

**DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES ET LUTTES
CONTRE LE SIDA AU BURKINA FASO**

Docteur Thomas Paul SANOU

Sommaire

Introduction

Emergence et diffusion de l'épidémie à VIH

Principaux modes de transmission du VIH

Ampleur de l'épidémie à VIH/SIDA - Situation mondiale

- *Situation en Afrique*
- *Situation au Burkina Faso*

Facteurs de Propagation du VIH

- *Les Migrations*
- *Les Insuffisances des Programmes de Lutte Contre le SIDA et les MST*
- *La Vulnérabilité face au VIH en fonction du sexe de l'âge et du pouvoir économique*
- *L'invisibilité de l'épidémie à VIH/SIDA*

Luttés Contre le VIH/SIDA

- *Stratégies de Prévention de la transmission du VIH*
- *Eléments pour la Prise en Charge Médicale des Patients infectés par le*

VIH

Conclusions

1. Introduction

Le Syndrome d'Immunodéficience Acquise (SIDA) est le stade terminal de l'infection par le Virus de l'Immuno déficience Humaine (VIH). L'infection à VIH est une maladie virale chronique grave, transmissible d'une personne à une autre. Elle est marquée par l'apparition chez la personne contaminée de maladies « opportunistes » plus ou moins fatales à mesure que s'effondre son système immunitaire dont le marqueur le plus décrit est le nombre de lymphocytes T CD4+. Le SIDA a été décrit en 1981 pour la première fois aux Etats-Unis d'Amérique. La maladie a été d'abord identifiée chez des adultes mais très tôt, il a été établi que le SIDA frappait également les enfants. En 18 ans, le SIDA s'est propagé à tous les cinq continents et est devenu aujourd'hui, une pandémie mortelle qui a **déjà** tué plus de 12 millions de personnes à travers le monde et laissé de nombreux orphelins. Le SIDA est en passe de devenir en Afrique la principale cause de décès des personnes âgées de 15 à 49 ans. Dans les régions où 8% de la population est séropositive, la présence du SIDA dans la communauté abaisse de 16 ans l'espérance de vie globale. A quand date l'émergence du VIH/SIDA ? Comment se propage le VIH/SIDA ? Quelle est aujourd'hui la situation du VIH/SIDA dans le monde, en Afrique et au Burkina Faso ? Quels sont les groupes de population les plus exposés ? Quelles sont les stratégies de lutte contre le VIH/SIDA au Burkina Faso ? Comment se mène la prévention de la transmission du VIH et s'organise la prise en charge des personnes vivant avec le VIH ?

2 *Emergence et diffusion de l'épidémie à VIH*

Le SIDA a émergé à la fin des années 1970 début des années 1980. La cause du SIDA est l'infection par le VIH. Actuellement deux types de VIH sont reconnus : il s'agit du VIH-1 et du VIH-2. Une personne peut être doublement infectée par le VIH-1 et par le VIH-2. Le VIH-1 a été isolé en 1983 pour la première fois. Le VIH-2 a été identifié en 1985 chez des patients d'Afrique de l'Ouest souffrant de SIDA. Le VIH-2 est moins transmissible et moins pathogène que le VIH-1. Une particularité du VIH est sa grande variabilité génétique. Deux groupes caractérisent le VIH-1 : le groupe « Major » (M) divisé en 10 sous-types de A à J et le groupe « Outiller » (O). Trois sous-types sont caractéristiques de certains continents . Le sous-type A est principalement trouvé en Afrique, le sous-type B en Europe et aux Etats-Unis d'Amérique, et le sous-type E en Asie, Plus précisément en Thaïlande. Le VIH-2, endémique en Afrique de l'Ouest, comprend cinq sous-types allant de A à E. On ne maîtrise pas bien les problèmes de transmissibilité et de pathogénicité que pose cette variabilité génétique du VIH. Celle-ci pose de manière certaine des problèmes diagnostiques et thérapeutiques. A ce jour, c'est la variabilité génétique du VIH qui obscurcit le plus l'horizon de la découverte d'un vaccin universel.

3- *Principaux modes de transmission du VIH*

Trois modes de transmission de l'infection à VIH ont été formellement identifiés.

Le premier est la transmission directe à travers des contacts sexuels non-protégés (c'est-à-dire sans préservatif) entre deux personnes dont l'une au moins est infectée par le VIH. Les contacts sexuels ont un potentiel infectant lorsqu'ils s'accompagnent d'une pénétration vaginale, anale et/ou orale. Les relations sexuelles constituent actuellement la voie prépondérante (80 %) de propagation du VIH dans le monde.

Le deuxième mode est également direct. C'est **la transmission de la mère à l'enfant** ou transmission verticale. Ce mode est à l'origine d'environ 10 % de tous les cas d'infection à VIH dans le monde. Cette transmission du VIH de la mère à l'enfant peut s'effectuer pendant la grossesse, au moment de l'accouchement et après la naissance au cours de l'allaitement maternel. Sur 100 femmes infectées par le VIH qui entreprennent une grossesse, 15 à 40 transmettront le VIH à leurs enfants. Parmi les enfants infectés par le VIH, deux tiers sont trouvés infectés dès la naissance, le dernier tiers se contamine à travers l'allaitement maternel qui dure en général 1 à 2 ans en Afrique.

Le troisième mode est indirect, c'est la transmission parentérale par le sang. Il compte globalement pour 10 % dans la propagation actuelle du VIH. Cette transmission par le sang se fait selon différentes modalités. La première unanimement reconnue est la transfusion de sang contaminé. La deuxième modalité est la transmission par une aiguille ou par tout instrument effractif infecté de VIH perçant la peau d'une personne. La troisième modalité est la pénétration dans l'organisme du VIH véhiculé par le sang à travers une peau ou une muqueuse lésée.

En dehors de ces trois voies de transmission prouvées qui expliquent aujourd'hui la situation de l'épidémie mondiale à VIH, le VIH ne se transmet pas par les insectes, les moustiques, la sorcellerie et par les pratiques de la vie quotidienne (toilettes communes, partage de boissons et de repas, salutation, etc.).

4. Ampleur de l'épidémie à VIH/SIDA

4.1. Situation mondiale

Selon le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), il y avait dans le monde au 31 décembre 1997 30,6 millions de personnes vivant avec le VIH. La mortalité due au SIDA est aujourd'hui responsable d'un nombre de plus en plus croissant d'orphelins. Environ 16.000 nouveaux cas d'infection à VIH surviennent par jour travers le monde. Parmi ces cas 1.600 sont enregistrés chez des enfants de moins de 15 ans. Les pays en développement c'est-à-dire ceux d'Afrique,

d'Amérique Latine, des Caraïbes, d'Asie du Sud et du Sud-Est concentrent plus de 90 % de ces nouvelles infections à VIH.

Le bilan régional de l'épidémie à VIH/SIDA montre clairement le poids énorme supporté par l'Afrique. Sur trois personnes vivant dans le monde avec le VIH/SIDA, deux se trouvent en Afrique. La probabilité qu'un adulte soit infecté par le VIH est 10 fois plus élevée en Afrique qu'en Amérique du Nord et 20 fois plus élevée qu'en Europe de l'Ouest. Sur dix femmes vivant actuellement avec le VIH, huit se rencontrent en Afrique. Neuf enfants sur dix contaminés par le VIH vivent en Afrique.

4.2. Situation en Afrique

L'Afrique est le continent où l'épidémie à VIH/SIDA a fait et fait le plus de ravages. L'épidémie à VIH n'est pas partout homogène en Afrique. Il existe une certaine hétérogénéité dans la dynamique d'une région à une autre du continent dans un même pays entre les villes ou encore dans un même pays entre les villes et les campagnes. Les zones rurales qui concentrent la majeure partie de la population sont moins frappées par l'épidémie, les taux d'infection à VIH mesurés restent globalement en dessous de 5 %. En dehors de l'Afrique du Nord où les fréquences de l'infection à VIH chez les femmes enceintes demeurent unanimement très faibles, des pays où l'épidémie à VIH est moindre coexistent dans chaque région d'Afrique avec ceux où l'épidémie est très forte.

C'est en Afrique Centrale, Orientale et Australe que l'épidémie à VIH sévit le plus durement. Les raisons de cette disparité de l'épidémie à VIH d'une part dans le monde et d'autre part au sein même de l'Afrique sont incomplètement comprises. Les facteurs qui interviennent sont nombreux. Les différences dans les facteurs suivants pourraient expliquer cette hétérogénéité : les caractéristiques des couches virales, les comportements sexuels des populations, la structure d'âge et le sex-ratio des populations urbaines et rurales, les flux migratoires, le niveau des Maladies Sexuellement Transmises (MST), la qualité et l'accessibilité des services de santé, le statut précaire de la femme, et la réponse de la communauté toute entière face à l'épidémie.

4.3. Situation au Burkina Faso

Le SIDA est une préoccupation nationale au Burkina Faso et dès 1986 un Comité National de Lutte contre le SIDA (CNLS) a été mis en place pour combattre l'extension de l'épidémie à VIH au sein de la population. En fin 1998, le Burkina Faso a notifié 13.518 cas de SIDA. En raison du faible accès aux services de santé, des difficultés de diagnostic et de la sous-notification générale, ces cas de SIDA reflètent mal l'ampleur de l'épidémie à VIH dans le pays. Sous l'égide du CNLS du Burkina Faso, une enquête nationale de séroprévalence de l'infection à

VIH et de la syphilis chez des femmes enceintes et chez deux groupes à haut risque, en l'occurrence, les prostituées et les camionneurs à été réalisé à cheval entre 1994 et 1995. Cette enquête a permis de fournir les estimations de la prévalence de l'infection à VIH au niveau des zones urbaines du pays.

En milieu rural au Burkina Faso, des études parcellaires ont estimé à environ 4 %, la prévalence de l'infection à VIH parmi les femmes enceintes. Considérant que le Burkina Faso compte à ce jour environ 11 millions d'habitants, les données de prévalence mises en évidence en milieu urbain et en milieu rural permettent de chiffrer à environ 700.000 le nombre de personnes vivant avec le VIH dans le pays. Ces données montrent que l'épidémie à VIH au Burkina Faso est généralisée.

5. Facteurs de propagation du VIH

Dans tous les pays, les trois principaux modes de transmission du VIH à savoir la vole sexuelle, la vole parentérale et celle verticale expliquent l'émergence et la diffusion de l'épidémie à VIH. Mais la répartition de ces différents modes n'est pas équivalente à travers le monde. Dans les pays industrialisés l'homosexualité masculine (les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes) et la toxicomanie par l'usage de drogues par injection constituent les moteurs de la propagation du VIH. En termes de modèle d'expansion du SIDA, on peut rattacher à ces pays, ceux d'Asie Orientale et du Pacifique, d'Europe de l'Est et d'Asie Centrale. Dans les pays en développement, la transmission hétérosexuelle est le facteur prépondérant dans la dynamique de l'épidémie à VIH. Par la connaissance, l'adoption et l'accès généralisé à des pratiques de prévention du VIH (réduction du nombre de partenaires sexuels, programmes d'échanges de seringues, etc.) et par les traitements des AntiRétroviraux, le SIDA recule dans les pays industrialisés bien que dans certaines couches défavorisées de la société, le SIDA continue sa progression. Dans les pays en développement et particulièrement en Afrique, tous les modèles prévoient d'ici à l'an 2000 une croissance exponentielle de l'épidémie à VIH. **Globalement tout le problème réside dans l'exposition des hommes et des femmes à des pratiques sexuelles à risque de transmission d'acquisition du VIH.** Le tableau qui suit présente les facteurs qui contribuent à la propagation du VIH en Afrique. Parmi ces facteurs, quatre émergent et pourraient à eux seuls expliquer cette situation épidémique du VIH en Afrique : (a) les migrations économiques ou en rapport avec les troubles sociaux, politiques et les conflits ; (b) les insuffisances des programmes de prévention et de prise en charge de l'infection à VIH et des MST ; (c) la vulnérabilité face au VIH en fonction du sexe, de l'âge et du pouvoir économique ; (d) l'invisibilité sociale de l'épidémie à VIH.

5.1 Les migrations

Plusieurs groupes de populations sont exposés à ce facteur en Afrique. Le premier groupe est constitué par les hommes jeunes. Par l'exode rural, ils arrivent

dans les différentes villes en quête de travail ou au niveau des différents sites aurifères de leurs pays non accompagnés de leurs partenaires régulières. Du fait de leur travail (transport routier, construction de bâtiments, de routes, de barrages, aménagements hydro-agricoles, etc.) ils quittent leur foyer pour plusieurs semaines voire plusieurs mois. Ces hommes jeunes émigrent également dans les pays voisins pour y travailler comme domestiques, mineurs, ouvriers agricoles, etc. Le deuxième groupe est représenté par les femmes jeunes. Elles se livrent là où elles se déplacent au commerce du sexe pour subvenir le plus souvent aux besoins élémentaires de la vie (se nourrir, se vêtir, se loger, etc.). Le troisième groupe est constitué par les populations errantes du fait des troubles sociaux, des guerres, des famines. Les migrations entraînent un déracinement social et culturel, exposent aux rencontres sexuelles occasionnelles, et conduisent à la prostitution ou à l'utilisation des services des professionnels(les) du sexe. Ces comportements sexuels exposent ces personnes à un risque élevé d'acquisition et de transmission du VIH. Cette transmission se fait au moins en partie quand ces personnes retournent chez elles fonder des foyers ou retrouver leurs partenaires régulières.

Tableau : Facteurs explicatifs de la diffusion épidémique de l'infection à VIH en Afrique*

Facteurs liés au virus

Type viral (VIH-1, VIH-2)

Sous-types viraux (**exemple pour le VIH-1, B versus non-B**)

Facteurs liés à l'hôte

Nombre et types de partenaires sexuels

Multipartenariat sexuel

Relations sexuelles commerciales

Maladies Sexuellement Transmises

Circoncision

Utilisation des préservatifs

Autres facteurs (facteurs génétiques, autres facteurs comportementaux)

Facteurs environnementaux

Facteurs socio-économiques

Normes culturelles (exemple en matière de comportements sexuels)

Migrations

* *Adapté de K.M. De Cock The emergence of HIV AIDS in Africa. Rev Epidem et Santé Publ 1996 : 44 :511-8

Structure d'âge de la population

Ratio hommes : femmes dans la population

Niveau de l'épidémie de VIH/SIDA

Efforts de prévention de l'épidémie de VIH/SIDA

5.2. Les insuffisances des programmes de lutte contre le SIDA et les MST

La réponse à l'épidémie de VIH/SIDA a été longtemps le déni dans de nombreux pays africains. Certains ont démarré sous l'impulsion de l'OMS des programmes de prévention et de lutte mais ceux-ci ont été très rapidement « sectarisés » voire banalisés dans les différents départements que comptent les Ministères de la Santé. D'autres ont développé des initiatives mais l'échelle de la réponse publique a été tellement réduite que cette réponse a été insuffisante et restera sans effet dans la limitation de la diffusion du VIH. Pour réussir à freiner l'extension du SIDA il fallait et il faut une réponse précoce, massive, élargie et soutenue par un engagement politique fort et une **mobilisation** communautaire totale et vigoureuse dans la **mise** en œuvre des interventions. Au contraire **l'Information, l'Education et la Communication (IEC) servies au début de la lutte contre le SIDA ont entraîné la peur, la honte face au SIDA et nourri la discrimination et la stigmatisation qui paralysent aujourd'hui les efforts de prévention et de prise en charge.**

On sait depuis longtemps que la transmission hétérosexuelle est favorisée par les MST. Les programmes de détection précoce et de prise en charge correcte des MST en Afrique demeurent embryonnaires. Le niveau des MST en population générale demeure exagérément élevé. En effet dans une ville comme Bobo-Dioulasso (Burkina Faso), comme Abidjan (Côte d'Ivoire), et dans beaucoup d'autres en Afrique orientale et australe, entre 15 et 45 % des femmes en âge de procréer sont porteuses de MST. Les connaissances et l'utilisation des pratiques de prévention restent dérisoires (nombreux partenaires occasionnels, faible utilisation du préservatif, automédication élevée ou traitement incorrect en matière de MST, etc.).

La transmission parentérale reste toujours importante malgré les possibilités offertes pour le dépistage des produits sanguins et la pratique d'injections médicales avec du matériel sûr. Les transfusions de sang demeurent une source de diffusion du VIH en Afrique par défaut de dépistage des poches de sang. Dans une ville comme Bobo-Dioulasso où 14 % des donneurs réguliers sont séropositifs, il y aurait aujourd'hui près d'un don infectant pour le receveur sur 120, ce qui est énorme et inacceptable comparé à un don infectant sur plus de 500 000 transfusions tel que c'est le cas en France. Les transfusions de sang chez les enfants pour traiter les anémies hémolytiques dues au paludisme et aux hémoglobinopathies sont particulièrement fréquentes en Afrique et rarement utiles.

De même les femmes en âge de procréer souffrant d'anémies obstétricales sont exposées au risque parentéral d'acquisition du VIH du fait des transfusions de sang. Les injections médicales, pratiquées avec du matériel souillé par le VIH, constituent une source non négligeable de transmission du VIH. On peut rattacher à ce risque parentéral persistant les pratiques traditionnelles invasives (percement d'oreilles, scarification, tatouage, excision, circoncision, etc.) qui n'ont pas disparu et qui sont souvent pratiquées avec du matériel non stérilisé à usage multiple.

Enfin la transmission verticale draine dans cette épidémie à VIH en Afrique un nombre de plus en plus important d'enfants du fait du nombre croissant des femmes en âge de procréer qui sont contaminées chaque jour par le VIH. L'administration d'antirétroviraux aux femmes durant la grossesse et le recours à des techniques sûres d'alimentation infantile à la place de l'allaitement maternel ont réduit à un niveau bas cette épidémie pédiatrique à VIH dans les pays industrialisés. Mais en Afrique, depuis 1994 que l'intervention avec l'Azydothymidine (AZT) a été validée dans cette indication, aucun programme de prévention n'a à ce jour offert aux femmes enceintes cette prophylaxie. Rien n'empêchait un pays en Afrique de par sa propre décision d'offrir à toutes les femmes enceintes et aux enfants de l'AZT, du lait en poudre, une eau potable et un niveau d'hygiène à même d'assurer le succès de cette intervention comme cela a été démontré en Europe et aux Etats Unis. La quasi-totalité des femmes enceintes en Afrique ne peuvent pas à ce jour s'offrir une intervention qui coûte 1 million de F CFA et aucun Etat n'a eu les moyens de la leur offrir gratuitement. A ce jour le standard de soins pour prévenir la transmission verticale du VIH en Afrique est égal à l'absence de traitement antirétroviral et résumé pour un décideur à « rien à faire ». En conséquence il est plus qu'urgent que les équipes qui évaluent des régimes courts et moins chers (entre 15 000 et 30 000 F CFA) d'AZT ou d'autres interventions encore moins chères (désinfection vaginale, supplémentation en vitamine A, etc. ...) en Afrique avancent et produisent des résultats. De loin le rapport coût-efficacité d'une telle intervention qui conserve l'allaitement maternel pour les enfants sera favorable car le début et la fin peuvent être facilement évalués et budgétisés au contraire des multithérapies des adultes qui coûtent 8.000.000 FCFA l'unité annuelle.

5.3. La vulnérabilité face au VIH en fonction du sexe, de l'âge et du pouvoir économique

Sur ce facteur le discours est bien rodé et tout le monde est aujourd'hui d'accord que la femme a un faible pouvoir de négociation sexuelle au sein du couple. La définition et l'expérimentation de moyens tels que les microbicides que les femmes pourront utiliser pour se protéger est une urgence de recherche et de santé publique. Les MST des femmes sont majoritairement asymptomatiques et donc mal prises en charge par la méthode actuelle de dépistage syndromique qui

est prônée. L'accès des femmes à l'éducation est limité alors que l'on sait que l'éducation peut élever le pouvoir de négociation sexuelle, modifier les choix reproductifs du couple et favoriser l'accès à des connaissances en matière de prévention et de prise en charge des MST et du VIH.

Parmi les nouveaux cas d'infections à VIH plus de 50 % surviennent chez des jeunes de 15 à 24 ans. L'immaturité des organes génitaux féminins participe à ce risque élevé chez les jeunes. L'urbanisation et/ou l'influence de la modernité exposent les jeunes à une sexualité précoce faite de rencontres sexuelles occasionnelles non protégées. L'utilisation du préservatif par les jeunes demeure limitée par des difficultés d'accès et par un discours populaire erroné de plaisir insatisfait, de préservatifs qui craquent, ou tout simplement qui ne sont pas efficaces. L'efficacité du préservatif à limiter la transmission du VIH se situe à 90% (C'est la même efficacité que le vaccin contre la méningite qui bénéficie pourtant d'un autre discours). Les adultes refusent l'éducation sexuelle aux jeunes parce qu'ils croient que cette éducation poussera les jeunes à augmenter leur activité sexuelle. C'est l'inverse qui se produit quand cette éducation est offerte aux jeunes. D'après l'ONUSIDA qui a mené une étude dans quatre continents, une éducation sexuelle de qualité contribue à retarder l'âge du premier rapport sexuel et diminue le nombre de grossesses et des MST.

Enfin le pouvoir économique est une condition essentielle au succès de la lutte contre le SIDA. Développer des interventions nécessite des moyens financiers. Avoir accès à des interventions nécessite également que la personne ciblée ait un certain nombre de moyens. Un des exemples édifiants aujourd'hui est l'augmentation de la prévalence du VIH au sein des communautés défavorisées noires et hispaniques aux Etats-Unis au moment où le SIDA recule dans les autres couches. La solidarité communautaire peut aider à atténuer le dénuement de certains programmes de prévention et/ou de lutte ou de certaines personnes exclues, des interventions mais cela suppose que la communauté se mobilise dans son ensemble.

5.4. L'invisibilité sociale de l'épidémie à VIH/SIDA

En Afrique, le dépistage du VIH est pratiqué principalement aux fins de surveillance portant sur de petits échantillons de population et « anonymement » (aucun nom indiqué sur le prélèvement). Dans beaucoup de pays, les services de conseil et de tests volontaires n'existent tout simplement pas. La discrimination et la stigmatisation induites par les premières campagnes d'IEC menées limitent l'attrait du dépistage volontaire. L'absence du traitement antirétroviral n'incite pas également les gens à se faire tester. Aujourd'hui plus de 9 personnes infectées sur 10 en Afrique ignorent leur état sérologique vis-à-vis du VIH. Le silence et l'insu sont les conditions les plus propices à la diffusion du VIH. L'accès au dépistage et au conseil sont essentiels pour plusieurs raisons. D'abord la connaissance et le vécu

public d'une séropositivité au VIH démasqueront cette épidémie invisible et permettront de mettre en place une authentique action communautaire. Plus les individus sont informés tôt de leur infection, plus ils ont des chances d'accéder aux traitements des infections opportunistes ou de faire pression sur leur communauté et pays pour améliorer l'accès aux traitements antirétroviraux. Plus les gens seront informés tôt de leur statut, plus ils prendront des décisions responsables en toute connaissance de cause concernant une grossesse, concernant la transmission sexuelle du VIH au sein du couple, et par rapport à la prévention de la transmission verticale.

6. Méthodes de lutte

6.1 Stratégies de prévention de la transmission du VIH

Les stratégies et méthodes standardisés de prévention et de lutte ont été proposées dès 1986 par le Programme Mondial de Lutte contre le SIDA. Ces méthodes comprennent essentiellement six composantes : (a) l'assurance de la sécurité des transfusions, des injections médicales et des interventions chirurgicales ; (b) l'Information, l'Education et la Communication sur le VIH/SIDA afin que les populations adoptent des comportements sûrs de prévention ; (c) la mise à disposition et la promotion de l'utilisation des préservatifs ; (d) le développement d'un programme de prise en charge des MST ; (e) la prise en charge (conseils, dépistage, soutien psychologique, social, économique et médical) des personnes vivant avec le VIH ; (f) la surveillance épidémiologique et la recherche opérationnelle pour valider les approches et réorienter les interventions. Pratiquement tous les pays dont le Burkina Faso ont, à des degrés divers, mis en œuvre ces stratégies d'intervention. Mais tout réside dans l'échelle de la réponse publique à l'épidémie de VIH/SIDA. Le saupoudrage et/ou les bonnes actions isolées n'arriveront jamais à bout de l'épidémie au niveau national.

6.2 Eléments pour la prise en charge médicale des patients infectés par le VIH

Chez les adultes, il a été estimé qu'environ 50 % des sujets infectés par le VIH-1 font un SIDA et meurent dans les 10 ans qui suivent leur contamination. Chez les enfants infectés par le VIH-1 dès la naissance, 25 % décèdent de SIDA avant l'âge de 5 ans, seuls 75 % ont une évolution de la maladie superposable à celle de l'adulte. Cette différence dans l'histoire naturelle de la maladie à VIH entre l'adulte et l'enfant a été attribuée à l'immaturation du système immunitaire de l'enfant au moment où celui-ci contracte l'infection. En Afrique la sévérité de l'infection à VIH-1 marquée par une mortalité précoce à 5 ans chez les adultes et à 2 ans chez

les enfants semble être la règle. L'accès inadéquat aux soins est sans doute la raison principale de cette situation.

Les complications de l'infection à VIH-1 qui font toute la gravité de la maladie sont liées à l'effondrement progressif des défenses immunitaires de l'organisme. Tout d'abord le sujet infecté par le VIH-1 serait plus sensible aux infections banales prévalant dans la population générale. Ensuite, proliféreraient de manière massive des germes (bactéries, virus, parasites, champignons) dit « opportunistes » parce qu'ils se développent sur un organisme incapable de réagir. En priorité on peut citer la réactivation d'infections latentes à mycobactéries, au virus de l'herpès, au cytomégalovirus, à *Candida albicans*, etc. Enfin surviendraient des lésions cancéreuses de type sarcome de Kaposi (cancer généralisé à point de départ cutané) et de type lymphomes (cancer des ganglions lymphatiques, refuge privilégié du VIH-1 dans l'organisme). Le passage au stade SIDA qui est le stade final de l'infection à VIH serait marqué par un accroissement significatif de la charge virale et l'atteinte globale de toutes les fonctions de l'organisme qui aboutiraient au décès du sujet infecté.

Ainsi en dehors du blocage de la réplication virale que peuvent réaliser les antirétroviraux, toutes les autres situations décrites plus haut sont accessibles aux traitements usuels utilisant des médicaments classés essentiels ou génériques. La prise en charge de ces pathologies semblerait limiter en soi la réplication virale. Cette prise en charge pourrait alors prolonger la survie des patients infectés par le VIH et apporterait une certaine qualité de vie. Cette prise en charge ne peut véritablement s'organiser qu'autour de l'accès au dépistage et au conseil et de la lutte contre la discrimination dont souffrent les personnes infectées par le VIH.

7. Conclusions

Le Virus de l'Immuno-déficience Humaine (VIH) et le Syndrome d'Immuno-déficience Acquise (SIDA) sont aujourd'hui des problèmes pressants, de portée mondiale dont les conséquences sociales, culturelles, économiques, politiques, juridiques et éthiques sont vastes.

Jusqu'à présent partout **où frappe l'épidémie du SIDA, seuls trois types de réponse ont été possibles :**

- ◆ Prévenir la transmission par une modification des comportements générateurs de risque ;
- ◆ Assurer, sur le terrain médical, psychologique, socio-économique, une prise en charge palliative des personnes atteintes et de leur entourage ;
- ◆ Gérer les problèmes économiques, sociaux, politiques et éthiques que le choc de l'épidémie fait surgir.

Dans tous les cas, aucune solution ne peut être envisagée sans une attentive prise en compte des réalités humaines : attitudes et pratiques des individus aussi bien que transformation des systèmes sociaux et culturels.

Le Burkina Faso s'est engagé depuis peu dans un processus qui a terme, doit conduire à l'élaboration d'un Plan National Multisectoriels.

Cette approche multisectorielle impliquant tous les ministères, les ONG, le privé, les organisations confessionnelles, nécessite que l'analyse, l'établissement des priorités et la planification aient lieu à tous les niveaux.

La mobilisation de toutes les forces vives de la nation est devenue une stratégie de survie de nos populations.