission hétérosexuelle également élevée dans cette communauté.

Au niveau de la population général, les politiques de prévention ont été beaucoup plus lentes à se mettre en place dans la mesure où la maladie a longtemps été considérée comme étant seulement le problème des groupes à risque qu'étaient les homosexuels et les toxicomanes.

### **b. Les politiques de réduction de la transmission sanguine du VIH.**

Au niveau des Centres de transfusion sanguine, dès 1985, après la mise sur pied du test sérologique de dépistage, les politiques de transfusions sanguines ont été élaborées. Elles instaurent le dépistage systématique des produits sanguins et dérivés. Cette politique a permis de réduire de façon importante la transmission du VIH par le sang et ses dérivés. De plus, les techniques de préparation des dérivés sanguins utilisées depuis fin 1985, basées sur le thermosensibilité du VIH, inactivent ce dernier. La population des hémophiles, qui avait été fortement contaminées avant cette période, jusqu'à 70% , de cette population en 1985, a été la principale bénéficiaire de ces politiques.

Dans toutes des structures de soins, dès cette époque la politique de matériel d'injection à usage unique était largement promue et appliquée, de même que la promotion des mesures de protection universelle en milieu de soins.

### **c. Les politiques de prévention de la transmission mère enfant du VIH.**

Le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant fut longtemps négligé malgré la description des premiers cas dès 1983 aux Etats Unis. Le fait qu'il s'agisse de mères toxicomanes, marginalisées a certainement joué un rôle non négligeable dans ce retard. Ce n'est que vers la fin des années 1980 que les alertes itératives furent prises en compte. La communauté a alors pris conscience d'une situation dramatique avec un risque de transmission de la mère à l'enfant dans plus de 25% des cas. Avant la mise au point des schémas thérapeutiques permettant de réduire cette transmission, les questions qui étaient posées étaient celles de l'opportunité d'un dépistage chez une femme enceinte, de conception chez les femmes séropositives, de faire gérer aux familles les situations de séropositivité chez la femme avec le risque de transmission du VIH dans plus de 25% des cas avec la question connexe d'interruption thérapeutique de grossesse ou pas et enfin la gestion de la question de désir d'enfant dans des couples sérologiquement discordants. Dès l'essai thérapeutique (ACTG 076) qui a prouvé l'efficacité de la réduction de la transmission mère enfant par l'AZT, des politiques de généralisation des traitements de réduction de la transmission mère enfant furent prises. Ces résultats étaient confirmés par une étude effectuée en Thaïlande utilisant un schéma thérapeutique plus court. Aujourd'hui cette politique est largement menée dans les pays du Nord. A titre d'exemple en France, la sérologie VIH est proposée dans 90% des femmes enceintes, elle est acceptée dans 99% des cas de femmes qui désirent leur grossesse et 90% des femmes séropositives acceptent le traitement anti rétroviral préventif. Le taux actuel estimé de transmission est inférieur à 1%.

De façon générale aujourd'hui dans les pays du Nord, les efforts de prévention semblent en perte de vitesse. Dans le courant de l'année 2001, on estime en Europe de l'Ouest à 30.000 le nombre d'adultes et enfants nouvellement infectés et à 45.000 en Amérique du Nord . Ce relâchement s'explique d'une part par une moins bonne prise de conscience des jeunes garçons homosexuels qui n'ont pas vu souvent un des leurs mourir contrairement à leur aînés, d'autre part par un non contrôle de l'infection dans la population toxicomane et enfin, par la faible sensibilisation de la population générale. Il faut noter cependant que la majorité des nouvelles infections se retrouvent dans la population des toxicomanes. Il a été démontré cependant que les campagnes de prévention dans cette communauté par des programmes de prévention comportant l'éducation sur le Sida, la promotion du préservatif, la non échange de seringues et le traitement de la toxicomanie étaient efficaces. Il faut actuellement renforcer les volontés politiques des pays d'appliquer des mesures réellement efficaces et ciblant bien les groupes à risque.

## **3.2. Les politiques de prévention dans les pays d'Afrique subsaharienne.**

En Afrique subsaharienne, le mode de contamination le plus souvent en cause est constitué par les relations hétérosexuelles. Ceci explique le sex ratio homme/femme qui est proche de 1. En 2001, le pourcentage de femmes infectées était de 55% de la population totale de séropositifs.

Dans la plupart des pays de cette zone, la prévention a pris un retard considérable par rapport au début de l'épidémie. Les premières actions entreprises ont été le contrôle de la sécurité transfusionnelle.

### **a. Les politiques de réduction de la transmission sanguine du VIH.**

Dans la plupart des centres de transfusion sanguine, dès 1986, le dépistage systématique du VIH était assuré. Cette sécurité s'est progressivement renforcée par la mise en application d'autres stratégies complémentaires dont l'objectif était de réduire au maximum le risque de contamination par le VIH. Il s'agit du prélèvement et de la sélection des donneurs ; de la qualification des dons qui passe par une sélection de donneurs par un questionnaire minutieux complété par un dépistage biologique des principaux agents responsables d'infections sexuellement transmissibles et par transfusions (syphilis, virus de l'hépatite B et C, ...) et d'une préparation minutieuse des produits en éliminant le risque de contamination bactérienne. Actuellement, la sécurité transfusionnelle, là où existent des centres de transfusion, est relativement bonne. Cependant, dans la plupart des régions d'Afrique, le besoin de créer et de renforcer les services transfusionnels efficace répondant aux besoins nationaux de transfusion de sang et dérivés se fait encore sentir.

### **b. Les politiques de réduction de la transmission sexuelle du VIH.**

Peu de données sont disponibles sur la transmission homosexuelle en Afrique subsaharienne. Ce modes de transmission existe certainement mais à des degrés moindre par rapport à la transmission hétérosexuelle. Dans la population générale hétérosexuelle, la politique générale de prévention retenue a été la réduction du risque de transmission sexuelle du VIH. Plusieurs stratégies ont été définies ; les campagnes de masse d'information sur le sida, des campagnes plus ciblées sur certaines populations à plus haut risque (prostituées, routiers, personnels en uniforme, les jeunes, ...), le traitement des autres infections sexuellement transmissibles, la promotion de l'utilisation du PM.

Cette politique de prévention a connu des résultats très mitigés dans la mesure où le taux de séroprévalence a continué à augmenter de façon importante. Il est de 8% en 2001 dans la population adulte, le taux d'incidence est de 1% dans cette même population et le nombre de nouvelles infections est de 3,5 millions au cours de cette même année .

Cependant, dans certains pays qui étaient par ailleurs fortement touchés comme l'Ouganda, des résultats encourageants ont été obtenus. Ils ont été le fruit d'une grande mobilisation générale nationale impliquant entre autre les plus hautes autorités du pays et couvrant l'entièreté du territoire. En Ouganda, la séroprévalence du VIH en zones urbaines chez la femme enceinte est passée de 29,5% en 1992 à 11,25% en 2000. L'utilisation du préservatif masculin au cours des rapports sexuels occasionnels a également augmentée, passant dans 2 Districts de Masindi et Pallisa de 1997 à 2000 respectivement de 42% à 51% et de 31% à 53%. A Kampala ils étaient 98% à utiliser le PM lors des rapports sexuels occasionnels en 2000 .

Ces excellents résultats ne sont pas malheureusement partagés par la plupart des pays d'Afrique car dans ces derniers les politiques menées ne sont pas aussi volontaristes. De plus, d'autres raisons combinées expliquent les résultats encore insuffisants :

- Les grandes campagnes d'information sur le sida, qui utilisent comme outils la radio, la télévision, les brochures et affichages ne touchent pas la grande partie de cette population qui n'a pas accès à ces moyens pour des raisons économiques et de formation. A titre d'exemple au Burundi, seulement 31,6% de la population possède ou écoutent régulièrement la radio, 4,2% regardent régulièrement la télévision, 2,9% lisent régulièrement les journaux et 60,8% savent lire et écrire .

- Le niveau très bas de formation de la population limite l'accès aux différents canaux de communication potentiellement utilisables.
- La pauvreté favorise la promiscuité et la prostitution et limite également la peur du sida dans des populations où les risques quotidiens de maladies et de mort liées à d'autres causes comme les guerres et la faim sont élevés. Cet aspect est fréquemment cité comme obstacle majeur à la prévention.

- La fréquence parfois des autres infections sexuellement transmissibles amplifie l'infection par le VIH.

Les politiques actuelles de prévention du sida en Afrique orientent les efforts vers 4 axes :

- L'information et la formation par des pairs pour arriver à passer des connaissances aux changements de comportement étendu sur toutes les catégories de la population ;

- Une implication forte de la communauté impliquant les plus hautes autorités des pays ;

- Le renforcement de la formation de la population ;

- L'articulation de la lutte contre le sida avec celle contre la pauvreté.

### **c. Les politiques dans la réduction de la transmission mère enfant du VIH.**

C'est en Afrique où la transmission mère enfant du VIH est la plus importante. Sur les 2,7 millions d'enfants vivant avec le VIH/SIDA dans le monde en 2001, la majorité sont en Afrique .

La mise en place d'une politique de réduction de la transmission mère enfant en Afrique se heurte encore à plusieurs obstacles :

- le manque dans certains pays de volonté politique comme ceci a été observé en Afrique du Sud ;

- le peu de dépistage du VIH réalisé chez les femmes enceintes, seulement 11% au Malawi et 14,2% au Burundi ;

- la plupart de femmes qui font le test ne retournent pas chercher le résultat ;

- enfin, ceux à qui on annonce la séropositivité et à qui on propose un traitement, peu d'entre elles le suivent. Elles sont à moins de 50% à adhérer au traitement de réduction de la transmission en Côte d'Ivoire .

Les politiques de prévention de la transmission du VIH de la mère à enfant en Afrique sont encore peu efficaces. Paradoxalement, il s'agit ici d'une des préventions qui pourraient être les plus rentables et facilement accomplies moyennant certaines conditions : un engagement politique fort, un renforcement du counseling et des programmes de suivi prénatal chez les femmes enceintes.

## **IV. Les politiques en terme de prise en charge.**

Les politiques de prise en charge s'articulent sur 3 points : la prise en charge des infections opportunistes et autres affections liées au sida, le traitement anti rétroviral, la prise en charge psycho sociale des personnes infectées et affectées par le VIH. Ces politiques ont été différentes et appliquées à des temps différents dans les pays du Nord et en Afrique.

### **4.1. Les politiques de prise en charge des patients infectés par le VIH dans les pays du Nord.**

a. La prise en charge des infections opportunistes (IO) et autres affections liées au VIH.

Dès le début de l'épidémie, la prise en charge des IO et des autres affections liées au VIH a été assurée et continuellement améliorée. Les nouvelles molécules ont été découvertes et de nouveaux schémas thérapeutiques ont été élaborés permettant de traiter de mieux en mieux les infections bactériennes, parasitaires, fongiques et virales liées au VIH. Cette prise en charge, avant et en dehors des ARV, avait montré son bénéfice pour les patients en terme de réduction de la morbidité, de l'allongement de la durée de vie et de l'amélioration de la qualité de vie des patients. Par contre, la prise en charge des cancers liés au Sida, malgré quelques résultats obtenus avec certaines formes, n'a pas été couronnée de succès nets.

Aujourd'hui, dans la plupart des pays du Nord, la prise en charge des IO et autres affections liées au Sida est considérée comme très bonne et couvrant la majorité des patients infectés.

### **b. Le traitement anti rétroviral chez les patients infectés par le VIH.**

Les premiers anti rétroviraux ont été mis sur le marché dès 1986. La politique adoptée d'emblée était un accès pour tous aux traitements quel qu'en soit le coût. De ce fait, tous les patients en indications thérapeutiques en ont bénéficié et ce jusqu'aujourd'hui. Les mesures d'accompagnement ont été celles permettant une meilleure compliance et une meilleure tolérance thérapeutique.

Les résultats des premiers schémas thérapeutiques (mono ou bithérapies jusqu'en 1995) ont suscité beaucoup d'espoirs. Très vite, les cliniciens se sont rendu compte des limites de ces traitements en terme d'efficacité et de tolérance. L'introduction des trithérapies en 1996, avec comme politique d'accorder un accès large à cette multithérapie, a modifié fondamentalement le pronostic de l'infection, allongeant considérablement la survie des patients, réduisant la fréquence des événements pathologiques liés au VIH et donnant une qualité de vie comparable aux personnes non infectés et réduisant la mortalité en rapport.

Ces bons résultats obtenus expliquent l'accroissement paradoxal du taux de séroprévalence du VIH dans les pays du Nord. En 2001, la séroprévalence du VIH était de 0,3% en Europe de l'Ouest et de 0,6% en Amérique du Nord. En effet, ces chiffres s'expliquent d'une part par une réduction importante de la mortalité et d'autre part par une persistance de nouvelles infections.

### **c. La prise en charge psycho sociale.**

La réduction de l'impact économique et social du VIH a été un des objectifs que se sont fixés les pouvoirs publics des pays du Nord. En effet, plusieurs structures d'appui et d'aide aux patients infectés par le VIH ont été créées. Ces appuis sont de plusieurs formes, appui psychologique, social, économique. La mobilisation communautaire fait qu'actuellement tout patient VIH qui le désire dans les pays du Nord trouve une structure d'aide en rapport avec la nature de ses difficultés et sollicitations.

## **4.2. LES POLITIQUES DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS INFECTES PAR LE VIH EN AFRIQUE.**

a. La prise en charge des infections opportunistes et autres affections liées au VIH.

La prise en charge spécifique des IO en Afrique est restée longtemps peu développée. Elle était intégrée aux services de soins de santé de base dont on connaît la faible couverture en Afrique. Dès le début de la mise en place des programmes nationaux de lutte contre le Sida à partir de 1987, l'accent était plutôt mis sur la prévention et très peu sur la prise en charge. Cependant, un aspect particulier de cette prise en charge a d'emblée retenu l'attention des pouvoirs sanitaires, celui de la tuberculose. En effet, la tuberculose constitue un

des risques sanitaires majeur lié au VIH dans la mesure où les patients VIH+ ont un risque très élevé de développer une tuberculose maladie et exposent les personnes non infectées à la maladie . Les programmes de lutte contre la tuberculose ont été renforcés dans la plupart des pays africains .

Quant à la prise en charge des autres IO, les programmes nationaux de lutte contre le sida dans la plupart des pays de la région n'ont intégré ce volet qu'en début et milieu des années 1990. Cependant, les résultats déjà obtenus restent encore faibles. On estime à titre d'exemple à 15% le nombre de patients correctement pris en charge pour les IO au Burundi . Cette faible performance explique une mortalité qui est encore élevée, 3,5 millions de décès en Afrique en 2001 et une durée de survie encore courte des patients au stade de sida maladie en Afrique.

## **b. Les traitements anti rétroviraux en Afrique.**

Dès le début des anti rétroviraux, aucun pays africain n'a eu comme politique l'accès large aux ARV contrairement au pays du Nord. Le coût exorbitant de ces médicaments, la faiblesse de ressources financières de la plupart des pays et l'importance du nombre de patients en indication de traitement expliquent l'absence d'une telle politique. Cependant, dès 1997, une mobilisation internationale pour l'accès à tous des traitements a commencée à se faire par des ONGs, des associations de séropositifs, de scientifiques, de politiques, ... Les résultats de cette mobilisation orientent les politiques actuellement en structuration :

- Des politiques nationales de facilitation d'accès aux ARV par plusieurs mesures ; détaxation des médicaments, fond de solidarité thérapeutique, ...

- La participation communautaire et l'entraide sociale. Dans ce cadre, des corps, des entreprises, constituent des caisses d'entre aide par des prélèvements spéciaux permettant entre autre aux personnes atteintes d'acheter les médicaments.

- La politique de certaines industries pharmaceutiques de baisser les prix des médicaments pour les pays pauvres ;

- La politique de production de générique à moindres coûts ;

Toutes ces politiques sont entrain de modifier l'accès aux traitements par ARV en Afrique. Cependant, même si les patients sont de plus en plus nombreux à bénéficier de ces traitements, la majorité d'entre eux n'en bénéficierons pas d'ici peu en Afrique, si des efforts substantiels ne sont pas faits en terme de renforcement des structures de soins, devenant plus accessibles, plus attrayants et si les prix de ces ARV ne sont pas à la portée de la majorité des gens.

## **c. La prise en charge psycho sociale.**

Le Sida en Afrique, plus qu'ailleurs, pose d'énormes problèmes sociaux et économiques aux personnes affectées et infectées par le VIH.

- Le nombre d'orphelins du sida augmente considérablement. Il était de 13,2 millions jusqu'à la fin de 1999 dont 12,1 millions en Afrique subsaharienne. Ces orphelins, en plus de la pauvreté occasionnée par la perte d'un ou des parents, risquent souvent la non-scolarisation et deviennent eux-mêmes plus vulnérables pour le VIH.

- Les difficultés d'accès aux soins de santé des malades atteints de Sida. La précarité de leur état de santé, les hospitalisations itératives exposent les personnes atteintes à la perte de leur emploi. De plus, le coût élevé des soins paupérise encore plus les familles affectées par le VIH.

Traditionnellement en Afrique, les orphelins étaient récupérés au sein de la grande famille. Actuellement, l'importance du nombre d'orphelins à prendre en charge, l'urbanisation croissante, la paupérisation grandissante, le modernisme et ses tendances individualistes limitent actuellement le nombre d'orphelins pris en charge. Cependant, les solutions durables ne peuvent être que celles qui s'organisent autour des familles. Les structures sociales ne peuvent être imaginées que comme transitoires en attendant un remplacement dans la famille ou celle d'accueil.

## **V. LES POLITIQUES EN MATIERE DE PROTECTION DES PERSONNES INFECTEES ET AFFECTEES PAR LE VIH.**

L'infection par le VIH a été, à travers la mobilisation des malades et des associations de lutte contre le Sida, une des maladies qui a fait évoluer les relations soignants - malades vers une plus grande " démocratisation " de la prise en charge. Les malades ont lutté pour qu'ils soient mieux informés, qu'ils soient plus associés à la prise des décisions qui les concernent et qu'ils aient une meilleure protection juridique. Les politiques actuellement prônées dans ce domaine visent une meilleure protection juridique individuelle et communautaire à travers la réalisation universelle des droits de la personne humaine et des libertés fondamentales.

## **VI. LES POLITIQUES EN MATIERE DE SOLIDARITE NATIONALE ET INTERNATIONALE.**

L'infection par le VIH a été un des plus beaux exemples de solidarité nationale et internationale. Cette solidarité l'a été au niveau des communautés atteintes, au niveau de la collaboration des associations de lutte contre le sida des différents pays du monde, au niveau des structures sanitaires impliquées dans la lutte contre le Sida et au niveau des pays et des grandes organisations mondiales.

6.1. Au niveau national, l'exemple du Burundi. Le Burundi peut être pris ici en exemple d'un pays à haute prévalence du VIH qui n'a pas encore réussi sa lutte contre l'épidémie de VIH/SIDA. Les raisons qui expliquent ce manque de résultats satisfaisants ou cet échec sont multiples et combinées. Ils sont de nature politique, institutionnelle, socio culturelle et économique.

b. Sur le plan politique, le Burundi, comme beaucoup d'autres pays africains, n'ont pas su mesurer à sa juste dimension l'ampleur et l'impact du VIH. Dès le début de l'épidémie, les politiques ne voulaient pas savoir ou refusaient de savoir et bloquant toute initiative en la matière. On se souviendra de la censure des premières publications dès 1983 faisant état de l'existence du Sida au Burundi. La prise en compte de l'existence de l'épidémie ne l'a été qu'en 1987, soit 4 ans après les premiers cas, avec la création du PNLs. Même admis comme existant, le Sida n'a véritablement été considéré comme un problème national d'importance que vers la fin des années 1990, soit plus de 15 ans après la connaissance de l'épidémie dans le pays. Cette non prise en compte s'est traduite par la faiblesse du budget national alloué au PNLs qui était de moins de 20.000\$ USA en 1997. L'engagement actuel du gouvernement s'est traduit, au cours de l'année 2001 écoulé, d'un plaidoyer par le gouvernement d'un plan national d'action contre de VIH/SIDA 2002-2006 pour un montant de 233 millions de dollars américains. Sans nul doute que ces moyens permettront, s'ils étaient obtenus, de mener les actions de lutte qui à leur tour faciliteront la lutte contre le Sida.

b. Sur le plan institutionnel, le PNLs a été dès sa création un des départements du Ministère de la Santé Publique dirigé par un Directeur de département avec une très faible visibilité et peu de moyens alloués que ce soit financiers ou humains. Cette structure de coordination avait un faible pouvoir de décision par son enclavement institutionnel et son absence d'autonomie de gestion. A titre illustratif, le PNLs dépendait hiérarchiquement de la Direction des Programmes de Santé, lui-même dépendant respectivement de la Direction Générale de la Santé Publique et du Cabinet du Ministre. Cette position institutionnelle a eu un impact négatif certain par l'absence d'initiatives prises et le peu de plaidoyer fait pour la lutte contre le Sida. L'année passée en 2001, cette structure a été modifiée pour une

plus grande visibilité. En effet, il a été créé un Conseil National de Lutte contre le Sida (CNLS) qui dispose d'une administration à gestion autonome rattachée au Ministère délégué à la Présidence de la République chargé de la lutte contre le VIH/SIDA au Burundi. Cette structure est chargée de la coordination de la politique nationale et de la mobilisation des ressources. Tel que conçu, cette coordination de la lutte contre le Sida pourrait être un pôle d'excellence, autonome et fonctionnel animant des interventions dans les différents secteurs du pays.

c. Au niveau socio culturel, les résultats de la dernière enquête socio comportementale soulignent quelque uns des obstacles culturels entravant la lutte contre le Sida :

- La peur des personnes infectées par le VIH allant jusqu'à proposer des mesures extrêmes contre eux empêche des actions en surface (29,4% suggèrent de les isoler et 30,4% de les emprisonner).
- La peur de connaître son statut sérologique
- Les mauvaises croyances concernant l'utilisation du préservatif (10,5% pensent qu'il transmet le VIH) et mauvaise presse (23,2% pensent qu'il diminue le plaisir sexuel)
- Les pratiques sexuelles à haut risque de contamination par le VIH : la précocité des rapports sexuels (16,9% des jeunes de 10-14 ans ont déjà eu des rapports sexuels) et l'existence d'autres risques de mort à court terme comme la faim, la guerre et les autres endémies qui mettent au second plan la perception du danger. La résultante en est une acceptation d'un plaisir momentané même si ce dernier comporte un risque de transmission du VIH.

d. Au niveau économique, la situation d'extrême pauvreté dans laquelle se trouve une grande partie de la population peut rendre plus vulnérable certaines personnes. Certaines femmes publiques justifient cette prise de risque par l'extrême pauvreté telle cette femme de Bujumbura qui dit en substance ceci : " si un client est déjà dans la maison, il te dit de lui rendre son argent si tu veux faire l'amour avec un préservatif ; tu réfléchis, il fait nuit, tu as des enfants qui vont réclamer de quoi manger le lendemain, tu n'as pas d'argent. Tu n'as pas de choix, tu acceptes ". Nous l'avons vu également dernièrement dans les camps de réfugiés de Sierra Leone, du Libéria et de la Guinée où des abus sexuels sont commis régulièrement sur des jeunes filles en échange de quelques besoins de survie au quotidien. Partant de toutes ces situations ci haut citées, il est fondamental que la lutte contre le Sida intègre dans ses programmes prioritaires la lutte contre la pauvreté.

d. La réponse apportée par les ONGs.

La lutte contre le Sida a été un élément de mobilisation communautaire important. En effet, beaucoup d'ONGs locales ont vu le jour. Leur contribution l'a été essentiellement dans la prévention. Depuis quelques années, elles œuvrent dans le domaine de la prise en charge, particulièrement au niveau des soins à domicile. Leur apport reste cependant très modeste par rapport à l'étendue des besoins. Quant aux ONGs internationales, elles commencent à peine à entreprendre quelques actions de portée très limitée. Il faut cependant souligner l'appui important apporté à la lutte contre la tuberculose par " l'association des Frères Damien " qui finance et cela depuis longtemps, le Programme National de Lutte contre la Tuberculose au Burundi rendant le dépistage et le traitement accessibles et gratuits.

e. La réponse apportée par les bilatéraux et multilatéraux.

Les coopérations bilatérales ont appuyé certains domaines de la prise en charge, particulièrement la prévention. C'est ainsi que le volet sécurité transfusionnelle est entièrement couvert par des appuis combinés de la coopération italienne, de la Communauté Européenne et de l'OMS. Quelques actions dans la prise en charge des Infections Sexuellement Transmissibles ont été menées conjointement par l'OMS et la coopération belge. L'Unicef appui des actions de prévention en milieu scolaire et vient également d'appuyer un programme pilote de prévention de la transmission mère enfant du VIH. Le PNUD appui quant à lui les ONGs locales dans le domaine des soins à domicile, dans la prévention en milieu de soins et dans la protection juridique. La coopération française a entrepris quelques actions dans le domaine des soins. Enfin, dans le cadre de l'OMS et de l'ONUSIDA, un appui à la gestion a été apporté au PNLS dès sa création jusqu'aujourd'hui.

Toutes ces actions menées par la communauté nationale et internationale, par les autorités publiques et le secteur privé sont encore de portée très limitée. En effet, si ces actions peuvent être jugées au travers des résultats obtenus, nous voyons maintenant que le taux de séroprévalence continue à augmenter (11,3% dans la population adulte en 2001), que seulement 15% des patients ayant des infections opportunistes ont des soins adaptés, que moins de 3% des patients en indication thérapeutique sont sous anti rétroviraux et que seulement moins de 10% d'orphelins sont pris en charge. Des actions beaucoup plus importantes et coordonnées doivent être menées pour réussir à infléchir l'épidémie du VIH/SIDA au Burundi.

## 6.2. Au niveau international.

a. Au niveau des associations de lutte contre le Sida. Dans les pays du Nord, les associations ont acquis une grande expertise dans la mobilisation communautaire. Elles ont participées à la recherche, aux actions de prévention, à la mise au point des traitements et à l'accompagnement thérapeutique. Leurs actions ont contribué à faire évoluer les politiques de santé publique vers une meilleure prise en compte des préoccupations des malades et vers une meilleure relation soignant-soigné. Cependant, si leurs actions sont actuellement importantes au Nord, leur apport reste encore limité au Sud et ceci à cause de leurs faibles moyens.

La coopération Nord-Sud et Sud-Nord des associations de lutte contre le Sida a permis de faire le plaidoyer de la lutte contre le sida dans les pays du Sud. Les résultats spectaculaires l'ont été entre autre dans l'accessibilité aux soins incluant les ARV.

b. Au niveau des pays et organisations internationales, la réponse politique a été la création, en 1987, du GPA/OMS chargé d'orienter et coordonner les actions de la lutte contre le Sida avec comme moyens les fonds multilatéraux alloués à cette lutte. Devant l'ampleur des actions à mener, le GPA/OMS a été transformé en programme mondial Sida appelé ONUSIDA pour permettre une réponse coordonnée et élargie au fléau : " il est apparu qu'un programme unissant les institutions des Nations Unies dont les compétences et mandats sont complémentaires était nécessaire au vu de l'urgence et de l'ampleur de l'épidémie, de ses profondes racines socio-économiques et culturelles, des tabous et de l'hypocrisie qui entourent la question du VIH et ses modes de transmission, de la discrimination et des violations des Droits de l'Homme auxquelles sont confrontées les personnes infectées et celles menacées de l'être ". Une étape importante dans la prise de conscience a été franchie au courant de l'année 2000. En effet, les Nations Unies, qui n'avait jamais pris aucune grande résolution dans le domaine de la santé publique, s'est réuni 3 fois pour discuter des mesures à prendre dans la lutte contre le Sida. Les résolutions prises sont articulées autour de l'optimisation des politiques de santé et de développement, de la réduction des coûts de la prise en charge des soins et d'un effort accru dans le domaine de la recherche de nouveaux produits pharmaceutiques et sur les aspects sociaux liés aux maladies transmissibles .

Nous voyons ici l'émergence d'un discours de bonnes intentions pour lutter contre le VIH/SIDA. Les actions entreprises jusqu'aujourd'hui au niveau mondial sont encore largement insuffisantes pour espérer qu'elles puissent infléchir l'épidémie de façon durable. L'analyse de quelques résultats obtenus pourrait aider à comprendre les actions encore à mener.

Une des belles réussites de la prévention l'a été dans la population hétérosexuelle des pays développés. Plusieurs conditions réunies ont permis ce succès : le niveau de formation très élevé dans cette communauté, leurs conditions matérielles leur faisant accéder à tous les canaux de communication et leur grande implication dans la lutte. Un autre cas qui peut être cité en exemple est celui de l'Ouganda

où là également un certain nombre de conditions réunies a permis d'infléchir l'épidémie au cours de ces dernières années. Il s'agit du niveau élevé de traumatisme de la population avec des villages entiers décimés par la maladie, de la forte implication de tous les pouvoirs du pays (politiques, religieux, communautaires, ...), la grande mobilisation de la communauté à travers entre autre des associations de lutte et tout ceci accompagné de moyens financiers importants pour mener des actions.

Ainsi, les axes qui pourraient être empruntés dans la lutte contre le Sida sont à la fois médicaux, socio économiques et éducatifs. Sur le plan médical, la pandémie du Sida a enlevé le rideau qui voulait cacher l'état de délabrement des soins dans les pays du Sud. Si la prise en charge des IO et des ARV n'a jamais suscité de débats dans les pays du Nord, c'est que tout ceci rentraient dans une continuité de soins assurée à la communauté et pour toute pathologie. Au Sud, le Sida est venu rappeler que beaucoup de malades n'avaient pas de soins adaptés même pour les maladies peu coûteuses rentrant ici dans le cadre des IO. Il est dès lors évident que la prise en charge clinique du Sida au Sud doit être intégrée dans le système et la politique générale de soins ici renforcé. Ce renforcement des soins passe par l'existence d'infrastructures physiques, de leur équipement et approvisionnement régulier, de l'existence de ressources humaines suffisantes et de la qualité et attractivité des services offerts. Dans ce cadre, la question des coûts des traitements est au centre du débat qui, au-delà des considérations économiques, doit être éthique et humain. S'il est logique que des industries pharmaceutiques doivent percevoir des bénéfices sur les médicaments, ces mêmes industries et la communauté internationale doivent trouver des mécanismes de compensation pour que ces produits, en particulier les ARV, soient accessibles aux principaux bénéficiaires dans le souci d'éthique, d'équité et d'humanité.

Sur le plan éducatif, les données épidémiologiques ont montré que c'est principalement chez les jeunes que se fait le maximum de contamination. Dès lors, les campagnes de prévention efficaces sont celles qui touchent les jeunes. On sait par ailleurs que les jeunes scolarisés sont ceux qui sont facilement accessibles géographiquement et structurellement. La prévention est facilement intégrée dans le cursus de formation et le fait d'être formé facilite la compréhension et l'adhésion aux messages. Ainsi, une lutte efficace et à long terme pour le VIH est celle qui renforce également l'éducation et la formation des jeunes.

Sur le plan socio économique, il a également été souligné que quelqu'un qui lutte pour la survie au quotidien est peu enclin à la prévention d'une maladie dont la mortalité n'est pas immédiate après contamination. De plus, une vie décente incite les bénéficiaires à la préserver et à se protéger contre toute maladie pouvant la compromettre. Ceci est vrai pour le VIH comme il l'est pour les autres maladies dont la prévention nécessite des mesures soutenues. Dès lors, la lutte contre la pauvreté trouve ici sa place centrale dans la lutte contre le VIH/SIDA.

Ainsi organisé, l'appui international à la lutte contre le Sida dans les pays en développement éviterait l'exode qui est entrain de se faire du Sud vers le Nord. Il se fait actuellement pour des raisons économiques (fragilisant encore plus les pays du Sud dans la mesure où se sont les jeunes formés qui partent les premiers), socio sécuritaires (fuyant les conflits de toute sorte) et sanitaires pour un meilleur accès aux soins. Ces derniers temps beaucoup de patients séropositifs ont gagné le Nord uniquement pour pouvoir accéder aux soins. Pour l'intérêt réciproque, la lutte contre le Sida devient ainsi une préoccupation planétaire partagée qui doit retenir l'attention de tous et bénéficier des moyens de lutte adéquats dans ses principaux axes prioritaires. L'existence du virus VIH dans une communauté est une condition nécessaire et non suffisante à sa propagation. Seuls, les contrôles efficaces de tous les facteurs facilitant l'épidémie empêcheront la progression du Sida dans le monde.

### **Conclusions.**

Il y a à peine une vingtaine d'années que la pandémie du Sida s'est déclarée. Au début de l'épidémie, plusieurs Etats touchés n'ont pas voulu accepter la réalité de son existence, retardant ainsi le début de la mise en place de politique de lutte contre ce fléau. L'évolution de la séroprévalence est un des témoins de ce retard dans la prise de décisions. De plus, les malades touchés étaient exclus, marginalisés.

Très vite, la société a réalisé que la pandémie du Sida, au-delà de la menace qu'elle constitue pour la santé des communautés, a également un impact négatif important sur les économies des nations et leur développement économique et social. Les politiques prises au début de l'épidémie étaient essentiellement axées sur la prévention et l'accompagnement des malades. Ces politiques ont progressivement évoluées vers une approche globale intégrant notamment d'accès aux traitements. Aujourd'hui, il apparaît de plus en plus évident que la lutte contre le Sida doit passer par un renforcement global des systèmes de santé des pays, par un renforcement du système éducatif et une articulation avec la lutte contre la pauvreté, autrement dit avec le développement socio économique des pays.