

SOUDAN : SIDA, LA MENACE CACHÉE

M. LEJARS

• (M.J., Conseiller en santé publique), 19 rue de la Paix, 37000 Tours, France • Fax : +33 (0)2 47 20 88 87 •
• Courriel : marc.lejars@wanadoo.fr •

Med Trop 2004 ; 64 : 334-336

Depuis un peu plus d'un an, une crise humanitaire dans la province ouest du Darfour, a propulsé une nouvelle fois le Soudan au-devant de l'actualité internationale.

Dans le même temps, le Soudan a entamé un processus de paix avec le Sud. La lutte contre le Nord depuis plus de deux décennies pour l'obtention d'une réelle participation politique et pour un meilleur développement économique a fait environ 2 millions de morts.

On estime actuellement, à plus de 5 millions le nombre de personnes qui fuyant ces conflits se sont déplacées à l'intérieur du pays ou se sont réfugiées dans les pays voisins.

De plus, le Soudan est le pays le plus touché des pays du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord par l'épidémie du VIH/Sida avec entre 440 à 550 000 séropositifs estimés.

Les autorités ont pris récemment conscience des risques et des conséquences de l'épidémie et ont demandé à ONUSIDA une assistance technique pour renforcer leur réponse nationale à la lutte contre le sida. En effet, que la paix revienne, le Soudan n'est pas préparé au risque considérable d'explosion de l'épidémie associée au retour de ses déplacés et de ses réfugiés, mais aussi de ses militaires.

Ceci nécessite l'anticipation d'une réponse urgente à la lutte contre le sida. Mais les bailleurs et la communauté internationale, à juste raison, posent des conditions de stabilité et de signature d'une paix durable avant d'accroître leur soutien au pays. Ce politiquement correct empêchant l'augmentation de l'appui extérieur nécessaire à cette anticipation accroîtra-t-il le risque d'extension de l'épidémie ?

Dans la partie sous contrôle gouvernemental, une enquête menée en 2002 a montré une prévalence du VIH de 1,6% pour la population générale (fin 2003, ONUSIDA estime à 2,3 % la séroprévalence du VIH dans la population des 15 à

49 ans). Des taux plus élevés sont trouvés chez certains groupes à risque (plus de 4% chez les prostituées et les réfugiés) et dans certaines régions. La transmission sexuelle est le mode de contamination le plus fréquent (79%). Lui fait suite le manque de précautions élémentaires d'hygiène et transfusionnelles et la transmission mère enfant. Le niveau de connaissance et d'adoption de moyens de prévention est très bas, il existe de nombreuses idées fausses et une discrimination très importante des personnes vivant avec le VIH/Sida.

Dans les provinces du Sud, en dépit du

manque d'information, il est clair qu'il existe une prévalence plus élevée. Les déplacements de population et l'interaction avec des pays voisins très touchés par l'épidémie (environ 600 000 réfugiés en Ouganda et au Kenya), l'impact des 20 années de conflit, la diversité ethnique et culturelle, la sécheresse, la famine, contribuent à l'accroissement de vulnérabilité au VIH/Sida dans ces régions du sud.

Avec un système de santé déficieux voire inexistant en dehors de la capitale Khartoum et de quelques grandes villes du nord, un taux élevé d'analphabétisme chez les femmes et une mobilité accrue des populations dans le pays et avec les pays

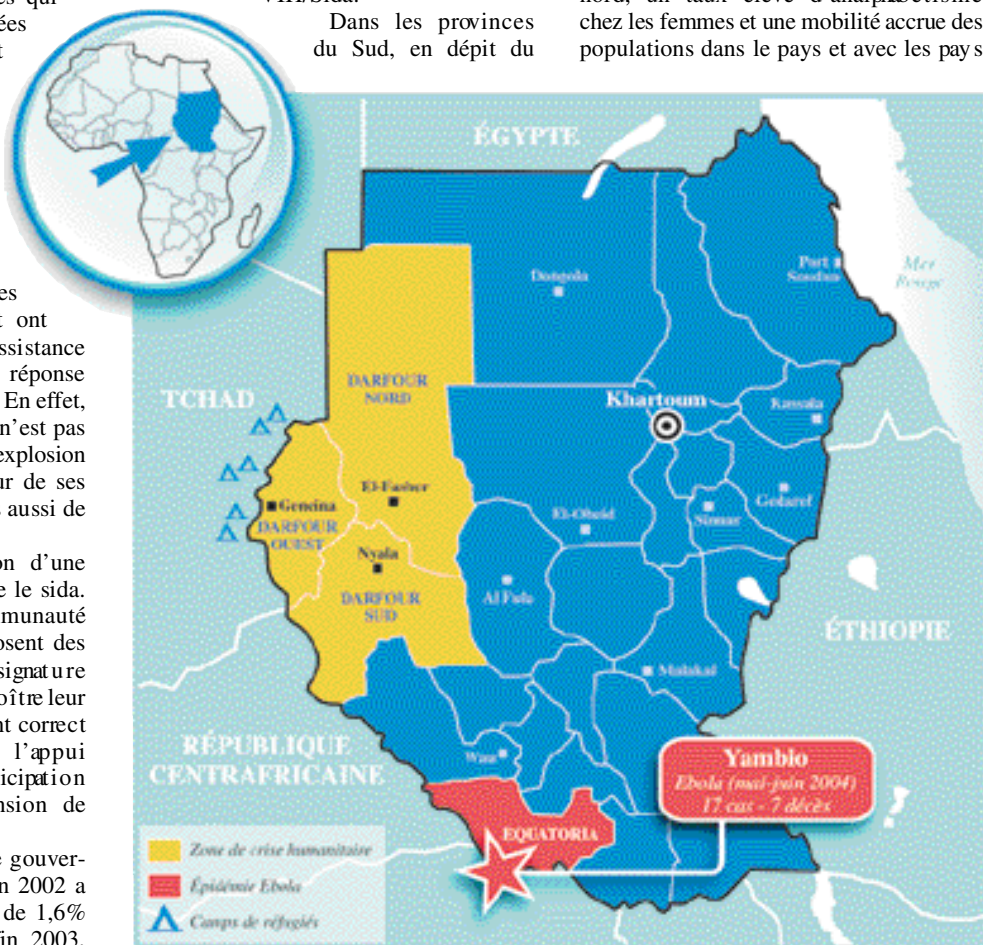


Figure 1 - Soudan : carte de situation des zones de crise humanitaire et de l'épidémie à virus Ebola.

voisins, le Soudan est très vulnérable à une rapide explosion de l'épidémie.

Une implication politique forte, une excellente compréhension des risques et conséquences de l'épidémie, un intérêt, une reconnaissance croissante du besoin urgent de s'attaquer à la lutte contre le sida et un désir d'action sont apparus récemment. La validation officielle par le Président El Beshir, en janvier 2003, du Plan Stratégique National de Lutte contre le sida, son appel à tous les secteurs et à la société civile à se mobiliser ainsi qu'à lutter contre la discrimination des personnes infectées et affectées en a été le tournant décisif. Le gouvernement s'est ouvert à tout partenariat et a demandé l'intégration de la lutte contre le sida dans les négociations de paix avec le Sud.

Ce plan national vise à : réduire la prévalence du VIH en dessous de 1%; réduire la morbidité et la mortalité due au VIH/Sida et améliorer la qualité de vie des personnes infectées; développer des compétences et mobiliser les leaders politiques, religieux du niveau national et local ainsi que les ressources nécessaires.

Un plan annuel d'actions cible les leaders religieux et les groupes à risque (jeunes, militaires, police, prostitués, réfugiés et prisonniers) dans 7 états sur les 26 que compte le Soudan. Il sert aussi d'instrument de coordination de l'appui des partenaires. Il est actuellement, partiellement financé par les agences onusiennes, DFID et le Ministère de la Santé. Le Fonds Global Sida, Tuberculose, Malaria a accepté d'apporter son soutien financier à une partie des propositions qui lui ont été faites et le Soudan a été inclus à l'initiative de l'OMS «trois millions d'ici 2005» (Initiative de l'OMS visant à mettre sous traitement 3 millions de personnes séropositives d'ici fin 2005) afin d'avoir accès aux ARV.

Le système des Nations Unies appuie la lutte contre le sida au travers d'une approche multisectorielle décentralisée. Un groupe thématique sur le sida assure l'interaction entre les agences onusiennes, les partenaires nationaux et internationaux. Son appui comprend donc un éventail d'activités visant à catalyser la réponse nationale au travers de tous les secteurs et à mobiliser les partenaires non traditionnels. Il inclut : la construction d'un partenariat avec les leaders et le secteur privé et la promotion de la participation des personnes vivant avec le VIH. Ces activités sont concentrées dans la zone nord du pays. Seule «l'initiative de Juba» a démarré des activités de prévention avec les groupes à risque que sont les militaires et les prostituées, dans la partie sud du pays autour de cette ville sous contrôle gouvernemental.

Tableau I - Soudan : données principales

Source : Rapport annuel 2003 de l'OMS (Les chiffres sont de 2002 sauf si précisé différemment).

Superficie : 2 505 813 km ²
Divisé en 26 états ayant chacun son gouvernement depuis 1994
Population totale : 33 millions d'habitants
Religion officielle : Islam
80 % musulmans sunnites, 5 % animistes, 15 % chrétiens (coptes, catholiques, protestants)
Pourcentage de la population urbaine (1999) : 35,1 %
Taux de croissance démographique entre 1992 et 2002 : 2,3 %
Taux de fertilité : 4,4
Espérance de vie à la naissance : 57,1 ans
Hommes : 54,9 ans
Femmes : 59,3 ans
Mortalité infantile :
Hommes : 111 ‰
Femmes : 106 ‰
PNB par habitant : 411 \$
Dépenses totales de santé en % du PNB (2001) : 3,5 %
Dépenses de santé totales per capita (2001) : 14 \$
Nombre de médecins pour 100 000 ha (1996) : 9
Nombre d'infirmières pour 100 000 ha (1996) : 58
Nombre de dentistes pour 100 000 ha (1996) : 0,7
Indice de Développement Humain (PNUD 2003) : 139 ^e sur 177 pays

Les objectifs sont ambitieux. Considérés seulement le renforcement du système de santé afin d'atteindre les objectifs fixés par l'initiative «3 millions d'ici 2005» (ce qui correspond au Soudan à tester environ 400 000 personnes afin d'espérer pouvoir en traiter 40 000). Devant l'ampleur de la tâche les moyens financiers mais surtout humains sont extrêmement faibles. L'effort le plus important est de développer les capacités humaines au niveau du secteur de la santé mais aussi des secteurs autres que celui de la santé (leur participation actuelle reste très limitée) et des acteurs de la société civile.

La mission sous l'égide de ONUSIDA s'est déroulée entre le 9 mars et le 9 mai 2004. Elle avait pour but : d'appuyer le groupe thématique dans ses efforts de collaboration autour du plan stratégique ; de fournir des indications techniques dans la mise en oeuvre d'interventions ciblant les groupes à risques ; mais surtout de renforcer l'appui à la mise en oeuvre multisectorielle incluant l'élaboration et la mise en oeuvre des plans sectoriels. Ceci allait de pair avec un renforcement de la coordination des activités et de la mobilisation des ressources au niveau de la communauté internationale. Cet exercice à l'instigation du Ministère Fédéral de la Santé était destiné au niveau national. Ni visite autre que le Ministère de la Santé de l'état de Khartoum (chacun des 26 états a son gouvernement et son administration sous coordination du niveau fédéral) ni visite sur le terrain n'a donc pu être effectuée.

L'urgence des objectifs de la rapide extension de l'accès au traitement au travers de l'initiative de l'OMS «3 millions d'ici 2005» nécessitait le renforcement d'actions conjointes. Les agences onu-

siennes ont décidé de prendre les devants dans cette initiative, chacun conformément à son expertise afin de surmonter les défis et atteindre les objectifs, dans un besoin de flexibilité et de réaction pour s'adapter au contexte de l'épidémie du VIH rapidement changeante du pays. Les rôles et responsabilités de chacune des agences ont été clarifiés en fonction de leur mandat respectif et de leurs avantages.

Afin de renforcer la participation des différents secteurs, le Programme de lutte contre le sida, en tant qu'initiateur et coordinateur de la planification de la lutte contre l'épidémie, avait mis la priorité sur un travail avec 10 institutions (les Ministères de la Santé, de l'Intérieur et de la Police, de la Défense, de l'Enseignement primaire, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, de la Jeunesse et des Sports, de l'Information et de la Communication, des Religions, des Services sociaux et l'Union des Femmes).

Tous ces secteurs avaient un état d'avancement et de motivation différent de leur planification. La faiblesse de cette planification était de règle allant de : l'absence de vision, l'incompréhension ou une compréhension erronée du rôle que le secteur pouvait jouer dans la lutte contre le sida, à l'absence d'objectifs, de stratégies, de groupes cibles, d'indicateurs et de budget. Une rapide évaluation a permis d'avoir une vue claire des progrès, forces et faiblesses de chaque secteur. Des responsabilités prioritaires de tous les secteurs ont été définies comme suit :

- développer un plan spécifique de lutte pour une mise en oeuvre au niveau national et régional ;
- allouer ses propres ressources pour mettre en oeuvre son plan sectoriel et

mobiliser les ressources supplémentaires auprès des bailleurs ;

- former chaque employé au sein du secteur, du niveau le plus haut au niveau le plus bas et de la hiérarchie ;

- développer, obtenir et distribuer le matériel d'information nécessaire à tous ses employés et ses bénéficiaires ;

- mettre à disposition des moyens de prévention aux travailleurs du secteur et ses bénéficiaires ;

- fournir soins et appui aux employés infectés et affectés du secteur ;

- revoir les politiques afin d'éviter toute forme de discrimination au sein du secteur ;

- adresser un rapport d'activité régulier au comité exécutif national pour coordination, contrôle et évaluation des activités au sein du secteur.

Huit des dix plans sectoriels prévus ont été finalisés à la fin de la mission. Les secteurs de la Santé, de la Défense et de l'Intérieur et de la Police se concentrent sur le conseil et le diagnostic, les soins et l'accès aux médicaments. En effet, ces trois secteurs ont chacun leur système de santé, leurs universités, leurs hôpitaux et dispensaires respectifs. Le diagnostic et l'accès aux médicaments (ARV et traitement des infections opportunistes) est une réalité, bien que le plus souvent éphémère. Le Ministère de la santé a pris l'initiative et la responsabilité de coordonner la prévention et le contrôle de l'épidémie. De plus, devant l'existence de 3 différents systèmes de santé avec la Défense et la Police (4 si on inclut le Ministère de l'Enseignement supérieur qui possède lui aussi quelques dispensaires et laboratoires) son rôle dans la coordination des soins et de l'accès aux médicaments a été souligné.

Les secteurs de l'Éducation (primaire et supérieure) coordonneront l'intégration dans les différents curriculum des connaissances en matière de VIH/sida adaptées à leur groupe cible respectif.

Les Affaires sociales prendront la responsabilité des services de support aux personnes infectées et affectées ainsi que le conseil.

Le Ministère des religions se concentrera sur la promotion de la tolérance vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH/sida, du conseil et de la prévention, par la promotion de l'abstinence et de la fidélité.

L'union des femmes, le Ministère de la Jeunesse et des Sports promouvoir la prévention par l'amélioration de la prise de conscience et de la connaissance de l'épidémie dans leur groupe cible respectif.

Le Ministère de l'Information et de la Communication s'est défini un rôle de coordination de l'information, de sa dissémination et de la distribution du matériel péda-

gogique en matière de lutte contre le sida.

Enfin, le Ministère des Finances a été mobilisé et a répondu favorablement afin d'allouer aux secteurs respectifs les ressources nécessaires à leurs activités de lutte contre le sida.

Un amendement du document de stratégie nationale a été proposé afin d'y inclure ces plans sectoriels. De plus, la gestion, le contrôle et la coordination de cette approche multisectorielle demandent à être renforcés. Un mécanisme de coordination a donc été proposé. Il comprend : un comité au niveau politique le plus haut afin d'assurer la volonté et l'allocation des ressources ; un comité multisectoriel afin d'assurer le leadership et la mise en œuvre régionale ; un comité exécutif pour l'opérationnalisation et la mise en œuvre et des comités multisectoriels régionaux.

Malgré une excellente participation des secteurs sous le leadership du Programme de Contrôle de la Lutte contre le sida, les agréments de principe sur les différents plans sectoriels, tout ceci demande à être avalisé au plus haut niveau des autorités afin d'en assurer la mise en œuvre.

De plus, il reste des lacunes importantes qui demandent encore information et plaidoyer afin d'obtenir un consensus national sur : le contenu des messages de prévention ; les politiques de diagnostic ; la promotion des préservatifs. En effet, devant le refus par tous les secteurs (sauf

les secteurs impliqués dans les soins curatifs : Santé, Défense et Police) de mettre à la disposition de leurs bénéficiaires, des préservatifs, les groupes à risque risquent de recevoir des messages de prévention, pouvant être contradictoires, sans accès au moyen de prévention le plus performant et le plus simple. Convaincre les leaders religieux non pas de promouvoir le préservatif mais au moins de fermer les yeux sur une promotion, faite par d'autres secteurs, au travers de campagnes d'information et d'actions ciblant les groupes à risque est un des prochains défis.

Ce pays, à nouveau en plein conflit, voit une fois de plus ses populations massacrées, mourir de faim et des milliers de déplacés fuir les zones de combat. Il est évident que l'urgence est dans la résolution de la crise humanitaire au Darfour et dans la signature d'un accord de paix avec le Sud. Mais, l'espoir et la résolution des divers conflits ne doit pas faire oublier qu'avec la paix le retour des populations déplacées, des réfugiés, des militaires, menace le pays d'une explosion de l'épidémie. Et celle-ci risque d'être plus meurtrière que les présents conflits si les actions nécessaires d'anticipation ne sont pas prises maintenant. Nous savons que l'épidémie de sida a déjà sur le continent plus de morts à son actif que tous les conflits armés ■

Enquête au Darfour

Entre le 15 juin et le 15 août 2004, une enquête sur la mortalité des populations déplacées dans deux États de la région du Darfour, a été effectuée par l'Organisation mondiale de la santé et le Ministère de la santé du Soudan.

Dans cette région, 1,2 million de personnes ont dû fuir leur village pour se réfugier dans 129 camps éparpillés sur une superficie grande comme la France. L'enquête de l'OMS a constaté que le taux brut atteint 1,5 pour 10 000 par jour dans le nord du Darfour et 2,9 dans l'ouest [Le taux brut de mortalité qui définit généralement l'existence d'une crise humanitaire est de 1 décès pour 10 000 personnes par jour]. Au sud, dans le camp de Kalma près de Nyala, on a constaté un taux de mortalité élevé (taux brut de 3,8 pour 10 000). L'enquête a révélé que la diarrhée est à l'origine de 50 à 75 % des décès d'enfants de moins de cinq ans.

En août, les organisations humanitaires ont apporté de quoi nourrir plus de 900 000 personnes déplacées et 700 000 d'entre elles ont désormais accès à l'eau potable. Près de 30 000 latrines ont maintenant été installées et 127 centres de santé desservent 950 000 personnes.

En juin, une campagne antituberculeuse de masse visant à vacciner deux millions d'enfants dans l'ensemble du Darfour a permis de réduire l'incidence et la mortalité tuberculeuses.

Le financement destiné à l'action internationale au Darfour n'atteint pourtant que la moitié du montant nécessaire.

Cette enquête du 15 juin au 15 août dernier, est le fruit d'une collaboration entre l'OMS et le Programme européen de formation à l'épidémiologie d'intervention (EPIET). La population de l'étude comprenait toutes les personnes déplacées dans les zones accessibles des trois États du Grand Darfour (Fig. 1) dont le nombre était estimé respectivement à 498 528, 382 626 et 288 539 pour l'ouest, le nord et le sud ■

(Source : OMS, Dépêche du 13 septembre 2004)