Épidémie à VIH, actions et programmes de santé dans les pays en développement : comment faut-il les repenser ?

Stéphane F. Tessier

La santé sans le Sida

L'image et la crainte de l'épidémie à VIH prennent une importance considérable, et, souvent, prédomine l'impression qu'avant elle, le secteur sanitaire fonctionnait relativement bien. En fait, cette pandémie est survenue alors que les services de santé des pays en développement traversaient déjà une crise profonde, aussi bien économique que stratégique, particulièrement aigüe en Afrique. Pour comprendre comment le Sida a pu interférer sur le système de santé et ses programmes, il peut être utile de retracer à grands traits l'histoire de son évolution et du décor général dans lequel celle-ci s'est déroulée.

Variant avec le temps, les débats et les orientations des décideurs ou organisations, acteurs nationaux et internationaux du développement sanitaire, constituent ce qu'on peut qualifier comme une « culture du développement sanitaire », constitutive d'un « paysage sanitaire général » (« PSG »). Celui-ci concentrerait la connaissance acceptable et acceptée (common knowledge) à un moment donné, les concepts, les préjugés et l'idéologie pré-dominants (pas seulement sanitaires) qui commandent toutes les décisions et comportements des acteurs du développement sanitaire.

Ainsi, certains traits essentiels de ce « PSG » du milieu des années 1980 reposaient sur l'efficacité technologique de la médecine occidentale, l'importance d'une accessibilité universelle des soins (gratuité, couverture géographique), ainsi que la nécessité de recourir à la planification des programmes et au choix de priorités pour l'allocation des ressources. De tels choix font appel à une démarche complexe de définition des priorités de santé par problèmes à partir de critères épidémiologiques et technologiques [1]. Si une telle approche est discutée car elle engendre une distorsion technocratie des actions de santé par rapport à une réalité complexe et multifactorielle [2], elle est aussi remise en cause dans ses fondements scientifiques [3]. Sa prééminence dans le « PSG » explique néanmoins une grande partie des réflexes économiques que l'on observe actuellement.

Sur cette base sont nés les programmes de lutte contre la malnutrition, contre la mortalité par diarrhées, les programmes de vaccination, de planification familiale, etc., lancés avec force et détermination par les organisations internationales et les gouvernements. La période des années soixante et soixante-dix pendant lesquelles les politiques de santé s'articulaient autour de deux directions : curatif hospitalier et campagnes mobiles des grandes endémies, y fut particulièrement favorable. Plus tard, le « PSG » des années 1980 — « années Alma Ata » — peut se résumer en un slogan, prononcé par l'OMS en 1978 : « La santé pour tous en l'an 2000 », avec une stratégie qui reposait sur une conception communautaire et globale (comprehensive) de la santé universelle [4]. Le débat fut très houleux entre agences de développement, et la tendance qui l'a emporté était de maintenir le ciblage des programmes (programmes sélectifs [5]). Les difficultés économiques et techniques d'un abord global des programmes de santé étaient alors considérées comme infranchissables.

La santé et la crise

Imprevue, la crise mondiale de la dette des pays en développement a surgi. Engendrant un recul par rapport aux positions d’Alma Ata, elle a souvent été utilisée comme argument pour confirmer le doute sur la viabilité des programmes globaux. L’ajustement structurel (même s’il recherchait un visage humain [6]) et la désépargne des services de santé firent leur apparition dans le « PSG ». Oubliant sur quelle base de discussion les ressources avaient été allouées jusqu’alors (en particulier privilégier la sélectivité afin de maintenir l’équité), les décideurs déclarèrent impossible de maintenir à la fois la gratuité (à l’extrême, l’accessibilité universelle) et la qualité des soins (mesurée sur des critères techniques occidentaux). Une solution a alors été recherchée par le recouvrement des coûts et

S. Tessier : Centre International de l'Enfance, château de Longchamp, Bois de Boulogne, 75016 Paris, France.

Tirés à part : S. Tessier.
l’amélioration de la gestion des services de santé, résumés, pour l’Afrique, dans la fameuse « Initiative de Bamako » de 1987 [7]. Celle-ci, entre autres, articule amélioration de la viabilité des services de santé avec vente de médicaments essentiels.

Cependant, à bas bruit et simultanément apparaissait l’épidémie à VIH. Une fois de plus, l’Afrique était le continent le plus touché par les deux phénomènes. Les autres continents, encore peu affectés par l’épidémie, disposent de programmes de santé identiques pondérés sur des analyses similaires. Si les contextes économiques et technologiques sont fondamentalement différents, les principes et modalités des répercussions de l’épidémie à VIH sur les activités de santé sont similaires. On peut en conséquence espérer que les expériences et la démarche acquises en Afrique devraient pouvoir être utilisées dans d’autres pays en développement.

**VIH et activités de santé**

Les interactions entre l’épidémie à VIH et les programmes de santé ont une nature et une ampleur largement ignorées. Sous le poids de l’urgence ou de la pression des financiers [8], les recherches se sont toujours concentrées sur le phénomène spécifique du Sida et sur les moyens de contrôler l’épidémie. Ainsi, tant dans le domaine épidémologique [9, 10] que socioanthropologique [11, 12], les études ont systématiquement privilégié les aspects d’évaluation des programmes de lutte contre le Sida, de description de l’épidémie ou de prise en charge des patients.

Il est pourtant admis que le retentissement du VIH sur les services de santé est important, aussi bien sur le plan épidémiologique que sur celui des rapports que ces services entretiennent avec la population. Même en dehors des zones d’endémie, grâce au système d’information mondial mis en place et à l’extrême médiatisation de la maladie, chaque ministère de la Santé, institution de formation ou hôpital connaît l’existence du Sida et modifie en conséquence ses comportements. Pour éviter les réflexes stéréotypés, ce retentissement devrait être objectivement pris en compte [13].

Les activités de santé comprennent les grands programmes d’amélioration de la santé de la mère et de l’enfant du « PGG » actuel (Programme élargi de vaccination — PEV —, les luttes contre les infections respiratoires aigües, la tuberculose, la malnutrition ou la mortalité par diarrhées, la maternité à minde risque, la planification familiale, ou encore l’Initiative de Bamako). La situation est telle qu’en l’absence d’information scientifique et de recherche dans le domaine, la plupart de ces programmes sont poursuivis à l’identique, sans tenir compte de la nouvelle situation, que ce soit dans leurs stratégies ou dans les indicateurs servant à mesurer leur « efficacité ». En outre et parallèlement, se sont surajoutés au « PGG » les nouveaux et vastes programmes de lutte contre le Sida. Il peut être temps de chercher à systématiser l’étude de telles répercussions. Dans ce but, par commodité, on a distingué les séquences médicales liées à la présence du VIH dans le milieu, des séquences indirectes placées sous l’influence de variables intermédiaires. Cette démarche s’inspire du cadre établi par Kaplan pour l’étude des relations entre facteurs psycho-sociaux et VIH [14] et des raisonnements mis en œuvre par les modélisations mathématiques de l’épidémie [15].

**Répercussions médicales**

Elles sont les plus détaillées dans la littérature car elles impliquent directement les personnels de santé et les programmes de lutte contre le Sida. L’apparition du VIH ou sa crainte ont en effet modifié de nombreuses pratiques médicales de routine, à tous les stades de l’exercice.

**Dépistage**

Le dépistage du VIH est devenu un des pivots de la pratique médicale, avec trois types de justification, en dehors des procédures diagnostiques classiques : les modifications d’indication de traitements, la protection du personnel et la surveillance épidémiologique.

Les indications de certaines thérapeutiques lourdes varient selon l’état sérologique du patient. Le plus souvent effectué sans rationalisation [16], ce dépistage proche du systématique pose des questions éthiques [17]. Il nécessiterait en fait un calcul mettant en balance le pronostic de la pathologie non traitée avec celui du Sida, la pathologie étant traitée. Un raisonnement de même type est utilisé à propos de la poursuite d’une grossesse chez une femme séropositive [18], ainsi que du traitement des tuberculoses [19] ou des malnutritions [20]. Le masasme est en effet, en zone d’endémie, un signe très évocateur de séropositivité [21]. La protection du personnel de santé est au cœur des préoccupations [22-24] motivant parfois le dépistage systématique de tout malade opérable [25, 26]. Enfin, la surveillance épidémiologique repose sur certains groupes indicateurs tels que les femmes enceintes ou les donneurs de sang. La communication des résultats aux intéressés non prévenus d’un tel dépistage pose de douloureux problèmes de conscience.

Outre les activités curatives, les programmes de lutte contre la malnutrition et la prise en charge des femmes enceintes sont les plus directement concernés par ces pratiques.

**Pratiques thérapeutiques**

L’abord des pathologies nécessitant une transfusion est reconsidéré dans tous les pays. Un des effets positifs de l’épidémie est d’avoir permis d’améliorer la qualité des produits sanguins avec la mise en place de banques de sang. Plus dangereuses sont les limitations d’indication de transfusion, faisant souvent atteindre des chiffres dramatiques d’anémie avant d’utiliser un sang dont on n’est pas toujours certain du contrôle. Les programmes de prise en charge des accouchements, du paludisme, de la drépanocytose — dont l’endémie est importante en Afrique centrale — sont à leur tour directement concernés, avec des conséquences parfois très négatives sur leurs résultats.

Les protocoles thérapeutiques mis au point dans les années pré-Sida ne sont plus applicables. Ainsi les tuberculoses en milieu de forte prévalence ne peuvent se traiter de façon courante avec les médicaments onéreux prévus par les programmes initiaux [19, 27, 28]. Les programmes de prise en charge des infections respiratoires aigües ne peu-
vent être aussi simplifiés qu’il était initialement prévu. La réalimentation des enfants dénutris, souvent hospitalisés à de multiples reprises, pose des problèmes similaires ainsi que le programme de lutte contre la mortalité par déshydratation. Reposant sur l’utilisation isolée de réhydratation par voie orale, ce programme considérait la diarrhée comme un épisode spontanément curable ne justifiant pas de traitement particulier. Or, les diarrhées chez les enfants séropositifs sont le plus souvent d’origine infectieuse [29], qui, elle, nécessite une thérapeutique spécifique [30].

Le programme de contrôle des maladies sexuellement transmissibles a, quant à lui, été renouvelé et renforcé. De nouvelles et multiples actions de dépistage, de traitement et d’éducation sanitaire ont pu être lancées à la faveur de la lutte contre le Sida. Directement liée aux habitudes de prescription, l’« Initiative de Bamako » repose sur le recouvrement des coûts des soins et l’utilisation rationnelle des médicaments essentiels. En pays de forte endémie, la liste des produits considérés comme essentiels devrait inclure le contrôle des infections opportunistes les plus fréquentes. Or nombre d’entre eux (antifongiques en particulier) sont très chers et inaccessibles à la fois à la majorité des patients et aux centrales d’achats des pays en développement. On peut ainsi se poser la question de savoir sur quels critères un médicament apparaît essentiel ? L’accessibilité financière ou le réel besoin ? En outre, la structure des coûts et des tarifs pratiqués par les producteurs pharmaceutiques ne semble pas prête à être modifiée en fonction des besoins nés de l’épidémie à VIH.

Dans ces conditions, des choix drastiques sont effectués à la fois sur les listes d’importation et sur la distribution dans les lieux d’utilisation, sans qu’une réelle réflexion permette de les guider. Les zones rurales ne pouvant subvenir à l’usage de produits de ce type font l’objet de protocoles standardisés adaptés au contexte du lieu de soin [31]. Le principe fondamental d’équité de l’« Initiative de Bamako » apparaît ainsi menacé.

Protection

De nombreuses précautions (nouvelles ou renforcées) sont prises vis-à-vis des procédures médico-chirurgicales afin de limiter leurs dangers de transmission du virus [22]. La contamination est crainte entre les patients (stérilisation du matériel, utilisation de seringues jetables et blocables ou stérilisables), des patients au personnel de santé (modification des techniques d’élimination des déchets, des aiguilles, protection des accouchées et des sages-femmes modernes et traditionnelles [32]) et du personnel de santé aux patients [33, 34]. Très sensible et généralisée à l’ensemble de la planète, l’amélioration de ces procédures a limité la transmission de multiples germes (virus de l’hépatite en particulier) et peut être considérée comme un autre effet secondaire bénéfique de l’épidémie à VIH [35].

Le programme élargi de vaccination, avec les millions de doses annuelles injectées, est le premier concerné. Il a beaucoup contribué à la diffusion de l’usage de sérum stérilisables, de la même façon que le programme de contrôle du paludisme [36]. Le programme de lutte contre la mortalité maternelle, lui, attend encore d’être modifié avec, en particulier, la généralisation de l’usage de gants et de tabliers par les accoucheuses traditionnelles en zone rurale et la rationalisation des pratiques institutionnelles.

Répercussions démographiques

Les indicateurs le plus souvent retenus subissent des influences contradictoires. La baisse de fécondité prévue par certains modèles repose sur la prévision d’une diminution du nombre des femmes en âge de procréer [42] mais il faut aussi compter sur les possibles modifications des comportements de procréation (rattrapage). D’autre côté, si le nombre de naissances peut globalement diminuer, la proportion d’enfants naissant infectés risque d’augmenter, aggravant les chiffres de mortalité infantile.

Répercussions économiques

Les modifications de pratiques, de stratégies et l’émergence de nouveaux profils épidémiologiques ont un coût dont les répercussions sont très difficiles à estimer [43], surtout dans les pays en développement [44]. Déjà en pays développé, elles apparaissent très importantes et en progression constante lorsqu’elles sont étudiées [45].

En structures curatives, l’afflux de nouveaux malades, la mise en place de dépistages et des procédures de protection engendrent un nouvel appel de fonds. Sous la pression de l’urgence du traitement, de l’angoisse de la transmission, du sentiment de responsabilité professionnelle, de plus en plus d’argent devra être consacré aux dépenses de santé, selon cet effet d’entraînement curatif. Alors que les ressources publiques disponibles pour de telles activités sont en baisse, il apparaît que les patients sidéens ne pourront subvenir à leurs dépenses de santé. Le recouvrement des coûts de ces soins sur les seules ressources privées est donc impossible.

Une des solutions envisageables serait de mettre en place des mécanismes de mutualisation du risque, mais en zone
de forte endémie ces systèmes soulèvent de nombreuses questions :
— Quelle mutualisation serait supportable par des économies en crise, surtout rurales ?
— En dessous de quel chiffre de prévalence du VIH une mutualisation du risque est-elle envisageable ? Et quelle solution proposer au-delà ?
— Quels traitements peuvent être concernés par de telles assurances ? Et à quel coût ? Quels produits doivent exclure, et sur quelle base ?
— Quelle mutualisation opérer par rapport aux autres pathologies restant toujours en tête des fréquences et des soucis de la population (paludisme, etc.) ?
En tout état de cause, et déjà en dehors de l'épidémie à VIH, la mutualisation du risque « maladie » est difficile à mettre en place de façon fiable et équitable dans les pays en développement.

Des choix implicites

On est donc confronté à un nombre plus élevé de maladies, plus longtemps touchées alors que globalement moins de moyens financiers (publics et privés) sont disponibles. De ce fait, les professionnels de la santé sont contraints d'effectuer des choix le plus souvent implicites sur les indications thérapeutiques.

Qui doit être traité et qui ne doit pas l'être, qui peut bénéficier des traitements lourds et qui va en être privé, quelle structure et dans quel lieu les traitements doivent-ils être mis à disposition ? Nul ne peut dire selon quelle rationalité ces choix sont faits, en dehors de critères politiques et financiers d'ordre purement individuel. En corollaire de ces choix implicites et de la logique qu'ils engendrent, l'allocation des ressources publiques effectuée par le pouvoir central suit une procédure subjective qui privilégie les activités dans le domaine curatif hospitalier central, urbain, au détriment de celles situées dans le secteur des soins de santé primaire, plus périphérique. La plus grande proximité géographique et culturelle des décideurs (et leur utilisation potentielle) explique ce « choix ». Les zones rurales, alors que l'épidémiologie du Sida y est de plus en plus menaçante, sont en conséquence écartées des possibilités curatives.

L'universelle accessibilité aux soins curatifs prononcée à Alma Ata paraît bien compromise, mais les problèmes portent aussi sur les activités préventives. Au sein du « PSG » cité en introduction, le Sida apparaît sur une base épidémiologique comme un problème spécifique, prioritaire selon les critères habituellement retenus. Quelle que soit la méthode utilisée, ces derniers utilisent toujours une comparaison pondérée combinant l'ampleur, la gravité et la vulnérabilité du problème de santé (réduit à une pathologie) [1]. En fait, cette méthode est beaucoup plus subjective qu'elle n'y paraît [3, 46]. Depuis le choix des pathologies qui forment la liste de base pour les comparaisons, jusqu'au classement hiérarchique des priorités, en passant par les facteurs de pondération appliqués, toutes les étapes font appel à un jugement de valeur, implicite ou explicite [47].

Suivant cette approche, un biais systématique est appliqué en faveur du contrôle et de la prise en charge du Sida, au détriment des autres problèmes de santé. Expliqué par le terrain par la rapidité de l'aggravation de l'épidémie, et par le souci de contre-carrer la tendance curative « naturelle » soulignée plus haut, ce biais tire ses sources de façon plus profonde dans le fonctionnement même des institutions nationales et internationales, dans les angoisses de leurs décideurs et les distorsions des démarches de recherche [48]. Concrètement, il a engendré un flux massif de ressources et d'énergie vers la lutte contre le Sida. De grands programmes ont été lancés, plus vastes encore que leurs prédécesseurs, sans réelle rationalité les sous-tendant [11].

Facteur supplémentaire de blocage et de tension, les processus de décision au sein des organismes d'aide tendent à privilégier la rémanence (parfois en diminuant leur part budgétaire) des programmes pré-existants et l'ajout de nouveaux programmes plutôt que leur modification ou l'intégration de nouvelles données.

Chaque programme de santé subit les conséquences budgétaires de façon différente. Intégrés dans les organismes de lutte contre les maladies transmissibles, et ne bénéficiant pas de réel soutien politique des agences d'aide, les (vieux) programmes de lutte contre le paludisme et la tuberculose voient leurs budgets réduits à la fois par la crise (l'ajustement structurel sert de prétexte idéal) et par ces choix de priorités qui les touchent directement dans leur institution. La lutte contre les infections respiratoires aiguës, programme récemment mis en place, n'a pu ainsi atteindre l'envergure qui lui était destinée au départ. Plus protégés car plus à l'écart des centres nationaux de décision tout en étant sous l'œil attentif des organisations internationales, les Programmes élargis de vaccination, de lutte contre la mortalité maternelle ou liée à la déshydratation par diarrhée, ou encore de planification familiale, arrivent à conserver certains budgets.

Néanmoins, tous ces programmes, soutenus jusqu'alors par les organisations internationales et les agences bilatérales, se sont vu imposer du fait de la crise, un objectif prioritaire de prise en charge locale de leurs dépenses et de réduction des coûts. Dans de telles conditions, on est en droit de se poser la question de la rationalité, en particulier économique, de la création de nouveaux programmes verticaux. Dans les pays en développement, l'épidémie à VIH, quelle que soit son ampleur, a donc créé un double système d'attirance de ressources alors que le budget global consacré à la santé était déjà en réduction. D'une part, les structures curatives s'organisent pour la prise en charge à la fois des pathologies induites et des nouvelles précautions nécessaires. D'autre part, sous le prétexte de l'urgence et d'une apparente rationalité, le « PSG », loin d'adapter ses structures, s'est vu adjointe la création d'un programme de santé « vertical », avec les surcoûts administratifs et la logique de compétition pour les financements qu'une telle création implique.

Sans parler du tout récent lancement de la fondation mondiale de recherche sur le Sida désavouant la stratégie de l'OMS.

Répercussions psycho-sociales et anthropologiques : la crise de confiance

L'épidémie à VIH a modifié les rap-
Summary

How should health programs be adapted to the HIV epidemic in the developing countries?
S. Tessier

The HIV epidemic occurred while the health system of developing countries was passing through a severe mutation, which is shown in the health's ideas and concepts prevalent at that time. Within this 'health and development common knowledge', the recent economic crisis motivated a desperate search for reduction of health public expenditures. Leaving the idea of free services, drastic limitations of the public sector were decided, while the private sector could not afford the taking over. Nevertheless, this economic 'gain' (if ever effective) is now jeopardized by the emergence of HIV and its consequences in terms of increasing health costs due to renewed pathologies, enhanced precautions and screening procedures. As a matter of fact, several different aspects of health programs and strategies have been affected. The systematic HIV testing of the patients is sometimes extended to part of (if not the whole) population. Many medical and surgical procedures have been modified, with the limitation of the transfusions, increasing necessary precautions, modifying prescription practices, including for example new drugs in the essential drugs list. The circulation of some germs such as BK, as well as the number and clinical profile of many pathologies (malnutrition, diarrhoea) has increased. Economically, no one knows what is the direct or indirect cost of HIV in developing countries, but everybody agrees on the fact that it threatens the whole health cost recovery system recently launched (Bamako's Initiative in Africa). Therefore, in the health resources' distribution, implicit choices are made by the politicians and the prescribers. Among other instances, an illustration is the fact that AIDS acts for hospitals as a 'fund's double pump' at the expenses of preventive activities, increasing the number and the severity of the patients and emphasizing the need for more curative services. On the other hand, the relations between the population and the health services have been modified under a kind of 'trust crisis'. The health staff, sometimes attracted by career perspectives offered by the AIDS field is more often dropping out from the underpaid and dangerous jobs in health services. Taken one by one, the vertical health programs aimed at controlling specific pathologies, already questioned on their selectivity, appear not to have been able to adapt themselves. This delay is due to the lack of precise data (epidemiological, but also economical, sociological and anthropological) and to the unwillingness to rethink them in a comprehensive perspective despite of the fact that AIDS epidemic deeply influences each of them. Instead, a new vertical specific program has been organised, aggravating the resources and energies' drainage which had already been initiated by the 'AIDS disease'. Following this short systematisation of the consequences on health activities of the HIV epidemic, it appears clearly urgent to organise more multidisciplinary studies to try to limit the effect of AIDS on the whole health services.


Depuis le début des actions de dépistage, le système de santé est un lieu de diagnostic du Sida qui ne propose pas de traitement efficace [19, 49], et laisse planer quelques doutes sur les garanties de confidentialité. Une mère qui amène son enfant à la pesée pour sacrifier au rite moderne de la prévention et qui sort stigmatisée parce qu'à cette occasion sa stéapositivité lui aura été révélée, fera facilement le raccourci de localiser sa contamination au sein du système de santé. Avant le test, elle n'avait pas la maladie ! Message impardonnable qu'elle s'embrassera de transmettre à ses pairs. Une certaine désaffection de la population à l'égard des programmes de prévention et des traitements non strictement nécessaires est une conséquence logique. Ce sentiment de défiance est renforcé par les craintes de contamination affichées consciemment ou inconsciemment par le personnel [44, 50]. Il est significatif d'observer que l'idéologie transmise par les programmes d'information sur la prévention de la transmission du VIH sert parfois de base à une réinterprétation populaire, questionnant à son tour le système de santé. Une violente réaction médiatique aux États-Unis traduit bien cette crainte et ses effets. À l'occasion de la mort d'un dentiste stéapositif, la plupart de ses patients ont demandé à se faire tester. La presse populaire, profitant de ce que les Centers for Disease Control recommandaient le dépistage volontaire du personnel de santé, a présenté l'affaire avec le titre en couverture : « Feds urge : Test docs for AIDS » (« Le gouvernement fédéral recommande : tester les médecins pour le Sida ») et le sous-titre : « Must tell patients if results are positive under CDC guidelines » (« Ils doivent informer leurs patients si les résultats sont positifs selon les critères des CDC ») [51]. L'ensemble de l'article reprenait terme à terme et sur un ton de revanche, l'argumentation — responsabilisation, criminalisation de l'ignorance, etc. — utilisée alors par le monde médical pour justifier le dépistage des patients. En Afrique, de telles réactions de rejet sont plus cachées, de l'ordre de « radio-trottoir », mais elles sont connues [52] : le « Syndrome Inventé pour Décourager les Amoureux » de Kinshasa en est une illustration, ou encore cette rumeur insistant (et aux tonalités variables) courant au Cameroun selon laquelle les campagnes
de vaccinations réalisées par les équipes mobiles transmettraient le Sida. L’épidémie semble donc engendrer une profonde crise de confiance de la population dans le système de santé. Il est vrai que le système de santé lui-même et ses structures de recherche sont affectés par ces réflexions. Ils sont ainsi traversés par des véritables tempêtes idéologiques [53, 54], ou religieuses [55], reflétant les tensions sociales et politiques créées ou exacerbées par l’épidémie. Racisme, ostracisme, intégrisme, puritanisme frappent aussi le personnel de santé et son discours, même si le plus souvent ces réactions prennent une forme heureusement modérée [48].

En parallèle, le personnel curatif surchargé et accablé par l’inefficacité de son action se détourne et se démotivé [56, 57]. Mal formé à être accompagnateur de l’agonie, il réagit parfois en se défiant de patients qui risquent de le contaminer [24, 44], pouvant aller jusqu’à développer un réel antagonisme à leur égard [58]. L’accueil et la qualité des prestations préventives considérées comme non prioritaires à tous les échelons de la structure, s’en ressentent durement.

Mais les répercussions psycho-sociales vont plus loin, puisque certains attribuent à l’épidémie de VIH une potentialité de perturbation des relations politiques internes des pays en développement [59].

### Organisation du système de santé

Tous ces aspects épidémiologiques, économiques et psycho-sociaux retentissent sur le système de santé de façon complexe.

On l’a vu, les structures sanitaires curatives sont de plus en plus surchargées. Plus fréquentes, de traitement plus long et plus difficile, les pathologies opportunistes ou induites encombrent les services hospitaliers. Les nouvelles habitudes thérapeutiques, l’instauration d’un dépistage et la prise de nouvelles précautions créent un surcroît de dépenses que les pays en développement ne peuvent assumer. Les attitudés du personnel face au patient se modifient. Cherchant à accroître sa sécurité et son efficacité, le personnel agit dans le sens d’une augmentation des dépenses de santé curatives, et de ses infrastructures.

### Personnel

La question de savoir si les activités liées au Sida attirer ou repoussent le personnel est controversée. Les personnels curatifs non chercheurs font l’objet d’une déperdition importante en effectif mais, lorsqu’ils persistent dans leur profession, le Sida semble occuper dans leur activité les autres pathologies et occuper l’ensemble de l’espace médical pour des raisons difficiles à éculider. Par ailleurs, les structures de contrôle et de prévention telles que le gigantesque Programme global de l’OMS de lutte contre le Sida, ses comités nationaux, les laboratoires de recherche biologique ou en sciences humaines, jouent un rôle important de pôle d’attraction pour les chercheurs et les décideurs. Les ressources allouées dans ce secteur (le seul en expansion contrairement aux autres secteurs de la recherche en santé frappés de plein fouet par les restrictions budgétaires), renforcent cette tendance en créant une dynamique très positive. En corollaire, cette même dynamique a créé une désertification de secteurs entiers de recherche, en particulier en pathologie tropicale considérée comme non prioritaire. La schistosomiasie, le paludisme, la lèpre ont perdu de nombreux chercheurs ou décideurs brillants, attirés par de meilleures perspectives.

### Programmes

Les stratégies des programmes préventifs susceptibles d’être concernés par le VIH (Tableau 1) devraient en théorie être modifiées. Cependant, en raison de la stratification étanche de leurs structures d’application, ces programmes n’ont pas toujours les moyens d’intégrer la dimension Sida dans leurs stratégies.

Les programmes de planification familiale sont favorisés par l’accent mis sur

### Tableau 1

**Synthèse des domaines de quelques grands programmes de santé pouvant être influencés par l’épidémie à VIH**

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Programmes</strong></td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td>6</td>
<td>7</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>Nombre cas</td>
<td>++</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>++</td>
<td>++</td>
<td>+</td>
</tr>
<tr>
<td>Mesures de dépistage</td>
<td>+</td>
<td>++</td>
<td>++</td>
<td>++</td>
<td>++</td>
<td>++</td>
<td>++</td>
<td>+</td>
</tr>
<tr>
<td>Modification des traitements</td>
<td></td>
<td>++</td>
<td>++</td>
<td>++</td>
<td></td>
<td>++</td>
<td>++</td>
<td>+</td>
</tr>
<tr>
<td>Mesures de protection</td>
<td>++</td>
<td>++</td>
<td>++</td>
<td></td>
<td></td>
<td>++</td>
<td></td>
<td>+</td>
</tr>
<tr>
<td>Organisation stratégies</td>
<td>++</td>
<td>++</td>
<td>++</td>
<td>++</td>
<td></td>
<td>++</td>
<td></td>
<td>+</td>
</tr>
</tbody>
</table>

1 : programme de lutte contre la mortalité par déshydratation (diarrhées) ; 2 : programme de lutte contre la mortalité maternelle (maternité à moindre risque) ; 3 : programme de recouvrement des coûts par la vente de médicaments essentiels (Initiative de Bamako) ; 4 : programme élargi de vaccination ; 5 : programme de contrôle des infections respiratoires aiguës ; 6 : programme de lutte contre la tuberculose ; 7 : programme de lutte contre la malnutrition (surveillance et prise en charge) ; 8 : programme de promotion de la planification familiale.

Aspects of large health programs likely to be influenced by the HIV epidemic
l'utilisation des préservatifs, dans le cadre des programmes de lutte contre les maladies sexuellement transmissibles. Souvent aussi, leurs structures sont mises à contribution pour délivrer des conseils et des avis à l'égard du VIH, accroissant ainsi leur influence. Cependant, ces programmes sont aussi confrontés à l'opposition accrue des instances religieuses ou traditionnelles. Probablement, de plus, le VIH a engendré une modification de la perception populaire de la fécondité dont on ignore à la fois la qualité et l'ampleur. Liée à la sexualité et aux problèmes de communication qui l'entourent, c'est peut-être le programme qui a le plus vite et le plus profondément réagi à l'épidémie, en modifiant ses structures et ses documents, pour y intégrer la dimension Sida au moins au niveau de l'éducation et de l'information des femmes [60].

La promotion de l'allaitement maternel pose des questions éthiques difficiles. On sait depuis longtemps que sa pratique expose les enfants à un risque de contamination [61] mais, en pays en développement, le risque est moindre que celui de mourir de déshydratation ou de dénutrition par mauvais allaitement artificiel [62]. La poursuite du programme en l'état implique une omission volontaire de ce risque.

Les programmes de surveillance nutritionnelle sont souvent utilisés comme indicateur de l'état sanitaire et social d'une population. Ils devraient en pratique prendre en compte la prévalence du VIH qui modifie leurs chiffres de façon certaine. Par ailleurs, en zone de forte endémie, la prise en charge des malnutritions en structures spécifiques et leur hospitalisation devraient être discutées. Enfin, la question du dépistage est douloureuse : doit-on dépister tous les malnutris et si oui que faire des résultats ?

Le PEV, outre l'usage systématisé des seringues stérilisables, a soulevé la remise en cause de l'utilisation du BCG potentiellement néfaste chez les enfants infectés. Les calculs montrent cependant que le bénéfice de protection des nouveau-nés contre la tuberculose, indépendamment de leur statut vis-à-vis de l'infection par le VIH, est très supérieur à ce risque [63]. L'argumentaire des messages de lutte contre la mortalité par déshydratation, reposant sur la stricte réhydratation par voie orale n'est plus adapté. En effet, il induit l'idée que les diarrhées guérissent après l'utilisation de sels, ce qui était le plus souvent vrai avant l'émergence du VIH mais qui ne l'est plus. Quelle crédibilité peuvent avoir de tels messages contredits par l'expérience des mères ?

Plus généralement, les programmes d'éducation sanitaire se heurtent à une saturation des médias et des auditeurs du fait des efforts considérables consentis pour la prévention de la transmission du VIH. La liaison entre moralisme/moralité et santé, véhiculée par ces messages est souvent difficile à surmonter.

Enfin, au niveau économique, il semble que de nouvelles ressources aient été mobilisées au niveau international pour soutenir les efforts contre cette pandémie. Mais il faudrait être sûr qu'elles n'aient pas été directement ou indirectement prélevées sur d'autres projets de développement [64], comme semble le traduire l'actuelle stagnation des chiffres de l'aide internationale au développement. De plus, la diminution de la part du budget de l'État dans les dépenses publiques de santé, par effet direct de la crise et suite aux recommandations du Fonds monétaire international contribue à réduire l'enveloppe globale consacrée à la santé. Le Tableau 2 met en perspective les éléments concomitants d'augmentation des dépenses et de diminution des ressources, témoin de la double crise économique et épidémique.

### Tableau 2

<table>
<thead>
<tr>
<th>Augmentation des coûts</th>
<th>Diminution des ressources</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>• Augmentation du nombre de cas de pathologies infectieuses (opportunistes, circulation des germes, nouvelles marginalités).</td>
<td>• Ressources publiques totales : dette, crise mondiale, baisse de l'aide au développement.</td>
</tr>
<tr>
<td>• Mise en place de mesures de dépistage (prévention de la transmission, indications thérapeutiques).</td>
<td>• Ressources consacrées à la santé : ajustement structurel, privatisation des services.</td>
</tr>
<tr>
<td>• Modification des traitements (baisse d'efficacité, longueur, résistances bactériennes accrues).</td>
<td>• Ressources consacrées aux programmes préventifs : &quot;pompe curative&quot;, programmes de lutte contre le Sida.</td>
</tr>
<tr>
<td>• Mesures de protection (transmission entre patients, avec le personnel...).</td>
<td>• Ressources privées totales : crise de l'emploi, pertes de productivité liées au Sida.</td>
</tr>
<tr>
<td>• Émergences de problèmes sociaux (orphelins, personnes âgées).</td>
<td>• Ressources consacrées à la santé : détérioration du pouvoir d'achat, saturation des solidarités traditionnelles.</td>
</tr>
<tr>
<td>• Création de programmes spécifiques (programmes de lutte contre le Sida, ciblage des activités).</td>
<td>• Ressources consacrées aux actions préventives : choix prioritaires du curatif d'urgence, perte de confiance dans le système de santé.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Factors influencing health spending and resources in the « general health common knowledge » in the 1990s

### Conclusion

Malgré l'ampleur des répercussions et l'importance des sommes en jeu, les études actuellement disponibles sur celles-ci sont pratiquement inexistantes. Jusqu'à présent toutes les recherches ont en effet porté, pour des raisons d'urgence et de limitation des moyens...
techniques et financiers, sur l’épidémiologie descriptive du Sida et de la séropositivité, la recherche sur les voies et modes de transmission, et les enquêtes de connaissances, attitudes et pratiques vis-à-vis de la sexualité. Les pays en développement, pourtant, pourraient être concernés par des implications plus vastes. En outre, pour des raisons pratiques et surtout de cloisonnement conceptuel, les études portant sur les grands programmes de santé (acceptabilité des vaccinations, perception de la réhydratation par voie orale, etc.) évitent d’aborder le thème du Sida, du moins de façon approfondie.

La complexité des répercussions et de leurs relations contraint à envisager une étude multidisciplinaire large, qui seule devrait permettre de jeter les bases d’une analyse à plusieurs niveaux. Il restera néanmoins à travailler les processus d’allocation des ressources et de prise de décision afin que les résultats d’une telle recherche puissent avoir une traduction pratique. Mais ceci est une autre histoire...

Résumé

La diffusion du VIH est intervenue alors que le système de santé des pays en développement était en pleine mutation, ainsi que le reflètent les idées et les concepts de l’époque. Au sein de ce « paysage sanitaire général », la crise économique mondiale joue un rôle majeur déterminant en particulier la réduction des dépenses publiques sanitaires. Cette réduction est remise en cause par le VIH et ses conséquences en termes de nouvelles pathologies, de précautions redoublées et de mise en place de stratégies de dépistage. De nombreux autres aspects de plusieurs programmes et stratégies de santé élaborés avant la pandémie ont été bouleversés. Or, déjà critiqués sur leur sélectivité, ces programmes n’ont pu s’adapter, faute de données précises et surtout d’une volonté de les repenser dans une perspective globale. De nouveaux programmes verticaux spécifiques ont alors été instaurés, aggravant le drainage de ressources et d’énergie que le « Sida maladie » avait déjà initié. A la suite de cette brève systématisation des conséquences de l’épidémie de VIH sur les activités de santé dans les pays en développement, l’urgence d’études complémentaires transdisciplinaires apparaît clairement.

Remerciements


Références


23. Gerberding JL, Littell C, Tarrington A, Brown A, Schecter WP. Risk of exposure of sur-

25. SAMDC. Ethical Considerations in the management of the patients with HIV infection. South African Medical and Dental Council Guideline, Johannesburg, 1989.


