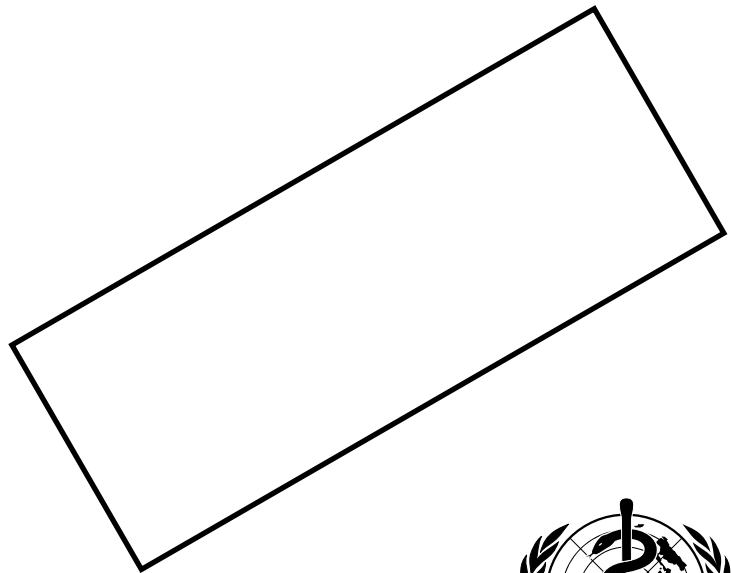




Le point sur l'épidémie de SIDA

décembre 2000



Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
ONUSIDA
UNICEF • PNUD • FNUAP • PNUCID
UNESCO • OMS • BANQUE MONDIALE



Organisation
mondiale
de la Santé

© ONUSIDA / OMS – 2000
Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA)
Organisation mondiale de la Santé (OMS)

ONUSIDA/00.44F – WHO/CDS/CSR/EDC/2000.9
(version française, décembre 2000)
ISBN : 92-9173-009-2

Version originale anglaise, UNAIDS/00.44E, décembre 2000:
AIDS epidemic update: December 2000
Traduction ONUSIDA

Ce document, qui n'est pas une publication officielle de l'ONUSIDA ou de l'OMS, peut être librement commenté, cité, reproduit ou traduit, partiellement ou en totalité, à condition de mentionner la source. Il ne saurait cependant être vendu ni utilisé à des fins commerciales sans l'accord préalable, écrit, de l'ONUSIDA (Contacter le Centre d'Information de l'ONUSIDA).

Les prises de position exprimées par les auteurs cités dans les documents n'engagent que la responsabilité de ces auteurs.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'ONUSIDA et de l'OMS aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'ONUSIDA et par l'OMS, de préférence à d'autres. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

ONUSIDA – 20 avenue Appia – 1211 Genève 27 – Suisse
tél.: (+41 22) 791 46 51; fax: (+41 22) 791 41 87
Courrier électronique: unaids@unaids.org – Internet: <http://www.unaids.org>

Tableau récapitulatif de l'épidémie d'infection à VIH/SIDA dans le monde, décembre 2000

Nouveaux cas d'infection à VIH en 2000	Total	5,3 millions
	Adultes	4,7 millions
	<i>Femmes</i>	<i>2,2 millions</i>
	Enfants <15 ans	600 000
Nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA	Total	36,1 millions
	Adultes	34,7 millions
	<i>Femmes</i>	<i>16,4 millions</i>
	Enfants <15 ans	1,4 million
Décès dus au SIDA en 2000	Total	3 millions
	Adultes	2,5 millions
	<i>Femmes</i>	<i>1,3 million</i>
	Enfants <15 ans	500 000
Nombre total de décès dus au SIDA depuis le début de l'épidémie	Total	21,8 millions
	Adultes	17,5 millions
	<i>Femmes</i>	<i>9 millions</i>
	Enfants <15 ans	4,3 millions

Vue d'ensemble

Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), responsable du SIDA, a provoqué une épidémie mondiale beaucoup plus importante que ce que l'on avait anticipé il y a une décennie encore. L'ONUSIDA et l'OMS estiment aujourd'hui que le nombre des personnes vivant avec le VIH ou le SIDA à la fin de 2000 est de 36,1 millions, ce qui dépasse de 50% les projections faites en 1991 par le Programme mondial OMS de lutte contre le SIDA, sur la base des données disponibles alors.

Les problèmes posés par le VIH varient considérablement d'un endroit à un autre, selon la distance et la rapidité de progression du virus et selon que les personnes infectées ont commencé à tomber malades ou à décéder en grand nombre:

- Dans toutes les régions du monde, à l'exception de l'Afrique subsaharienne, on compte davantage d'hommes que de femmes infectés par le VIH ou mourant du SIDA. Le comportement des hommes – souvent influencé par des croyances culturelles pernicieuses concernant la masculinité – en fait les principales victimes de l'épidémie. Globalement, on estime que 2,5 millions d'hommes entre 15 et 49 ans ont été infectés au cours de l'an 2000, ce qui porte à 18,2 millions le nombre d'adultes de sexe masculin vivant avec le VIH ou le SIDA à la fin de cette année. Les comportements masculins contribuent également aux infections à VIH parmi les femmes, qui ont souvent moins le pouvoir de décider où, quand et comment les rapports sexuels ont lieu. Le thème de la *Campagne mondiale contre le SIDA* de cette année – **Les hommes font la différence** – reconnaît cette situation ainsi que l'énorme potentiel dont disposent les hommes pour faire la différence, quand il s'agit d'interrompre la transmission du VIH, de prendre en charge les membres de la famille qui sont malades et de s'occuper des orphelins et des autres survivants de l'épidémie.
- Au cours de l'an 2000, on aura enregistré davantage de nouvelles infections à VIH dans

la Fédération de Russie que pendant toutes les années précédentes de l'épidémie prises ensemble. Si l'on tient également compte de l'expansion de l'épidémie qui se poursuit en Ukraine, une estimation prudente porte le nombre d'adultes* et d'enfants vivant avec le VIH ou le SIDA en Europe orientale et en Asie centrale à 700 000 d'ici à la fin de 2000, par rapport à 420 000 il y a un an à peine. L'injection de drogues sans respect de l'hygiène demeure le principal moteur de la transmission.

- Pour la première fois, certains signes indiquent que l'incidence du VIH – soit le nombre annuel des nouvelles infections – pourrait s'être stabilisée en Afrique subsaharienne. Le total des nouvelles infections en 2000 se monte à 3,8 millions environ, contre 4,0 millions en 1999. Toutefois, si les infections à VIH devaient commencer à monter en flèche dans les pays qui ont eu jusqu'ici des taux d'infection relativement faibles, comme le Nigéria, l'incidence régionale pourrait bien remonter.

La légère baisse des nouvelles infections en Afrique est probablement due à deux facteurs. D'une part, dans de nombreux pays, l'épidémie dure depuis si longtemps qu'elle a déjà touché un grand nombre des personnes sexuellement actives, ne laissant qu'un petit réservoir d'individus encore susceptibles d'être infectés. D'autre part, le succès des programmes de prévention dans quelques pays africains, notamment l'Ouganda, a permis de réduire les taux nationaux d'infection et a contribué à la baisse dans la région.

- Au moment même où ils sont confrontés à un colossal problème de prévention, les pays africains ploient sous le fardeau de la maladie et des décès à grande échelle. En Afrique du Sud, les projections indiquent que l'épidémie réduira de 0,3% à 0,4% par année le taux de croissance économique, entraînant d'ici à 2010 une baisse de 17% du produit

* Par adultes, on entend ici les personnes âgées de 15 à 49 ans.

Statistiques et caractéristiques de l'épidémie de VIH/SIDA par région, fin 2000

Région	Début de l'épidémie	Adultes et enfants vivant avec le VIH/SIDA	Nouveaux cas d'infection à VIH chez les adultes et les enfants	Taux de prévalence chez les adultes*	Pourcentage de femmes parmi les adultes séropositifs	Principaux modes de transmission# chez les adultes vivant avec le VIH/SIDA
Afrique subsaharienne	fin années 70 - début années 80	25,3 millions	3,8 millions	8,8%	55%	Hétéro
Afrique du Nord et Moyen-Orient	fin années 80	400 000	80 000	0,2%	40%	Hétéro, ID
Asie du Sud et du Sud-Est	fin années 80	5,8 millions	780 000	0,56%	35%	Hétéro, ID
Asie de l'Est et Pacifique	fin années 80	640 000	130 000	0,07%	13%	ID, Hétéro, Homo
Amérique latine	fin années 70 - début années 80	1,4 million	150 000	0,5%	25%	Homo, ID, Hétéro
Caraiïbes	fin années 70 - début années 80	390 000	60 000	2,3%	35%	Hétéro, Homo
Europe orientale et Asie centrale	début années 90	700 000	250 000	0,35%	25%	ID
Europe occidentale	fin années 70 - début années 80	540 000	30 000	0,24%	25%	Homo, ID
Amérique du Nord	fin années 70 - début années 80	920 000	45 000	0,6%	20%	Homo, ID, Hétéro
Australie et Nouvelle Zélande	fin années 70 - début années 80	15 000	500	0,13%	10%	Homo
TOTAL		36,1 millions	5,3 millions	1,1%	47%	

* Proportion d'adultes (âgés de 15 à 49 ans) vivant avec le VIH/SIDA en 2000, d'après les statistiques démographiques de 2000.

Hétéro: transmission hétérosexuelle; homo: transmission entre hommes homosexuels; ID: transmission par l'injection de drogue.

intérieur brut (PIB) par rapport à ce qu'il aurait été sans le SIDA et effaçant 22 milliards de dollars de l'économie nationale. Même le Botswana, riche producteur de diamants, qui est le pays au PIB par habitant le plus élevé d'Afrique, verra le budget gouvernemental amputé de 20% à cause du SIDA au cours des dix prochaines années, les progrès du développement détruits peu à peu et une réduction d'environ 13% dans les revenus des ménages les plus pauvres.

- L'intensification de la riposte à l'épidémie en Afrique est impérative et abordable. En se fixant des buts ambitieux mais accessibles, les pays auront besoin chaque année de 1,5 milliard de dollars au moins pour des mesures de prévention visant à réduire le

risque de VIH dans la population, y compris chez les nourrissons, les jeunes, les travailleurs et les transfusés. Pour les personnes vivant avec le VIH et leur famille, la facture des soins palliatifs pour soulager les souffrances, du traitement et de la prévention des infections opportunistes et de la prise en charge des orphelins se montera à 1,5 milliard de dollars par année au moins. L'introduction de la thérapie antirétrovirale coûterait plusieurs milliards de dollars supplémentaires par an.

Europe orientale et Asie centrale

A la fin de 1999, on estimait à 420 000 le nombre des adultes et enfants vivant avec le VIH

ou le SIDA en Europe orientale et dans les pays de l'ex-Union soviétique. Une année plus tard à peine, une estimation prudente chiffre ce nombre à 700 000. La plupart des 250 000 adultes qui ont été infectés cette année sont des hommes et la majorité d'entre eux des consommateurs de drogues injectables. Au cours de l'année écoulée, de nouvelles épidémies parmi les consommateurs de drogues injectables sont apparues en Ouzbékistan et en Estonie; ce dernier pays a annoncé beaucoup plus de cas de VIH en 2000 que pendant toutes les années précédentes.

Le VIH ne semble pas évoluer vers une diminution de sa croissance exponentielle dans la Fédération de Russie. Si l'on en juge par le nombre de cas notifiés au cours des neuf premiers mois de l'année, les nouvelles infections enregistrées en 2000 pourraient bien atteindre 50 000, ce qui est considérablement plus élevé que le nombre total de 29 000 infections enregistrées dans le pays entre 1987 et 1999. Néanmoins, même cette augmentation massive minimise la croissance réelle de l'épidémie: selon des estimations russes, le système national d'enregistrement ne saisit qu'une fraction des infections. Les pratiques de consommation de drogues sans respect de l'hygiène demeurent le principal moteur de la transmission du VIH dans cette immense nation.

Dans de nombreux pays d'Europe orientale et d'Asie centrale, la lutte contre l'épidémie se déroule dans un contexte complexe. L'instabilité socio-économique de la région alimente la consommation de drogues et le commerce du sexe, accélérant ainsi la propagation du VIH. Pourtant, sur une note plus positive, certaines réformes politiques et juridiques ouvrent des voies plus efficaces à la prévention du VIH.

Par exemple, plutôt que de s'appuyer sur un dépistage de masse inefficace de la population pour suivre et contrôler le VIH, la plupart des pays utilisent un éventail de moyens pour informer et éduquer leurs citoyens. Au Bélarus, un comité interministériel regroupe 12 ministères différents pour une riposte contre le SIDA qui va des mesures de réduction des risques destinées aux consommateurs de drogues injectables aux campagnes de sensibilisation organisées par les che-

mins de fer nationaux. La participation de la quasi-totalité des ministères et des comités d'Etat a contribué à obtenir une baisse du nombre total des infections notifiées chaque année entre 1996 et 1999. Les efforts de prévention ont particulièrement bien réussi parmi les adolescents. Au Kazakhstan, une petite ONG de la capitale, Astana, envoie dans les rues son équipe de prévention composée de huit personnes (qui jouent aussi dans un théâtre rock) pour distribuer du matériel d'information sur la sexualité à moindre risque ainsi que des préservatifs aux professionnel(le)s du sexe qui y travaillent. L'équipe les accompagne en outre dans les dispensaires où leurs infections sexuellement transmissibles peuvent être soignées gratuitement et de manière confidentielle – une exception à l'approche généralement utilisée dans la région et fondée sur les arrestations et le dépistage obligatoire.

La région se tourne toujours davantage vers une réelle surveillance du VIH dans des populations «sentinelles», par exemple les professionnel(le)s du sexe, les femmes enceintes, les consommateurs de drogues injectables ou les personnes atteintes d'une infection sexuellement transmissible. La République tchèque et la Slovénie peuvent déjà se targuer de posséder des systèmes de surveillance sentinelle du VIH excellents et figurant parmi les meilleurs d'Europe.

Si le nombre de nouveaux cas enregistrés chaque année en Ukraine semble avoir baissé depuis 1997, le virus paraît se frayer un chemin dans la population générale, si l'on en juge par les signes d'infection à VIH récemment relevés chez des femmes enceintes. L'Ukraine a mis en place un système de surveillance sentinelle de grande qualité, qui devrait fournir à l'avenir une image plus précise des tendances de l'infection.

En Ukraine, une loi décisive adoptée en 1998 a approuvé le principe du test VIH volontaire et de l'éducation généralisée sur le SIDA. Dans ce qui est peut-être la mise à l'épreuve la plus sévère de la nouvelle approche nationale de l'épidémie, une enquête récente a confirmé que les prisons ukrainiennes ne procédaient plus au dépistage obligatoire des détenus ni à l'isolement des per-

sonnes trouvées positives pour le VIH. Ce retournement de situation a été obtenu grâce à un projet novateur qui pourrait être pour la région un modèle de réforme sur le SIDA et les prisons. Pourtant, comme nombre de ses voisins, l'Ukraine est confrontée à des restrictions budgétaires si rigoureuses qu'elle peine à nourrir ses détenus, sans parler de leur distribuer des préservatifs, du désinfectant, des seringues et des aiguilles.

Asie

On estime que 700 000 adultes, dont 450 000 hommes, ont été infectés en **Asie du Sud et du Sud-Est** au cours de l'an 2000. Ces estimations confirment ce que l'on sait des comportements à risque dans la région, où les hommes constituent non seulement la majorité des consommateurs de drogues injectables, mais contribuent aussi à alimenter la première vague de transmission sexuelle du VIH, principalement par le commerce du sexe et partiellement par les rapports sexuels entre hommes. Dans l'ensemble, on estime que la région comptera 5,8 millions d'enfants et d'adultes vivant avec le VIH ou le SIDA à la fin de 2000.

Le Bangladesh a pris une mesure remarquable en décidant de surveiller le VIH et le risque comportemental à un stade très précoce de l'épidémie. Après une première phase de surveillance il y a deux ans, le dépistage du VIH et de la syphilis ainsi que des enquêtes comportementales ont été réalisés entre août 1999 et mai 2000. Le travail s'est fait en collaboration avec les ONG et les pouvoirs publics, y compris les dispensaires destinés aux professionnel(le)s du sexe, les programmes d'échanges de seringues et les centres de désintoxication pour consommateurs de drogues. Les études ont révélé une série de facteurs de risque, y compris des pratiques dangereuses d'injection de drogues et une utilisation inappropriée du préservatif, mais des taux d'infection à VIH encore extrêmement faibles.

La région de l'**Asie de l'Est et du Pacifique** continue à faire échec au VIH dans la plus grande partie de son énorme population. Quelque 130 000 adultes et enfants ont été infectés au

cours de cette année, ce qui porte à 640 000 le nombre des personnes vivant avec le VIH ou le SIDA à la fin de 2000, soit à peine 0,07% de la population adulte de la région, par rapport à un taux de prévalence de 0,56% en Asie du Sud et du Sud-Est.

Toutefois, le potentiel de croissance de l'épidémie en Asie de l'Est est vaste. Le commerce du sexe et l'utilisation des drogues illicites y sont fort répandus, tout comme la migration et la mobilité à l'intérieur des pays et au-delà. La Chine en particulier, qui compte cent millions ou plus de personnes en déplacement, connaît des mouvements de population qui dépassent tout ce que l'on a vu dans l'histoire. En outre, après avoir pratiquement éradiqué les infections sexuellement transmissibles dans les années 1960, la Chine observe aujourd'hui une augmentation rapide de ces infections, qui pourrait se traduire par une plus forte propagation du VIH à l'avenir.

L'épidémie en Asie se poursuit à bas bruit, c'est pourquoi le risque persiste de se croire à l'abri du danger du VIH. Une des grandes difficultés consistera à conserver des taux élevés d'utilisation du préservatif dans les endroits qui y sont déjà parvenus. Une forte utilisation du préservatif non seulement protège les individus directement impliqués, mais empêche l'établissement de ce qui pourrait devenir une longue chaîne de transmission. S'il se produit un déclin de l'utilisation du préservatif, des pays comme la Thaïlande pourraient bien connaître une recrudescence d'infections à VIH.

Afrique du Nord et Moyen-Orient

Par manque de données, il n'y a eu que peu de nouvelles estimations par pays des infections à VIH dans cette région entre 1994 et 1999. Des informations récentes suggèrent néanmoins que les nouvelles infections sont en hausse. Au sud de l'Algérie par exemple, des études focalisées montrent des taux situés autour de 1% chez les femmes en consultations prénatales et des sites de surveillance au nord et au sud du Soudan indiquent que le VIH se répand maintenant dans la population générale.

Tableau 1. Interaction des facteurs qui alimentent la transmission sexuelle

Il y a des raisons de penser que de nombreux facteurs jouent un rôle de démarreur d'une épidémie de VIH sexuellement transmise ou de moteur de sa propagation. Parmi les **facteurs sociaux et comportementaux**, on peut noter:

- peu ou pas d'utilisation du préservatif
- une grande proportion de la population adulte ayant des partenaires multiples
- des partenariats sexuels qui se chevauchent (plutôt que de se suivre) – les individus sont très infectieux au moment où ils viennent de contracter le VIH et ont plus de risque d'infecter des partenaires concomitants
- de vastes réseaux sexuels (fréquemment observés chez les individus qui se déplacent entre leur foyer et un lieu de travail éloigné)
- le «mélange des âges», généralement entre des hommes plus âgés et des femmes jeunes ou adolescentes
- la dépendance économique des femmes à l'égard du mariage ou de la prostitution, qui leur enlève tout contrôle sur les circonstances ou la sécurité des rapports sexuels.

Les facteurs biologiques comprennent:

- des taux élevés d'infections sexuellement transmissibles, en particulier celles qui provoquent des ulcères génitaux
- des taux peu importants de circoncision masculine
- une charge virale élevée – c'est au moment où une personne est infectée, puis à nouveau dans les derniers stades de la maladie, que les taux de VIH sanguin sont généralement les plus élevés.

Si tous ces facteurs contribuent à la propagation du virus, nous ignorons quelle est la contribution de chacun et dans quelle mesure ils doivent être associés pour attiser les flammes de l'épidémie. La question de la circoncision masculine est un bon exemple. De nombreux pays dans lesquels tous les garçons sont circoncis avant la puberté ont des épidémies très limitées, et dans certains pays dont les épidémies sont plus importantes, les hommes circoncis semblent avoir des taux de VIH plus faibles que les hommes qui ne sont pas circoncis.

Dans l'état actuel des connaissances, les épidémiologistes ne peuvent prévoir avec certitude à quelle vitesse une épidémie donnée se répandra et à quel moment elle atteindra son maximum, bien que des prédictions à court terme puissent être faites sur la base des tendances du VIH et des données concernant les comportements à risque. Il y a heureusement de bonnes raisons de penser que les pays vont finir par réduire le nombre des nouvelles infections s'ils mettent en place des programmes efficaces de prévention encourageant l'abstinence, la fidélité et la sexualité à moindre risque. Il est crucial de promouvoir le préservatif, tant le préservatif classique que le préservatif féminin, et de faciliter l'accès à des préservatifs peu coûteux et de bonne qualité. Le préservatif protège, quels que soient l'âge ou la mobilité des partenaires, l'étendue de leurs réseaux sexuels ou la présence d'une autre infection sexuellement transmissible.

Le nombre des nouvelles infections dans la région au cours de 2000 étant estimé à 80 000, le nombre d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH ou le SIDA sera de 400 000 à la fin de 2000.

Amérique latine et Caraïbes

L'épidémie en **Amérique latine** est une mosaïque complexe de schémas de transmission dans lesquels le VIH continue à se propager par les rapports sexuels entre hommes, entre hommes et femmes, et par la consommation de drogues injectables. En Amérique latine, on estime que 150 000 adultes et enfants ont été infectés en 2000. Dans de nombreux pays, grâce à la thérapie antirétrovirale, les personnes positives pour le VIH vivent plus longtemps et jouissent d'une meilleure santé. A la fin de cette année, on estime à 1,4 million environ le nombre d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH ou le SIDA dans la région, par rapport à 1,3 million à la fin de 1999.

Lorsque le VIH se répand principalement dans un petit groupe de la population, par exemple les hommes qui ont des rapports sexuels entre eux, le nombre des personnes exposées est temporairement limité (même si la bisexualité et la consommation de drogues constituent des passerelles vers la population générale). Mais dans les endroits où le VIH est transmis par les rapports sexuels entre hommes et femmes, une proportion beaucoup plus importante de la population est immédiatement exposée au risque. Tel est le schéma de transmission dans **les Caraïbes**, où les taux de VIH sont les plus élevés du monde après ceux de l'Afrique.

Bien que les ministères de la santé des Caraïbes soient depuis longtemps conscients de l'épidémie galopante et de ses implications pour la région, une série de réunions de haut niveau organisées en 2000 ont marqué le début d'une nouvelle ère de sensibilisation et de visibilité publiques en matière de SIDA. Lors d'une réunion du Groupe caraïbe de coopération pour le développement économique organisée par la Banque mondiale en juin, les premiers ministres et ministres des finances ont centré leur examen de la période 2000-2020 sur le SIDA en tant que problème majeur de développement. En juillet, les chefs de

gouvernement de la Communauté des Caraïbes (CARICOM) ont publiquement reconnu que l'épidémie menaçait d'inverser les progrès réalisés pendant les trois dernières décennies dans le développement de la région. Puis a eu lieu une réunion de haut niveau sur le VIH/SIDA à l'invitation du Premier ministre de la Barbade en septembre 2000. En présence des premiers ministres et ministres de la région ainsi que des donateurs bilatéraux et des représentants de la Banque mondiale et du système des Nations Unies, la réunion de la Barbade a réalisé un pas de géant dans l'engagement politique en faveur de la lutte contre l'épidémie et enregistré de nouvelles promesses de financement, notamment de la part des Pays-Bas. Pour contribuer à accélérer l'action, la Banque mondiale a annoncé un programme de nouveaux prêts destinés à des interventions contre le VIH/SIDA dans les Caraïbes à hauteur de 85-100 millions de dollars.

Le Premier ministre de la Barbade, qui va sous peu assumer la présidence de la CARICOM, a placé le SIDA à l'ordre du jour de la réunion de la Communauté en février 2001. A cette occasion, il est prévu que la CARICOM annonce officiellement la création d'un partenariat caraïbe contre le VIH/SIDA.

Pays nantis

Les efforts de prévention semblent en perte de vitesse dans les pays nantis de la planète. Bien que les systèmes nationaux de surveillance sentinelle ne calculent pas l'incidence du VIH, les données disponibles indiquent que le nombre des personnes récemment infectées n'est pas plus bas cette année qu'il ne l'était l'an dernier. Dans le courant de l'an 2000, on estime qu'un total de 30 000 adultes et enfants ont contracté le VIH en **Europe occidentale** et 45 000 en **Amérique du Nord**. La prévalence générale du VIH a légèrement augmenté dans les deux régions, principalement en raison du fait que la thérapie antirétrovirale maintient plus longtemps en vie les personnes positives pour le VIH.

Des milliers d'infections continuent à se produire par les rapports sexuels non protégés entre hommes. A notre époque où peu de jeunes

hommes *gay* ont vu leurs amis mourir du SIDA et où certains d'entre eux pensent à tort que les antirétroviraux peuvent guérir, on observe un laisser-aller croissant par rapport au danger du VIH, si l'on en juge par les rapports faisant état d'une augmentation des comportements sexuels à risque, principalement chez les hommes jeunes. Un des problèmes qui continue à se poser en matière de prévention, c'est la stigmatisation persistante associée à l'homosexualité, qui peut rendre difficile la croissance des garçons qui se sentent «différents», nombre d'entre eux finissant par s'exposer à des risques inutiles et à devenir vulnérables.

Si la prévention ne remplit pas ses promesses, ce sont surtout les consommateurs de drogues injectables et leurs familles qui en font les frais, ces consommateurs dont on pense qu'ils représentent la grande majorité des nouvelles infections dans de nombreux pays nantis. La plupart de ces infections auraient pu être évitées. Les programmes de prévention comportant l'éducation sur le SIDA, la promotion du préservatif, l'échange des seringues et le traitement de la toxicomanie (y compris les programmes de distribution de la méthadone, qui ne s'injecte pas) ont prouvé leur efficacité non seulement dans les pays très industrialisés, mais dans les économies de transition, par exemple au Bélarus, où un programme de réduction des risques a permis d'éviter plus de 2000 infections dès sa deuxième année de fonctionnement, pour un coût d'environ 29 dollars par infection évitée. Aux Etats-Unis également, une récente étude a montré que la prévention des cas de VIH au moyen des programmes de réduction des risques était économiquement rationnelle. Ce qu'il faut, c'est la volonté politique d'appliquer des mesures réellement efficaces et d'atteindre les personnes marginalisées et leurs partenaires.

Afrique subsaharienne

En Afrique au sud du Sahara, on estime que 3,8 millions d'adultes et d'enfants ont été infectés par le VIH pendant l'an 2000, ce qui porte le total des personnes vivant avec le VIH/SIDA dans la région à 25,3 millions à la fin de cette année. Au cours de la même période, des millions d'Africains, infectés dans les premières années de

l'épidémie ont commencé à tomber malades et 2,4 millions de personnes à un stade plus avancé de l'infection sont décédées de maladies liées au VIH. La région continue ainsi à devoir faire face à un triple problème aux proportions colossales:

- offrir soins de santé, soutien et solidarité à une population toujours plus importante de personnes atteintes de maladies liées au VIH
- réduire le nombre annuel des nouvelles infections en donnant aux individus la possibilité de se protéger et de protéger les autres
- faire face à l'impact cumulé de plus de 17 millions de décès dus au SIDA sur les orphelins et les autres survivants, sur les communautés et sur le développement national.

Bien que l'Afrique subsaharienne soit une fois encore la région comptant le plus grand nombre de nouvelles infections en un an, une nouvelle tendance pourrait se dessiner à l'horizon: l'incidence régionale du VIH semble se stabiliser. Le nombre annuel des nouvelles infections s'est stabilisé ou a même baissé dans de nombreux pays, car les épidémies africaines qui durent depuis longtemps ont déjà touché un grand nombre de personnes dont les comportements les exposent au VIH, et les mesures de prévention efficaces dans certains pays ont permis aux individus de réduire leur risque d'exposition. Ces baisses ont maintenant commencé à compenser les taux toujours en hausse dans d'autres parties de l'Afrique, en particulier dans la partie australe du continent. Par conséquent en général, les nouvelles infections en 2000 se montent à 3,8 millions, ce qui est légèrement inférieur au total régional de 4 millions en 1999. Toutefois, cette tendance peinera à se maintenir si des pays comme le Nigéria commencent à connaître une expansion rapide.

Pour l'instant, la prévalence générale du VIH – le total régional des personnes vivant avec le VIH ou le SIDA – continue à augmenter, car encore aujourd'hui, on compte davantage de personnes nouvellement infectées qui s'ajoutent au total que de personnes qui décèdent et sont soustraites de ce total. Cependant, au fur et à mesure que les personnes décèdent de maladies liées au VIH (la survie en l'absence de thérapie antirétro-

Tableau 2. Savoir c'est pouvoir

Les rapports sexuels entre un individu infecté et un partenaire non infecté sont le moteur de l'épidémie de VIH. Lorsque le statut sérologique des deux partenaires est inconnu – et au bas mot neuf dixièmes des individus positifs pour le VIH dans le monde ne se savent pas infectés – les seules options sûres sont les rapports sexuels sans pénétration ou les rapports protégés par le préservatif. Néanmoins, le préservatif n'a pas que des avantages, en particulier dans le contexte d'une relation stable lorsqu'une grossesse est souhaitée ou lorsqu'il est difficile pour l'un des partenaires de suggérer soudainement d'utiliser le préservatif. Pour de nombreux couples et individus en Afrique, où les taux de prévalence du VIH sont élevés, la connaissance de son statut sérologique élargirait l'éventail des options de prévention du VIH.

Une des approches consiste à rendre les services de dépistage volontaire plus commodes pour les clients. Le Centre d'information sur le SIDA (AIC) de l'Ouganda est une ONG implantée à Kampala qui a offert, depuis 1990, un service de conseil et de test VIH confidentiel à 350 000 clients. Depuis 1997, l'AIC remplit ce service en une journée. Auparavant, les clients devaient attendre deux semaines pour recevoir les résultats de leur test VIH et entre 25% et 30% d'entre eux ne revenaient pas les chercher. Une étude parmi les clients de l'AIC a confirmé que 85% de ces derniers préfèrent recevoir leurs résultats le même jour et que 76% sont prêts à payer davantage pour obtenir ce service rapide. En moyenne, les clients passent deux heures dans le centre, bien que la procédure puisse être complétée en 30 minutes.

virale est estimée à 8-10 ans environ), la mortalité imputable au SIDA augmente. En 2000, on a compté 2,4 millions de décès dus au SIDA, par rapport à 2,2 millions en 1999. Au cours des années à venir, à moins que l'on ne parvienne à offrir un accès beaucoup plus large aux thérapies permettant de prolonger la vie et à condition que les nouvelles infections ne se remettent pas à la hausse, le nombre des Africains survivant avec le VIH devrait se stabiliser et finir par diminuer, car le SIDA entraînera un nombre croissant de décès parmi ceux qui ont été infectés il y a longtemps déjà.

En Afrique subsaharienne, les taux nationaux de prévalence du VIH, publiés dans le *Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA – juin 2000*, continuent à varier considérablement d'un pays à un autre. Ils vont de moins de 2% de la population adulte dans certains pays de l'Afrique occidentale à 20% environ ou davantage dans la partie australe du continent, les pays de l'Afrique centrale et orientale se situant à mi-chemin de ces deux extrêmes. Il ne faut pourtant pas oublier que les taux de prévalence ne donnent aucune indication quant au risque d'infection et de décès dû au SIDA encouru par

les individus au cours de leur existence. Dans les huit pays africains dont 15% au moins des adultes d'aujourd'hui sont infectés, des analyses prudentes montrent que le SIDA entraînera le décès d'un tiers environ des jeunes ayant 15 ans aujourd'hui.

Comment l'Afrique fait-elle face au VIH ?

Comme on a pu le voir dans les premières sections de cette mise à jour, le VIH s'est infiltré dans tous les pays du globe. Mais le tableau figurant à la page 5 n'explique que trop clairement que l'un des continents est beaucoup plus touché par le SIDA que tous les autres. L'Afrique abrite 70% des adultes et 80% des enfants vivant avec le VIH dans le monde et a enterré les trois quarts des plus de 20 millions de personnes qui, dans le monde, sont mortes du SIDA depuis le début de l'épidémie. En plus de la souffrance personnelle qui accompagne une infection à VIH où qu'elle se produise, le virus en Afrique subsaharienne

menace de dévaster des communautés entières, de réduire à néant des décennies de progrès vers un avenir meilleur et plus prospère.

Dans les sections qui vont suivre, nous examinerons comment le SIDA affecte la vie et les moyens d'existence des hommes, des femmes et des enfants dans les pays les plus touchés, notamment ceux de l'Afrique australe. L'information présentée révèle deux choses. Tout d'abord, la ruine provoquée par le VIH n'est que trop réelle, que l'on mesure l'impact sur le plan des perspectives d'avenir qui s'offrent aux enfants ou des résultats financiers des entreprises. Le deuxième fil conducteur de ce rapport, c'est cette nouvelle énergie qui est stimulée par l'épidémie. Les pouvoirs publics, les entreprises, les familles et les communautés s'adaptent – avec plus ou moins d'efforts et de souffrance – au nouveau paysage dessiné par l'épidémie. Cela illustre le talent encourageant des personnes qui, partout en Afrique, se montrent à la hauteur de la situation au moment même où celle-ci semble sans espoir.

Les ménages font face en fonction de leurs capacités

Dans les pays les plus touchés par l'épidémie, l'augmentation des maladies et des décès se produit dans un contexte de détérioration des services publics, de mauvaises perspectives d'emploi et de pauvreté endémique qui ne sont pas directement liées à l'épidémie de VIH, mais que cette dernière peut aggraver. Ces facteurs, s'ils réduisent les capacités des communautés à intervenir et aider ceux qui sont le plus touchés par le SIDA, compliquent surtout la tâche de mesurer l'impact du SIDA au niveau des ménages. Un grand nombre des études qui s'intéressent aux ménages touchés par le SIDA ne recueillent pas simultanément des informations auprès des ménages qui ne sont pas affectés et ont, de ce fait, des difficultés à distinguer entre l'effet de la maladie et du décès chez un jeune adulte et l'impact d'autres bouleversements tels que la sécheresse, l'inflation ou l'augmentation des coûts de scolarité ou de santé. En outre, la plupart de ces études étant conduites à un moment précis, il leur manque les familles qui n'ont pas pu faire face, celles qui ont été

détruites par le SIDA, envoyant les jeunes dans la rue et les personnes âgées vers l'indigence et la mort.

Les données dont on dispose montrent que ce sont les ménages qui supportent le plus gros de la misère provoquée par l'épidémie. Cependant, de nouvelles analyses des informations recueillies à un stade antérieur de l'épidémie en République-Unie de Tanzanie suggèrent que les ménages et les communautés résistent peut-être mieux qu'on avait pu le penser. Une vaste étude portant sur des ménages en zone rurale, étudiés pendant plusieurs années à un moment où la prévalence du VIH chez les jeunes adultes de la région de Kagera se situait autour de 10% à 25% et où le SIDA avait entraîné une augmentation de deux tiers de la mortalité chez les jeunes adultes, jette le doute sur les hypothèses formulées précédemment au sujet des conséquences d'un décès prématuré récent. Quelques-uns seulement des ménages ayant subi un tel décès étaient totalement composés de personnes âgées et d'enfants. Moins d'un ménage sur dix ne comptait aucun survivant entre 15 et 50 ans. Les personnes âgées n'avaient pas plus de risque d'être en mauvaise santé que celles vivant dans des ménages qui n'étaient pas touchés par le SIDA ou d'autres causes de mortalité, ni d'être contraintes aux travaux agricoles ou à d'autres emplois. De même, la probabilité que des signes de malnutrition apparaissent chez les orphelins n'était pas significativement plus élevée que chez les non-orphelins, quelles que soient les personnes qui les prenaient en charge après le décès de leurs parents.

Une autre analyse dans la même population de Tanzanie a examiné de manière approfondie les méthodes employées par les ménages pour s'adapter financièrement au décès d'un jeune adulte. L'étude a révélé une différence considérable dans la capacité d'adaptation en fonction de la richesse du ménage. Dans les familles pauvres, les dépenses de nourriture ont chuté de près d'un tiers et la consommation alimentaire de près de 15% dans les six mois suivant le décès d'un jeune adulte, alors que dans les ménages qui ne sont pas pauvres, tant les dépenses que la consommation alimentaires ont augmenté,

peut-être en raison des repas de funérailles. Il est possible que la différence soit due au fait que les ménages aisés ont plus facilement accès à une aide financière. Dans les six mois suivant le décès d'un jeune adulte, les ménages moins pauvres ont reçu en moyenne 20 000 shillings environ pour chaque membre de la famille (25 dollars environ au taux de change actuel) de la part de parents, d'amis ou d'autres sources privées. Par contre, les familles pauvres semblent ne recevoir pratiquement aucune aide de la famille et des amis et sont contraintes d'emprunter de l'argent ou de compter sur l'assistance publique, qui souvent ne se matérialise que plusieurs mois après le décès. Cela souligne à quel point il est important de cibler les mesures d'atténuation du SIDA sur les ménages les plus démunis.

Une étude portant sur des familles touchées par le SIDA en Zambie est parvenue à des conclusions analogues quant à la nécessité de cibler les ressources, soutenant qu'il faut des stratégies d'atténuation de l'impact différentes selon les différents segments de la population. Cette étude a montré que les enfants des familles touchées par le SIDA en zone urbaine risquaient de quitter l'école car les personnes qui s'en occupent n'ont pas les moyens de payer les frais de scolarité – un problème que l'on peut atténuer en fournissant des subventions à l'éducation des orphelins. Par contre, dans les zones rurales, les enfants sont retirés de l'école parce qu'ils doivent travailler aux champs pour remplacer un adulte malade ou mourant et dans ce cas, la solution serait peut-être de créer un réservoir de main-d'œuvre com-

Tableau 3. Des communautés soutiennent les orphelins dans leurs foyers: un modèle de prise en charge à peu de frais

Avec l'augmentation des projections concernant le nombre des orphelins du SIDA, certaines personnes ont demandé une augmentation de la prise en charge institutionnelle de ces enfants. Cette solution est financièrement irréalisable. En Ethiopie, par exemple, la prise en charge d'un enfant en orphelinat coûte entre 300 et 500 dollars par an, soit plus de trois fois le revenu national par habitant. Ce système est aussi tragique pour les enfants car ils sont séparés de leurs frères et sœurs, retirés de leurs communautés et élevés dans un contexte qui ne les prépare pas à une vie d'adulte. L'institutionnalisation est une source de problèmes ultérieurs pour la société qui n'est pas équipée pour faire face à un afflux de jeunes adultes n'ayant pas été socialisés dans la communauté dans laquelle ils vont devoir vivre.

Les groupes religieux du Zimbabwe ont mis au point une solution qui consiste à recruter des membres de la communauté pour visiter les orphelins dans leur foyer – que ce soit auprès de parents nourriciers, de grands-parents ou d'autres membres de la famille, ou dans des familles dirigées par des enfants. Les visiteurs, qui connaissent bien leur communauté, visitent les familles les plus démunies une fois par semaine ou par quinzaine, pour s'assurer que les personnes responsables et les enfants disposent du soutien matériel et psychologique nécessaire pour maintenir la cohésion du ménage. Les ménages qui prennent en charge des orphelins reçoivent des vêtements, des couvertures, l'argent nécessaire aux frais de scolarité, des semences et des engrais selon les besoins, et les communautés contribuent à des activités comme la culture de champs communautaires et la production de revenus susceptibles de soutenir le programme. Ce dernier a recruté quelque 180 volontaires, qui apportent leur aide à plus de 2700 ménages comptant des orphelins. Dans l'ensemble, le programme coûte moins de 10 dollars par famille et les fonds sont fournis par une ONG – Family AIDS Caring Trust – et par les églises locales. Cette méthode de prise en charge des orphelins organisée par la communauté a été reproduite dans tout le Zimbabwe et des répliques apparaissent aujourd'hui dans d'autres pays africains, notamment au Kenya, au Malawi et en Zambie.

munautaire qui serait mis à la disposition des ménages touchés par le SIDA.

Une autre difficulté en zone rurale, c'est la transmission des connaissances à la jeune génération. Des études ont montré que les orphelins sont rarement capables de faire face aux tâches agricoles qui les attendent. En Namibie, les enfants ayant reçu un petit cheptel – poulets et chèvres – ont perdu beaucoup de leurs animaux simplement parce qu'ils n'avaient pas les compétences nécessaires pour s'en occuper correctement. Une étude au Kenya a montré que quatre orphelins cultivateurs sur cinq dans une zone rurale avouaient ne pas savoir à qui s'adresser pour s'informer des méthodes de production alimentaire.

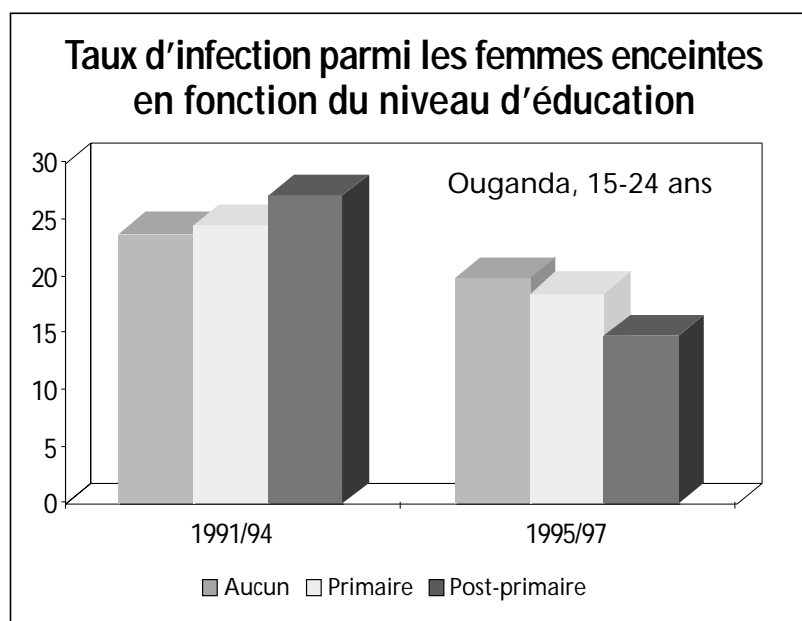
Malheureusement, les ressources qui pourraient aider ces enfants à remettre le pied à l'étrier s'ameublissent elles-mêmes sous l'effet du VIH. L'étude namibienne a estimé que le personnel d'appui agricole, chargé de fournir aux agriculteurs des informations et une formation, passaient au moins un dixième de leur temps à assister à des funérailles. De même, dans le district de Gweru, au Zimbabwe, la participation à des obsèques comptait pour environ 10% du manque à gagner des personnels d'appui agricole. Au Malawi, les décès parmi les employés du Ministère de l'agriculture et de l'irrigation ont doublé, passant de 5 pour 1000 en 1996 à 10 pour 1000 en 1998, une augmentation largement imputable au SIDA.

SIDA et éducation: des liens complexes

Tout comme on l'a vu dans les pays industrialisés où les secteurs les mieux instruits de la population ont été les premiers à adopter des modes de vie attentifs à la santé, comprenant la prise d'exercice, le refus du tabagisme et une alimentation saine, un schéma analogue semble apparaître en Afrique subsaharienne par rapport au VIH. Une analyse des études portant sur les 15 à 19 ans a

montré que les adolescents mieux instruits ont aujourd'hui une meilleure chance d'utiliser le préservatif que leur pairs dont l'éducation est moins poussée, et qu'ils risquent moins, surtout dans les pays où l'épidémie est grave, d'avoir des rapports sexuels occasionnels. Tel n'était pas le cas au début de l'épidémie en Afrique. Alors, l'éducation semblait aller de pair avec un plus grand revenu et une plus grande mobilité, qui tous deux augmentaient le risque d'avoir des rapports sexuels occasionnels et de contracter le VIH. Mais lorsque l'information relative au VIH a été plus largement répandue, l'éducation, de facteur de risque est devenue protectrice. Les personnes instruites étant mieux équipées pour prendre des mesures après avoir été informées et ayant en général davantage d'options dans la vie, elles s'exposent moins aujourd'hui au risque de VIH.

La figure ci-après montre les résultats d'une enquête réalisée à l'ouest de l'Ouganda parmi des femmes enceintes de 15 à 24 ans. Entre 1991 et 1994, les jeunes femmes ayant suivi l'école secondaire avaient un risque plus important d'être infectées que leurs homologues illettrées. Dès 1995-1997, toutefois, le taux d'infection chez les femmes instruites avait chuté de près de la moitié, alors qu'il avait beaucoup moins baissé chez les femmes n'ayant pas reçu d'enseignement formel.



Kilian A. et al. (1999) «Reductions in risk behaviour provide the most consistent explanation for the declining prevalence of HIV-1 infection in Uganda.» *AIDS*, 13:3, 391-398.

Cela, c'est la bonne nouvelle. La mauvaise, c'est que le SIDA menace aujourd'hui la couverture et la qualité de l'enseignement. L'épidémie n'a pas davantage épargné ce secteur que ceux de la santé, de l'agriculture ou de l'industrie minière.

Sur le plan de la demande, le VIH réduit le nombre d'enfants scolarisés. Les femmes positives pour le VIH ont moins d'enfants, en partie parce qu'elles peuvent mourir avant la fin de leur période de reproduction et un tiers au moins de leurs enfants sont eux-mêmes infectés et ne survivent pas toujours jusqu'à l'âge scolaire. En outre, nombreux sont les enfants qui, ayant perdu leurs parents à cause du SIDA, ou vivant dans des ménages qui ont pris en charge des orphelins du SIDA, seront contraints d'abandonner l'école pour commencer à gagner leur vie ou encore parce que les frais de scolarité sont devenus inabordables.

Sur le plan de l'offre, des pénuries d'enseignants se profilent dans de nombreux pays africains. En Zambie, les enseignants meurent toujours davantage du SIDA et un grand nombre d'entre eux ne sont en mesure d'enseigner que de manière sporadique, en raison de leur maladie. Le Swaziland estime qu'il lui faudra former deux fois plus d'enseignants que d'ordinaire au cours des 17 prochaines années, simplement pour conserver le niveau de service de 1997. En l'absence de ces formations supplémentaires, la taille des classes enflerait pour atteindre plus de 50 élèves par enseignant. On estime que les recrutements et la formation supplémentaires coûteront au trésor du Swaziland quelque 233 millions de dollars d'ici à 2016 – soit plus que la totalité du budget 1998-1999 du gouvernement pour tous les biens et services.

Le coût élevé du VIH pour le monde des affaires

C'est sur les entreprises que l'impact du VIH est le plus direct, car il s'attaque à la main-d'œuvre. En 1993 déjà, alors que le VIH commençait à peine à provoquer maladies et décès parmi les travailleurs de Côte d'Ivoire, les coûts médicaux liés au SIDA supportés par quatre entreprises d'Abidjan se situaient déjà entre 1,8 et 3,7 millions de dollars.

En 1997, les coûts du SIDA à Abidjan représentaient 0,8% à 3,2% de la masse salariale. Une enquête réalisée vers le milieu des années 1990 et portant sur cinq entreprises en Ethiopie a révélé que le SIDA était responsable de plus de la moitié du fardeau des maladies au cours d'une période de cinq ans, entraînant une augmentation de l'absentéisme et des coûts médicaux. En République-Unie de Tanzanie, dans une enquête portant sur six entreprises, les coûts médicaux moyens annuels par employé ont plus que triplé entre 1993 et 1997 à cause du SIDA, alors que le coût des funérailles pour les entreprises a quintuplé.

Après consultation avec les syndicats et les employés, un nombre croissant de compagnies se sont mises au dépistage volontaire et anonyme du VIH au sein de l'entreprise. Ces enquêtes ne révèlent pas qui est porteur du VIH, mais elles donnent une idée des taux d'infection parmi les travailleurs à différents niveaux de compétence. Elles aident les entreprises à cibler plus efficacement les efforts de prévention sur le lieu de travail et à planifier les besoins futurs en matière de soins de santé, de pensions, de recrutement et de formation.

Quelques résultats récents montrent l'ampleur probable de l'impact du VIH dans l'avenir. Une étude réalisée en 1999 parmi des mineurs d'Afrique australe a révélé que plus d'un tiers des employés vers la fin de la vingtaine et dans la trentaine étaient infectés par le VIH, ainsi qu'un quart des employés plus jeunes et plus âgés. Les taux parmi les travailleurs d'autres secteurs sont tout aussi élevés, pour le moins en Afrique du Sud. Dans une raffinerie de sucre par exemple, 26% de tous les employés vivaient avec le VIH. Là comme dans l'industrie minière, les taux de VIH étaient plus élevés parmi les travailleurs non qualifiés que parmi les cadres. Neuf dixièmes des personnes positives étaient mariées et avaient en moyenne 6 à 7 personnes à charge. Un examen des dossiers médicaux des employés positifs pour le VIH cessant leur activité pour raison de santé au cours des années 1990 indique que ces employés se sont rendus plus de 20 fois au dispensaire et ont pris une moyenne de 17 journées de congé maladie au cours des deux dernières années qui ont précédé leur retraite. La perte de productivité associée à ce niveau

d'absentéisme, les coûts du dispensaire et de l'hôpital ainsi que la formation et les salaires des nouveaux employés engagés pour remplacer les malades ont coûté en moyenne à l'entreprise quelque 8465 Rand (plus de 1000 dollars) par employé malade. Le nombre des travailleurs actuellement infectés par le VIH dépasse de loin le nombre de ceux qui ont déjà quitté leur emploi et par conséquent la compagnie estime qu'elle devra, d'ici six ans à peine, déboursier 10 fois plus pour ses employés malades qu'elle ne le fait aujourd'hui. Ces coûts ne tiennent même pas compte du fait que les primes de l'assurance maladie et de l'assurance vie des employés vont vraisemblablement augmenter de façon spectaculaire dans un proche avenir.

Certaines compagnies, confrontées à une baisse de la productivité et à une augmentation des coûts, choisissent de développer leurs opérations dans des pays moins touchés par l'épidémie. On signale que d'autres entreprises réduisent le nombre des travailleurs non qualifiés qu'elles emploient et sous-traitent ces services, en partie pour éviter d'avoir à fournir des prestations aux ouvriers. A l'évidence, cette tactique entame la sécurité économique des travailleurs tout en déplaçant les coûts

de prise en charge du VIH vers les ménages et les pouvoirs publics. Mais elle pourrait bien aussi se retourner contre les employeurs eux-mêmes. En effet, investir dans la prise en charge pour assurer une vie meilleure et plus longue aux employés contribue au maintien en poste le plus longtemps possible d'individus qualifiés, expérimentés et loyaux.

Les coûts élevés du SIDA dans la main-d'œuvre – perte de productivité, recrutement et formation, augmentation des déboursements d'assurance et des soins médicaux – argumentent en faveur d'un investissement dans des programmes de prévention du VIH à l'intention des hommes et des femmes sur le lieu de travail. Toutefois, les entreprises privées et les départements gouvernementaux qui ont eu la prévoyance de faire face au VIH parmi leurs employés demeurent rares. Si les chefs d'entreprises reconnaissent la menace à long terme que le SIDA fait peser sur la rentabilité ultime de la compagnie, ils sont plutôt braqués sur la survie à court terme de leur compagnie dans un climat d'inflation, de baisse des taux de change, d'actions syndicales, de troubles politiques et de rationnement d'énergie électrique.

Tableau 4. Le Kenya investit dans l'avenir: prévention à l'intention des fonctionnaires

Dans la plupart des pays africains, l'employeur le plus important n'est pas une entreprise privée, mais le gouvernement. Au Kenya, plusieurs organismes du gouvernement ont commencé à investir dans des programmes de prévention, pour faire face à un avenir au cours duquel ils vont voir disparaître des employés clés et augmenter les coûts des retraites.

A Thika, par exemple, district assez proche de la capitale Nairobi, un tiers des femmes enceintes sont aujourd'hui positives pour le VIH – soit le taux le plus élevé du pays. C'est dans cette ville qu'est située l'usine de traitement des eaux Ngethu, appartenant au Conseil municipal de Nairobi. Avec l'appui de l'AMREF, une ONG implantée à Nairobi, la direction de l'usine a récemment formé des employés qui seront désormais chargés d'informer leurs collègues sur la prévention et la prise en charge du VIH. L'usine offre en outre des préservatifs et le traitement des infections sexuellement transmissibles. Le programme marche bien et sera probablement élargi à l'ensemble des 2700 employés du département des eaux de la ville de Nairobi.

Les pouvoirs publics du Kenya ont également lancé des initiatives de prévention du VIH parmi les employés des postes, de la perception des impôts, des autorités portuaires et de la police.

Les responsables hésitent à se lancer dans des programmes de prévention du VIH sur le lieu de travail, car ils les trouvent coûteux. En fait, ils ne le sont pas nécessairement. Une étude a montré que des ouvriers d'une usine avaient appris, pour 6 dollars à peine par ouvrier, à fournir à leurs collègues une information sur le SIDA et des services à l'appui des comportements sans danger, faisant tomber le nombre des nouvelles infections à VIH d'un tiers, par rapport aux usines qui n'avaient pas investi dans la prévention. Pour 170 dollars par entreprise et par année, ces employeurs se sont unis à d'autres pour créer un fonds d'investissement destiné à financer l'éducation des travailleurs et le conseil et dépistage du VIH gratuits pour tous les employés qui le souhaitent. Il est possible d'obtenir des résultats encore meilleurs avec une approche plus globale. Par exemple, plusieurs mines d'Afrique du Sud ont élargi les activités de prévention du VIH au-delà de leur propre main-d'œuvre. A l'aide de dispensaires mobiles destinés à atteindre les femmes de la communauté susceptibles d'avoir des rapports sexuels rémunérés avec les mineurs, le projet offre un dépistage gratuit et le traitement des infections sexuellement transmissibles, ainsi que la promotion du préservatif et d'autres mesures encourageant un comportement à moindre risque. Les chercheurs estiment que ce projet a permis d'éviter 235 infections à VIH par année, dont 195 chez les mineurs. Le projet a coûté environ 268 000 Rand (environ 38 000 dollars au cours actuel), mais a permis à la compagnie d'économiser 25 fois ce montant en coûts de santé, en perte de productivité et autres coûts. Le programme est actuellement élargi en collaboration avec le Département de la santé.

Le SIDA frappe les investissements et ralentit la croissance économique

Il est encore exceptionnellement difficile de déterminer l'impact macro-économique de l'épidémie. En plus du SIDA, de nombreux facteurs influent sur la réussite économique et compliquent la pré-

vision dans le domaine de l'économie – sécheresse, conflits internes ou externes, corruption, mauvaise gestion. En outre, les économies ont tendance à réagir de manière plus spectaculaire aux mesures de restructuration économique, à une pénurie soudaine de carburant ou à un changement inattendu de gouvernement, qu'à la longue et lente désagrégation du type de celle qui est provoquée par le SIDA.

Malgré l'insuffisance des données, il y a des raisons croissantes de penser que, avec l'augmentation de la prévalence du VIH, tant le revenu national total que la croissance – produit intérieur brut ou PIB – baissent considérablement. Les pays africains dans lesquels moins de 5% de la population adulte est infectée subiront un impact modéré sur le taux de croissance du PIB. Lorsque le taux de prévalence du VIH monte à 20% ou davantage (comme c'est déjà le cas dans plusieurs pays d'Afrique australe), la croissance du PIB pourrait ralentir jusqu'à 2% par année.

Avec des taux de prévalence chez l'adulte respectivement de 20% et 36% environ, l'Afrique du Sud et le Botswana ressentent déjà l'impact de l'épidémie. Mais le pire est à venir: dans les deux pays, les jeunes qui ont 15 ans aujourd'hui ont un risque supérieur à 50% de décéder de causes liées au VIH si les niveaux actuels d'infection ne sont pas abaissés de manière spectaculaire. Des études récentes effectuées ou commandées par ces pays jettent une lumière nouvelle sur l'impact macro-économique qui pourrait découler d'une morbidité et d'une mortalité de cette ampleur.

Les études peignent un tableau plutôt sombre de l'Afrique du Sud, où le revenu par habitant est six fois plus élevé que la moyenne en Afrique subsaharienne et où l'économie nationale représente 40% de la production économique totale de la région. Selon une étude exhaustive de ING Barings Bank, le taux de croissance économique globale au cours de la décennie à venir pourrait être inférieur de 0,3 à 0,4 point de pourcentage chaque année à ce qu'il aurait été sans le SIDA. En cumulant cette baisse de croissance économique dans le temps, une autre étude a montré que, d'ici à 2010, le produit intérieur brut (PIB) réel sera inférieur de 17% à ce qu'il aurait été

sans le SIDA. Aux valeurs d'aujourd'hui, cela signifie effacer 22 milliards de dollars de l'économie sud-africaine – deux fois la production nationale totale de n'importe quel autre pays de la région à l'exception du Nigéria.

Cette étude projette aussi que, d'ici au début de la prochaine décennie, les ménages dépenseront beaucoup plus pour la prise en charge des malades et orphelins du SIDA et, en moyenne, disposeront de 13% de revenu par personne en moins. Les investissements souffriront car les familles – mais aussi les entreprises et les pouvoirs publics – vont attribuer aux dépenses de santé les sommes qui auraient pu être économisées et réinvesties dans l'économie. D'un autre côté, on pourrait observer un encouragement à l'élimination de certains des coûts liés au VIH par le remplacement des êtres humains, notamment ceux qui ne possèdent pas de qualifications particulières, par du matériel et des machines. Dans le cas de l'Afrique du Sud on ne sait pas encore clairement dans quelle mesure ce phénomène va se produire. C'est dans cette partie de la main-d'œuvre que les taux d'infection sont les plus élevés, mais aussi que l'on note le chômage le plus important – environ 30%. Ainsi, les ouvriers non qualifiés qui meurent du SIDA seront simplement remplacés par d'autres personnes actuellement sans emploi. Dans le même temps, le SIDA va probablement aggraver les sérieuses pénuries d'hommes et de femmes qualifiés dans la plupart des secteurs de l'économie, entraînant d'importants goulets d'étranglement dans les entreprises et la production. Cela est particulièrement inquiétant car, comme on l'a montré plus haut (pages 14-15), le VIH sape aussi le secteur de l'éducation ainsi que les capacités d'accroître les compétences aussi rapidement qu'il le faudrait.

Le manque de compétences est encore plus aigu dans le Botswana voisin, qui importe déjà des employés de bureau. Une étude récente prévoit que les salaires des ouvriers qualifiés vont augmenter de 12% à 17% en raison des décès dus au SIDA. Dominée par l'industrie minière du diamant, l'économie du pays a un coefficient en capitaux beaucoup plus important que la plupart des économies africaines. Le rapport capital-production devrait augmenter de 18% au cours des 25 pro-

chaines années, contribuant à maintenir l'industrie du diamant à flot et conservant de bons niveaux d'investissement. Même dans ces conditions, le marché de la main-d'œuvre non qualifiée au Botswana va devenir plus tendu, le chômage des personnes non qualifiées chutant de 8%, et la production baissant dans l'industrie du diamant comme dans d'autres secteurs. D'ici à 2025, avec une baisse d'environ 1,5% du taux de croissance du PIB chaque année, l'économie aura fondu de 31% par rapport à ce qu'elle aurait été dans d'autres circonstances.

Au Botswana cependant, le plus frappant est que le SIDA va changer la distribution du reste des revenus. Le PIB par habitant au Botswana – 3240 dollars – est le plus élevé de l'Afrique subsaharienne. En investissant avec sagesse les revenus du diamant, le pays est parvenu à des niveaux élevés d'alphabétisation, à une bonne couverture des services de santé de base et à une réduction du nombre des ménages pauvres. Ces progrès seront effacés par l'épidémie. Une étude des effets du SIDA suggère que le nombre des ménages pauvres (gagnant moins de 5 dollars par personne et par mois) augmentera au cours des dix prochaines années. Pendant la même période, les familles les plus pauvres subiront une baisse de 13% de leur revenu et une augmentation de leur taille, car en raison du SIDA, les salariés auront un plus grand nombre de personnes à leur charge.

Les budgets gouvernementaux du Botswana seront aussi touchés. Les dépenses de santé vont probablement augmenter de façon spectaculaire: certaines estimations les chiffrent à plus du triple au cours des 10 prochaines années. Certaines économies pourront être réalisées en éducation, car le VIH chez les jeunes adultes entraîne une sérieuse baisse du nombre des enfants qui naissent et parviennent à l'âge scolaire. Mais le coût de la formation d'un nombre d'enseignants suffisant pour compenser la mortalité liée au SIDA réduira ces économies. La fourniture d'un soutien social aux familles les plus démunies pèsera également lourd dans les budgets du gouvernement. Toutes ces dépenses supplémentaires se produisent au moment où la base fiscale rétrécit, puisque l'économie sera inférieure d'un tiers à ce

qu'elle aurait pu être. En général, le SIDA va probablement réduire de plus de 20% au cours des 10 prochaines années le budget du gouvernement du Botswana.

Ces projections économiques, tant pour l'Afrique du Sud que pour le Botswana, supposent que les programmes de prévention n'amèneront pas de changements spectaculaires dans les taux d'infection à VIH dans un avenir immédiat. Etant donné qu'une grande proportion des personnes dont on pense qu'elles vont tomber malades et décéder au cours des 10 à 15 prochaines années sont déjà infectées, cette hypothèse semble raisonnable. Si une mobilisation massive en Afrique australe parvient à entraîner une chute des infections à VIH parmi les jeunes analogue à celle qui a été observée en Ouganda – ce qui est un des principaux objectifs du Partenariat international contre le SIDA en Afrique (voir Tableau 5) – alors les scénarios à plus long terme décrits ici surestiment peut-être l'impact du SIDA au niveau macro-économique.

Combien faudrait-il pour faire la différence?

Au moment où la vague de morbidité et de mortalité liées au SIDA est apparue en Afrique il y a environ deux décennies, un ou deux pays ont réagi rapidement, mobilisant des personnes de toutes conditions sociales pour lutter contre le VIH et les rapports sexuels non protégés qui le propagent. D'autres pays ont attendu assez longtemps avant de passer la vitesse supérieure, mais ils sont eux aussi récompensés de leurs efforts. Les réussites, y compris celles de l'Ouganda, du Sénégal et de la Zambie, sont décrites dans le *Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA*, publié en juin 2000 ainsi que dans d'autres documents de la série des Meilleures Pratiques de l'ONUSIDA (<http://www.unaids.org>).

Le fait que ces réussites soient limitées à un petit nombre d'exemples que l'on cite à maintes reprises est l'une des grandes tragédies de la fin

du vingtième siècle. La plupart des pays d'Afrique – et du reste du monde – ont perdu un temps précieux parce qu'ils n'ont pas bien compris ce qu'était le SIDA et n'ont pas saisi la portée de cette nouvelle épidémie. Des mesures ont été prises, mais pas à l'échelle nécessaire pour ralentir le cours de l'épidémie.

Bien entendu, l'ampleur des mesures nécessaires pour faire une différence s'est accrue de manière exponentielle avec la propagation de l'épidémie. Au début d'une épidémie hétérosexuelle, la plupart des nouvelles infections sont contractées et transmises par une minorité de la population ayant un nombre particulièrement élevé de partenaires. Si le préservatif est utilisé dans la plupart de ces transactions, l'épidémie sera relativement facilement contenue. Mais une fois que le VIH s'est solidement implanté dans la population générale, la plupart des nouvelles infections se produisent dans la majorité de la population adulte qui n'a pas un nombre de partenaires particulièrement élevé. Il faut donc élargir considérablement les campagnes de prévention, ce qui les rendra plus dures et plus coûteuses, mais encore très valables.

La plupart des pays d'Afrique en sont à ce stade. Pourtant, ils ne sont pas nombreux à avoir élargi leur programmes de prévention du VIH à l'échelle nécessaire pour faire une réelle différence dans le nombre des nouvelles infections. Si les échecs passés de la prévention finissent par devenir des besoins de prise en charge, le fait de ne pas barrer précocement la route à l'épidémie impose un fardeau de prise en charge plus important sur les pays où la prévalence du VIH est élevée. Puis, lorsque les personnes infectées par le VIH tombent malades et meurent, l'atténuation de l'impact sur les orphelins, les autres survivants, les familles et les communautés devient le troisième défi.

Intensification de la riposte: impérative et abordable

Récemment, des chercheurs ont tenté de déterminer les sommes nécessaires pour faire une réelle différence dans l'épidémie de SIDA en Afrique, tant en termes d'élargissement des programmes de prévention à un niveau où ils pourraient être

réellement efficaces à l'échelon d'une population, et en termes de fourniture d'une prise en charge et d'un soutien de base des individus infectés et de leur famille. L'exercice n'est pas aisé. Tout d'abord, on ne sait pas vraiment quelles sont les «quantités» de prévention ou de soins qu'une somme donnée peut acheter. D'autre part, il n'est pas facile de fixer des objectifs de prévention et de prise en charge qui soient réalisables et réalistes. Troisièmement, il est difficile d'être certain du rapport exact existant entre les changements de comportement et les nouvelles infections à différents niveaux de prévalence du VIH et dans diverses populations. La majeure partie de l'information disponible concernant les coûts et l'efficacité des programmes de prévention du VIH provient d'un petit nombre de projets soigneusement exécutés et évalués. Il est peu probable que les coûts unitaires ou les résultats de ces projets à petite échelle demeurent les mêmes s'ils étaient appliqués à l'échelon pays.

Heureusement, différentes méthodes d'estimation des coûts ont donné des résultats remarquablement semblables – et, bonne nouvelle, ces coûts sont abordables. Actuellement, on pense qu'en se fixant des buts ambitieux mais accessibles pour la période 2000 à 2005, les pays auront besoin chaque année des ressources suivantes pour élargir leur riposte au SIDA à une échelle qui pourrait avoir un impact important sur l'épidémie en Afrique:

- Avec 1,5 milliard de dollars par année, il serait possible d'augmenter massivement la mise en œuvre de tous les principaux éléments des programmes efficaces de prévention dans l'ensemble de l'Afrique subsaharienne. Ces éléments englobent la transmission du VIH par la voie sexuelle, de la mère à l'enfant et liée à la transfusion, et comprennent des approches allant des campagnes de sensibilisation par l'intermédiaire des médias au conseil et test VIH volontaires et à la promotion et la fourniture du préservatif.
- Dans le domaine de la prise en charge des orphelins et des personnes vivant avec le VIH ou le SIDA, les coûts dépendent dans une large mesure du type de prise en charge envi-

sagé. On estime que, avec 1,5 milliard de dollars par année au moins, les pays de l'Afrique subsaharienne seraient en mesure d'acquérir les médicaments nécessaires au traitement des symptômes et à l'atténuation de la douleur (soins palliatifs) de la moitié au moins des malades qui en ont besoin; au traitement et à la prophylaxie des infections opportunistes d'une proportion un peu plus faible de ces personnes; et il pourraient prendre en charge les orphelins du SIDA. Actuellement, la couverture des soins dans de nombreux pays africains est négligeable et parvenir à une couverture de cette ampleur représenterait un progrès énorme.

- Commencer à traiter au moyen de la polythérapie antirétrovirale ajouterait plusieurs milliards de dollars à ces sommes.

Il est certain qu'il faut plus que de l'argent pour fournir des services de prévention et de prise en charge du SIDA. Les infrastructures de santé, d'éducation, de communications et autres d'un pays doivent être suffisamment développées pour être en mesure d'effectuer ces interventions. Dans certains pays particulièrement touchés, ces systèmes sont déjà sous pression et ils risquent de s'effondrer encore davantage sous le poids du SIDA. De plus, l'argent ne peut être utilisé avec sagesse que si des individus sont là pour l'utiliser avec sagesse. La pénurie d'hommes, de femmes et de jeunes formés au conseil, à la prise en charge et à la prévention est déjà grave. Et les compétences en matière de réflexion stratégique, de planification et de gestion sont très demandées, mais peu répandues. La demande locale dépasse déjà l'offre locale et si des fonds supplémentaires deviennent disponibles pour élargir la riposte au VIH, il est probable que la demande risque de s'accroître encore.

Tels sont les grands problèmes auxquels le Partenariat international contre le SIDA en Afrique est confronté. Les pays africains et leurs partenaires de la communauté internationale auront beaucoup à faire pour édifier les infrastructures et renforcer les capacités humaines s'ils souhaitent faire la différence dans l'évolution de l'épidémie.

Tableau 5. L'importance du leadership politique

Constitué en 1999, le Partenariat international contre le SIDA en Afrique s'efforce de susciter une riposte élargie et intensifiée à l'épidémie de la part de ses partenaires en Afrique et ailleurs. L'un de ses objectifs est d'augmenter le nombre des pays africains qui gèrent au plus haut niveau l'action nationale contre le SIDA. L'expérience a montré que les perspectives de succès sont bien meilleures lorsque le pays dispose d'un comité ou d'un organisme au plus haut niveau – souvent sous l'autorité du président ou du premier ministre – responsable de la planification et de la gestion de l'action de lutte contre l'épidémie. Un organisme à ce niveau peut rassembler les nombreux secteurs qui doivent participer, de la base aux ministères de l'éducation, de la défense et de la santé, au secteur privé agricole, minier, industriel et des services.





Au cours des 15 derniers mois, en collaboration avec le Partenariat, un nombre impressionnant de pays ont mis en place un organisme de coordination SIDA au plus haut niveau ou ont renforcé un organisme existant. Parmi ces pays, notons l'Éthiopie, le Ghana, le Mozambique, le Nigéria, l'Ouganda, la République-Unie de Tanzanie, le Swaziland et la Zambie.

Dans le même temps, la communauté internationale peut et doit faire davantage pour contribuer à financer un assaut crédible contre le SIDA en Afrique. Avec un investissement de 3 milliards de dollars par an, le monde peut faire une différence colossale dans la qualité de vie de millions d'Africains. C'est un prix bien modeste à payer pour aider tout un continent à éviter un avenir dominé par les perturbations sociales qui caractérisent «l'ère du SIDA» à l'orée du troisième millénaire. En effet, ces coûts ne sont rien au regard des dépenses engagées contre d'autres affections évitables. On estime, par exemple, que les États-Unis à eux seuls dépensent quelque 52 milliards de dollars pour traiter les conséquences médicales de l'obésité – soit 15 fois les sommes nécessaires pour changer la face du SIDA en Afrique.

GRAPHIQUES

1. Estimations mondiales à fin 2000 – Adultes et enfants
2. Nombre d'adultes et d'enfants infectés par le VIH en 2000 – Estimations
3. Adultes et enfants vivant avec le VIH/SIDA – Estimations à fin 2000
4. Nombre de décès dus au VIH/SIDA chez l'adulte et l'enfant – Estimations en 2000

Estimations mondiales à fin 2000 – Adultes et enfants

 Personnes vivant avec le VIH/SIDA.....	36,1 millions
 Nouveaux cas d'infection en 2000	5,3 millions
 Décès dus au VIH/SIDA en 2000.....	3,0 millions
 Total cumulé des décès dus au VIH/SIDA	21,8 millions

Nombre d'adultes et d'enfants infectés par le VIH en 2000 – Estimations



Total: 5,3 millions



ONUSIDA
Programme des Nations Unies sur le VIH/SIDA
UNEP • FNUAP • FNUAP • FNUAP
UNESCO • UNICEF • UNCTAD • UNCTAD



Organisation
mondiale
de la Santé

Adultes et enfants vivant avec le VIH/SIDA

- Estimations à fin 2000



Total: 36,1 millions



ONUSIDA
UNICEF • FNUO • FNUAP • FNUCID
UNESCO • OMS • BANQUE MONDIALE



Organisation
mondiale
de la Santé

Nombre de décès dus au VIH/SIDA chez l'adulte et l'enfant – Estimations en 2000



Total: 3,0 millions



ONUSIDA
Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
UNICEF • PNUD • FNUA • FNUAO • FNUAO
UNESCO • OMS • BANQUE MONDIALE



Organisation
mondiale
de la Santé

Notes sur les estimations de l'ONUSIDA/OMS

Les chiffres fournis dans le présent rapport sur le VIH et le SIDA ont été établis à partir de l'information dont l'ONUSIDA et l'OMS disposent à ce jour. Ils sont provisoires. L'OMS et l'ONUSIDA, conjointement avec des experts de programmes nationaux de lutte contre le SIDA ou d'institutions de recherche, revoient constamment ces chiffres afin de les mettre à jour à mesure qu'ils disposent de nouvelles connaissances concernant l'épidémie et que les méthodes d'estimation progressent.

Les connaissances sur l'épidémie progressent, non seulement parce que nous sommes mieux renseignés sur la propagation du VIH (par exemple par une meilleure surveillance sentinelle) mais aussi parce que nous connaissons mieux les facteurs qui favorisent ou empêchent la propagation du virus (par exemple l'évolution de l'infection dans différentes régions, son impact sur la fécondité et les effets d'une meilleure thérapie). Grâce à ces nouvelles connaissances et aux progrès méthodologiques, des estimations actualisées sur l'incidence, la prévalence et la mortalité sont possibles. Compte tenu de ces facteurs, les estimations actuelles ne peuvent être comparées directement aux estimations faites antérieurement, ni avec celles qui pourront être publiées ultérieurement.

Ces estimations sont publiées pour aider les gouvernements, les organisations non gouvernementales et tous ceux qui soutiennent la lutte contre le SIDA à évaluer la situation de l'épidémie dans leurs pays respectifs et à surveiller l'efficacité des efforts considérables déployés dans les domaines de la prévention et des soins par tous les partenaires.