

# LE JOURNAL DU SIDA

WWW.ARCAT-SANTE.ORG

PATHOLOGIES ASSOCIÉES • HÉPATITES • DROITS DES MALADES



**DOSSIER SPÉCIAL**

## L'impact économique du VIH en Afrique



Supplément au n° 196 mai - juin 2007.  
Ne peut être vendu séparément.

## SOMMAIRE

### ÉDITO

**Des populations fragilisées** II

### CONTEXTE

**Le virus qui grignote le capital humain** III

### LES CONSÉQUENCES POUR LES MÉNAGES

**L'effet domino** V

### LE SECTEUR PRIMAIRE

**Sida et insécurité alimentaire : une menace pour le monde rural** VII

### LE SECTEUR PUBLIC

**Les ressources humaines en crise** IX

### LE MONDE DE L'ENTREPRISE

**Les entreprises à l'épreuve** X

**Grandes entreprises, le temps de la prise de conscience** XI

**Des trithérapies en entreprise** XIV

## Des populations fragilisées

Ménages ruinés ; entreprises en proie à l'absentéisme, à la perte des compétences, aux frais de santé et d'obsèques ; secteurs dépouillés de leurs forces vives. Si les économistes ne s'accordent pas sur l'impact à long terme du VIH/sida sur la croissance des pays africains, les conséquences micro-économiques de l'épidémie sont, elles, manifestes. Elles varient d'une région à l'autre, selon la prévalence et la richesse locales, les conditions d'accès aux soins et à l'éducation. Mais toujours, le VIH/sida aggrave les fragilités préexistantes et compromet la transmission du capital humain. Au-delà du ralentissement de la croissance du PIB établi par de nombreuses études, tout porte à croire qu'en l'absence d'un accès massif aux traitements, c'est le développement même de l'Afrique qui est compromis.

**Ce cahier spécial « L'impact économique du VIH en Afrique » est un supplément au *Journal du sida* n° 196, mai - juin 2007, édité par Presscode pour Arcat (association membre du Groupe SOS) avec le soutien de la direction générale de la Santé.**

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION : Jean-Marc Borello (jmb@groupe-sos.org) • DIRECTEUR DE LA RÉDACTION : Gilles Dumoulin (gd@presscode.fr)  
CONSEILLÈRE DE LA RÉDACTION : Anne Guérin (anne.guerin@groupe-sos.org) • RÉDACTION (journal@arcat-sante.org), 26, La Canebière - 13001 Marseille • COORDINATRICE : Juliette Troussicot (juliette.troussicot@groupe-sos.org) Tél. : 01 44 93 29 19 • SECRÉTAIRE DE RÉDACTION : Yvonnick Dugast (yvonnick.dugast@groupe-sos.org) • DIRECTEUR ARTISTIQUE : Rémi Balligand • MAQUETTE : Alex Raima • DOSSIER RÉALISÉ PAR Murielle Collet, Laetitia Darmon, Sylvie Malsan • IMPRESSION : Imprimerie Nouvelle, Groupe Jouve, 45800 Saint-Jean-de-Braye COMMISSION PARITAIRE n° 1007 H 82309 • ISSN : 1153-0863. Dépôt légal à parution • Les articles et graphismes du *Journal du sida* sont la propriété exclusive de Presscode. Arcat est une association Loi de 1901. 94-102, rue de Buzenval, 75020 Paris.  
WWW.ARCAT-SANTE.ORG • WWW.GROUPE-SOS.ORG

CONTEXTE

# Le virus qui grignote le capital humain

**O**n ne peut pas se lamenter indéfiniment sur le fléau de la surpopulation dans les pays en développement et tirer ensuite la conclusion que le renversement de ce processus est un désastre économique de même ampleur (1). » Dans une étude intitulée « Le cadeau des mourants – La tragédie du sida et le bien-être des générations futures », l'économiste américain Alwyn Young compare les effets macro-économiques à long terme du VIH/sida à ceux de la Peste noire advenue en Grande-Bretagne, au 14<sup>e</sup> siècle : tragédie humaine, ce fléau a pourtant contribué à diviser par deux la population britannique, avec pour conséquences une importante diminution de la force de travail et une forte hausse des salaires. Young estime que, de la même façon, la mort du chef de famille à cause du sida pousse la femme à travailler pour subvenir aux besoins domestiques, ce qui l'amène à avoir moins d'enfants. « *Même en tenant compte des hypothèses les plus pessimistes concernant la baisse du niveau d'éducation, l'effet "fertilité" pré-domine* », conclut Young.



Photo : iStockphoto.

**L'épidémie de VIH/sida s'attaque aux forces vives des nations africaines, notamment aux détenteurs de savoir et de savoir-faire. Bien que tous les économistes ne s'accordent pas sur les conséquences à long terme de la pandémie, un nombre croissant d'entre eux estime qu'en l'absence d'accès massif aux traitements, elle compromet le développement de ces pays.**

## Transmission

Cette position n'est pas unique. Elle se rapproche des conclusions des premières études réalisées dans les années 90 sur l'impact du VIH/sida sur la croissance, qui ne le jugeaient pas inquiétant. « *L'intuition générale de ce type d'étude est que, dans une zone où la main-d'œuvre est globalement importante et où le capital productif manque, un choc sanitaire qui détruit une partie de cette main-d'œuvre n'a pas de conséquences importantes* », commente Bruno Ventelou, économiste à l'Inserm. « *Il peut même augmenter la richesse individuelle et donner aux gens la capacité d'orienter leur sur-*

*plus vers la croissance plutôt que vers la subsistance* ». Un raisonnement que rejette cependant l'économiste, et il n'est pas le seul : « *La main-d'œuvre, même si elle est abondante, représente du capital humain, c'est-à-dire des connaissances, du savoir-faire, une capacité de transmission. La disparition des personnes entraîne celle de ce capital* ». Depuis 2000, un certain nombre d'études ont d'ailleurs cessé de considérer le VIH comme un facteur exogène, qui n'affecterait pas en profondeur la structure du monde du travail et l'équilibre de la croissance, pour incorporer la notion de développement social, d'éducation ou de capital humain.

## Effet boule de neige

« *Un des éléments qui distinguent la pandémie de VIH/sida des autres épidémies est qu'elle touche majoritairement des adultes jeunes, dépouillant les familles, les communautés et les nations de ceux qui sont les principaux contributeurs des activités génératrices de revenus* », rappelle la chercheuse Marisa Casale dans une revue de la littérature sur l'impact économique du VIH/sida (2). C'est donc tout un pan de population qui se retrouve en incapacité de contribuer à part entière au développement de son pays. Cette perte de ressources humaines et de savoir-faire met en péril la survie des





familles, fragilise des secteurs (notamment en termes de sécurité alimentaire, d'éducation, de santé), engendre des coûts supplémentaires et des pertes de productivité pour les entreprises. Elle réduit par ailleurs la capacité d'épargne de l'ensemble des acteurs de la société (ménages, entreprises, gouvernement) en raison des moyens à consacrer aux effets de l'épidémie. « *Au bout d'un certain temps, cette réduction de l'épargne entraîne une diminution des investissements, un ralentissement de la croissance de la production globale, une réduction de l'emploi et un processus inévitable de paupérisation* », résumait le Bureau international du travail (BIT) dans son rapport de 2004 sur le VIH/sida dans le monde du travail. Le rapport de 2006 insiste par ailleurs sur l'impact du VIH sur l'avenir de la force de travail : le VIH accroît le risque de déscolarisation des enfants et de travail précoce, parce que les parents sont morts ou ont besoin d'une nouvelle source de revenus. Privés de l'éducation nécessaire pour acquérir des compétences, confrontés plus tôt à la précarité, les jeunes risquent davantage de contracter eux-mêmes le VIH et de se retrouver au chômage.

## Déstabilisation

Selon cette logique, les effets en chaîne liés au VIH ont déjà et continueront d'avoir un lourd impact. Les chiffres en disent long. En Afrique subsaharienne, en effet, la prévalence moyenne du VIH est de 6,4 % chez les 15-49 ans, selon le dernier rapport du BIT. 16,377 millions de travailleurs âgés de 15 à 64 ans sont séropositifs et cinq pays – Mozambique, Nigeria, Afrique du Sud, Tanzanie et Zimbabwe – comptent chacun plus d'un million de travailleurs séropositifs. Toujours selon ce rapport, 2 366 700 personnes parmi les 15-49 ans se trouvent en incapacité partielle ou totale de travailler en Afrique subsaharienne. Et depuis le début de l'épidémie, les

pertes cumulées de travailleurs dans la région représentent 6,06 % de la force de travail totale. Elles s'élèveront, selon les projections du BIT, à 11,85 % en 2020. Conséquences sur l'économie : 31 pays d'Afrique subsaharienne ont perdu en moyenne 0,7 point de pourcentage de leur taux de croissance du PIB par an entre 1992, avec un écart de 0,1 à 2,3 %, et 0,5 point de pour-

**Privés de l'éducation dont ils ont besoin pour acquérir des compétences, confrontés plus tôt à la précarité, les jeunes risquent davantage de contracter eux-mêmes le VIH.**

centage de leur taux de croissance de l'emploi. « *Ces taux sont d'autant plus importants que la population croît à un rythme de 3 % par an dans les pays africains. C'est donc bien un appauvrissement qui s'opère* », analyse Bruno Ventelou. Les projections réalisées par le BIT sur les quinze prochaines années indiquent une graduelle amplification de cet impact.

## Traitements

Pour briser cet engrenage, le BIT incite vigoureusement à une généralisation de l'accès aux traitements antirétroviraux (ARV) et évalue par des simulations l'impact positif que cela aurait sur les travailleurs et les entreprises. Il rappelle en outre que les familles et les communautés tout entières en tireraient le bénéfice, financièrement, moralement, en terme d'éducation et de transferts de compétences. « *L'enjeu*

*en creux de ces études d'impact est de mesurer ce qu'on aurait à gagner d'un passage à l'échelle aux ARV* », analyse Bruno Ventelou. Jean-Paul Moatti, Michel Kazatchkine et lui-même ont présenté lors du dernier Congrès international sur le sida à Toronto, une étude (3) sur l'intérêt macro-économique de ce passage à l'échelle, et tout spécialement pour les pays dont le potentiel de développement n'est pas encore trop entravé. Tous trois expliquent en effet que certains pays se trouvent à un stade critique de leur développement qui peut mener soit à une croissance forte, soit à un maintien dans le sous-développement, et ce selon l'évolution de leur capital humain. Si le VIH prend trop d'ampleur et détruit trop ce capital, les pays risquent de ne plus pouvoir réamorcer un processus de croissance. Sur les six pays pris en compte dans l'étude – Centrafrique, Zimbabwe, Cameroun, Côte-d'Ivoire, Bénin, Angola – les quatre derniers s'avèrent être à ce stade critique, tandis que les deux autres sont déjà trop minés par l'épidémie. Résultat : dans le cas du Zimbabwe, le passage à l'échelle de l'accès aux ARV ne réduirait la perte de croissance du PIB que de 10,3 % d'ici à 2010, contre 85,2 % en Angola et 100 % au Bénin. L'étude en conclut que pour quatre des six pays, le gain macroéconomique du passage à l'échelle devrait devenir supérieur à son coût en 2010. « *Quand bien même Alwyn Young aurait raison, il faudrait investir dans le traitement du VIH pour des raisons humanitaires, précise Bruno Ventelou. Mais notre étude montre que cette allocation de moyens est rentable. Nous enjoignons donc les gouvernements du sud et les instances internationales à privilégier l'allocation des ressources dédiées à l'éducation et à la santé : c'est-à-dire à celles qui favorisent le développement du capital humain.* » ■

Laetitia Darmon

(1) The gift of the dying – The tragedy of AIDS and the welfare of future generations, Alwyn Young, Université de Chicago, novembre 2004. Traduction de l'extrait : Laetitia Darmon

(2) The Impact of HIV/AIDS on poverty, Inequality and Economic Growth, Division de recherche sur l'économie de la santé et le VIH/SIDA, Université du Kwazulu Natal (Afrique du Sud), mars 2006. Traduction : L. D.

(3) Time is costly : modelling the macro-economic impact of scaling up access to antiretroviral treatment for HIV/AIDS in sub-saharan Africa. Int Conf AIDS. 2006 Aug 13-18. Moatti J.-P., Kazatchkine M., Ventelou B.

## LES CONSÉQUENCES POUR LES MÉNAGES

**B**ien que diplômé, je suis chômeur. Ma santé m'empêche de travailler. Quand je marche, j'ai toujours besoin de m'arrêter pour reprendre mon souffle. Alors comment exercer un métier (1) ? » Il a 42 ans, sa femme 37. Il est en stade sida et elle est séronégative, du moins le croit-elle, car voilà des années qu'elle n'a pas fait de test, par peur du résultat pour elle et pour ses enfants. Aujourd'hui, ils vivent dans une baraque abandonnée, à Brazzaville. La femme vend des petites choses au marché, en particulier une partie du riz du Programme alimentaire mondial (PAM). C'est la seule source de revenu de la famille.

### Perte d'emploi

Traditionnellement, en Afrique, le pouvoir économique est entre les mains des hommes. Les femmes peuvent monter de petites activités commerciales, mais elles dépendent pour l'investissement de départ de leur mari et ces rentrées d'argent demeurent la plupart du temps marginales. En outre, les hommes ne s'occupent pas que de la famille nucléaire : ils peuvent avoir plusieurs femmes ou prendre en charge leurs neveux (les enfants de leur(s) soeur(s)) si le père de ces derniers est décédé. « Comme le schéma classique veut que l'homme soit atteint le premier par le VIH, toutes les personnes qu'il a à charge sont alors privées de revenu », explique Sandrine Dekens, ethnopsychiatre, spécialiste de la prise en charge psychosociale des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) et des orphelins et enfants vulnérables (OEV). Trop d'absences au travail, pour cause d'hospitalisation, ou trop de fatigue, et l'annonce du licenciement finit en effet par tomber, presque toujours sans filet de sécurité. La perte d'emploi s'avère d'autant plus rapide que l'activité est précaire, peu qualifiée. « Il arrive que des personnes aient des relations privilégiées avec leur patron,

## L'effet domino



Photo : Sioaphoto.

**Le VIH/sida dévaste les ménages qui n'ont pas accès à une prise en charge précoce de l'infection. Source de perte de revenus et d'augmentation des dépenses, il ruine méthodiquement les familles, à commencer par les plus fragiles.**

qui peut décider d'adapter le travail, pour le rendre moins fatigant, ou de participer au paiement des soins. C'est alors l'humain qui vient compenser le déterminisme social », nuance Sandrine Dekens, mais ces situations ne sont pas la règle.

### Redéploiement des dépenses

A cette perte de revenus – généralement amplifiée par le fait que les autres personnes du ménage susceptibles de faire de menus travaux sont mobilisées autour du malade, pour lui prodiguer des soins – viennent s'ajouter des dépenses croissantes liées à la maladie. Celles-ci peuvent commencer très tôt, « avant que l'idée de soumettre la personne au test de dépistage du VIH ne survienne » (1). Examens, médicaments, consultations, produits issus des médecines traditionnelles : autant de frais récurrents qui fragili-

sent sournoisement les économies des ménages. Quand la baisse des revenus survient, les coûts médicaux viennent mordre davantage encore sur les autres dépenses de bases – alimentation, habillement, scolarité des enfants... Selon une étude réalisée en 2002 en Afrique du Sud (2), les dépenses liées aux soins peuvent représenter en moyenne 34 % du revenu mensuel des ménages, alors qu'elles s'élèvent à 4 % à l'échelle nationale. 50 % des ménages interrogés dans cette étude disent manquer parfois de nourriture, surtout lorsqu'ils vivent en zone rurale. Il faut ajouter enfin les frais d'obsèques. L'étude précitée relate qu'ils s'élèvent en moyenne à quatre fois le revenu mensuel total du ménage, avec d'importantes variations d'une famille à l'autre, selon le niveau de funérailles souhaité, l'aide financière reçue, la possession ou non d'une assurance décès...



## » L'engrenage

Avec la perte des revenus et la hausse des coûts de santé, une spirale infernale d'appauvrissement se met en route, encore accélérée quand plusieurs membres du ménage sont infectés. Sandrine Dekens et l'économiste Anne-Laure Charruau décrivent ce phénomène comme la dégringolade des marches d'un escalier : d'abord, la personne dépense toutes les rentrées, ne peut plus faire d'économies ; puis elle commence à grignoter ses économies jusqu'à ce qu'elle n'en ait plus, emprunte et s'endette ; ne travaillant plus, elle cesse d'avoir des rentrées fixes ; elle ne parvient pas à rembourser ses dettes et ne peut plus emprunter : il ne lui reste qu'à vendre ses biens. Elle ne peut plus payer de loyer et doit habiter dans la famille, les enfants sont déscolarisés. Enfin, elle et ses enfants cherchent de l'argent pour manger au jour le jour (3). « *Ce qui frappe, note Sandrine Dekens, c'est l'extrême rapidité à laquelle le VIH/sida peut enfoncer les personnes dans la pauvreté, lorsqu'elles sont déjà fragilisées. Le VIH est un puissant révélateur d'inégalités préexistantes, qu'il alimente et qu'il*

*aggrave.* » Le mécanisme d'appauvrissement est donc toujours globalement le même, mais il s'enclenche plus ou moins rapidement selon le contexte de vie des personnes, leur degré de vulnérabilité : niveau d'épargne, accès précoce ou tardif aux ARV, présence d'hommes dans l'entourage, famille susceptible d'aider... Dans un pays de prévalence élevée, où le tissu social risque de s'être fortement délité, l'entourage viendra moins au secours des personnes malades. De même, la déscolarisation des enfants adviendra plus ou moins tôt selon que l'enseignement est fortement valorisé ou non par la culture et le milieu social et selon le coût de cette scolarisation : si l'école est chère, le retrait des enfants sera d'autant plus vu comme la possibilité de moindres frais et d'une présence supplémentaire à la maison.

## Agir ?

Pour casser le cercle vicieux, il est nécessaire de repérer à quelle marche se trouve le ménage, et de lui apporter un soutien en conséquence. « *Il faut une intervention extérieure. On se rend compte qu'il suffit parfois de*

*peu pour mettre un terme à la chute. A Brazzaville, j'ai observé que le fait d'avoir une famille soutenant la personne faisait toute la différence. Les gouvernements devraient réfléchir à ce qui pourrait permettre aux familles de rester auprès des malades* », souligne Sandrine Dekens. De même, certaines associations apportent un soutien alimentaire et scolaire aux familles et aident les femmes à développer des activités génératrices de revenus, par le biais de micro-crédits, pour qu'elles puissent retrouver un minimum d'indépendance et de moyens financiers. Mais lorsque les femmes sont elles-mêmes séropositives, ces actions ne servent souvent qu'à repousser un peu le temps de la chute. ■

Laetitia Darmon

(1) Témoignage extrait d'entretiens menés pour élaborer le rapport sur l'étude qualitative sur l'impact psychosocial du VIH/sida dans la vie des personnes infectées et affectées au Congo Brazzaville. Projet de lutte contre le VIH/sida et de santé. Sandrine Dekens, Anne-Laure Charruau, 2004. Association Internationale de Développement.

(2) How Households Cope with the Impact of the HIV/AIDS Epidemics. Steinberg et al. Octobre 2002. The Henry Kaiser Family Foundation.

(3) S. Dekens, A.-L. Charruau, id.



## LA VULNÉRABILITÉ ÉCONOMIQUE AU FÉMININ

Lorsqu'elle perd son mari du VIH/sida, la femme africaine est extrêmement fragilisée. La pratique du lévirat – remariage de la veuve avec le frère de son mari défunt – s'est beaucoup raréfiée, du fait du risque de contamination du nouveau conjoint. Ce système permettait à la veuve de conserver l'héritage de son mari et aux enfants d'être protégés par la famille, car dans de nombreux

pays d'Afrique, la coutume veut que l'héritage du mari ne revienne pas à la mère. Bien des femmes sont ainsi spoliées de toute possession à la mort de leur mari. Parfois, des législations à l'occidentale ont été promulguées, pour faire valoir le droit à l'héritage des femmes. Mais méconnues et trop contradictoires aux droits coutumiers, elles peinent à être appliquées. De timides évolutions voient pourtant le jour.

Selon un rapport de la FAO publié en 2001, « *il s'est opéré un changement dans les lois traditionnelles de la plupart des autorités tribales en Namibie, pour reconnaître les droits des femmes et des enfants, en accord avec la Constitution du pays* » (1). Ici et là, des organisations de femmes se battent pour faire reconnaître et appliquer les droits des femmes à la propriété et à l'héritage. En août 2006, au Burundi, des veuves sont descendues dans la rue pour crier victoire : l'une d'entre elles, menacée d'expulsion par sa belle-famille suite à la mort de son mari séropositif, avait gagné son procès, grâce au soutien de l'Association nationale de soutien aux séropositifs (ANSS). « *Ce type d'action est possible dans un pays comme le Burundi, où la présence associative est vigoureuse, mais ce n'est pas le cas partout. Au Centrafrique, par exemple, les associations sont anéanties* », note Sandrine Dekens. Or, pour un combat aussi révolutionnaire, il faut au minimum... le maximum d'énergies. ■

L. D.

(1) The Impact of HIV/AIDS on different farming sectors in Namibia. FAO. Décembre 2001.

## LE SECTEUR PRIMAIRE

# Sida et insécurité alimentaire, une **menace** pour le monde rural

En Afrique, où les deux tiers de la population des 24 pays les plus touchés par l'épidémie vivent dans des zones rurales, le VIH/sida compromet la production agricole et aggrave l'insécurité alimentaire.

**S**elon les estimations de la FAO (1), l'épidémie de VIH/sida a provoqué depuis 1985 la mort de sept millions de travailleurs agricoles dans les 25 pays africains les plus touchés par la maladie et devrait faire disparaître, d'ici 2020, au moins un cinquième de la main-d'œuvre agricole des pays de l'Afrique australe (2). Prévisions particulièrement inquiétantes lorsque l'on sait que l'agriculture représente la part la plus importante du PIB des pays africains et le seul moyen de subsistance de populations entières. Il semble cependant difficile de mesurer l'impact économique réel du sida sur le secteur agricole, faute d'études globales significatives, et les observateurs ne s'accordent pas sur la question.

### Une production agricole touchée

Des études particulières témoignent en revanche des liens entre un fort taux de prévalence et une production agricole faible. « En Ouganda, le gouvernement a lancé ces dernières années une politique de promotion des cultures destinées à l'exportation, or celles-ci ne se sont vraiment développées que dans les régions où le taux de prévalence reste bas, remarque Marcela Villarréal, coordinatrice de la FAO pour le VIH/sida. Beaucoup de pays d'Afrique subsaharienne aspirent à une modernisation de leur agriculture, mais dans certaines zones, on ne trouve pas la main-d'œuvre nécessaire pour assurer le développement agricole. »

Certaines grandes exploitations commerciales commencent par ailleurs à se soucier des conséquences que l'épidémie peut générer en termes d'absentéisme et de perte d'une main-d'œuvre expérimentée. Au Kenya, une étude a mis en évidence un ralentissement de la productivité dans une plantation de canne à sucre, où un quart de la main-d'œuvre se trouvait atteint par le VIH (3). D'une façon générale, ce n'est cependant pas le secteur commercial qui souffre le plus des effets de l'épidémie, ainsi que le souligne Marcela Villarréal : « La vraie pénurie de main d'œuvre se trouve à l'intérieur des petites exploitations et des cultures vivrières ».

Dans les pays les plus durement frappés par le VIH/sida, l'agriculture représente la principale source de subsistance des populations. Or dans des communautés agricoles de subsistance pauvres et peu mécanisées, la main-d'œuvre s'avère cruciale. Au Malawi, où 80 % de la population dépend de l'agriculture vivrière, on assiste à l'abandon de zones entières de terres suite aux ravages de la maladie.

### Insécurité alimentaire

L'affaiblissement des personnes malades du VIH/sida conduit invariablement à une réduction des parcelles cultivées. Une étude menée en 2002 au Swaziland, sur l'impact du VIH sur la petite production agricole, notait une réduction de 34 % des terres cultivées, de 54 % de la culture de maïs et de 29 % du cheptel, pour les ménages touchés



Photo : iStockphoto

par l'infection. 43 % d'entre eux avaient par ailleurs modifié leur type de cultures habituel, optant pour des variétés exigeant moins de travail (4). Traditionnellement chargées de l'agriculture vivrière, les femmes se voient contraintes de s'occuper de leurs maris lorsqu'ils tombent malades, consacrant ainsi moins de temps aux travaux agricoles. Les dépenses en soins de santé laissent de plus très peu de place à l'achat d'aliments et le bétail se trouve souvent abattu lors des funérailles ou vendu pour se procurer des médicaments.

Un véritable cercle vicieux s'instaure. Les personnes qui souffrent de la faim quittent parfois leurs foyers pour se procurer de la nourriture et adoptent un comportement qui peut les rendre plus vulnérables au virus. Une situation qui touche particulièrement les femmes, qui se voient souvent interdire l'accès à la terre lors du décès du chef de famille, en raison de lois coutumières en vigueur dans de nombreux pays. Elles subissent alors une extrême précarité qui peut

(1) Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture.

(2) Ces informations se trouvent sur le site Internet de la FAO : [www.fao.org/hiv/aids](http://www.fao.org/hiv/aids)

(3) Le point sur l'épidémie de sida, rapport Onusida, 2002.

(4) The impact of HIV/Aids and drought on local knowledge systems for agrobiodiversity and food security - Links Project, rapport numéro 50, FAO, juillet 2005.




  
 (5) Junior Farmer Fields and Life Schools.

les mener à la prostitution et les exposent d'une façon accrue à une contamination par le VIH. L'épidémie vient en fait souvent amplifier les conséquences d'autres maux affectant l'agriculture, à savoir les facteurs climatiques, les mauvaises politiques agricoles ou encore les conflits. Elle aggrave ainsi l'insécurité alimentaire qui touche de nombreuses régions d'Afrique, en diminuant les capacités des ménages à faire face à la crise. « En Afrique particulièrement, le VIH/sida est souvent un révélateur aggravant d'une situation préexistante », souligne Cécile Sportis, directrice du bureau de liaison à Paris du Programme alimentaire mondial (PAM). L'accès à une nourriture suffisante se trouve menacé à un moment où il s'avère particulière-

depuis des années, de nombreuses actions dans les pays africains auprès des personnes touchées par le VIH/sida, en leur procurant des rations alimentaires à haute valeur nutritive, qui leur permettent de reprendre des forces et parfois de cultiver à nouveau leurs champs. « La communauté internationale s'est longtemps uniquement concentrée sur le problème de l'accès aux médicaments, note Cécile Sportis. Mais ces traitements lourds perdent en efficacité s'ils ne sont pas associés à une alimentation correcte. Cet été à Toronto, lors de la 16<sup>e</sup> Conférence internationale sur le VIH/sida, la dimension nutritionnelle comme élément essentiel de la lutte contre la maladie a enfin été prise en compte. »

ces locales et la biodiversité représentent les biens les plus importants – souvent les seuls – de nombreuses sociétés rurales. « Les petits agriculteurs ont développé des moyens d'adapter leurs cultures à l'environnement et leurs connaissances meurent souvent avec eux lorsqu'ils disparaissent, déplore Marcela Villaréal. C'est l'agrobiodiversité qui se trouve finalement menacée. »

A la mort de leurs parents, les enfants se retrouvent souvent livrés à eux-mêmes, sans savoir-faire agricole et dans de nombreux villages d'Afrique, on rencontre des ménages d'orphelins dépourvus du bagage nécessaire à leur survie. Devant l'ampleur du problème, la FAO a ouvert des écoles d'Agriculture et de Vie en 2003 au Mozambique (5). Garçons et filles y apprennent à préparer un champ, labourer, semer. On leur enseigne également le savoir traditionnel relatif aux cultures indigènes, aux plantes médicinales et à la diversité des cultures. « Nous accueillons des enfants âgés de 12 à 19 ans, durant un an, explique Marcela Villaréal. Les plus grands nous aident ensuite à transmettre le savoir aux nouveaux arrivants. » La prévention contre le VIH/sida fait également partie du programme. Il existe actuellement 34 écoles d'agriculture réservées aux orphelins du sida. Situées au Kenya, au Mozambique, en Namibie et en Zambie, elles accueillent près d'un millier d'enfants.

La prise en compte des conséquences du VIH/sida sur l'agriculture et la sécurité alimentaire est relativement récente. En participant à l'appauvrissement des populations rurales et en détruisant la chaîne de transmission intergénérationnelle des connaissances et des compétences, l'épidémie fait pourtant peser de lourdes menaces sur le développement rural et agricole, et par conséquent sur le développement global des pays à long terme. ■

Murielle Collet



Photo : iStockphoto.

**La perte  
 du savoir-faire  
 agricole représente  
 l'un des aspects  
 les plus préoccupants  
 de l'impact  
 du VIH/sida  
 sur le monde rural.**

ment crucial. Car il apparaît peu probable – même dans les pays où ils sont plus disponibles qu'avant – que les traitements ARV puissent être dispensés à un grand nombre de personnes dans les zones rurales pauvres, et la question de la nutrition devient essentielle, lorsqu'on sait qu'une alimentation suffisante et de qualité aide à retarder le temps d'incubation et à lutter contre les infections opportunistes. Or l'importance de l'aspect nutritionnel dans la lutte contre la maladie a longtemps été ignorée. Le PAM mène pour sa part,

### Perte des compétences

Par ailleurs, avec des générations entières d'adultes qui meurent prématurément avant de pouvoir transmettre leurs connaissances, la perte du savoir-faire agricole représente l'un des aspects les plus préoccupants de l'impact du VIH/sida sur le monde rural. Chargées de conserver et de gérer les stocks de semences, de choisir les plantes les plus nutritives qui sont la base de la sécurité alimentaire au sein de leurs communautés, les femmes transmettent ce savoir à leurs enfants. Ces connais-

LE SECTEUR PUBLIC

# Les ressources humaines en crise

**Le manque criant de personnel dans la santé et l'éducation, deux secteurs clés du développement, compromet gravement les chances des Etats africains d'agir efficacement contre l'épidémie de VIH/sida... et de soutenir leur économie. Absentéisme, décès, fuite de l'encadrement vers d'autres secteurs : autant de conséquences de la faiblesse des politiques sectorielles dans ces pays.**

**L**es recherches menées sur le lieu de travail dans la santé publique et l'éducation, fers de lance de toutes les politiques de développement, sont du plus grand intérêt. Elles permettent de comprendre que l'impact du sida sur les professionnels, sans lesquels il ne saurait y avoir de lutte efficace ni durable contre l'épidémie, ne peut qu'aggraver la situation de pays déjà fragilisés par un taux élevé de prévalence du VIH/sida ou un faible revenu.

## Usure des effectifs

Premièrement : comment améliorer la santé des populations sans personnels pour leur prodiguer des soins ? Pour l'OMS, la « *corrélation entre disponibilité du personnel de santé et taux de couverture des interventions sanitaires laisse penser que la santé publique est à la peine lorsque le personnel sanitaire est rare* » (1). Or, trente-six pays sur quarante-six en Afrique (région OMS) comptent parmi les plus touchés par une pénurie aiguë de médecins, infirmières et sages-femmes. Si le VIH/sida n'en est pas la cause unique, il peut en être la cause principale ou en tout cas aggraver fortement la situation. Dans les pays à taux de prévalence élevé (par exemple en Afrique australe), les personnels sont eux-mêmes frappés. Mais la pénurie d'effectifs est aussi à l'origine d'un engrenage : surcharge de travail, salaire dérisoire, formation inadéquate, manque d'équipement ou de médicaments, etc. (2) ; et donc : épuisement professionnel, absentéisme, fuite dans les autres secteurs.

## Moindre qualité

Deuxièmement : comment assurer l'éducation des plus jeunes en l'absence de bons enseignants, qui plus est conscients du problème du sida ? Dans le secteur éducatif, on constate des décès mais aussi une perte de qualité de l'enseignement, due à des absences répétées : fatigue, pathologies associées, soins à donner aux membres malades du foyer, présence obligatoire aux obsèques des proches. Cependant, selon un rapport récent de l'Unesco, « *l'impact du sida sur les enseignants n'a pas été abordé de manière adéquate dans la grande majorité des pays, à cause peut-être de la stigmatisation et de la controverse qui s'y rattachent* » (3). Une analyse que confirme Roland Biache, délégué général de Solidarité Laïque (ONG française agissant principalement dans l'éducation et la formation) : « *Les enseignants ont une double responsabilité : en tant que pédagogues pour véhiculer les bons messages de prévention, mais également pour eux-mêmes. Le sujet est encore tabou, même s'il est difficile de nier aujourd'hui leur responsabilité dans la propagation du sida. Mais nos partenaires associatifs au Sénégal, au Bénin, au Cameroun, au Niger et en Afrique du Sud commencent à en parler avec nous* ».

## Campagnes éducatives

Ces questions ne constituent en fait qu'une petite partie de l'iceberg, tant la pandémie ouvre d'interrogations à partir du moment où elle concourt à

l'ébranlement de tout un système. Les personnels administratifs sont concernés au même titre que les acteurs de terrain : s'ils sont en sous-effectifs ou ne possèdent pas les compétences voulues, le système ne peut pas fonctionner. Cette crise du personnel, à son tour, a des incidences financières notables, car le budget des ressources humaines risque d'absorber à lui seul celui du secteur (allocations de décès, formation de nouveaux agents...). De plus, les études sont trop rares, ou bien, lorsqu'elles existent, elles ne sont pas mises au profit d'une organisation de la riposte, observe encore l'Unesco dans son rapport le plus récent, tout en pointant « *la désillusion éprouvée par de nombreux pays en développement qui ont le sentiment de faire l'objet d'études et de rapports, sans pour autant être associés aux concepts, à la conception et aux dividendes de ces recherches* » (3).

On notera enfin que chaque secteur a des besoins auxquels ne peuvent pas répondre des directives définies principalement à l'échelle nationale. Il faut encourager les campagnes éducatives auprès des personnels de tous les services afin de créer un milieu de travail plus sûr et plus motivant. Mais cela passe forcément par un lien entre politique nationale et sectorielle, par une coordination entre services et des approches multisectorielles. Ainsi que par le soutien des dirigeants politiques des pays concernés et de la communauté internationale. ■

Sylvie Malsan

(1) Rapport sur l'éducation dans le monde, OMS, 2006.

(2) Analyse de la situation de l'épidémie de VIH dans le secteur de l'éducation au Burkina Faso, N. Nagot, Centre Muraz, UMR 145, IRD, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso. Etude présentée lors de la 4<sup>e</sup> Conférence francophone VIH/sida (Paris, 30-31 mars 2007).

(3) Enquête mondiale sur l'état de préparation du secteur éducatif face au VIH et au sida en 2004, Unesco.

(4) www.solidarite-laïque.asso.fr

## LE MONDE DE L'ENTREPRISE

## Les entreprises à l'épreuve



Photo : iStockphoto.

L'étalage n'a pas fière allure. Il y a trois ans, l'un des dix employés de cette boucherie de Douala, séropositif, est tombé malade. « J'ai été obligé de l'assister, car c'était mon bras droit », raconte le patron au D<sup>r</sup> Dina Nfon, médecin du travail (1). « Je lui ai acheté ses médicaments, je l'ai accompagné à l'hôpital. A chaque fois, cela voulait dire que deux personnes clés de l'entreprise étaient absentes. Les autres ont fait de leur mieux, mais ça n'a pas suffi, la gestion s'est progressivement délitée et j'ai manqué de faire faillite. » D'une PME à l'autre, c'est souvent la même histoire, lorsque le VIH s'en mêle. Ces petites structures, qui foisonnent en Afrique, autour d'inimaginables métiers – réparation de fers à repasser, recyclage de pneus... – sont souvent des organisations familiales, peu structurées et avec peu de moyens pour faire face à des imprévus. Mais surtout, les ressources humaines y sont très précieuses. « La plupart des employés sont formés sur le tas et il y a un vrai problème de transfert de savoir-faire », explique le D<sup>r</sup> Dina Nfon. Quand c'est le patron qui est atteint, l'affaire précipite presque invariablement.

## Disparités

Plus fulgurant dans les PME touchées,

**Absentéisme, baisse de productivité, augmentation des frais de santé, de recrutement et de formation... les entreprises paient le prix humain et financier du VIH.**

l'impact du VIH/sida concerne toutes les entreprises, bien qu'il diffère fortement d'une structure à l'autre. Il est lié notamment à la prévalence locale du VIH, mais aussi à la taille de l'entreprise, sa zone d'implantation, à la qualification des salariés, au secteur d'activité. Ceux qui utilisent de la main-d'œuvre mobile, comme les secteurs minier et manufacturier ou les transports apparaissent beaucoup plus touchés. Selon une étude réalisée en 2005 en Afrique du Sud (2), 65 % des répondants de ces trois secteurs et du secteur des services financiers ont déjà vu le VIH/sida réduire leur productivité ou augmenter leur taux d'absentéisme et constatent une hausse des coûts de couverture maladie, pensions et assurance décès. La baisse de la productivité est liée à l'absentéisme, mais aussi à l'affaiblissement des travailleurs et à la baisse de moral engendrée par la perte des collègues. Selon une enquête réalisée dans six entreprises du secteur formel en Afrique du Sud et au Botswana, les employés ayant cessé de travailler du fait du sida seraient de 22 à 63 % moins productifs lors de leur dernière année d'exercice (3). Enfin, plus les personnes touchées accumulent du savoir-faire, plus leur départ se traduit par un coût de recrutement et de formation élevé. Dans le secteur des transports, par exemple, le remplacement des chauffeurs de camion est d'autant plus difficile qu'il y a peu de main-d'œuvre opérationnelle sur le marché et qu'il faut, selon la Road Freight Association (Afrique du Sud), au moins six mois pour former un personnel qualifié.

## Programmes

D'une entreprise à l'autre, la motivation à réagir n'est donc pas la même. La plupart des structures mettent des programmes de lutte contre le sida en place lorsqu'elles y sont acculées. Mais là où des programmes d'accès aux soins existent, l'essentiel des effets du VIH sur l'activité disparaissent. A la Compagnie Ivoirienne d'électricité d'Abidjan, un fonds de solidarité a été créé pour financer une initiative d'accès aux ARV, avec la participation effective de l'ensemble des agents, superviseurs et directeurs, partenaires sociaux compris. Une étude réalisée sur la cohorte des 137 patients inclus dans cette initiative entre 1999 et 2005 montre que pour une contribution du fonds de solidarité de l'entreprise de 769 523 \$, les coûts de l'absentéisme ont baissé de 1 285 902 \$, ceux des coûts funéraires de 719 016 \$ et ceux des frais d'hospitalisations de 1 306 095 \$. « On n'atteindra jamais 0 % d'absentéisme, car il y a toujours de nouveaux patients qui entrent dans les programmes, signale le D<sup>r</sup> Serge Eholié, en charge du programme. Mais le rapport coût/efficacité de cette action, pérennisable du fait de son mode de financement, est sans ambiguïté. » ■

Laetitia Darmon

(1) Le D<sup>r</sup> Dina Nfon est aussi secrétaire permanent de la Coalition de la communauté des affaires contre le sida, la tuberculose et le paludisme, au Cameroun, qui tente de mobiliser les PME sur la question du VIH/sida.

(2) The impact of HIV/AIDS on selected business sectors in South Africa. Etude réalisée par le Bureau for Economic Research (BER), financée par la South African business coalition on HIV/AIDS (SABCOHA).

(3) The cost of HIV/AIDS to business in Southern Africa. Rosen S. et al., AIDS 2004.

# Grandes entreprises, le temps de la prise de conscience

Selon le Bureau international du travail (1), la population en âge de travailler est de loin la plus touchée par le VIH/sida. Un certain nombre d'entreprises de dimension internationale ont fini par prendre conscience de la gravité de la situation. Elles ont décidé d'agir en se regroupant en coalitions et en se rapprochant du vaste monde des PME. Mais pour aider l'ensemble des travailleurs à se soigner et se protéger, il reste un long chemin à parcourir.

**P**rès de 3,5 millions d'adolescents et d'adultes en âge de travailler sont décédés dans le monde au cours de la seule année 2005. Et l'on estime que le nombre de décès devrait atteindre plus de 4 millions en 2010, dont une majorité en Asie et en Afrique subsaharienne. Ces chiffres signifient des pertes humaines, mais aussi la mise en péril des économies les plus fragiles. En 2001, Julian Hussey, secrétaire de la Coalition mondiale des entreprises contre le VIH/sida (GBC) (2), déclarait dans notre journal : « *Le sida est un désastre humain. Nous ne devrions pas avoir à le mesurer en termes économiques pour comprendre son influence destructrice sur des vies, des familles et des communautés entières* » (3). Pourtant, il aura bien fallu que l'on s'interroge sur les pertes de travailleurs et les conséquences sur le PIB des pays pour que le secteur privé des affaires commence à s'éveiller et à imaginer qu'il pourrait jouer un rôle.

## Des conditions de travail critiquables

La question de la responsabilité des grandes entreprises nationales ou internationales dans la propagation de l'épidémie, dès les années 1990, est pourtant soulevée par les chercheurs. Au Cameroun, par exemple, les actions de prévention et de dépistage du VIH/sida que les grandes exploitations

forestières ou agricoles ont mises en place ne sont pas toujours adaptées à la situation. Étendues sur plusieurs milliers d'hectares et constituant la plupart du temps une « ville dans la ville », de telles entreprises favorisent en effet la mobilité sexuelle au sein et à l'extérieur de l'exploitation, sans véritable mesure du risque. L'anthropologue Nicole Vernazza témoigne à propos d'une plantation d'hévéas (4) : « *Il semble qu'avec les années, l'attention accordée initialement à la santé des travailleurs et à l'action du service médical au sein de la plantation est devenue moins importante en raison de difficultés économiques, de restructurations internes et de modifications de l'actionnariat* ». Le vrai changement de cap, ajoute-t-elle, intervient en 2000, quand « [...] *la nouvelle équipe de direction se dit préoccupée par le développement de l'épidémie au sein de l'entreprise et tente d'y remédier* », avec la création d'une cellule sida et sa demande d'intégration dans le programme gouvernemental d'accès aux trithérapies. Un autre exemple est donné pour la même époque par Didier Fassin, médecin et anthropologue, dans son ouvrage sur le contexte sud-africain (5). A partir de 2001, les grandes sociétés minières d'Afrique du Sud comme AngloPlatinum ou De Beers « *rivalisent de générosité* », dit-il, pour mettre en place « *un plan de prévention, de dépistage et de soins dans*

*une approche "globale", soucieuse de respecter l'anonymat et de lutter contre "la discrimination"* ». L'ironie de ces propos tient à la responsabilité antérieure de ces entreprises : « *Loin d'être un élément contingent, [...] la prévalence forte de l'infection et le niveau élevé du risque résultaient de l'organisation même de l'économie minière et plus particulièrement du recours à une main-d'œuvre migrante* ». Recours aggravé par un système de logements précaires à proximité de lieux de prostitution et par le caractère toujours temporaire des contrats qui sont rompus dès les premiers signes de la maladie (6). « *C'est donc à un renversement complet de la politique de ces entreprises que l'on assiste à partir de 2001* », précise encore Didier Fassin.

## Une stratégie de réponse par étapes...

En réalité, cette prise de conscience s'est faite par étapes. « *Il y a une dizaine d'années, relate Thérèse Lethu, directrice de la GBC Europe, il n'y avait aucune étude d'impact sur le secteur privé, aucune place pour les entreprises dans les forums internationaux. Elles ont dû se battre pour se faire reconnaître comme des partenaires à part entière de la lutte contre le sida* ». C'est du reste ce qui, en 1997, incite plusieurs d'entre elles – qui réalisent qu'elles perdent du personnel quali-



❏ fié et donc des savoir-faire – à créer la GBC. Mais les traitements sont encore peu accessibles, à la fois pour des questions de coût et de disponibilité au niveau de chaque pays, et leurs actions timides. En revanche, le tournant des années 2000-2001 est celui d'une plus large prise de conscience de l'extension de l'épidémie sur le lieu de travail. Les moyens de la lutte sont aussi mieux réunis : tests rapides, accès aux traitements, fonds internationaux (Banque mondiale, Fonds mondial contre le sida, la tuberculose et le paludisme, plan d'urgence américain Pefar)... et volonté d'agir. La GBC s'étoffe, passant de 17 entreprises en 2001 à plus de 200 aujourd'hui. Les modalités de réponses sont très diverses selon la taille de l'entreprise, son lieu d'implantation, le taux

nal) ; partage des coûts employeurs-employés à l'aide de fonds de solidarité (Compagnie ivoirienne d'électricité et Unilever en Côte d'Ivoire) ; couverture du risque pour les salariés à bas revenu (voir encadré) ; partenariat public-privé (Groupement inter-patronal du Cameroun-Gicam, voir *Jds* n° 168).

### ... qui vise à s'étendre aux petites entreprises

La GBC était centrée à l'origine sur les entreprises à fort potentiel de main-d'œuvre, plus directement mobilisables. Mais d'une part, même les poids lourds européens ou mondiaux, qui ne connaissent pas toujours les circuits financiers ou les autres acteurs de la lutte (ONG, population...), ont encore des difficultés à coordonner

– experts déjà formés à la pathologie dans des associations locales et reconnus par le BIT, Onusida, le programme Esther... – et les experts internationaux pour renforcer la capacité des entreprises à créer et à gérer sur le long terme un programme de lutte contre le VIH/sida. Autrement dit, fournir aux employeurs une ingénierie à portée de main (ou hautement spécialisée) qui les aidera à surmonter leurs difficultés, chacun à leur niveau, les plus petits étant incités à se regrouper dans le cadre de coalitions nationales. Fruit du rapprochement en 2006 de la GBC et de Sida-Entreprises, qui regroupe une vingtaine de grands groupes français, cette initiative a pris la forme d'une association, Partenaires contre le sida, qui gèrera un fonds d'appui de 3 millions d'euros alloué pour trois ans par l'Agence française de développement.

Une cellule légère a été mise en place en janvier 2007 avec deux objectifs : organiser des appels d'offres (ou requêtes) en direction du secteur privé dans les pays de la zone de solidarité prioritaire (régions couvertes par les financements de l'AFD (8)) et dans quelques pays émergents ; et constituer rapidement une banque de données d'experts locaux de qualité. Tous les canaux actuels de diffusion seront utilisés pour tenter de toucher les PME : réseau de la GBC et de Sida-Entreprises, ministères techniques des pays visés, agences ou représentants locaux de l'AFD, de la Banque mondiale, du Fonds mondial, du réseau Esther, mais aussi, dans la mesure du possible : chambres de commerce, syndicats, coalitions professionnelles existantes. Les expertises pourront porter aussi bien sur des études d'impact macro ou micro-économiques, des formations, l'élaboration d'une politique, les dispositifs de couverture maladie, les modalités d'accès et de réponse aux appels d'offres des fonds mondiaux. Aucun financement ne sera accordé sans garantie que les



Photo : iStockphoto

**Les moyens de la lutte sont aussi mieux réunis : tests rapides, accès aux traitements, fonds internationaux... et volonté d'agir.**

de prévalence du pays et/ou de l'entreprise. Elles doivent aussi fréquemment s'adapter au manque de dispositifs publics ou privés (ONG et/ou syndicats), d'équipes soignantes, de système d'assurance-maladie. Exemples (7) : fourniture directe de services de santé (Port de Mombassa au Kenya) ; services de santé contractualisés avec des compagnies d'assurance (pour des entreprises comme Daimler Chrysler, IBM, Siemens ou BMW en Afrique du Sud, qui n'ont pas accès au programme natio-

leurs actions ou à pérenniser leurs programmes. D'autre part, la faiblesse du secteur de la Santé, en particulier dans les pays d'Afrique francophone, pousse aujourd'hui la coalition à s'interroger sur la manière d'atteindre les PME et le secteur informel, qui sont les plus vulnérables tout en étant les premiers pourvoyeurs d'emplois, ainsi que les populations absentes du marché du travail (femmes, enfants, personnes âgées). De ces constats, naît une idée nouvelle : s'appuyer sur les relais locaux

entreprises ou leurs coalitions contribuent financièrement (ou s'engagent) à un programme d'action de lutte contre le VIH/sida. Il sera demandé aux plus importantes d'inscrire leur plan dans le cadre des programmes de lutte nationaux.

## Un long chemin à parcourir

Ce projet de Partenaires contre le sida en est à ses débuts, avec un premier examen de requêtes le 15 mai, et il faut espérer que la liste des pays concernés, du moins dans les premiers mois, ne sera pas trop ambitieuse. « *Il aurait peut-être été plus prudent de cibler notre premier appel à requêtes sur 20 pays, mais il est trop tôt pour le dire. Nous adapterons du mieux possible notre projet aux besoins du terrain* », avance Clémence Baré, directrice de l'Unité de gestion des projets.

Certains dirigeants pourraient ainsi avoir un rôle moteur. Dans un récent communiqué, le Canadien James Orbinski, président de Dignitas international, regrette ainsi la faible implication des groupes canadiens par rapport à d'autres comme Alucam, et les incite à se mobiliser : « *Beaucoup de nos entreprises privées les plus importantes disent que lorsqu'elles s'intéressent à des causes humanitaires, elles choisissent les problématiques de l'eau, de la sécurité alimentaire, des femmes. Le sida, disent-elles, n'est tout simplement pas leur "truc". Cela nous rend perplexes. [...] Les entreprises canadiennes inactives devraient s'inspirer des impressionnants efforts de leurs collègues. Cela n'est pas seulement une question d'image institutionnelle ni même de responsabilité sociale pour l'entreprise, mais d'un possible et véritable développement de la santé au niveau mondial* » (9). Une manière d'insister sur le long chemin à parcourir. ■

Sylvie Malsan

## UNE COUVERTURE MALADIE « PRIVÉE »

### Entretien avec Guillaume Magbi, directeur d'Ascoma Santé (1).

#### Comment les entreprises parviennent-elles à financer leurs programmes ?

**Guillaume Magbi** : En Côte-d'Ivoire, comme dans d'autres pays africains, il n'existe pas de sécurité sociale. Les entreprises à fort potentiel de main-d'œuvre souscrivent depuis longtemps des contrats d'assurances privés pour leurs salariés, mais la prise en charge du VIH/sida a longtemps été totalement exclue des prestations médicales. Il y a quelques années, notre organisme, l'équivalent des CPAM en France, a obtenu des assureurs qu'ils acceptent d'intégrer dans les polices classiques la couverture des trithérapies, dont les coûts ont considérablement baissé.

#### Vous avez également suscité la création d'une mutuelle de santé, une démarche peu habituelle pour un courtier d'assurances.

**G. M.** : La santé est pour nous un produit d'appel. Les entreprises ont besoin d'être rassurées au sujet des réponses sanitaires apportées aux pandémies actuelles : coûts financiers induits, impacts sur la productivité, systèmes sanitaires, etc. Nous voulons favoriser l'accès aux soins avec des « auto-assurances » fixes et pérennes. Mais pour l'instant, nous n'avons pas obtenu mieux des sociétés d'assurance. Nous avons donc proposé à des entreprises ivoiriennes de se regrouper au sein d'une mutuelle, sous une forme associative. Le salarié cotise pour lui-même et ses dépendants (six personnes au plus) 30 000 F.CFA (45 euros) par mois. La mutuelle contracte directement avec l'entreprise, de manière à pouvoir gérer les flux financiers que cela représente (540 000 euros par an sur la base de 1 000 cotisants). Depuis quelque temps, nous observons ce principe qui veut que les cadres soient couverts par le biais des primes classiques, et les ouvriers, plus nombreux et moins rémunérés, par le biais de la mutuelle.

#### Quelles sont vos difficultés pour l'accessibilité aux soins des personnes infectées ?

**G. M.** : Il y a un problème d'approvisionnement en trithérapies à cause des circuits parallèles de faux génériques indiens, même dans les pharmacies de santé publique. Ce qui risque aussi, à terme, de nous conduire vers des pentathérapies à cause des résistances. Aucune recherche n'est actuellement menée sur ces questions. C'est d'ailleurs pour cela que de plus en plus d'entreprises font de l'*outsourcing* [externalisation], en sous-traitant la gestion d'une clinique privée ou en prenant des contrats d'assurance. C'est pour elles un soulagement, et cela devrait pousser aussi les gouvernements à prendre leurs responsabilités. ■

Propos recueillis par S. M.

(1) Département spécialisé du groupe Ascoma et Ascoma Côte-d'Ivoire, courtier d'assurance international. [www.ascoma.com](http://www.ascoma.com)

(1) HIV/sida et travail, rapport 2006.

(2) Global Business Coalition on HIV/AIDS, tuberculosis and malaria.

(3) Jds 136-137, n° spécial « Le monde du travail face au VIH/sida, état de lieux », juin-juillet 2001.

(4) Voir notamment l'enquête co-réalisée par l'anthropologue Nicole Vernazza dans une plantation d'hévéas du Cameroun, Jds 138, août-septembre 2001.

(5) Didier Fassin, Quand les corps se souviennent. Expériences et politiques du sida en Afrique du Sud, La Découverte, 2006.

(6) L'auteur évoque « la responsabilité historique de l'industrie minière non seulement dans la constitution du système d'apartheid, comme on le lui fait

grief devant les tribunaux, mais également dans le développement de l'épidémie de sida, comme on le sait en revanche moins. »

(7) cf. [www.businessfightsaids.org](http://www.businessfightsaids.org). Rubrique « Nos principales actions » : Le financement des soins de santé (2006).

(8) Soit 54 pays d'Afrique, d'Asie, d'Océanie, du Moyen-Orient et des Antilles.

(9) Octobre 2006. Traduction libre de l'anglais. S. M.

En savoir plus : [www.businessfightsaids.org](http://www.businessfightsaids.org)  
[www.sida-entreprises.org](http://www.sida-entreprises.org)

Partenaires contre le sida : [clemence.bare@partenairescontresida.com](mailto:clemence.bare@partenairescontresida.com)

# Des trithérapies en entreprise

**Le programme d'accès aux trithérapies pour ses employés atteints par le VIH/sida mis en place par Alucam, compagnie camerounaise productrice d'aluminium, fut l'un des premiers à prouver l'efficacité et la rentabilité des traitements dans le milieu de l'entreprise en Afrique subsaharienne.**

**L'**impact du VIH/sida au sein d'Alucam a commencé à se faire sentir de façon très négative autour de 1993-94, avec des désorganisations d'ateliers qui menaçaient l'avenir de l'entreprise », se souvient le D<sup>r</sup> Bruno Buclez, responsable médical de la coordination pour l'Europe et l'Afrique chez Alcan (société canadienne qui détient 47 % d'Alucam) (1).

Après un premier décès lié au sida identifié en 1986, les cas se manifestent de façon sporadique puis se multiplient dans les années qui suivent. « Le coût humain de la maladie était dramatique, témoigne le D<sup>r</sup> Bernard Montagut, médecin chef du centre de santé d'Alucam (2). Nous assistions à la mort de nombreux employés et de membres de leurs familles. » La prise en charge par l'entreprise se fait alors au cas par cas, par le traitement des infections opportunistes, avec des hospitalisations souvent longues de plusieurs mois, aboutissant invariablement à un décès. Les frais médicaux, l'absentéisme et la prise en charge des frais funéraires représentent pour Alucam un important coût financier (3). Le taux de prévalence du VIH chez ses employés se situe alors autour de 14 %.

Face à la situation, les D<sup>r</sup> Buclez et Montagut lancent en 1995 un programme de prévention au sein de l'usine et en 1997, un médecin et une infirmière spécialement formés reçoivent pour mission de se consacrer à plein temps à des campagnes de sensibilisation auprès des employés.

## Le programme Tricam

Cette même année et en concertation avec le docteur Guiard-Schmidt, du service des maladies infectieuses de l'hôpital Tenon à Paris, Bruno Buclez et Bernard Montagut conçoivent le projet d'un accès aux trithérapies au sein d'Alucam : Trithérapies Cameroun ou Tricam. La mise en œuvre du programme s'avère difficile. Si la direction de l'entreprise saisit les enjeux, elle se montre dans un premier temps hésitante devant le coût de l'opération et l'incertitude des résultats, avant d'adhérer au projet. Mais les blocages les plus importants proviennent du gouvernement camerounais.

« Le ministère de la Santé camerounais préférait développer la mise en place de programmes centrés sur la prévention, ce qui pouvait se comprendre, explique le docteur Buclez. Il faut se resituer dans le contexte de l'époque. Les traitements étaient très chers et nous n'étions pas certains des résultats. »

Un partenariat en 1999 avec deux firmes pharmaceutiques (MSD et Glaxo) va aboutir à la mise à disposition gratuite de traitements pour l'entreprise, durant deux ans. L'opération doit permettre de voir si les effets en milieu africain dans les collectivités peuvent se révéler bénéfiques, ce dont doutaient de nombreux experts, dont les objections reposaient en partie sur des a priori. « Certains avançaient que les Africains ne prendraient pas correctement leurs traitements, raconte le docteur Bernard Montagut. Ce qui s'est avéré totalement faux ! »

De nombreuses discussions ayant

fini par remporter le feu vert du gouvernement camerounais, le projet Tricam débute en 2000, pour 40 personnes, au centre de santé d'Alucam, situé à Edéa, la localité d'implantation de l'usine. L'équipe du professeur Rozenbaum à l'hôpital Tenon assure – encore aujourd'hui d'ailleurs – le suivi des dossiers de tous les patients.

Lorsque prend fin la mise à disposition gratuite des médicaments par les laboratoires en 2002, l'entreprise prend le relais. Elle finance les traitements – à un moment où leur prix baisse –, qu'elle dispense gratuitement à ses employés séropositifs ainsi qu'à leurs conjoints et enfants. Aujourd'hui, 35 personnes bénéficient d'un traitement ARV, un chiffre stable qui ne varie quasiment plus. L'entreprise s'engage en outre à assurer la poursuite du traitement pour les employés qui partent à la retraite.

Les résultats permettent de montrer l'efficacité du programme Tricam, puisque le coût engendré par les trithérapies se trouve compensé par les économies en hospitalisations et autres soins. « Nous avons aujourd'hui une vingtaine de personnes sous traitement parmi les employés, qui travaillent normalement et viennent seulement en consultation pour leur suivi », commente le D<sup>r</sup> Bruno Buclez.

Par ailleurs, les programmes de prévention en direction des 600 employés de l'usine et de leurs familles se sont traduits par la multiplication des dépistages volontaires et un recours plus courant aux préservatifs. « Nous distribuons gratuitement les préservatifs, lors des consultations mais également à l'en-



Photo : Stockphoto

écoles, rencontrent les femmes et distribuent des préservatifs.

« Le centre médical est devenu une référence, non seulement dans la région mais aussi dans tout le pays et certaines personnes viennent de très loin, note Bruno Buclez. Il est reconnu pour ses compétences en matière de prise en charge du VIH, pour la qualité

**« Nous avons une vingtaine de personnes sous traitement parmi les employés, qui travaillent normalement et viennent seulement en consultation pour leur suivi. »  
D<sup>r</sup> Bruno Buclez**

trée de l'usine, environ 180 000 par an », précise le D<sup>r</sup> Bernard Montagut. Actuellement, la séroprévalence du VIH au sein de la collectivité d'Alucam est de 3,5 %, contre une moyenne nationale de 6 %.

### Prise en compte de la communauté

Les programmes de prévention ne se limitent pas à cette seule collectivité, fortement ancrée dans la communauté de la ville. « Edéa est une communauté fermée et le VIH/sida une maladie d'environnement. Si on ne s'occupe pas de l'environnement, on passe à côté du problème », souligne Bruno Buclez.

Depuis 1997, un assistant médical et des pairs éducateurs formés parmi des volontaires employés de l'usine, mènent des actions de sensibilisation au sein des communautés environnantes. Ils se rendent dans les quartiers, les

du suivi médical, dans le respect de l'éthique et de l'anonymat ». 270 personnes issues de la communauté sont actuellement prises en charge, un chiffre en continuelle progression. En septembre 2004, le gouvernement camerounais a reconnu le CMES comme un Centre de traitement agréé (CTA), en vertu de quoi le personnel médical se doit de prendre en charge gratuitement les indigents, les enfants de moins de 15 ans, les femmes enceintes et les victimes de viols. S'ajoute le traitement des personnes infectées suite à une exposition à des liquides contaminés, ainsi que les enfants de la communauté, jusqu'à l'âge de 21 ans (4).

### Reconnaissance et difficultés

Mais avec l'arrivée d'une vingtaine de personnes supplémentaires chaque mois, les capacités d'accueil du centre arrivent à saturation. Le Cameroun

manque d'une façon générale de structures, de médecins et de médicaments et sur une vingtaine de centres agréés de traitement actuellement en place, beaucoup ne sont pas opérationnels.

« Nous pouvons encore supporter la charge des nouveaux patients, mais je me demande ce qu'il en sera dans un an », s'alarme le Docteur Bernard Montagut.

« Il faut impérativement trouver un mécanisme qui assure la pérennité de la prise en charge des malades, ajoute le D<sup>r</sup> Bruno Buclez. Trouver d'autres moyens financiers, par exemple par un engagement du Fonds mondial à nos côtés. »

Selon l'agence de coopération allemande GTZ, qui a réalisé un audit du projet Tricam en 2003 à la demande de l'Onusida, « le programme Alucam a grandement contribué à la réalisation de plusieurs étapes de la stratégie nationale du Cameroun contre le VIH/sida » (5).

Un programme qui a intéressé et inspiré de nombreuses entreprises désireuses d'instaurer des projets similaires dans leurs structures.

« La mise en place de programmes tels que les nôtres repose essentiellement sur la volonté, souligne Bruno Buclez. Les moyens, s'ils manquent, on peut toujours les trouver, auprès du Fonds mondial ou de la Banque mondiale. » Pour lutter efficacement contre l'épidémie, les entreprises ne peuvent se limiter aux seuls programmes de prévention, certes essentiels, mais insuffisants. L'accès aux traitements, ainsi que le montre l'exemple d'Alucam, s'avère indispensable pour réduire les conséquences du VIH/sida, pour le bénéfice de l'employé comme de l'employeur. Dans des pays où le financement public est insuffisant et le système de santé souvent défaillant, les entreprises ont en outre intérêt à s'impliquer dans ce type de projets. ■

(1) Alcan a repris en 2003 la société mère d'Alucam, Péchiney. Le gouvernement camerounais détient également 47 % d'Alucam et l'Agence Française de Développement 5 %.

(2) Centre Médical des Entreprises de la Sanaga (CMES). Le centre existe depuis la création de l'usine Péchiney-Alucam en 1955-57.

(3) Au Cameroun, comme dans la plupart des pays de l'Afrique francophone et en l'absence de couverture sociale, les entreprises doivent prendre en charge la santé de leurs employés.

(4) L'âge de la majorité au Cameroun.

(5) Faire du co-investissement une réalité, GTZ/GBC, décembre 2005.