

ces spécifiques en une seule entité. L'ancien ministre des Affaires étrangères, M. Leo Tindemans, s'était fait la locomotive politique de ce projet lancé dès 1984 par l'Académie des sciences d'outre-mer et relancé l'année suivante par l'Association belge des africanistes. Si son histoire fut longtemps incertaine et hypothétique, cet établissement d'utilité publique n'en a pas moins franchi, l'été dernier, une étape décisive avec l'approbation de ses statuts.

Tout reste à faire, cependant. Coiffé d'un directeur qui est déjà celui du Centre d'étude et de documentation africaines, M. Filip Reyntjens, professeur aux Facultés universitaires d'Anvers (U.I.A.), l'institut se voit donc contraint de s'exiler avant même d'exister. « On essaie évidemment d'éviter le déménagement, reconnaît Filip Reyntjens, mais les dés semblent jetés de

ce côté. Dès lors, nous axons notre défense en sorte de pouvoir nous établir dans un endroit qui accommode le tout et dans un délai raisonnable, c'est-à-dire pas avant la fin 1990. »

Les périls de l'éparpillement

Filip Reyntjens souligne, en passant, le réel enjeu de ce mouvement. Se référant à un rapport du Conseil des études africaines datant de février 1987, il nous explique que « c'est tout un éventail d'expertise qui est en train de se dégrader, voire de disparaître, à cause de l'éparpillement des études africaines. Résultat : on ne forme plus de nouveaux africanistes ». A 37 ans, Filip Reyntjens en est l'un des derniers spécimens.

Éric de Bellefroid

Épidémiologie, politique et Sida en Afrique

Deux articles récents ayant interpellé les épidémiologistes à propos de leurs méthodes de travail concernant les études sur le SIDA en Afrique (1), il me paraît important qu'un épidémiologiste y réponde et tente d'amorcer un dialogue. Cette discussion est d'autant plus importante que le problème du SIDA est dramatique pour les populations concernées, difficile pour les responsables et que les deux articles en question apportaient très peu d'éléments positifs

pouvant aider à la gestion de ce défi.

Pourquoi l'épidémiologie du SIDA ?

L'épidémiologie est une technique qui permet d'étudier les effets sur une population de l'intervention d'un agent pathogène (biologique ou physicochimique). Elle consiste d'abord à évaluer l'importance du phénomène morbide exprimée

par des taux de prévalence (pourcentage de malades dans une population donnée à un instant donné) ou d'incidence (pourcentage de nouveaux malades dans la population sur une période de temps donnée). Elle explore également les conséquences du phénomène morbide étudié : mortalité, taux d'incapacité, de complications, coûts des soins, pertes économiques indirectes, etc.

En plus de cette épidémiologie descriptive existe un niveau supérieur concernant la recherche des causes et des facteurs favorisants : c'est l'épidémiologie analytique. Par l'étude des taux de morbidité différents existant entre différents sujets exposés ou non à des facteurs dits de risque, il est possible d'étudier les liens existant entre ce facteur et l'apparition de la maladie ou de l'infection. Le risque épidémiologique ainsi défini est constitué par l'excédent de malades retrouvé dans la population exposée par rapport à celle non exposée. Mais la mise en évidence d'un tel risque n'est pas une preuve de causalité ; il faut pour cela un faisceau d'arguments supplémentaires.

La troisième forme d'épidémiologie est celle développée pour évaluer les résultats des interventions de Santé publique.

L'épidémiologie a permis de prouver l'origine infectieuse de la maladie aux USA dès 1982-1983 avant que l'agent soit découvert. L'existence de VIH2 en Afrique de l'Ouest a été prouvée par une enquête séroépidémiologique au

Sénégal avant que le virus lui-même soit isolé (2).

La définition des premiers groupes à risque, les 3 H, a permis de mettre en place des actions de prévention qui ont donné à ce jour des résultats appréciables. Les homosexuels (premiers H) ont pris en main la lutte préventive contre le SIDA et la transmission du virus est pratiquement arrêtée dans la communauté homosexuelle. Les hémophiles (deuxième H), en payant de leur santé et de leur vie, ont apporté la preuve que le virus se transmettait par le sang. Ce qui a provoqué le développement des tests de dépistage, la sélection de « sang propre » pour les transfusions et le traitement des fractions sanguines. La désignation du 3^e groupe à risque (Haïtiens), même s'il était très discutable, a été à l'origine des recherches menées en Afrique et des premières enquêtes réalisées sur ce continent.

Les études essentiellement descriptives réalisées sur le continent africain montrent que la transmission des VIH est hétérosexuelle et rapide. Il est urgent de passer à des études épidémiologiques analytiques, c'est-à-dire savoir pourquoi la transmission hétérosexuelle serait plus efficace en Afrique qu'ailleurs. Ne pas faire ces études, c'est favoriser les assertions rapides et inutiles concernant la sexualité des Africains. Il est important de rechercher les facteurs favorisants (ou de risque) de la transmission en gardant à l'esprit en permanence la pluricausalité certaine de cette transmission.

(1) D. Fassin et J.-P. Dozon, « Les États africains à l'épreuve du SIDA », *Politique africaine*, 32, 1988, pp. 79-85, et « Raison épidémiologique et raisons d'État. Les enjeux sociopolitiques du SIDA en Afrique », *Sciences sociales et santé*, 7, 1989, pp. 21-36.

(2) F. Bariin et al. « Serological Evidence for Virus Related to Simian T-lymphotropic Retrovirus in Residents of West-Africa », *Lancet*, 1985, pp. 1387-1389.

L'origine du virus

L'épidémiologie peut apporter des arguments concernant cette origine. Mais discuter de l'origine du virus n'a d'intérêt que si cela doit apporter des connaissances supplémentaires utiles à une lutte future. Les arguments en faveur de l'origine africaine du virus ne sont pas des arguments d'antériorité : que le plus ancien sérum positif soit américain ou africain ne prouve pas que le virus vienne du même continent. L'argument essentiel est la grande variabilité des souches africaines de virus et les similitudes de certains de ces virus avec le virus du singe vert africain. Or ces acquis scientifiques sont extrêmement importants s'ils permettent de comprendre comment le virus se modifie et pourquoi, et d'isoler certains variants moins pathogènes ou certains variants induisant des anticorps protecteurs.

De même, savoir comment le virus est passé, éventuellement, du singe à l'homme est relativement secondaire sauf si cela a des implications pour la lutte. Disons néanmoins que plusieurs maladies ont pour origine un virus, une bactérie ou un parasite d'origine animale : la fièvre jaune (virus transmis par un moustique), le charbon (microbe transmis par blessure lors du dépeçage) ou la brucellose (germe transmis par le lait ou par contact), le tenia ou la trichine (parasites transmis par l'ingestion de viandes peu cuites), etc. Il y a enfin des maladies strictement humaines dont l'agent pathogène a une origine animale ou est identique à un agent pathogène animal (grippe, rougeole dont le virus est celui de la maladie de Carré du chien, etc.). Que certains esprits en profitent pour prendre des posi-

tions racistes ne doit pas nous faire perdre l'intérêt de rechercher ces origines surtout si cela doit permettre de découvrir un moyen de lutte future, objectif essentiel de tous les chercheurs.

Économie et épidémiologie

Les premières mesures de lutte contre le SIDA prises par tous les pays africains concernent la fourniture de « sang propre » dans les centres de transfusion. La plupart des grands hôpitaux disposant de banques de sang sont maintenant équipés et la grande majorité des sangs transfusés sont séronégatifs. Il est logique que ce dépistage des dons de sang soit la première mesure de lutte, car :

- être infecté par transfusion est une injustice intolérable ;
- il s'agit d'une mesure essentiellement technique et médicale ;
- il y a des aides internationales substantielles pour équiper les banques de sang.

Mais demeurent les problèmes classiques de maintenance du matériel et d'approvisionnement en réactifs auxquels il faut ajouter un problème technique que nous espérons voir bientôt résolu par les laboratoires européens ou nord-américains. Les techniques de dépistage actuelles ne sont réalisables que sur de grandes séries et sont donc difficilement utilisables dans les hôpitaux périphériques où ne se pratiquent que quelques transfusions quotidiennes ; il faut espérer pouvoir disposer bientôt de tests réalisables sur quelques unités de dons de sang. On peut néanmoins espérer que cette épidémie aura pour résultats positifs de diminuer les indications de transfusions et/ou d'injections qui sont beaucoup trop faciles et nombreu-

ses actuellement, compte tenu des autres risques, nombreux, de la transfusion.

Il faut enfin ne pas exagérer le rôle des injections intramusculaires dans la transmission VIH : aucun argument épidémiologique n'est en faveur d'un rôle significatif des injections : comment expliquer alors que les enfants entre 3 et 15 ans ne soient pas infectés (hormis après transfusion) alors qu'ils reçoivent autant d'injections que les adultes. Le même argument a été justement avancé contre la transmission vectorielle.

En fait, le SIDA sera le catalyseur et parfois le révélateur des problèmes gestionnels des services de santé en Afrique. Compte tenu de la médiocre efficacité actuelle des hôpitaux africains, il est en effet peu vraisemblable que ceux-ci puissent prendre en charge les malades sidéens ; ces malades ont déjà pris l'habitude de « retourner au village » quand la maladie s'est déclarée après avoir utilisé tous les recours thérapeutiques disponibles (officiels, informels, traditionnels).

S'ajoutent aussi les exigences du personnel médical et paramédical qui, pour sa propre sécurité, demande du matériel supplémentaire (gants, blouse). L'utilisation de ce matériel a un intérêt essentiellement pour le personnel et très peu pour les malades ; les deux ne sont pas systématiquement inter-dépendants surtout si des arbitrages financiers sont nécessaires. Autant la stérilisation ou la désinfection sont des pratiques indispensables à l'intérêt des malades, autant le port de gants ou de masques par les infirmiers n'est nécessaire pour le malade que dans les interventions chirurgicales.

Problème d'information

La non-déclaration d'épidémies est un fait ancien et répété : ce fut particulièrement frappant dans les années 1970 quand le choléra est apparu en Afrique intertropicale pour la première fois. La non-déclaration des cas a provoqué une extension dramatique de ce choléra dans une grande partie des pays d'Afrique de l'Ouest. Cela est encore vrai, plus récemment, pour la fièvre jaune.

Il est alors logique que le SIDA soit sous-déclaré, étant une maladie nouvelle, avec des implications politiques nombreuses. La non-déclaration est même plus excusable que pour les maladies citées plus haut puisqu'elle n'entraîne pas de conséquences néfastes pour les pays voisins, à l'inverse du choléra et de la fièvre jaune qui, à partir d'un foyer national, débordent rapidement dans les pays voisins. Il ne faut donc pas chercher à cette sous-déclaration des raisons sociologiques trop particulières qui, même si elles existent, ne sont pas très déterminantes.

Les groupes à risque

— Les prostituées : nous avons parfaitement conscience des risques de globalisation en définissant ce groupe de population. Mais dans les études réalisées en Afrique sur le SIDA, il s'agit, quand on parle de prostituées, des prostituées officielles, reconnues. Le groupe informel des prostituées occasionnelles n'est pas étudié car nous ne connaissons pas les outils nécessaires à leur étude. Mais il est important d'étudier ce groupe car il est effectivement un acteur important de la diffusion du virus et de la préven-

tion future. Les excès policiers de tel ou tel gouvernement ne sont pas une raison pour abandonner les études sur ce groupe ; on aurait ainsi vite fait d'abandonner la défense des droits de telle ou telle catégorie de population ou de travailleurs pour ne pas risquer d'effets pervers.

— Les groupes ethniques : nous avons aussi parfaitement conscience de l'hétérogénéité des situations que recouvre le terme d'ethnie. Il est pourtant indiscutable que la majorité des appartenants à un groupe ethnique a en commun un certain nombre de comportements qui peuvent jouer un rôle dans la transmission du virus et donc justifier l'étude des risques liés à l'appartenance à cette ethnie. L'histoire épidémiologique est riche de résultats importants obtenus par les études « ethniques » au sens large.

Des différences observées peuvent être dues à :

— un facteur génétique comme dans le favisme des « Sémites », ou la drépanocytose des « Noirs » ;

— un facteur religieux : absence de tenia du porc ou de cirrhose éthylique chez les musulmans ou « protection » contre le cancer de la verge et le SIDA chez les circoncis ;

— un facteur social : transmission de certaines maladies différentes selon le degré d'hétérogamie, infections dues à certaines pratiques liées à la section du cordon à la naissance, à certaines formes d'alimentation, etc.

La compréhension de l'épidémiologie de la maladie du sommeil a fait de grands progrès grâce à la prise en compte des comportements de différentes ethnies (3). C'est un exemple frappant de l'intérêt d'étu-

dier un groupe ethnique vivant dans une région autre que celle de son origine. L'hétérogénéité mise en cause précédemment apporte ainsi un plus à l'étude épidémiologique ; en travaillant sur des communautés et non sur des individus, l'hétérogénéité des individus n'est pas toujours un obstacle. Quant au risque d'exclusion, s'il existe, il est du domaine politique et il n'existe pas que pour le SIDA. Pour faire des études analytiques, il faudra bien comparer la transmission dans tel groupe ethnique par rapport au groupe voisin ou par rapport au même groupe vivant dans une autre région ; il sera bien sûr très intéressant de prendre également en compte les sous-groupes sociaux d'une même ethnie.

Contrairement à ce qui a été dit, l'étude des populations rurales et urbaines n'a pas forcément un plus grand intérêt car la différence entre les deux est de plus en plus faible et leurs interrelations de plus en plus fréquentes. La ville n'est d'ailleurs pas toujours un facteur de meilleure santé, ou de meilleure chance de santé (un privilège...) ; il vaut souvent mieux vivre en zone rurale que dans certains quartiers suburbains des grandes villes africaines. Quant aux comparaisons entre sujets scolarisés ou non, elles auront surtout un intérêt pour orienter les campagnes de prévention.

Mais il faut surtout étudier la transmission en fonction de l'histoire matrimoniale et familiale, des pathologies associées, des migrations, des « marqueurs génétiques », des comportements alimentaires...

L'information du public

Compte tenu des définitions données plus haut, il est possible

J.-P. Hervouet, C. Leveissière, « Les grandes endémies, l'espace social coupable », *Politique africaine*, 28, 1987, pp. 21-32.

effectivement de parler de situation à risque plus que de sujets à risque. Mais il s'agit plus d'un « jeu de mots », même s'il est très important d'être prudent dans l'information transmise au public. Il ne faut pas en particulier amalgamer les responsabilités des épidémiologistes et celle, des journalistes : les interprétations négatives des données épidémiologiques sont plus le fait des médias. Il est révélateur à cet égard que dans les articles en question, à deux reprises, les auteurs ne font pas référence à l'article scientifique lui-même mais au commentaire d'un quotidien français.

Les épidémiologistes sont aussi coupables des mêmes déformations médiatiques : en effet, il est évident que Clumeck dans ses commentaires sur la sexualité africaine fait plus référence à des données de vulgarisation qu'à des articles scientifiques de base.

Doit-on ou non dire la vérité ? Cette question est toujours un point de divergence entre les biomédicaux, leurs malades et les autres scientifiques, et un sujet de réflexion difficile pour les médecins.

Le principe d'informer le malade de sa situation de santé et des risques encourus à cause de sa maladie ou de la thérapeutique ne doit pas être discuté, mais il est certain que la différence de connaissances entre les trois acteurs est telle que le « mentir vrai » ou le « parler faux » est permanent.

La solution de facilité serait de parler vrai et de dire aux sujets « vous avez le SIDA » ou « vous êtes séropositif » et s'en tenir là. Mais expliquer ce qu'est un virus ou ce qu'est un porteur non malade, nécessite d'utiliser le « mentir vrai ». Si les sociologues peuvent apporter leur aide à la résolution de cette question, le corps médical sera heureux de l'accepter. Il est néanmoins certain que pour l'instant, tant que nous ne pouvons proposer de moyens thérapeutiques efficaces et abordables, informer systématiquement tout sujet séropositif qui ne le demande pas risque d'avoir plus d'inconvénients que d'avantages (conduites contradictoire ou suicidaire).

J.-L. Rey