

Plus d'inégalités de revenus c'est plus de VIH/sida

Plaidoyer pour des coefficients de Gini en dessous de 0,3

*More income inequalities means more HIV-AIDS
An advocacy for Gini coefficients beside 0.3*

Livinec B.¹, Kaboré S.²

¹ World Public Health Association, Genève

² Réseau d'accès aux médicaments essentiels, Ouagadougou

Correspondance : bertrandlivinec@yahoo.fr

Coefficient de Gini : mesure statistique de la dispersion d'une distribution dans une population donnée, développée par le statisticien italien Corrado Gini. Le coefficient de Gini est un nombre variant de 0 à 1, où 0 signifie l'égalité parfaite et 1 signifie l'inégalité totale.

Le coefficient de Gini est l'un des indicateurs les plus utilisés pour l'estimation des inégalités de revenus au sein d'une société ou d'un pays. À titre indicatif, le coefficient de Gini pour les États-Unis était estimé à 0,41 en 2010. Le 17 octobre 2014, Janet Yellen (présidente de la Réserve fédérale américaine) a déclaré que les inégalités avaient atteint un sommet aux États-Unis depuis un siècle. Le coefficient de Gini pour les pays scandinaves est de : 0,26 pour la Suède, 0,27 pour la Norvège et 0,27 pour le Danemark.

Le programme conjoint des Nations unies contre le VIH/Sida (Onusida) vient de lancer un nouveau défi : éradiquer la pandémie du VIH à l'horizon 2030, avec des objectifs intermédiaires, dits « 90 90 90 »¹ pour 2020. Si les environnements socio-économiques restent en l'état, il nous paraît difficile que ces objectifs puissent être atteints, en particulier pour ce qui concerne la diminution du nombre de contaminations.

L'Onusida a indiqué que le nombre de nouvelles infections par le VIH pour l'année 2013 s'est élevé à 2,1 millions de personnes, c'est-à-dire à un niveau qui reste élevé. De nombreux observateurs considèrent

que, plus de trente ans après le début de l'épidémie, malgré les sommes considérables investies, la lutte contre le VIH, en particulier en Afrique, a donné des résultats mitigés.

À ce propos, nous faisons partie des personnes qui ne sont pas favorables aux stratégies verticales, à savoir mettre en place des organisations, des stratégies et des programmes spécifiques, maladie par maladie. Cette approche participe à une segmentation (voire une fragmentation) de la santé, avec des déséquilibres forts entre maladies² et bien souvent une incapacité à envisager la santé de manière holistique, avec également une faible capacité à utiliser pleinement les déterminants sociaux de santé. Une vision globale et intégrée de la santé (incluant les sciences sociales) nous paraît plus efficace que des stratégies dites par « silos » et bien souvent trop focalisées sur des approches très médicales. À ce titre, on rappellera le rapport 2008 de l'Organisation mondiale pour la santé (OMS) sur la santé dans le monde, critiquant une situation où « *les systèmes de santé semblent dériver d'une priorité à court terme à une autre, de plus en plus fragmentés et sans direction claire* », et où « *les systèmes de santé se développent dans des directions qui ne contribuent guère à l'équité et à la justice sociale et qui ne parviennent pas à tirer les meilleurs résultats sanitaires de leurs investissements.* »

¹ Assurer que : • 90 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur diagnostic (actuellement : 55 %) • 90 % des personnes qui connaissent leur statut sont mis sous anti-rétroviraux (actuellement : 37 %) • 90 % des personnes sous traitement ont une charge virale indétectable (ces taux sont actuellement de 40-80 %)

² Au Mali, par exemple, et bien que les hépatites entraînent un nombre plus significatif de décès que le VIH, aucune stratégie nationale ambitieuse contre les hépatites n'est encore en place. Ce n'est pas un cas isolé, et ceci rend même la lutte contre le VIH problématique, du fait des co-infections. Cet exemple (parmi d'autres) montre bien comment les enjeux de santé ne sont pas suffisamment traités de manière holistique en Afrique.

Si le VIH reste une priorité de santé publique et mérite donc une très forte attention, il existe cependant aujourd'hui des déséquilibres marqués dans l'appréciation et le traitement des différentes maladies en Afrique, ceci ne pouvant se corriger que par une transparence totale dans les enjeux épidémiologiques sur chaque pays (les priorités pouvant être très différentes) et dans les investissements mis en regard des taux de morbidité et de mortalité respectifs. L'accès croissant aux antirétroviraux (ARV) pour les patients VIH est clairement une bonne chose en Afrique, mais il ne doit masquer ni les carences des systèmes de santé actuels, ni la défaillance des soins primaires, du fait d'un sous-investissement notoire, ni les maladies oubliées, ni enfin, hélas, le nombre toujours anormalement élevé des personnes nouvellement infectées par le sida.

Pour ce qui concerne les déterminants sociaux de santé, de très nombreuses études démontrent, depuis de nombreuses années, l'impact particulièrement négatif des inégalités de ressources sur la santé des populations, notamment pour le VIH.

Nous pouvons citer par exemple :

– 2009, la Croix-Rouge VIH-sida : quand les inégalités alimentent la pandémie (Amérique latine)

« La plupart des pays d'Amérique latine et des Caraïbes sont touchés par de profondes inégalités sociales et économiques, et le fossé tend à s'agrandir entre les gens qui ont les moyens de payer des services médicaux, de s'instruire et de s'informer, et ceux qui vivent dans une grande précarité et sont quasiment ou totalement privés de services de santé et n'ont qu'un accès très limité à l'éducation et aux informations sur la prévention. »³

– 2009, Les déterminants de l'épidémie du VIH/sida en Afrique subsaharienne

« Inégalités de revenus : en plus des niveaux de revenus assez faibles, les pays africains sont caractérisés par des distributions inégales. À niveau de revenu égal, un pays plus inégalitaire aura un taux de prévalence plus élevé, car une plus grande part de la population n'a pas accès aux services de base tels que l'éducation et la santé. L'analyse de Natrass (2006) a identifié les inégalités de revenus comme le seul facteur qui permet d'expliquer la différence entre les taux de prévalence sur un échantillon de pays en développement.

« De plus, dans les pays où les écarts de revenus entre riches et pauvres sont importants, il existe plus de tentations pour les comportements à risque comme le commerce sexuel ou le travail des migrants. »⁴

– 2011, Economic Inequality and HIV in Malawi

« We find a strong association between economic inequality and the risk of HIV infection. »⁵

On est en effet assez frappé de constater, en parcourant l'Afrique du nord au sud, d'Alger au Cap, de voir comment l'augmentation des inégalités de revenus s'accompagne, dans l'ensemble, d'une augmentation de la prévalence du VIH. Si les inégalités de revenus ne sont pas la seule cause, voire, peut-être, pas la plus importante, la corrélation inégalités/VIH est dans

tous les cas très claire, et cela doit suffire à faire engager des mesures fortes. On peut aussi vérifier ces corrélations à l'échelle d'autres continents, comme pour les pays européens, voire à l'intérieur de certains États ou même au sein de grandes villes.

Pour mieux comprendre l'importance de la lutte contre les inégalités – et pas seulement contre la pauvreté –, nous tenons à mentionner cette lettre ouverte écrite par Alison Katz à l'attention de la directrice générale de l'OMS en 2007 :

« Notre attention devrait se concentrer aujourd'hui sur l'inégalité plutôt que sur la pauvreté, non pas par préférence pour le relatif plutôt que pour l'absolu, mais parce que des rapports de force déséquilibrés sont les causes profondes de la pauvreté et de l'insécurité, et parce que l'inégalité, plus que tel niveau de richesse ou de privation, est néfaste pour la santé autant que pour la stabilité, la sécurité ou la cohésion d'une société.

Les inégalités actuelles – où 1 % des adultes, riches, à eux seuls, possédaient 40 % des biens mondiaux en l'an 2000 et 10 % des adultes, les plus riches, 85 % des biens du monde – sont non seulement grotesques, mais létales. »⁶

Depuis la publication de ce texte, les inégalités ont continué à progresser sous l'effet de politiques socio-économiques toujours plus libérales et d'un environnement de la santé toujours plus marqué par les partenariats public-privé, avec des performances médiocres sur les pays les plus libéralisés. Et nous ne voyons toujours pas d'inflexion dans ces trajectoires, lesquelles ne permettront pas d'obtenir des résultats optimaux pour la santé des populations. Les pays africains, par exemple, malgré des performances notables sur le plan de la croissance économique, continuent pour la plupart à avoir des statistiques médicales sous-performantes.

Par ailleurs, les études montrent clairement que les inégalités de revenus entraînent une augmentation des violences dans la société, des maladies mentales, des rapports sociaux tendus, une fragilisation de la situation des femmes, une augmentation du nombre d'usagers de drogues, le développement de réseaux illicites (comme les trafics de faux médicaments), etc. Tous ces paramètres ont, directement ou indirectement, un impact potentiellement marqué sur la pandémie de VIH-sida.

La Banque mondiale a même reconnu en mai 2014 que le lien entre inégalités et VIH était démontré ; cependant nous ne voyons toujours pas d'action vigoureuse initiée suite à ce constat factuel.

Entre 2005 et 2008 l'OMS avait mis sur pied une commission sur les déterminants sociaux de la santé. Parmi ses conclusions, il était notamment recommandé de lutter contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources ; préconisant même « que le système des Nations unies fasse de l'équité en santé un objectif fondamental du développement mondial et utilise un cadre fondé sur les déterminants sociaux de la santé pour mesurer les progrès accomplis ». Pour cette commission, « l'injustice sociale tue à grande échelle »⁷. Le fait est que nous ne voyons pas encore les recommandations de cette commission se traduire pleinement dans les stratégies des agences onusiennes.

Peut-on penser que certaines forces financières pourraient tendre à freiner la redistribution des richesses ? On sent bien

³ http://www.ifrc.org/Global/Publications/Health/177100-HIV_AMERICAS-Report-FR-LR.pdf

⁴ <http://www.cairn.info/revue-d-economie-du-developpement-2009-1-page-73.htm>

⁵ https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/21669/1/gupea_2077_21669_1.pdf

⁶ <http://cadtm.org/Lettre-ouverte-a-Madame-la>

⁷ http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/closethegap_how/fr/index2.html
<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2008/pr29/fr/>

une certaine réticence ou une incapacité des grandes organisations de santé à s'opposer à des dirigeants menant des politiques socio-économiques contre-productives pour la santé des populations.

Pour toutes ces raisons, l'Onusida devrait exhorter les pays africains à abaisser de manière sensible leur coefficient de Gini, s'ils veulent que les espoirs d'éradication du VIH deviennent une réalité en 2030. Agir pour la réduction des inégalités hommes/femmes (thématique largement reprise par les organisations internationales) est clairement indispensable, mais ce n'est pas suffisant et cette dimension masque l'autre grand versant des inégalités, à savoir celle des revenus (thématique qui n'est pas encore reprise par ces mêmes organisations). Il convient à ce propos de souligner que les femmes sont bien plus fragilisées lorsque les inégalités de revenus sont élevées au sein d'une société. Ce principe se vérifie particulièrement, et de manière spécifique, dans le cas du VIH, les femmes payant un très lourd tribut à l'épidémie en Afrique subsaharienne. Aussi est-il maintenant temps d'exiger une compression des inégalités de revenus. Cette compression sera très favorable, non seulement à la lutte contre le VIH, mais également à de très nombreuses autres pathologies sensibles à l'environnement social.

Malgré les sommes investies sur le VIH, parfois au détriment d'autres priorités de santé du fait d'arbitrages déséquilibrés dans les investissements, les résultats sont donc encore décevants, même si chaque année l'Onusida présente des données encourageantes. Des sommes considérables devront être mobilisées pour ce nouveau défi, lancé à l'horizon 2030, et il est nécessaire d'exiger une réduction des inégalités, puisqu'elles ont un impact significatif sur le VIH. Les pays donateurs risquent par ailleurs de ne plus vouloir financer des programmes de santé en faveur de pays très inégalitaires, si leurs élites refusaient d'opérer une redistribution des richesses. Nul doute, par ailleurs, que d'autres organisations de santé, qui agissent sur d'autres priorités de santé délaissées, vont demander un rééquilibrage des investissements. Le manque de moyens ne peut être indéfiniment invoqué, et les objectifs à atteindre régulièrement repoussés dans le temps, quand tous les leviers disponibles ne sont pas utilisés. Il faut néanmoins se réjouir que l'Onusida prône un investissement stratégique pour atteindre ces résultats, mais si les investissements dans la lutte contre le VIH-sida ne prennent pas en compte la réduction des inégalités, cette stratégie ne sera pas assez efficace pour atteindre les objectifs fixés pour 2020, et encore moins pour réaliser le défi de 2030.

La lutte contre le VIH reste bien une priorité, et aucune piste ne doit être ignorée. Aussi diminuer les inégalités de revenus devrait-il être largement accepté par les dirigeants politiques, en particulier ceux dont les populations sont les plus sérieusement

touchées, particulièrement en Afrique subsaharienne. Or, bien que le VIH soit une endémie très sérieusement impactée par les inégalités, l'Onusida n'est pas suffisamment en pointe sur cette thématique.

Les dirigeants politiques, du fait des politiques socio-économiques qu'ils impulsent, ont pourtant une responsabilité manifeste dans la dynamique de l'épidémie du VIH-sida dans leur pays. Si l'Onusida n'est pas responsable des inégalités de revenus, elle peut néanmoins prendre position (comme les autres agences onusiennes) sur le sujet et impulser une nouvelle dynamique en vue de leurs réductions.

L'Onusida pourrait, afin de renforcer l'impact de la stratégie mise en place pour atteindre ses objectifs pour 2030, engageant plusieurs milliards de dollars supplémentaires, préciser que ces objectifs auront d'autant plus de chances d'être atteints que les inégalités de revenus baisseront. L'Onusida peut s'appuyer sur toutes les publications existantes, et notamment sur les travaux de la commission sur les déterminants de la santé de l'OMS. Une cohérence des organisations internationales sur les conclusions de leurs travaux respectifs s'avère nécessaire afin de converger vers une vision globale de la santé la moins fragmentée possible.

Onusida pourrait ainsi recommander aux pays de s'engager à abaisser leurs coefficients de Gini à une valeur que nous fixerons symboliquement à 0,3 pour 2030. Les pays scandinaves, par exemple, sont très largement en dessous de cette barre de 0,3, les populations y vivent très bien (niveau de vie élevé, forte qualité des systèmes de santé et d'éducation, niveau démocratique élevé) et les prévalences du VIH-sida y sont globalement plus faibles que la moyenne européenne.

Si l'Onusida fait de la lutte contre les inégalités de revenus un argument fort pour catalyser la baisse des prévalences de VIH-sida, ceci ne manquera pas d'améliorer par ailleurs significativement la santé d'une manière globale, le fonctionnement démocratique et le bien-être des populations. Cette lutte pour la réduction des inégalités est l'un des grands leviers encore non exploités pour diminuer le nombre de nouvelles infections. Ne pas dénoncer les inégalités de revenus actuelles, en particulier en Afrique subsaharienne où elles sont très élevées dans de nombreux pays, ne serait pas responsable, en particulier pour lutter totalement contre l'épidémie de VIH-sida.

Tout renoncement à engager ce combat supplémentaire et nécessaire expose au risque de voir les objectifs à long terme s'éloigner hors d'atteinte, ce dont il faudra répondre aux générations futures. Sans une vision holistique, incluant notamment les sciences sociales et économiques, et donc les déterminants sociaux de la santé, nous risquons une très forte déception sur le VIH-sida ainsi que pour la lutte contre les autres maladies prioritaires.

Conflits d'intérêt : aucun.

Tableau des derniers coefficients de Gini connus (estimés par la Banque mondiale) et taux de prévalence du VIH sida (estimés par l'Onusida) par pays pour le continent africain

Pays	Coefficient de Gini ¹	Taux de prévalence VIH/sida ²	Pays	Coefficient de Gini ¹	Taux de prévalence VIH/sida ²
Maghreb			Kenya	0,47	6
Maroc	0,40	0,2	Ouganda	0,44	7,4
Algérie	AD	0,1	Tanzanie	0,37	5
Tunisie	0,35	< 0,1	Rwanda	0,50	2,9
Libye	AD	AD	Burundi	0,33	1
Égypte	0,30	< 0,1	Seychelles	0,65	AD
Soudan	0,35	0,2	Comores	0,64	AD
Afrique de l'Ouest			Île Maurice	0,35	1,1
Bénin	0,43	1,1	Madagascar	0,40	0,4
Burkina Faso	0,39	0,9	Rwanda	0,50	2,9
Cap Vert	0,43	0,5	Afrique Centrale		
Côte d'Ivoire	0,43	2,7	Angola	0,42	2,4
Gambie	0,47	1,2	Cameroun	0,40	4,3
Ghana	0,42	1,3	Gabon	0,42	3,9
Guinée	0,33	1,7	Guinée équatoriale	AD	AD
Guinée-Bissau	0,35	3,7	République centrafricaine	0,56	3,8
Liberia	0,38	1,1	République démocratique du Congo	0,44	1,1
Mali	0,33	0,9	République du Congo	0,47	2,5
Mauritanie	0,40	AD	Sao-Tomé-et-Principe	0,33	0,6
Niger	0,31	0,4	Tchad	0,39	2,5
Nigeria	0,42	3,2	Afrique australe		
Sénégal	0,40	0,5	Afrique du Sud	0,65	19,1
Sierra Leone	0,35	1,6	Botswana	0,60	21,9
Togo	0,46	2,3	Lesotho	0,54	22,9
Afrique de l'Est			Malawi	0,46	10,3
Érythrée	AD	0,6	Mozambique	0,45	10,8
Éthiopie	0,29	1,2	Namibie	0,61	14,3
Djibouti	0,40	0,9	Swaziland	0,51	27,4
Somalie	AD	0,5	Zambie	0,57	12,5
Soudan du Sud	AD	2,2	Zimbabwe	AD	15

¹ Dernier coefficient de Gini connu (source : Banque mondiale)

² Dernier taux de prévalence du VIH connu en 2013 (source : Onusida)

AD: absence de données