

Population, développement et VIH/sida et leur rapport avec la pauvreté

Rapport concis



Nations Unies

Population, développement et VIH/sida et leur rapport avec la pauvreté

Rapport concis



DESA

Le Département des affaires économiques et sociales du Secrétariat de l'Organisation des Nations Unies joue un rôle vital en servant de relais entre les orientations arrêtées au niveau international dans les domaines économique, social et environnemental et les politiques exécutées à l'échelon national. Il intervient dans trois grands domaines liés les uns aux autres : i) il compile, produit et analyse une vaste gamme de données et d'éléments d'information sur des questions économiques, sociales et environnementales dont les États Membres de l'Organisation se servent pour examiner des problèmes communs et évaluer les options qui s'offrent à eux; ii) il facilite les négociations entre les États Membres dans de nombreux organes intergouvernementaux sur les orientations à suivre de façon collective afin de faire face aux problèmes mondiaux existants ou en voie d'apparition; iii) il conseille les gouvernements intéressés sur la façon de transposer les orientations politiques arrêtées à l'occasion des conférences et sommets des Nations Unies en programmes à exécuter au niveau national et il aide à renforcer les capacités nationales au moyen de programmes d'assistance technique.

Note

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part du Secrétariat de l'Organisation des Nations Unies aucune prise de décisions quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones ou de leurs autorités, ni quant aux tracés de leurs frontières ou limites.

Les appellations régions « développées », régions « moins développées » sont employées à des fins statistiques et n'expriment pas nécessairement une opinion quant au stade de développement de tels pays ou de telles zones.

L'expression « pays » employée dans le texte de la présente publication s'entend aussi des territoires et des zones.

ST/ESA/SER.A/247

Publication des Nations Unies
Numéro de vente :
ISBN

Copyright © Nations Unies 2005
Tous droits réservés

Préface

Le présent rapport a été établi conformément à la décision 2004/1 de la Commission de la population et du développement, dans laquelle la Commission a réaffirmé que le thème spécial de sa trente-huitième session en 2005 serait « Population, développement et VIH/sida, et leur rapport avec la pauvreté ».

La pandémie de sida s'est accélérée depuis un quart de siècle et s'est étendue à toutes les régions du monde. Le sida touche tant les riches que les pauvres, mais les pays les plus éprouvés sont parmi les plus pauvres au monde. À moins que des actions vigoureuses ne soient entreprises pour combattre la maladie et ses effets, l'épidémie de VIH/sida augure un sombre avenir pour de nombreux pays, surtout les plus pauvres. Le rapport conclut que le moyen le plus efficace d'enrayer l'épidémie de VIH/sida consiste à mettre en œuvre un ensemble de stratégies pour réduire les risques, atténuer la vulnérabilité et mitiger les impacts.

Le présent rapport a été établi par la Division de la population et du développement du Département des affaires économiques et sociales du Secrétariat de l'Organisation des Nations Unies. La Division de la population apprécie la contribution du Programme commun des Nations Unies sur le virus de l'immunodéficience humaine/syndrome d'immunodéficience acquise (ONUSIDA) à l'élaboration de la section II sur les déterminants du VIH/sida et de la section VIII sur la prévention, le traitement et les soins.

Pour plus de précisions, prière de s'adresser à M^{me} Hania Zlotnik, Directrice, Division de la population, Organisation des Nations Unies, New York, 10017, États-Unis d'Amérique.

Table des matières

	<i>Page</i>
Introduction	1
I. Population, VIH/sida et pauvreté : aperçu général	3
II. Déterminants du VIH/sida	11
III. Mortalité, accroissement de la population et orphelins	15
IV. Fécondité et comportement sexuel	22
V. Mobilité géographique	29
VI. VIH/sida, développement et pauvreté	33
VII. Points de vue et politiques des gouvernements	37
VIII. Prévention, traitement et soins	43
IX. Conclusions	50
Tableaux	
1. Indicateurs démographiques pour divers groupes de pays, par région et par niveau de prévalence du VIH/sida	6
2. Indicateurs moyens de la pauvreté pour divers groupes de pays, par région et par niveau de prévalence de la séropositivité	9
3. Projection des décès imputables au sida contre projection partant de l'hypothèse que les groupes des pays touchés dans les grandes régions n'ont pas été infectés par le sida, 1995-2000, 2000-2005 et 2010-2015	15
4. Nombre de décès estimé et projeté pour les sept pays où la prévalence du VIH chez les adultes est de 20 % ou plus, 1995-2015	16
5. Espérance de vie à la naissance estimée et projetée pour les sept pays où la prévalence du VIH chez les adultes est de 20 % ou plus, 1995-2015	17
6. Effets estimés et projetés du VIH/sida sur l'effectif et l'accroissement de la population, 1995-2015	19
7. Proportion d'hommes et de femmes en âge de procréer qui ont pris part à des relations sexuelles à risque élevé dans l'année précédant une enquête et proportion de ceux qui ont utilisé un condom lors du dernier épisode sexuel à risque élevé	27
8. Répartition des pays selon les mesures appliquées pour lutter contre le VIH/sida : statistiques pour le monde et les principales régions, 2004	40
Figures	
I. Espérance de vie à la naissance : estimations et projections avec et sans le VIH/sida, 1970-2015	16
II. Espérance de vie à la naissance dans les sept pays ayant la prévalence de VIH la plus élevée, 1985-1990 et 2000-2005	17
III. Décès imputables au sida dans 53 pays, 1990-2025 : estimations et projections	18

IV.	Taille et structure d'âge de la population avec et sans le sida, Botswana (2000 et 2025)	20
V.	Tendance de la sexualité avant mariage dans certains pays pour certaines années	25
VI.	Tendances dans l'emploi des condoms lors du dernier épisode sexuel à risque élevé : femmes et hommes de 15 à 49 ans dans certains pays, 1994-2004	26
VII.	Pourcentage de gouvernements se déclarant très préoccupés par le VIH/sida dans les régions plus et moins développées et parmi les pays les moins avancés, 1996 et 2003	38
VIII.	Taux de prévalence du VIH dans les régions développées, les régions en développement et les pays les moins avancés, 2003	50
Encadré		
	Estimations et projections des effets démographiques du VIH/sida	3

Notes explicatives

Les cotes des documents de l'Organisation des Nations Unies se composent de lettres majuscules et de chiffres.

Les signes suivants ont été employés systématiquement dans les tableaux :

Trois points (...) indiquent que les données ne sont pas disponibles ou qu'elles n'ont pas été fournies séparément;

Un tiret long (–) indique que le montant est nul ou négligeable.

Un trait d'union (-) indique que la rubrique est sans objet dans le cas considéré.

Le signe (–) placé devant un chiffre indique une diminution.

Une virgule (,) indique les décimales.

Un trait d'union (-) entre deux millésimes, par exemple 1995-2000, indique qu'il s'agit de la période tout entière (du 1^{er} juillet de la première année mentionnée au 1^{er} juillet de la dernière année).

Sauf indication contraire, le terme « dollar » s'entend du dollar des États-Unis.

Les chiffres ayant été arrondis, les totaux ou pourcentages indiqués dans les tableaux ne correspondent pas nécessairement à la somme de leurs éléments.

Le terme « milliard » s'entend de 1 000 millions.

La catégorie des pays les moins avancés comprend actuellement les 49 pays suivants : Afghanistan, Angola, Bangladesh, Bénin, Bhoutan, Burkina Faso, Burundi, Cambodge, Cap-Vert, Comores, Djibouti, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Haïti, Îles Salomon, Kiribati, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Maldives, Mali, Mauritanie, Mozambique, Myanmar, Népal, Niger, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République démocratique populaire lao, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Samoa, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Sierra Leone, Somalie, Soudan, Tchad, Togo, Tuvalu, Vanuatu, Yémen et Zambie.

Introduction

L'épidémie de VIH/sida s'intensifie depuis près d'un quart de siècle et elle demeure un défi majeur à l'échelle mondiale. Le sida trouve ses victimes dans les pays riches comme dans les pays pauvres. Aucune région du monde n'échappe à cette grave menace pour la population.

L'Afrique subsaharienne a subi jusqu'ici les plus graves ravages causés par le sida, et la région connaît toujours des taux élevés de séropositivité. Près de 3 millions d'habitants de la région ont acquis le virus en 2004. Les pays d'Europe orientale et d'Asie enregistrent aujourd'hui la plus rapide augmentation des taux d'infection par le VIH, tandis que la Chine, l'Inde et l'Indonésie, pays parmi les plus peuplés au monde, suscitent des préoccupations particulières. Dans certains pays plus développés, on observe les signes d'une reprise des activités sexuelles à risque chez les hommes.

Le VIH/sida était déjà reconnu comme une menace pour la santé et le développement dans le monde dès 1994, lorsque le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement¹ a été adopté. L'épidémie était étroitement liée avec les deux grands volets du mandat de la Conférence : la population et le développement. Le Programme d'action recommandait une gamme de mesures visant à prévenir l'infection par le VIH et à apporter un soutien aux individus et aux familles vivant avec la maladie. Cinq ans plus tard, en 1999, alors que l'épidémie de VIH/sida continuait de progresser, les principales mesures pour la poursuite de l'application du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (résolution S-21/2 de l'Assemblée générale, annexe) adoptées à la vingt et unième session extraordinaire de l'Assemblée générale, comprenaient des recommandations additionnelles pour combattre l'épidémie.

L'urgence de la crise du sida s'est traduite 4 par la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida, adoptée par l'Assemblée générale à sa vingt-sixième session extraordinaire en juin 2001 (résolution S-26/2, annexe). La maîtrise de la crise du sida constitue un défi pour la réalisation des objectifs du Millénaire en matière de développement, qui ont été adoptés en 2000 par 147 chefs d'État et de gouvernement à l'Organisation des Nations Unies. Enrayer la propagation du VIH/sida est non seulement l'un de ces objectifs, mais le succès ou l'échec de ce combat affectera profondément l'éventuelle réalisation de la plupart des autres objectifs. En 2005, une réunion plénière de haut niveau permettra d'examiner l'état d'avancement de ces objectifs et de faire le point sur la réalisation de tous les engagements figurant dans la Déclaration du Millénaire des Nations Unies (résolution 55/2 de l'Assemblée générale).

Au niveau mondial, ce sont les pays pauvres qui enregistrent les taux de prévalence les plus élevés pour le VIH/sida, mais si l'on excepte des régions comme l'Afrique, ce ne sont pas nécessairement les pays les plus pauvres qui dégagent les plus forts taux. Il demeure que la pauvreté accroît la vulnérabilité au VIH/sida et amplifie les ravages de l'épidémie. La pauvreté prive l'individu des moyens de confronter le VIH/sida. Les pauvres possèdent rarement les connaissances et la réceptivité nécessaires pour se protéger contre le virus et, lorsqu'ils deviennent séropositifs, ils ont moins de possibilités d'accès aux soins et aux traitements qui prolongent la vie.

La communauté internationale a répondu au défi du sida en mettant en œuvre des ressources financières sans précédent, mais leur niveau reste inférieur de plus de moitié aux montants nécessaires pour conquérir effectivement la maladie (ONUSIDA, 2004a). En juin 2004, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, créé en 2002 en tant que partenariat entre les pouvoirs publics, la société civile et le secteur privé avait approuvé 314 dons dans 128 pays pour un montant total de 3 milliards de dollars, destinés pour la plus grande partie aux programmes contre le sida. Mais les ressources financières ne suffisent pas à elles seules à empêcher l'épidémie de faire de nouvelles victimes dans de nouveaux pays et de nouvelles régions. La prévention du VIH/sida est tributaire d'une modification des comportements chez toutes les personnes à risque. Ainsi que le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies l'a déclaré le 20 juillet 2001 à la conférence des chefs d'État du G-8, il faut en priorité aider les populations du monde entier, notamment les jeunes, à apprendre à se prémunir contre le VIH².

I. Population, VIH/sida et pauvreté : aperçu général

La pauvreté et le VIH/sida sont interdépendants. La pauvreté est un facteur déterminant des comportements qui exposent l'individu au risque d'infection par le VIH, tandis que la pauvreté amplifie l'incidence du VIH/sida. La réalité du VIH/sida peut facilement entraîner une intensification de la pauvreté et même pousser à la pauvreté des individus non pauvres (African Studies Center, 2003).

Fin 2004, on estimait que 39 millions de personnes vivaient avec le VIH/sida, contre 37 millions en 2002. Sur l'ensemble des personnes séropositives au VIH, 25 millions vivaient en Afrique subsaharienne, 7,1 millions en Asie du Sud et du Sud-Est et plus de 2 millions en Amérique latine et dans les Caraïbes (ONUSIDA, 2004a). Ainsi, plus de 64 % des séropositifs se trouvaient dans les pays de l'Afrique subsaharienne, alors que la région n'abrite que 11 % de la population mondiale. À l'intérieur de l'Afrique, les populations les plus touchées se trouvent en Afrique de l'Est et en Afrique australe. Les taux de séropositivité semblent s'être stabilisés ou même contractés en Afrique de l'Est mais, chez les adultes, ils ont été dépassés par ceux de l'Afrique australe qui sont montés en flèche. Les taux de séropositivité restent en hausse dans de nombreux pays de l'Afrique subsaharienne comme le Gabon, la Guinée, le Libéria, Madagascar et le Swaziland. De fortes augmentations du nombre de cas d'infection à VIH ont été observées en Chine, en Indonésie et au Viet Nam. Dans les pays d'Europe orientale et d'Asie centrale, la propagation rapide de l'épidémie est alimentée par la consommation de drogues par injection.

Le présent rapport fait fond sur les estimations de l'incidence démographique du VIH/sida qui ont été réalisées pour la révision 2002 de *World Population Prospects* (Nations Unies, 2003c) en incorporant l'incidence du sida aux estimations et projections concernant la population de 53 pays, dont 48 où la prévalence du VIH/sida chez les adultes de 15 à 49 ans était supérieure à 1,9 % en 2001, et cinq pays où la prévalence était moins élevée mais qui comptaient un plus grand nombre de personnes séropositives (voir encadré).

Estimations et projections des effets démographiques du VIH/sida

Le présent rapport fait fond sur les estimations de l'incidence démographique du VIH/sida qui ont été réalisées pour la révision 2002 de *World Population Prospects* (Nations Unies, 2003c), dans lesquelles la Division de la population du Secrétariat de l'ONU a incorporé l'incidence du sida aux estimations et projections relatives à la population de 53 pays. Les estimations et projections sont en conformité avec les estimations 2001 de la séropositivité établies par le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA). Des estimations et projections équivalentes, conformes aux plus récentes estimations de la séropositivité publiées en 2004 par ONUSIDA, sont en préparation. Les dernières estimations établies par ONUSIDA et par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) au sujet du VIH/sida, qui concernent la situation observée en décembre 2004 dans chaque région (ONUSIDA, 2004a) et en décembre 2003 pour ce qui est des données détaillées par pays (ONUSIDA, 2004b), sont semblables aux estimations antérieures pour la plupart des pays mais elles révèlent une prévalence

notablement plus faible au Cameroun, en Côte d'Ivoire, en Éthiopie, au Kenya, au Rwanda, en Zambie et au Zimbabwe, et une prévalence plus forte au Sénégal. Ces variations résultent surtout de la réévaluation des données brutes et de la révision des méthodes d'estimation plutôt que d'une authentique baisse de la prévalence (ONUSIDA, 2002a; ONUSIDA, 2004b; Walker et collaborateurs, 2004). Les données tendancielle sur la prévalence du VIH et du sida se sont améliorées, mais l'information varie en volume et en qualité entre les divers pays.

Dans la plupart des pays où l'incidence démographique du VIH/sida a été évaluée, on estime que le taux de séropositivité excédait 1,9 % de la population âgée de 15 à 49 ans. En outre, un petit nombre de pays fortement peuplés où le taux de séropositivité était inférieur à 1 % ont été inclus car, en valeur absolue, ce pourcentage correspond à un nombre important de cas. Sur les 48 pays à taux de séropositivité élevé, 38 sont en Afrique, 3 en Asie et 7 dans la région Amérique latine et Caraïbes. Près de 60 % (28 pays) appartiennent au groupe des pays les moins avancés, soit 27 pays d'Afrique subsaharienne et 1 pays de la région Amérique latine et Caraïbes (Haïti).

Pays à forte prévalence de séropositivité chez les adultes (n=48) :

1 % à 5 % (n=22) : Bahamas, Belize, Bénin, Cambodge, Érythrée, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Guyana, Honduras, Mali, Myanmar, Ouganda, République démocratique du Congo, République dominicaine, Soudan, Tchad, Thaïlande, Trinité-et-Tobago;

5 % à 10 % (n=14) : Angola, Burkina-Faso, Burundi, Congo, Côte d'Ivoire, Djibouti, Éthiopie, Haïti, Libéria, Nigéria, Rwanda, République-Unie de Tanzanie, Sierra Leone, Togo;

10 % à 20 % (n=5) : Cameroun, Kenya, Malawi, Mozambique, République centrafricaine;

20 % et plus (n=7) : Afrique du Sud, Botswana, Lesotho, Namibie, Swaziland, Zambie, Zimbabwe.

Autres pays à forte séropositivité en valeur absolue (n=5) : Brésil, Chine, États-Unis d'Amérique, Fédération de Russie, Inde.

L'incidence démographique du VIH/sida s'évalue en comparant l'effectif estimatif de la population et les projections fondées sur des hypothèses réalistes quant au cours de l'épidémie avec des estimations et projections hypothétiques des tendances qui pourraient être observées en l'absence de VIH/sida. Ces dernières sont obtenues en appliquant le programme standard de projection employé par la Division de la population à des hypothèses quant à la mortalité tendancielle fondées sur l'observation des pays encore largement épargnés par l'épidémie de sida. Les estimations réalisées par ONUSIDA quant au cours passé et futur de l'épidémie sont incorporées aux estimations et projections concernant la

population (Nations Unies, 2004c). Les tendances effectives dépendent des percées qui seront réalisées en matière de prévention et de traitement et de la mesure dans laquelle les interventions parviendront à soutenir le rythme de l'épidémie.

Les tableaux 1 et 2 donnent un aperçu de la situation démographique, sociale et économique actuelle dans les 48 pays les plus fortement touchés par le VIH/sida, en les comparant à la situation sociale et économique d'ensemble des régions plus développées et moins développées. En général, le sida a touché les pays dont la population est plus jeune et où les taux de fécondité, de mortalité et d'accroissement démographique sont relativement élevés.

On estime que les 48 pays ayant une forte prévalence de VIH/sida abritent actuellement 13 % de la population mondiale, soit plus de 800 millions de personnes. Sur la population totale habitant dans les pays fortement touchés par le sida, 659 millions de personnes (81 %) vivent en Afrique, 128 millions (16 %) en Asie et 27 millions (3 %) en Amérique latine et dans les Caraïbes. Vingt-huit des pays fortement touchés appartiennent au groupe des pays les moins avancés et abritent trois cinquièmes de la population de ce groupe.

Le taux estimatif annuel moyen d'accroissement de la population globale (2,0 %) observé de 2000 à 2005 dans les 48 pays les plus fortement touchés est plus élevé que le taux estimé pour la population totale des régions moins développées pendant la même période (1,5 %) (tableau 1). En Afrique, en Asie et dans la région Amérique latine et Caraïbes, les taux d'accroissement de la population des pays touchés par le sida sont semblables à ceux qui sont observés pour l'ensemble de chaque région.

Tableau 1
Indicateurs démographiques pour divers groupes de pays, par région et par niveau de prévalence du VIH/sida

Grandes zones et prévalence de la séropositivité	Population 2004 (millions d'habitants)	Taux d'accroissement (pourcentage) 2000-2005	Tranches d'âges (pourcentage), 2004			ISF 2000-2005	Espérance de vie (2000-2005)			Mortalité infantile 2000-2005	TM-5 2000-2005
			0 à 14 ans	15 à 59 ans	60 ans ou plus		Total	Hommes	Femmes		
<i>A. Tous pays</i>											
Total mondial	6 378	1,2	29	61	10	2,7	65	63	68	56	81
Régions plus développées	1 206	0,2	17	63	20	1,6	76	72	79	8	10
Régions moins développées	5 172	1,5	31	61	8	2,9	63	62	65	61	89
Pays les moins avancés	736	2,4	43	53	5	5,1	50	49	50	97	161
Afrique	869	2,2	42	53	5	4,9	49	48	50	89	148
Asie	3 871	1,3	29	62	9	2,5	67	66	69	53	71
Amérique latine et Caraïbes	551	1,4	30	61	8	2,5	70	67	74	32	41
<i>B. Pays fortement touchés par le VIH/sida^a</i>											
Tous les 48 pays	814	2,0	41	54	5	4,7	48	47	49	89	152
Afrique	659	2,2	44	52	5	5,3	45	44	46	94	161
Asie	128	1,3	29	63	8	2,5	63	59	66	56	83
Amérique latine et Caraïbes	27	1,6	35	58	7	3,2	61	60	63	44	72
Prévalence de la séropositivité chez les adultes (pourcentage)											
1 à 5	330	2,1	38	56	6	4,2	54	52	56	86	144
5 à 10	324	2,4	45	51	5	5,7	46	46	47	95	162
10 à 20	84	1,7	43	52	5	4,8	42	41	43	96	163
Plus de 20	76	0,7	37	57	6	3,3	41	40	43	65	114

Source : *World Population Prospects: The 2002 Révision*, CD-ROM (publication des Nations Unies, numéro de vente : E.03.XIII.8) et tableaux spéciaux.

Note : ISF = indice synthétique de fécondité; TM-5 = taux de mortalité des moins de 5 ans.

^a Pays où la prévalence de la séropositivité chez les adultes excédait 1,9 % en 2001 (voir le texte).

La plupart des pays touchés par le sida ont des populations jeunes. La proportion moyenne d'enfants de moins de 15 ans dans les pays fortement touchés (41 %) est nettement plus élevée que dans les régions moins développées prises dans leur ensemble (31 %), alors que la proportion d'adultes et de personnes âgées y est plus faible.

L'effet le plus immédiat de l'épidémie a été une augmentation de la mortalité. Les pays fortement affectés par le VIH/sida ont une mortalité plus élevée que les pays moins développés considérés dans leur ensemble. Pendant la période 2000-2005, l'espérance de vie à la naissance des pays touchés par le sida était en moyenne de 48 ans, soit 15 ans de moins que la moyenne des régions moins développées et 2 ans de moins que la moyenne des pays les moins avancés. Ces différences concernent tant les hommes que les femmes.

Tant le taux moyen de mortalité infantile (89) que le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (152) des 48 pays touchés par le sida sont plus élevés que les moyennes correspondantes des régions moins développées (61 et 89 respectivement). En Afrique, en Asie et dans la région Amérique latine et Caraïbes, les taux moyens des pays à forte prévalence du VIH/sida sont également plus élevés que les moyennes régionales correspondantes.

La moyenne 2000-2005 de l'indice synthétique de fécondité (ISF) estimé pour les 48 pays touchés par le sida (4,7 enfants par femme) est supérieure à la moyenne des régions moins développées pendant la même période (2,9 enfants par femme). Toutefois, les niveaux de fécondité des pays à forte prévalence du VIH/sida se révèlent très hétérogènes. En effet, ce groupe comprend aussi bien des pays à faible fécondité comme la Thaïlande et la Trinité-et-Tobago, qui sont déjà au-dessous du seuil de renouvellement des générations, que des pays à forte fécondité, notamment l'Angola, le Burkina Faso, le Burundi, la Guinée-Bissau, le Mali, l'Ouganda et la République démocratique du Congo, où l'indice de fécondité est de 6 enfants ou plus par femme. En Afrique et dans la région Amérique latine et Caraïbes, mais non en Asie, l'ISF moyen national des pays touchés par le sida est plus élevé que la moyenne pour l'ensemble de chaque région.

Conditions de pauvreté

Le tableau 2 présente des moyennes non pondérées pour plusieurs indicateurs de pauvreté et de développement économique et social pour diverses grandes régions et par pays, regroupés en fonction de la prévalence du VIH/sida. En général, les indicateurs socioéconomiques des pays touchés par le sida sont relativement médiocres. Cela est surtout vrai pour les pays africains touchés par le sida où, en moyenne, un tiers des enfants d'âge scolaire ne sont pas scolarisés au primaire, 40 % de la population adulte est analphabète, un quart des enfants de moins de 5 ans présentent une insuffisance pondérale et un tiers de la population est sous-alimentée. À peine plus de la moitié de la population a accès à un système d'assainissement amélioré et moins des deux tiers à un point d'eau aménagé, tandis que 40 % de la population dispose de moins de 1 dollar par jour. Les moyennes correspondant aux pays touchés par le sida dans les deux autres régions en développement, particulièrement l'Amérique latine et les Caraïbes, reflètent un tableau de pauvreté moins critique.

Une comparaison entre les moyennes régionales calculées pour les seuls pays touchés par le sida (tableau 2, sect. B) et les moyennes correspondantes de tous les

pays de chaque région (sect. A) indique qu'en général les niveaux de pauvreté sont relativement plus forts dans les pays touchés par le sida. Toutefois, parmi les pays fortement touchés par le sida, les pays qui présentent la plus grande prévalence de séropositivité ne sont pas toujours ceux où les indicateurs sont en moyenne les plus médiocres. En particulier, les niveaux de pauvreté des pays où la prévalence de séropositivité chez les adultes est supérieure à 20 % sont plus faibles que pour les pays où cette prévalence se situe entre 10 % et 2 %. Ainsi, l'Afrique australe, où se situent plusieurs des pays présentant la plus forte prévalence de séropositivité, est la région d'Afrique subsaharienne qui connaît le plus fort degré de développement économique. À l'heure actuelle, ce groupe des pays les plus fortement touchés présente en moyenne de hauts niveaux d'éducation, d'accès à des systèmes d'assainissement améliorés et à des points d'eau aménagés, les plus importants budgets publics en matière d'éducation et de santé, et les plus faibles niveaux de sous-alimentation chez les enfants et les adultes. Cependant, les pays les plus fortement touchés tendent aussi à dégager les plus grandes inégalités en matière de revenu et de consommation (tableau 2, col. 9). Le rapport entre les 10 % les plus riches et les 10 % les plus pauvres, en termes de revenu et de consommation, s'élève à près de 70 % dans les sept pays les plus touchés. De plus, on estime qu'en moyenne un tiers de la population de ces pays dispose de moins de 1 dollar par jour, proportion d'autant plus forte que ces pays ont un produit intérieur brut (PIB) par habitant relativement élevé.

Tableau 2
Indicateurs moyens de la pauvreté pour divers groupes de pays, par région et par niveau de prévalence de la séropositivité

	Éducation		Santé		Assainissement		Revenu		Dépenses publiques		
	Taux net de scolarisation au primaire (pourcentage) 2000-2002	Taux d'alphabétisation des adultes (pourcentage et plus) 2002	Insuffisance pondérale en fonction de l'âge (pourcentage des moins de 5 ans) 1995-2002	Personnes sous-alimentées (pourcentage de la population totale) 1999-2001	Population ayant accès à un système d'assainissement amélioré (pourcentage) 2000	Population ayant accès à un point d'eau aménagé (pourcentage) 2000	Personnes disposant de moins de 1 dollar par jour 1990-2002 (pourcentage)	PIB par habitant en PPA) 2002	Rapport: 10 % les plus riches/10 % les plus pauvres ^a	Budget de l'éducation (pourcentage du PIB) 1999-2001	Budget de la santé (pourcentage du PIB) 2001
Grandes zones et prévalence de la séropositivité	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)
<i>A. Tous pays</i>											
Régions plus développées	95	..	..	..	..	..	..	20 287	9	5,2	5,5
Régions moins développées											
Afrique	72	61	22	29	59	65	35	3 442	31	4,0	2,5
Asie ^b	87	83	23	20	72	79	15	8 130	11	3,9	2,6
Amérique latine et Caraïbes	93	88	9	16	84	88	12	6 439	41	4,9	3,6
Pays les moins avancés	70	56	29	36	50	61	43	2 337	26	3,7	2,5
<i>B. Pays fortement touchés par le VIH/sida^c</i>											
Tous les 48 pays	73	65	23	30	57	65	35	3 477	33	3,9	2,4
Afrique	68	61	25	32	54	62	41	2 850	36	4,0	2,5
Asie	85	82	33	21	59	62	18	3 366	13	2,8	1,4
Amérique latine et Caraïbes	91	83	11	24	72	85	10	6 843	27	4,2	2,8
Prévalence de la séropositivité chez les adultes (pourcentage)											
1 à 5	78	67	22	26	58	67	28	4 887	20	3,0	2,3
5 à 10	58	54	29	37	50	57	41	1 188	25	3,8	2,1
10 à 20	70	62	23	39	62	60	37	1 164	27	4,5	2,4
Plus de 20	80	83	17	26	64	81	34	4 951	69	6,2	3,6

Sources : Colonne 1 : Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO), Institut international de statistique (<<http://www.uis.unesco.org/>>), consulté le 23 novembre 2004; colonne 2 à 11 : Programme des Nations Unies pour el développement (PNUD), *Rapport mondial sur le développement humain 2004* (Paris, Economica, 2004), sur la base de données de l'Institut de statistique de l'UNESCO, de l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) et du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF).

Note : Les deux points (..) signifient que les données ne sont pas disponibles; les chiffres représentent des moyennes non pondérées pour les pays dont les données sont reprises dans chaque groupe; PPA = parité de pouvoir d'achat; PIB = produit intérieur brut.

^a À l'exclusion du Rwanda (1983) et de la Sierra Leone (1989).

^b À l'exclusion du Japon.

^c Pays où la prévalence de la séropositivité chez les adultes excédait 1,9 % en 2001 (voir le texte).

En résumé, l'Afrique subsaharienne, région dont les populations sont les plus pauvres au monde, est de loin la plus gravement touchée par le VIH/sida. Alors que la région abrite 11 % de la population mondiale, elle comptait en 2004 près des deux tiers de tous les séropositifs du monde. Mais l'épidémie de VIH ne se limite pas aux pays les plus pauvres. Presque tous les pays du monde ont été touchés et, pour beaucoup, l'épidémie continue à s'y propager.

II. Déterminants du VIH/sida

Bien que le VIH touche aussi bien les riches que les pauvres, les jeunes que les vieux, et toutes les régions du monde, il a frappé de manière disproportionnée des groupes déjà défavorisés sur le plan social et économique. Bien que la prévalence du VIH soit demeurée relativement faible dans de nombreux pays, l'infection s'est rapidement propagée dans d'autres. Moins touchées au cours des premières années de l'épidémie, les femmes constituent maintenant jusqu'à 50 % de l'ensemble des personnes séropositives et 57 % de celles qui sont infectées en Afrique subsaharienne (ONUSIDA, 2004b). La présente section décrit les principaux facteurs biologiques et sociaux qui influent sur les schémas d'infection par le VIH.

Déterminants biologiques

Transmission sexuelle. La transmission sexuelle est le principal de mode de transmission du VIH dans le monde, même si l'on estime que le risque de transmission lors d'un acte sexuel se situe entre 1 % et 1 %. Ce risque augmente considérablement pour ceux qui ont des maladies sexuellement transmissibles (MST) non traitées, et en particulier des plaies ou des ulcères. Les coupures ou abrasions pouvant constituer un point d'entrée aisé pour les virus, les violences sexuelles sont susceptibles de poser un risque de transmission plus élevé que les rapports sexuels entre partenaires consentants. Il est ressorti de certaines études que les hommes non circoncis ont plus de risques d'être infectés que les hommes circoncis; le rôle non défini que joue la circoncision des hommes dans la prévention fait actuellement l'objet de plusieurs essais cliniques. La sodomie entraîne un risque de transmission plus élevé que les rapports vaginaux, qui sont eux-mêmes plus risqués que les rapports bucco-génitaux. De manière générale, le partenaire réceptif court de plus grands risques que le partenaire actif. Les femmes courent par conséquent davantage de risques d'infection au cours des rapports sexuels que les hommes, et les adolescentes sont particulièrement vulnérables.

La prévalence du VIH est un facteur clef pour déterminer le risque de transmission dans un contexte particulier. Bien qu'un seul acte sexuel ne pose généralement qu'un risque minime de transmission, ce risque est bien plus élevé lorsqu'un tiers des adultes sont infectés par le VIH. Parce que les adultes ont invariablement des taux d'infection supérieurs à ceux des adolescents, les rapports sexuels intergénérationnels accroissent fortement le risque de transmission aux jeunes.

Plus le partenaire infecté a une charge virale plasmatique élevée, plus le risque de transmission du VIH est important. C'est en général peu de temps après l'infection initiale et lors des dernières phases de la maladie à VIH que cette charge est la plus élevée. Parce que la thérapie antirétrovirale ramène la charge virale à des niveaux indétectables chez la plupart des patients qui s'en tiennent aux combinaisons prescrites, il est possible qu'elle réduise de manière importante l'inféctivité. L'expérience des pays à revenu élevé donne toutefois à penser que le fait qu'il soit possible d'avoir accès à ce type de thérapie risque d'accroître les comportements à risque, les personnes porteuses du VIH devenant plus sexuellement actives au fur et à mesure que leur santé s'améliore et estimant éventuellement que le sida ne constitue plus un problème aussi grave (Valdiserri, 2004). Bien que l'on ne puisse pas prouver que cela s'appliquerait aux pays en

développement, ce genre d'effets pourrait contrebalancer les avantages de la thérapie au niveau de la prévention.

Exposition au sang. L'exposition directe à du sang infecté est le moyen de transmission le plus efficace. La consommation de drogues injectables constitue le mode le plus courant de transmission du VIH par voie sanguine et représente environ 10 % de l'ensemble des infections dans le monde. Une transfusion de sang infecté par le VIH transmet le virus dans la grande majorité des cas. Le risque de contracter le VIH par le biais d'une piqûre d'aiguille impliquant du sang infecté est d'environ 0,3 %. Comme pour la transmission sexuelle, la charge virale de l'individu source au sang ou aux liquides organiques desquels on est exposé joue un rôle important dans le risque de transmission au même titre que la quantité de sang ou de liquide (Aberg *et al.*, 2004).

Transmission materno-fœtale. En l'absence de toute intervention préventive, un bébé né d'une mère infectée par le VIH qui le nourrit au sein a de 20 à 45 % environ de chances de contracter le VIH (De Cock *et al.*, 2000). Le risque de transmission est plus important lorsque la charge virale de la mère est élevée. L'allaitement maternel au sein entraîne un risque de transmission indépendant qui va augmentant au fur et à mesure que l'enfant est ainsi nourri. Il est possible qu'une alimentation mixte des nourrissons (qui combine l'allaitement maternel et d'autres formes d'alimentation) puisse constituer un risque plus élevé de transmission que l'allaitement maternel (Coutsoudis, Pillay et Spooner, 1999), même si cela n'a pas été confirmé.

Réduction du risque après exposition. Les études menées sur les prophylactiques administrés après exposition montrent qu'il est possible d'empêcher l'infection en inhibant la réplication virale dans les jours suivant l'exposition, à savoir en entamant une thérapie antirétrovirale immédiatement après une piqûre d'aiguille (Cardax *et al.*, 1997) ou en administrant des associations antirétrovirales postnatales aux nouveau-nés (Bultreys *et al.* 1999). Bien que l'efficacité du traitement antirétroviral après exposition lors d'un acte sexuel n'ait pas véritablement été prouvée, il est possible, par extrapolation à partir des exemples susmentionnés, d'arriver à la conclusion qu'il peut également être utile.

Déterminants sociaux et autres

La transmission du VIH est profondément influencée par des facteurs sociaux, économiques et politiques, notamment la pauvreté, l'oppression, la discrimination et l'analphabétisme.

Pauvreté. Aussi bien dans les pays à revenu élevé que dans les pays en développement, le sida a souvent touché les éléments plus riches et les plus influents de la société, soulignant ainsi la nature universelle de la menace posée par l'épidémie. De manière générale, toutefois, le sida a, de manière disproportionnée, été le lot de ceux qui avaient les ressources économiques et sociales les moins importantes. L'épidémie aggrave la situation en compromettant la sécurité alimentaire et économique dans les pays les plus gravement touchés. Le sida aggrave la pauvreté et accroît le nombre des pauvres risquant d'être infectés car ce sont ceux qui disposent des ressources les plus faibles qui ont également le moins facilement accès aux services de santé ou aux informations sanitaires.

Réprobation et discrimination. Les groupes qui courent le plus de risques d'être infectés par le VIH sont en général ceux qui souffrent de diverses formes de discrimination, tolérées officiellement ou non. La prostitution, les rapports sexuels entre hommes et la consommation de drogues injectables sont souvent illégaux et fort mal vus dans de nombreux pays. Ces formes de réprobation sont encore renforcées par la réprobation associée au VIH lui-même.

La réprobation accroît la vulnérabilité de plusieurs manières. Craignant d'être mis en ban de la société, ceux qui ont de fortes chances de transmettre le VIH évitent de demander des informations sur la question ou de se prévaloir d'autres services de prévention. Les pouvoirs publics et les communautés locales découragent souvent la mise sur pied de programmes fournissant des services de prévention aux populations clefs ou se livrent à un véritable harcèlement. Dans de nombreux pays, les lois interdisent les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues et apportent d'importantes restrictions aux traitements de substitution aux drogues, même si ces deux démarches sont vitales pour empêcher la propagation du VIH par le biais de la consommation de drogues injectables et ne violent pas les traités internationaux relatifs au contrôle des drogues (organe international de contrôle des stupéfiants, 2004).

Inégalité entre les sexes. Nombre des femmes vivant dans les pays les plus gravement touchés doivent faire face à des obstacles économiques, juridiques, culturels et sociaux importants qui accroissent leur vulnérabilité à l'infection par le VIH et aux effets de l'épidémie. Dans de nombreux pays, les filles n'ont guère la possibilité de s'instruire. Dans certains, les femmes ont peu de droits, si tant est qu'elles en ont, en matière de propriété, d'occupation ou de succession, et bon nombre d'entre elles sont victimes d'agressions sexuelles ou d'autres formes de violence ou risquent fortement de l'être. Le divorce ou la mort d'un conjoint peut entraîner la misère et parfois forcer les femmes à se prostituer pour survivre. Compte tenu des énormes obstacles juridiques, sociaux et économiques auxquels doivent faire face les femmes, il est difficile, si ce n'est impossible, pour nombre d'entre elles de négocier l'utilisation de préservatifs avec leurs partenaires de sexe masculin et elles se trouvent parfois contraintes d'avoir des rapports sexuels qu'elles utilisent comme une monnaie d'échange, du fait de leur dépendance économique vis-à-vis de leurs partenaires et de leur manque de pouvoir au sein des relations existantes. Partout dans le monde, des femmes fidèles à un partenaire sont infectées par le VIH à cause des activités sexuelles de ce dernier en dehors de la relation. Le trafic lié au commerce du sexe constitue également une menace croissante pour les femmes et les fillettes. ONUSIDA estime que, dans sept pays de l'Afrique subsaharienne, les femmes de 15 à 24 ans courent presque trois fois plus de risques d'être infectées que les hommes du même âge.

Mobilité. La mobilité accroît sensiblement les risques liés au VIH. Il arrive souvent que les travailleurs migrants se déplacent de régions rurales, où la prévalence est faible, vers des centres urbains, où elle est beaucoup plus élevée et où les comportements à risque sont plus fréquents. Il ressort des études réalisées que les taux d'infection sont élevés parmi les chauffeurs de camion effectuant de longs trajets, les travailleurs des mines et autres travailleurs migrants.

Conflits. En 2003, plus de 72 pays ont été classés dans la catégorie des pays instables et, du fait de divers conflits, il existe plus de 42 millions de réfugiés et de personnes déplacées dans le monde (Équipe spécial du Comité permanent

interorganisations sur le VIH/sida dans les situations d'urgence, 2003). Les populations fuyant des situations d'urgence complexes telles que les conflits armés se trouvent souvent confrontées à la misère et à la pénurie alimentaire. Ces conflits peuvent également créer des conditions qui accroissent le risque de contracter des infections telles que le VIH.

Les incidences des conflits sur la transmission du VIH sont complexes et peuvent varier sensiblement d'un endroit à l'autre. Dans certains cas, le conflit semble avoir ralenti la propagation de l'épidémie. En Sierra Leone par exemple, le conflit, en limitant les mouvements de personnes, a empêché la progression de la maladie. En Bosnie-Herzégovine, la prévalence était si faible que même le déplacement d'un grand nombre de personnes ne l'a pas modifiée (ONUSIDA, 2004b). Lorsque le conflit contribue à la propagation du VIH, la dynamique est souvent similaire à celle de l'ensemble des populations mobiles qui courent un risque d'infection par le VIH plus élevé du fait des migrations de zones de faible prévalence à des zones de forte prévalence. Les normes sexuelles et formes traditionnelles de soutien social sont susceptibles de ne plus avoir cours lors des conflits et d'encourager des comportements plus risqués. Les systèmes de santé s'effondrent et les femmes et les fillettes risquent d'être victimes de violences sexuelles ou contraintes par les circonstances à se prostituer pour de l'argent, de la nourriture ou une protection

Pays en transition. Lorsque les pays subissent des modifications sociales, économiques et politiques importantes, les comportements à risque susceptibles d'entraîner des infections par le VIH augmentent souvent. Dans les pays qui constituaient l'Union des Républiques socialistes soviétiques, l'âge des premiers rapports sexuels a diminué et l'utilisation de drogues augmenté (ONUSIDA, 2002a). Cette évolution est évidente en Chine, où des changements d'ordre social et économique spectaculaires ont coïncidé avec un accroissement marqué des maladies sexuellement transmissibles (ONUSIDA, 2001c).

Incarcération. Quel que soit le moment, environ 10 millions de personnes dans le monde sont emprisonnées. Les prisons font souvent le lit de maladies infectieuses telles que le VIH, la tuberculose et l'hépatite. Les populations carcérales viennent en général des couches les plus marginalisées de la société, qui courent déjà de grands risques d'être infectés par le VIH. Les taux d'infection chez les détenus sont d'ordinaire plus élevés qu'au sein de la population en général. En Afrique du Sud, où 20 % de la population adulte est infectée par le VIH, le taux d'infection dans les prisons est deux fois plus élevé (Goyer, 2003). Aux États-Unis d'Amérique, les cas de sida sont quatre fois plus élevés chez les prisonniers qu'au sein de l'ensemble de la population (Braithwaite et Arriola, 2003). En Espagne, plus d'un détenu sur quatre est séropositif et, en Suisse et aux Pays-Bas, un sur neuf. Les prisonnières courent également des risques; au Brésil, au Canada et aux États-Unis, le taux d'infection à VIH est plus élevé chez les prisonnières que chez les prisonniers (ONUSIDA, 2004b).

Pour résumer, le risque d'infection à VIH et l'impact de l'épidémie sur ceux qui sont infectés et affectés dépendent beaucoup de la situation personnelle et sociale. Il importe, par conséquent, que l'action à entreprendre pour faire face à l'épidémie tienne compte des circonstances contextuelles susceptibles d'accroître la vulnérabilité.

III. Mortalité, accroissement de la population et orphelins

Incidences du VIH/sida sur la mortalité

En 2004, 3 millions de personnes sont mortes prématurément du sida; plus de 20 millions sont décédées depuis que les premiers cas de sida ont été identifiés en 1981. Dans la plupart des pays en développement, en particulier ceux de l'Afrique subsaharienne, les thérapies susceptibles de retarder la survenue des symptômes annonciateurs du caractère mortel du sida sont encore largement inaccessibles. Il s'ensuit qu'en 2000-2005, les 38 pays les plus gravement touchés d'Afrique devraient enregistrer presque 15 millions de décès de plus que s'il n'y avait pas eu le sida (tableau 3). Trois millions et demi de décès imputables au sida seront enregistrés en Asie, en particulier en Inde. En Amérique latine et dans les Caraïbes, le nombre de morts est moins élevé, (0,7 million) et, dans les deux pays les plus développés ayant le plus grand nombre d'infections – les États-Unis d'Amérique et la Fédération de Russie – il devrait atteindre 0,8 million.

Tableau 3

Projection des décès imputables au sida contre projection partant de l'hypothèse que les groupes des pays touchés dans les grandes régions n'ont pas été infectés par le sida, 1995-2000, 2000-2005 et 2010-2015

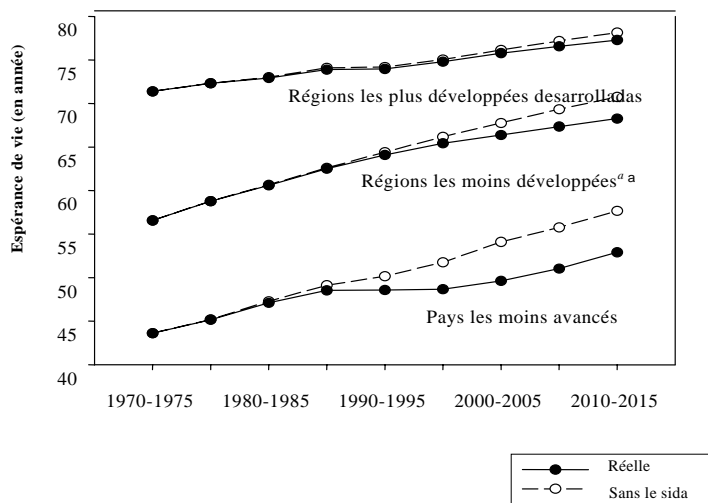
(En millions)

<i>Groupe de pays</i>	<i>1995-2000</i>	<i>2000-2005</i>	<i>2010-2015</i>
53 pays touchés	11,2	19,8	32,3
38 pays d'Afrique	8,1	14,8	18,9
5 pays d'Asie	2,0	3,5	10,9
8 pays d'Amérique latine et des Caraïbes	0,5	0,7	0,8

Source : World Population Prospects: The 2002 Revision, vol. III, Analytical Report (publication des Nations Unies, numéro de vente : E.03.XIII.10).

Jusqu'à récemment, la tendance générale était à l'augmentation de l'espérance de vie dans les pays à faible et moyen revenu. Toutefois, le VIH/sida a renversé cette tendance dans les pays les moins avancés et ralentit considérablement les progrès dans d'autres pays en développement (voir fig. I). Compte tenu du nombre extrêmement élevé de morts dus au sida en Afrique subsaharienne, l'espérance de vie dans l'ensemble des pays d'Afrique touchés devrait passer de 47 ans en 1995-2000 à 45 ans en 2000-2005. D'ici à la période 2010-2015, l'espérance de vie sera de 11 ans inférieure à ce qu'elle aurait été sans le sida.

Figure I
**Espérance de vie à la naissance : estimations et projections
 avec et sans le VIH/sida, 1970-2015**



Source : *World Population Prospects: The 2002 Revision*, CD-ROM (publication des Nations Unies, numéro de vente : E.03.XIII.8).

^a À l'exclusion des pays les moins avancés.

Les sept pays où la prévalence du VIH chez les adultes était de 20 % ou plus en 2001 devraient enregistrer 155 % de décès de plus en 2000-2005 que s'ils n'avaient pas été touchés par le sida (tableau 4). L'espérance de vie dans ces pays devrait être inférieure de 22 ans en 2000-2005 et de 29 ans en 2010-2015 à ce qu'elle aurait été sans le sida (tableau 5). La figure II montre l'espérance de vie en 1985-1990 et 2000-2005 pour les sept pays où la prévalence est la plus élevée.

Tableau 4
**Nombre de décès estimé et projeté pour les sept pays où la prévalence du VIH
 chez les adultes est de 20 % ou plus, 1995-2015**

(En millions)

Groupe de pays	1995-2000	2000-2005	2005-2010	2010-2015
Pays où la prévalence est de 20 % ou plus				
Sans le sida	3	3	3	3
Avec le sida	5	8	10	10
Différence absolue	2	5	6	6
Différence en pourcentage	71	155	204	193

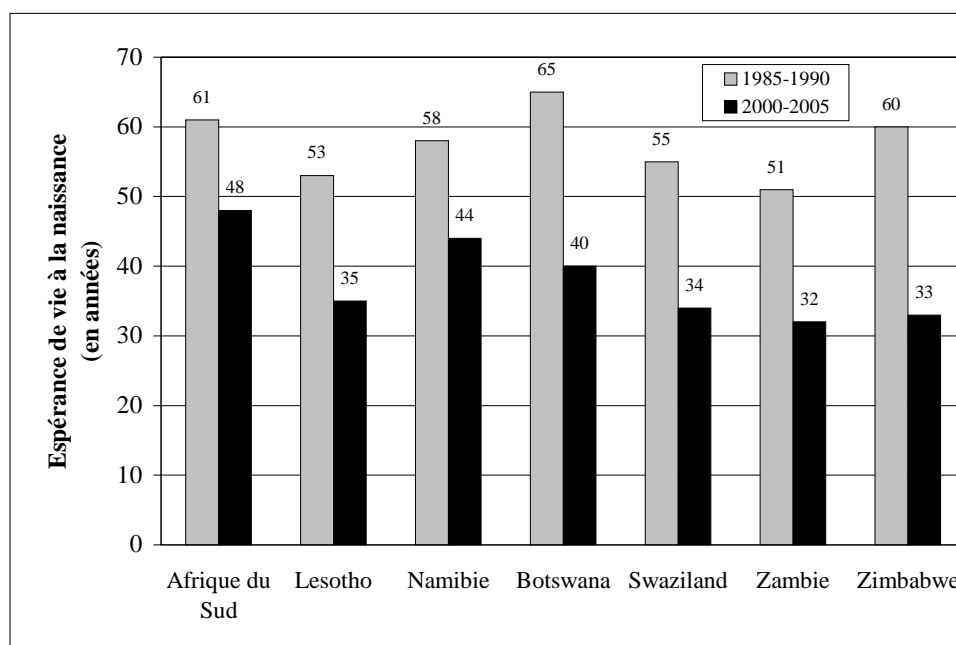
Source : *World Population Prospects: The 2002 Revision*, CD-ROM (publication des Nations Unies, numéro de vente : E.03.XIII.8).

Tableau 5
Espérance de vie à la naissance estimée et projetée pour les sept pays où la prévalence du VIH chez les adultes est de 20 % ou plus, 1995-2015

Groupe de pays	1995-2000	2000-2005	2005-2010	2010-2015
Pays où la prévalence est de 20 % ou plus				
Sans le sida	63,3	63,7	65,4	67,0
Avec le sida	50,2	41,3	37,3	37,6
Différence absolue	12,0	22,4	28,1	29,4
Différence en pourcentage	19,3	35,1	43,0	43,9

Source : *World Population Prospects: The 2002 Revision*, CD-ROM (publication des Nations Unies, numéro de vente : E.03.XIII.8).

Figure II
Espérance de vie à la naissance dans les sept pays ayant la prévalence de VIH la plus élevée, 1985-1990 et 2000-2005



Source : *World Population Prospects: The 2002 Revision*, CD-ROM (publication des Nations Unies, numéro de vente : E.03.XIII.8).

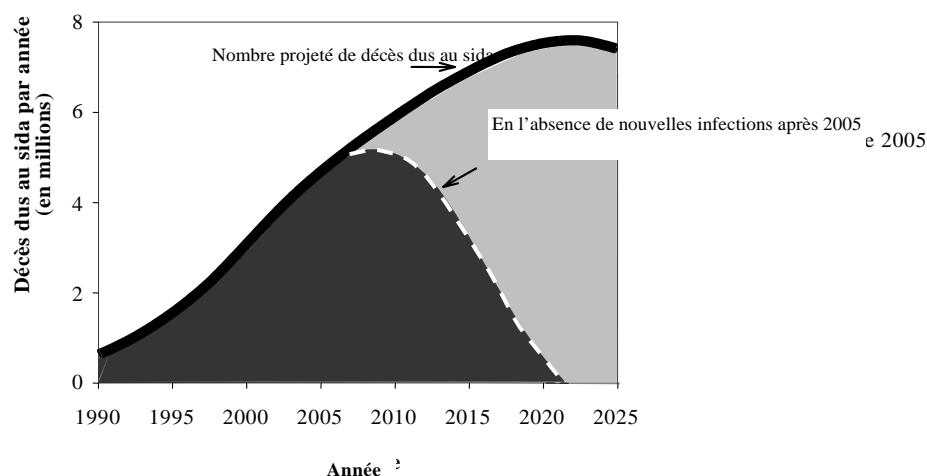
Les nourrissons et les enfants sont infectés par leur mère au cours de la grossesse et pendant l'accouchement ou par le biais de l'allaitement au sein. Pour le groupe des 53 pays touchés (voir encadré), la mortalité des enfants de moins de 5 ans devrait être de 8 % plus élevée en 2000-2005 qu'elle ne l'aurait été sans le sida. Bien que l'on s'attende que l'impact relatif du sida atteigne 10 % en 2010-2015, à cette période, la mortalité des enfants de moins de 5 ans devrait être inférieure à celle de 2000-2005 (76 décès pour 1 000 naissances contre 92 pour

1 000). L'impact du sida sur la mortalité des enfants de moins de 5 ans est particulièrement important dans les pays touchés d'Afrique où le sida devrait causer le décès de 19 enfants de plus par 1 000 naissances en 2000-2005.

Dans toutes les régions à l'exception de l'Asie, le nombre total de décès imputables au sida devrait continuer à augmenter jusqu'à 2015-2020. En Asie, le pic devrait se situer cinq ans plus tard, en 2020-2025. Dans les pays touchés de l'Afrique subsaharienne, les décès dus au sida devraient représenter plus de 30 % de l'ensemble des décès entre 2010 et 2015. Il y aura en Afrique subsaharienne 43 % de plus de décès que s'il n'y avait pas eu le sida.

La Division de la population du Secrétariat de l'ONU a également établi un scénario hypothétique « pas de nouveaux cas » partant de l'hypothèse qu'il n'y aurait pas de nouvelles infections après le 1^{er} juillet 2005. Ce scénario montre que même s'il n'y avait pas d'autres infections après le premier semestre 2005, le nombre de décès dus au sida serait plus élevé en 2005-2010 qu'au cours de la période quinquennale précédente du fait du grand nombre de personnes déjà infectées (voir fig. III). Pour les années à venir, en particulier après 2010, les projections concernant la mortalité due au sida rendent de plus en plus compte du décès prématuré de personnes qui ne sont pas encore infectées. Que ces projections se révèlent optimistes ou trop pessimistes dépendra des mesures actuellement prises pour empêcher l'infection et améliorer les traitements.

Figure III
Décès imputables au sida dans 53 pays, 1990-2025 : estimations et projections



Source : *World Population Prospects: The 2002 Revision*, CD-ROM (publication des Nations Unies, numéro de vente : E.03.XIII.8).

Note : La ligne foncée représente le nombre projeté de décès venant s'ajouter à ceux prévus dans le scénario sans sida. La ligne blanche pointillée indique le nombre projeté de décès imputables au sida si la transmission du VIH s'arrêtait complètement au milieu de l'année 2005.

VIH/sida et accroissement et structure de la population

Le nombre croissant de décès dus au sida devrait se traduire par une réduction de l'accroissement de la population et même, dans certains cas, par une diminution de l'effectif de la population. L'impact négatif du sida sur l'accroissement et l'effectif de la population est dû aussi bien aux décès imputables à la maladie qu'aux naissances qui n'auront pas lieu parce que les femmes infectées par le VIH mourront avant la fin de leur vie reproductive. Même si la plus grande partie de la diminution de la population est due aux décès imputables au sida, la part de cette diminution attribuable aux naissances qui n'ont pas lieu s'accroît régulièrement dans le temps.

La population totale projetée des 53 pays touchés en 2005 serait de 3,9 milliards, soit 49 millions de moins que s'il n'y avait pas eu le sida (tableau 6). D'ici à 2015, la diminution de l'effectif de la population due au sida devrait passer à 129 millions, c'est-à-dire que l'on s'attend que l'effectif de la population soit de 3 % inférieur à ce qu'il aurait été sans le sida. L'effectif de la population des pays africains touchés devrait être inférieur de 91 millions (soit 10 %) en 2015, à ce qu'il aurait été sans le sida. La deuxième plus grande diminution devait avoir lieu dans les cinq pays touchés d'Asie, dont la population devrait être inférieure de 29 millions en 2015 à ce qu'elle aurait été sans le sida.

Tableau 6
Effets estimés et projetés du VIH/sida sur l'effectif et l'accroissement de la population, 1995-2015

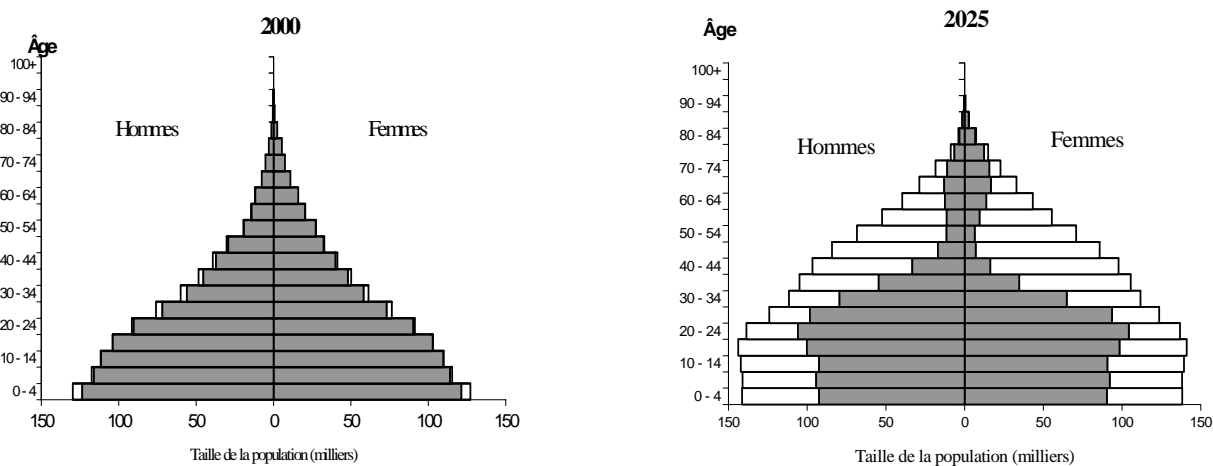
Groupe de pays	Effectif de la population (millions)			Taux de croissance annuel (pourcentage)	
	1995	2005	2015	1995-2005	2005-2015
53 pays touchés par le VIH					
Sans le sida	3 408	3 923	4 440	1,4	1,2
Avec le sida	3 399	3 874	4 312	1,3	1,1
Différence absolue	- 9	- 49	- 129	0,1	0,1
Différence en pourcentage	-	- 1	- 3	7,1	8,3
38 pays touchés par le sida en Afrique					
Sans le sida	539	709	914	2,7	2,5
Avec le sida	533	673	823	2,3	2,0
Différence absolue	- 6	- 36	- 91	0,4	0,5
Différence en pourcentage	- 1	- 5	- 10	14,8	20,0
7 pays où la prévalence du VIH est de 20 % ou plus					
Sans le sida	69	85	102	2,1	1,8
Avec le sida	68	76	77	1,1	0,0
Différence absolue	- 1	- 9	- 25	1,0	1,8
Différence en pourcentage	- 1	- 11	- 25	47,6	100,0

Source : *World Population Prospects: The 2002 Revision*, CD-ROM (publication des Nations Unies, numéro de vente : E.03.XIII.8).

Dans les 38 pays gravement touchés d'Afrique, le taux de croissance annuel moyen pour la période 2005-2015 devrait être de 2 % par an à cause du VIH/sida, au lieu de 2,5 %. Dans les sept pays où la prévalence du VIH est de 20 % ou plus, le sida devrait quasiment arrêter l'accroissement de la population, l'effectif n'augmentant que de 600 000 personnes entre 2005 et 2015. Sans le sida, l'effectif de leur population aurait augmenté de 17 millions. Selon les projections de l'ONU, d'ici à 2025, l'effectif de la population des 38 pays d'Afrique touchés sera de 14 % inférieur à ce qu'il aurait été sans le sida. Dans les sept pays les plus touchés, l'effectif de la population devrait être inférieur de plus d'un tiers en 2025 à ce qu'il aurait été sans le sida.

Les décès prématurés dus au sida ont également des incidences très importantes sur la pyramide d'âge des populations touchées. La figure IV montre la pyramide des âges avec et sans le sida en 2000-2025 pour le Botswana, pays où le taux de prévalence en 2001 était le plus élevé. L'impact du sida est à peine visible en 2000 chez les jeunes adultes et les enfants de moins de 5 ans. D'ici à 2025, l'impact sera énorme avec une population moins nombreuse à tous les âges, en particulier l'âge adulte, lorsque la plupart des gens travaillent et élèvent des enfants.

Figure IV
Taille et structure d'âge de la population avec et sans le sida, Botswana (2000 et 2025)



Source : *World Population Prospects: The 2002 Revision*, CD-ROM (publication des Nations Unies, numéro de vente : E.03.XIII.8).

Note : Les barres claires représentent la taille hypothétique de la population en l'absence du sida. Les barres sombres représentent la population réelle estimée et projetée.

Impact du VIH/sida sur les orphelins

ONUSIDA, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance et l'Agency for International Development des États-Unis (ONUSIDA, UNICEF et USAID, 2004) ont préparé des estimations sur les orphelins du sida (enfants de 0 à 17 ans dont le sida a tué au moins un parent) : entre 2001 et 2003, leur total mondial est passé de 11,5 à 15 millions, dont 12 en Afrique subsaharienne. Au seul Nigéria, ils étaient 1,8 million en 2003; en Afrique du Sud, 1,1 million; en République-Unie de Tanzanie, 980 000; au Zimbabwe, 980 000; et en Ouganda, 940 000.

Parmi tous les orphelins de l'Afrique subsaharienne, la proportion des orphelins du sida est passée d'un peu moins de 2 % en 1990 à plus de 28 % en 2003 et on prévoit qu'elle atteindra 37 % en 2010. En Asie, il y avait, en 2003, 88 millions d'orphelins (toutes causes). Une augmentation, même légère, de la prévalence du VIH en Asie, notamment dans les pays fortement peuplés comme la Chine, l'Inde et l'Indonésie, pourrait y augmenter radicalement le nombre d'orphelins du sida.

En résumé, l'épidémie du sida a aggravé la mortalité et réduit l'espérance de vie dans les pays les plus touchés. La croissance de la population a commencé à ralentir et, dans les sept pays où le taux de prévalence est le plus fort, on s'attend à ce qu'elle en vienne presque à cesser d'ici à 10 ans. Même s'il n'y avait pas d'infections nouvelles après la mi-2005, le nombre de morts continuerait d'augmenter pendant plusieurs années en raison du grand nombre de personnes déjà infectées. Le sida a donc fait des millions d'orphelins : environ 15 à la fin de 2003 dont 12 en Afrique.

IV. Fécondité et comportement sexuel

Les changements de comportement sexuel, qui jouent un rôle crucial pour déterminer le cours de l'épidémie du VIH/sida, peuvent affecter la fécondité, le contexte social de la procréation et les impacts différentiels de l'épidémie sur les groupes sociaux les plus pauvres et les plus prospères. Si l'on admet généralement que le VIH/sida n'a guère eu qu'un effet minime sur la fécondité de la population globale, il a eu un effet plus important sur la fécondité de ceux qui en sont atteints (Zaba et Gregson, 1998; Nations Unies, 2002a).

Effets du VIH/sida sur la fécondité des personnes atteintes

On a la preuve répétée que la fécondité des séropositives est inférieure à celle des femmes non atteintes : d'après des études faites en Ouganda, en République démocratique du Congo, en République-Unie de Tanzanie, au Rwanda, et en Zambie, elle est de 25 à 40 % inférieure chez les premières (Nations Unies, 2002a) car elle réduit directement leur fécondabilité (la probabilité mensuelle de conception) et aggrave la mortinatalité.

Les faits indiquent que la réduction de la fécondité chez les femmes infectées s'explique avant tout par d'autres infections sexuellement transmises, ces femmes risquant plus que les autres d'être ainsi atteintes. Ces maladies sont liées à l'ulcération génitale et à un taux élevé de transmission sexuelle du VIH. Elles causent souvent aussi la pelvipéritonite, cause fréquente d'infécondité. De plus, la fréquence coïtale est probablement plus faible chez celles dont l'infection au VIH en est au sida et il semble bien que, chez les hommes infectés, la production de spermatozoïdes décline et que la qualité du sperme diminue quand l'infection évolue en sida (Nations Unies, 2002a).

S'agissant de la mortinatalité, les preuves empiriques collectées dans les pays tant développés qu'en développement montrent que les séropositives ont des taux élevés d'avortement spontané. Cela tient notamment à la prévalence, nettement plus forte chez elles, de la syphilis qui aggrave d'environ 25 % le risque de fausses couches et celui de la mortinatalité précoce d'un pourcentage plus faible mais encore élevé chez toutes les femmes. L'infection au VIH aggrave encore le risque de mortinatalité (Nations Unies, 2002a).

Comme dans la plupart des pays où sévit le VIH/sida la grande majorité de ceux qui en sont atteints l'ignorent jusqu'à ce que l'infection se manifeste par des symptômes physiques visibles, la mesure dans laquelle la maladie peut influencer la fécondité en faisant changer de comportement est encore limitée. Mais, les tests devenant plus fréquents, on en saura davantage sur la manière dont le VIH affecte le comportement sexuel et génésique.

Plusieurs études ont porté sur les changements de comportement sexuel après diagnostic : réduction du nombre de partenaires sexuels et augmentation de l'emploi systématique des condoms tant avec les partenaires secondaires qu'avec la partenaire primaire. Ces changements étaient plus probables quand des tests sur le VIH étaient suivis de soutien psychologique aux couples et non aux seuls individus. Par exemple, une étude polycentrique menée au Kenya, à la Trinité-et-Tobago et en République-Unie de Tanzanie a montré que ce soutien se traduisait par une forte diminution des rapports sexuels non protégés avec les partenaires tant secondaires

que primaires qui ont participé à l'étude. Parmi les bénéficiaires de ce soutien, la proportion des hommes et des femmes ayant signalé avoir eu des rapports sexuels non protégés a décliné respectivement de 35 % et 39 % alors qu'elle n'a décliné que de 13 % chez les hommes et de 17 % chez les femmes qui n'ont reçu qu'une éducation sanitaire (ONUSIDA, 2001d).

Les études de couples « séro-discordants », où un seul partenaire est atteint de VIH, ont presque toujours montré une forte augmentation de l'emploi des condoms ou une forte diminution de la séroconversion quand les partenaires ont reçu un soutien et été testés ensemble (ONUSIDA, 2001d). En République démocratique du Congo, la proportion des couples séro-discordants utilisant les condoms à tous les stades de l'union sexuelle est passée de moins de 5 % avant diagnostic et soutien psychologique à 71 % au bout d'un mois et 77 % au bout de 18 mois (Kamenga et autres, 1991).

Par contre, la majorité des études effectuées où un seul partenaire était conscient de son état ont montré que le changement initial de comportement pour réduire la transmission du VIH, ne dure guère à long terme. Les facteurs culturels et sociaux, comme les tabous qui entourent la discussion des questions sexuelles, font obstacle au changement de comportement sexuel tant des hommes que des femmes dans les pays en développement. La plupart des études signalent qu'en raison de l'inégalité entre les sexes quant aux décisions en la matière, les femmes ont beaucoup de mal à négocier avec leurs partenaires pour avoir des relations sexuelles mieux protégées. Beaucoup redoutent d'être maltraitées affectivement et physiquement, voire abandonnées, si elles révèlent leur état à leur partenaire (ONUSIDA, 2001d).

Le recours aux autres méthodes de contraception que les condoms ne semble pas augmenter dans le contexte de l'infection à VIH et il semble même diminuer. Par exemple, des études menées en République démocratique du Congo et au Rwanda ont prouvé que le recours aux méthodes de contraception hormonale, populaires en Afrique subsaharienne, a décliné après diagnostic séropositif (Nations Unies, 2002a), ce qui explique d'ailleurs en partie le recours aux condoms.

Il semble bien qu'une fois l'infection au VIH confirmée, les femmes veuillent des familles plus petites. Bien que certaines études révèlent que le désir de continuer à procréer reste prépondérant, une conclusion plus fréquente d'études récentes est l'apparition de doutes procréatifs après que l'infection au VIH est confirmée (Ntozi, 2002; Nations Unies 2002a). Les principales raisons invoquées pour ne plus vouloir d'enfants sont la crainte d'aggraver la maladie par d'autres grossesses, la crainte de contaminer les époux et les enfants qui naîtraient et la crainte de laisser des orphelins dont d'autres s'occuperont.

On sait de mieux en mieux que l'allaitement peut transmettre le virus du VIH de la mère à l'enfant. Les séropositives voudront donc peut-être s'en abstenir si une formule de substitution est acceptable, réalisable, abordable, durable et sûre (OMS, UNUSIDA et UNICEF, 2004). Il semble bien que le VIH/sida ait causé son recul. Dans la province du Manicaland, au Zimbabwe, où les deux tiers des femmes étudiées savaient que l'allaitement était un mode de transmission du VIH, les femmes ainsi informées avaient moins tendance à allaiter leurs nourrissons récents (Gregson et autres, 1997). Mais le recul de l'allaitement rend plus probable que la grossesse suivante aura lieu plus tôt, sauf si les femmes font appel à la contraception peu après la naissance.

On a constaté dans quelques pays que les séropositives enceintes sont relativement plus enclines à interrompre leur grossesse. Des études menées en Australie, en France et en Italie ont montré que la proportion de tels cas était nettement plus forte chez les séropositives diagnostiquées que chez les séronégatives (cité dans Ntozi, 2002). Le taux plus élevé d'interruption de grossesse chez les séropositives s'explique peut-être par la crainte de contaminer l'enfant et d'accélérer la progression du mal.

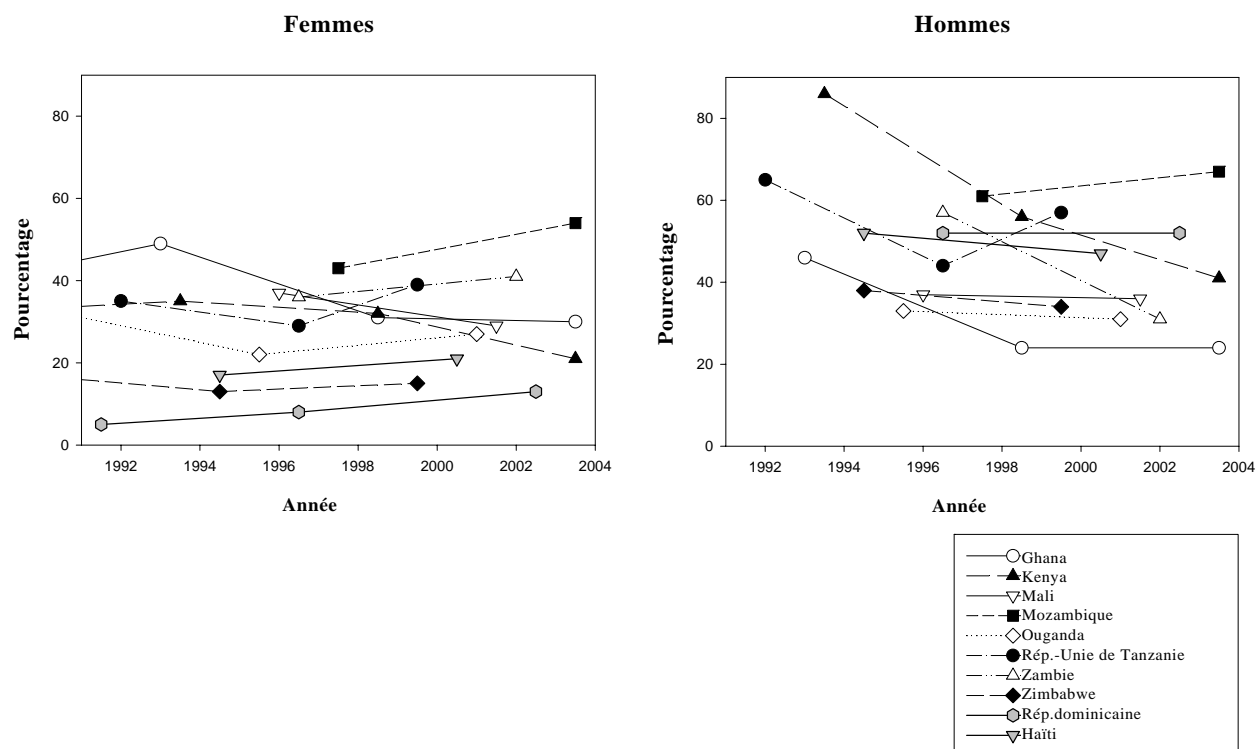
Effets chez les personnes non atteintes du VIH

Il existe plusieurs types de comportement par lesquels le VIH/sida peut affecter la fécondité de ceux qui n'en sont pas atteints (Nations Unies, 2002a) : initiation sexuelle retardée, mariage tardif, abstinence ou relations sexuelles réduites, non-recours à l'allaitement par celles qui ne sont pas sûres de ne pas être atteintes, recours aux condoms au lieu ou en plus d'autres modes de contraception, et déclin des pratiques traditionnelles comme l'héritage des veuves et la polygamie.

Avoir la conscience du VIH/sida et de ses causes peut inciter à retarder l'initiation sexuelle ou la formation des couples. Dans plusieurs pays, dont ceux où la prévalence du VIH/sida est élevée, on constate une tendance à reculer l'âge de l'initiation sexuelle et du mariage (Nations Unies, 2003a). L'âge du premier mariage a fortement augmenté depuis 30 ans dans le monde : 27 ans pour les hommes et 23 pour les femmes. Des données sur les femmes plus jeunes (de 15 à 19 ans) montrent qu'en 2000 environ 80 % de celles d'Afrique et 90 % de celles d'Asie ne s'étaient jamais mariées, contre 65 et 75 %, respectivement, en 1970. Mais ces tendances étant antérieures à l'épidémie du VIH/sida, il est impossible de dire si elle a eu sur elles une influence distincte.

Des enquêtes récentes montrent une tendance à la diminution des relations sexuelles avant le mariage chez les jeunes adultes, notamment les hommes, de certains pays, mais peu de changements ailleurs (voir fig. V). On constate un fort déclin à cet égard chez les hommes et les femmes du Ghana et du Kenya et chez les hommes de Zambie.

Figure V
Tendances de la sexualité avant mariage dans certains pays
pour certaines années

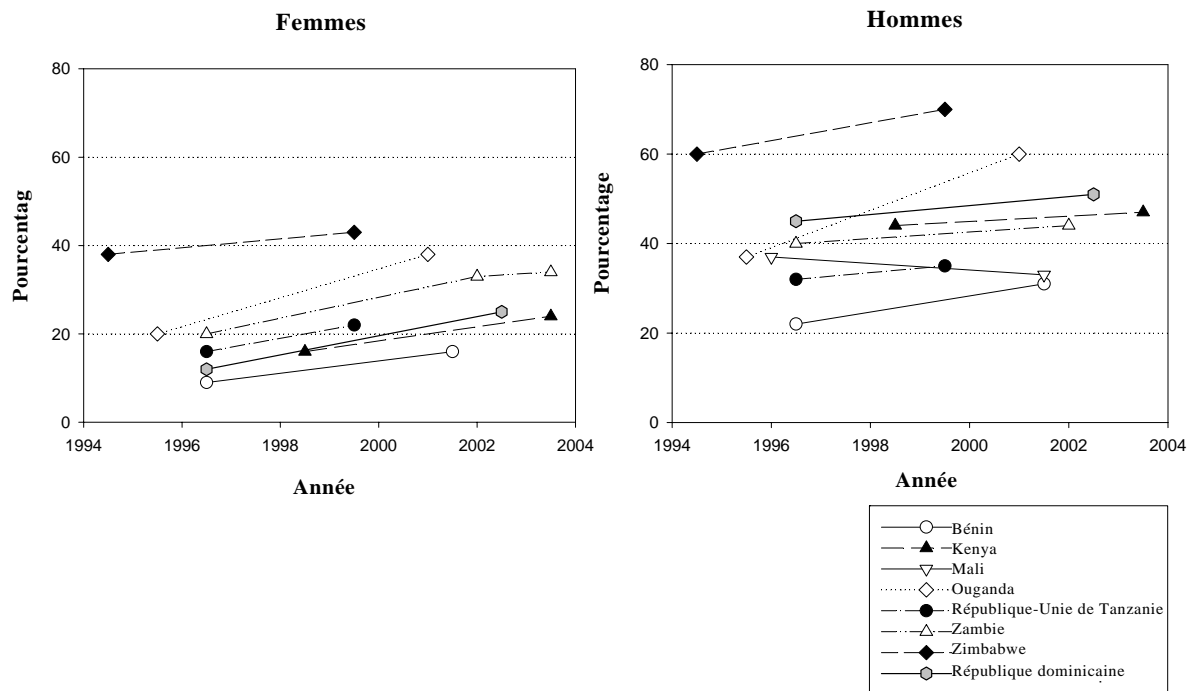


Source : ORC Macro : Measure DHS HIV/AIDS Survey Indicators Database, disponible sur <www.measuredhs.com/hiv/data> (vérifié le 4 janvier 2005).

Chez les couples mariés, la réaction du conjoint non atteint pourra être d'espacer ses relations sexuelles avec le conjoint atteint. Au Nigéria, une étude a signalé que des femmes mettent fin à leur mariage, se refusant à leur mari ou exigeant qu'il utilise un condom s'il est atteint du VIH (Orubuloye, Caldwell et Caldwell, 1992). Pour éviter l'infection, certains préfèrent se séparer des conjoints qui ont d'autres partenaires sexuels. La fécondité peut aussi être affectée par des taux plus faibles de remariage après veuvage ou divorce. En Ouganda et au Zimbabwe, on signale que le VIH/sida a réduit la probabilité du remariage pour les veuves du sida (Nations Unies, 2002a).

Dans de nombreux pays où le VIH est répandu, l'emploi des condoms augmente, notamment selon des enquêtes récentes, hors mariage (voir fig. VI). Il n'empêche que, dans la plupart des pays, plus de la moitié de ceux qui ont eu des relations sexuelles à risque élevé n'ont pas utilisé de condom lors du plus récent épisode, et que seul un faible pourcentage des femmes mariées en âge de procréer (généralement moins de 5 %) disent qu'ils sont la méthode actuelle de contraception. Cela dit, les dernières enquêtes montrent que le recours aux condoms dans le mariage a augmenté, partant d'un niveau qui, encore vers 1990, était généralement proche de zéro.

Figure VI
Tendances dans l'emploi des condoms lors du dernier épisode sexuel à risque élevé* : femmes et hommes de 15 à 49 ans dans certains pays, 1994-2004



* Il s'agit du nombre de personnes qui ont utilisé un condom la dernière fois qu'elles ont eu des rapports sexuels avec quelqu'un d'autre qu'un conjoint ou un(e) concubin(e), en pourcentage de celles qui ont eu des rapports sexuels avec un tel partenaire depuis 12 mois (depuis 4 semaines au Zimbabwe, en 1994).

Source : ORC Macro (2004) : Measure DHS HIV/AIDS Survey Indicators Database
(<http://www.measuredhs.com/hiv/data>).

Conduite sexuelle dangereuse, VIH/sida et statut socioéconomique

La plupart des études faites dans les pays en développement entre 1980 et 1995 ont trouvé que la prévalence du VIH était la plus forte chez les groupes socioéconomiquement supérieurs (Banque mondiale, 1999; Hargreaves et Glynn, 2002). Mais de nombreux analystes ont entrevu qu'avec le temps cette tendance disparaîtrait et que l'infection en viendrait à être relativement plus fréquente chez les pauvres. En effet, au début de l'épidémie, la connaissance de sa transmission et de sa prévention était limitée si bien que la meilleure protection normalement offerte par une éducation et un revenu supérieurs – meilleur accès à l'information sur la prévention du VIH et plus de moyens pour acheter des condoms ou prendre d'autres mesures pour éviter l'infection – n'a pas joué (Banque mondiale, 1999). Mais avec le temps, quand on a mieux su éviter l'infection, on en est venu à compter que les classes instruites et prospères seraient mieux à même de le faire, inversant ainsi à terme les tendances sociales constatées auparavant. On l'a constaté dans certains

pays développés et chez certains groupes démographiques d'autres pays dont le Brésil et la Thaïlande (ibid.).

Les données récentes montrent que les jeunes et les adultes ruraux et peu instruits des deux sexes – groupes qui ont tendance à être relativement pauvres – ont relativement moins tendance à utiliser les condoms lorsqu'ils ont des rapports sexuels à risque élevé, c'est-à-dire hors mariage ou concubinage (tableau 7). Ils sont aussi moins bien informés de la transmission et de la prévention du VIH (Nations Unies, 2002b) et ils ont moins de chances et de moyens d'avoir accès aux services de prévention, de soins et de traitement du VIH/sida.

Par ailleurs, parmi ceux qui sont sexuellement actifs, les ruraux et les illettrés ont, dans la plupart des pays, moins tendance que d'autres à avoir des relations sexuelles à risque élevé (tableau 7). C'est vrai des deux sexes, encore que la proportion des femmes qui dit avoir eu ce genre de relations est plus faible.

Tableau 7
Proportion d'hommes et de femmes en âge de procréer qui ont pris part à des relations sexuelles à risque élevé^a dans l'année précédant une enquête et proportion de ceux qui ont utilisé un condom lors du dernier épisode sexuel à risque élevé

(En pourcentage)

	Résidence			Éducation			
	Nombre d'enquêtes	Urbaine	Rurale	Nombre d'enquêtes	Aucune	Primaire	Secondaire ou supérieure
<i>A. Sexe à risque élevé dans l'année précédant l'enquête^b</i>							
Hommes	24	48	34	22	26	41	50
Femmes	26	23	12	24	9	18	31
<i>B. Emploi de condoms lors du dernier épisode de sexe à risque élevé^c</i>							
Hommes	23	55	36	18	22	36	57
Femmes	23	32	16	22	10	19	37

Source : ORC Macro (2004): *DHS Measure HIV/AIDS Survey Indicators Database*, disponible sur <www.measuredhs.com/hiv/data> (vérifié le 4 janvier 2005).

Note : Les pourcentages indiqués sont des moyennes basées sur les enquêtes démographiques et sanitaires dans les pays en développement gravement affectés par l'épidémie du VIH/sida. Les données émanent de l'enquête la plus récente dans chaque pays.

^a Relations sexuelles avec un partenaire non conjugal ni concubin.

^b D'après les enquêtés ayant signalé une activité sexuelle dans les 12 derniers mois.

^c D'après les enquêtés ayant signalé une activité sexuelle avec un partenaire non conjugal ni concubin dans les 12 derniers mois.

On voit donc que ce sont les citadins instruits qui sont le plus enclins à participer à une sexualité à risque élevé mais aussi à se protéger à l'aide de condoms. L'effet net de ces influences contraires sur la transmission du VIH n'est pas clair.

On reste moins bien renseigné sur les tendances de l'infection à VIH dans différents groupes socioéconomiques que sur la conduite sexuelle et le recours aux

condoms. Dans la plupart des pays, les taux d'infection à VIH restent plus élevés en zone urbaine. Les études axées sur la collectivité dans les pays d'Afrique indiquent que la prévalence du VIH y est environ deux fois plus forte qu'en zone rurale (ONUSIDA, 2004b). S'agissant des différences d'éducation, on constate que les tendances changent effectivement au moins dans certains contextes. En République-Unie de Tanzanie, le rapport entre la prévalence du VIH et l'éducation n'a guère changé de 1987 à 1996 mais en Thaïlande, en Ouganda et en Zambie les données en la matière ont montré une plus forte diminution de cette prévalence chez les personnes instruites (Hargreaves and Glynn, 2002).

Les études menées en 1997-1998 dans quatre villes d'Afrique n'ont pas décelé un risque accru d'infection à VIH lié à l'éducation (Glynn et autres, 2004). En 2003, des enquêtes au Burkina Faso, au Ghana et au Kenya ont trouvé que, sauf pour les hommes du Burkina Faso, la plus forte prévalence du VIH était chez les personnes ayant une éducation primaire ou de cours moyen alors qu'elle était plus faible chez les personnes ayant une éducation secondaire et chez celles qui n'en avaient aucune. Par ailleurs, elle était relativement faible chez les pauvres. Elle était la plus forte chez les 20 % les plus riches de la population du Burkina Faso et du Kenya et dans la classe moyenne au Ghana.

En résumé, l'épidémie du VIH/sida n'a jusqu'ici eu que des effets modestes sur la fécondité globale de la population. Au plan individuel, les séropositives ont une fécondabilité plus faible et une mortalité plus forte. Les perspectives de changement volontaire de comportement chez les séropositifs sont limitées tant que la plupart des infections dans les pays en développement ne sont pas diagnostiquées. La crainte de la maladie porte peut-être certains de ceux qui n'en sont pas atteints à changer de conduite par exemple en retardant l'initiation sexuelle ou le mariage ou en utilisant des condoms. Les citadins et citadines et ceux et celles qui ont le plus d'instruction ont le plus tendance à avoir une sexualité à risque élevé, mais aussi à utiliser des condoms plus que les ruraux et les moins instruits. Les premières données sur les populations d'Afrique subsaharienne ont d'ordinaire trouvé que les groupes urbains et instruits avaient les taux d'infection les plus forts. Bien que les données sur les différences dans les taux d'infection à VIH selon les caractéristiques socioéconomiques soient rares, il y a des indices de changement dans ces tendances. Dans certains pays, ceux qui ont une éducation primaire ont désormais tendance à être plus séropositifs que ceux qui sont mieux ou moins bien instruits. Dans la plupart des cas, les taux d'infection restent plus élevés dans les zones urbaines.

V. Mobilité géographique

La corrélation entre la propagation du VIH/sida et la mobilité géographique est complexe. Comme c'est le cas pour la plupart des épidémies, la propagation géographique du sida est largement influencée par la mobilité des personnes infectées, encore que l'infection en elle-même puisse freiner cette mobilité ou décourager l'arrivée de migrants dans des endroits où le taux de prévalence est élevé. La mobilité des personnes non infectées peut également influencer sur le cours de l'épidémie, surtout l'exode du personnel sanitaire.

VIH/sida et mobilité géographique

La plupart des études sur les effets de la mobilité spatiale sur la propagation du sida concernent l'Afrique subsaharienne, bien que de récents travaux se soient également intéressés à des pays d'Asie, principalement la Chine et l'Inde. La mobilité de jeunes adultes, voyageant souvent seuls, a une incidence sur le taux de prévalence plus élevé du VIH/sida dans les zones urbaines. La recherche a principalement porté sur le rôle de certains groupes de la population – camionneurs, travailleurs migrants saisonniers, commis voyageurs, prostituées et personnel militaire – dans la propagation du sida le long des couloirs de transport et dans des régions où la mobilité est forte (Lidyé et Robinson, 1998; Pickering et Nunn, 1997), ainsi que sur les conflits et les déplacements de population qu'ils entraînent (ONUSIDA, 2004b).

Selon la plupart des études, les personnes mobiles sont beaucoup plus exposées aux risques d'infection que les sédentaires, quel que soit le taux de prévalence global au lieu de départ ou d'arrivée, la mobilité allant de pair avec des comportements qui exposent davantage aux risques d'infection. Ces comportements sont liés à certaines prédispositions (les jeunes sont beaucoup plus mobiles que les personnes âgées et prennent beaucoup plus fréquemment de risques); à des changements dans les caractéristiques individuelles ou familiales; et à l'exposition à de nouveaux milieux.

La mobilité sépare souvent les couples. Ceux qui sont fréquemment séparés de leur conjoint ou de leur partenaire habituel sont plus enclins à avoir d'autres partenaires sexuels et des relations sexuelles occasionnelles et courent plus de risques de devenir séropositifs que ceux qui ne quittent presque ou jamais leur foyer (Lidyé et autres, 2004; Lagarde et autres, 2003). La mobilité circulaire ou migratoire qui implique des séjours fréquents ou réguliers à domicile expose les personnes à des risques d'infection de part et d'autre. En particulier, les travailleurs migrants quittant la ville pour regagner la campagne ont été associés à la propagation du sida dans les zones rurales en Afrique subsaharienne (Pison et autres, 1993; Lurie et autres, 2003). Pourtant, la transmission ne s'effectue pas seulement des hommes mobiles aux femmes : dans près d'un tiers des cas examinés par une étude réalisée en Afrique du Sud, la contagion s'était opérée des femmes sédentaires des zones rurales à leurs partenaires mobiles (Lurie et autres, 2003).

La mobilité entre les zones rurales et les zones urbaines laisse supposer que ceux qui se déplacent seuls peuvent ne plus respecter les normes communautaires traditionnelles en matière de comportement sexuel et se retrouver dans un cadre qui favorise les comportements à haut risque (Decosas et autres, 1995). La forte

proportion de jeunes hommes d'âge adulte, tels que les ouvriers agricoles et les mineurs parmi les populations mobiles, accentue la probabilité de comportements sexuels à risque. La concentration de travailleurs migrants, coupés de leur vie familiale normale, intensifie la demande de commercialisation du sexe et facilite la propagation du virus du sida (Hunt, 1989). En Chine, des études menées dans un certain nombre de provinces indiquent que les migrants sont surreprésentés parmi les victimes des maladies sexuellement transmissibles et du VIH/sida (Yang, 2004). Si on ne sait pas vraiment pourquoi, les études montrent cependant que la consommation de drogue, par voie intraveineuse notamment, est plus fréquente chez les migrants que chez les non-migrants.

La recherche sur les mécanismes sociaux et comportementaux qui exposent les personnes mobiles aux risques d'infection a été riche d'enseignements pour la mise en œuvre de stratégies de prévention. Cela dit, les résultats de la recherche restent de portée limitée, en ce sens qu'ils portent surtout sur la mobilité entre les zones rurales et les zones urbaines d'Afrique subsaharienne. La plupart des études de cas ont révélé que la mobilité augmentait les risques d'infection par le virus du sida, mais elle pourrait également atténuer ces risques en exposant les personnes concernées à plus d'informations qui les incitent à adopter de nouveaux comportements et en leur donnant la possibilité d'avoir accès à des services et des soins de meilleure qualité. En Ouganda, en République-Unie de Tanzanie et au Sénégal par exemple, l'usage du préservatif masculin est plus répandu chez les personnes mobiles que les personnes sédentaires (Morris et autres, 2000; Lagarde et autres, 2003). L'exposition à de nouveaux milieux ne doit pas nécessairement engendrer un comportement plus risqué dès lors qu'il existe des réseaux de soutien adéquats.

Par ailleurs, les études sur les populations mobiles tendent à n'établir aucune distinction en ce qui concerne la durée de séjour à destination et la raison du déplacement. Pourtant, ces déplacements peuvent être irréguliers pour de courtes périodes, durer pendant de longues périodes, voire être définitifs. Géographiquement parlant, d'aucuns se déplacent au sein d'un même pays, d'autres à l'étranger. Leurs risques d'infection peuvent être très variables selon la durée de séjour à destination et selon que les migrants se déplacent avec ou sans leur famille immédiate.

Dans certaines études, la manière de définir la population mobile en question préjuge du risque plus élevé d'infection. Aussi, pour les besoins de l'étude, les migrants sont-ils communément définis comme des personnes s'étant absentes du foyer. Or, ni la mobilité ni l'exode en tant que tels n'entraînent forcément la séparation des couples. Au Kenya, en 1993, les femmes des zones urbaines qui avaient vécu pendant au moins six mois dans une autre communauté avaient plus de chances d'être en compagnie de leur mari ou leur partenaire que des femmes qui n'avaient jamais bougé (Brockhoff et Biddlecom, 1999). En outre, les femmes en provenance d'autres zones urbaines étaient moins susceptibles d'avoir un comportement sexuel à haut risque que celles qui n'avaient jamais bougé. Chez les hommes qui avaient émigré d'une ville à l'autre par contre, les comportements sexuels à haut risque étaient presque deux fois plus fréquents que chez les non-migrants. L'inverse a été observé en milieu rural où ce sont les femmes qui avaient quitté un village pour un autre qui affichaient des comportements à plus haut risque, contrairement aux hommes. Autrement dit, la mobilité proprement dite n'était pas un élément déterminant du comportement à haut risque.

Politiques relatives aux voyages internationaux et au VIH/sida

En 2003, il y avait au moins 60 pays qui demandaient à tous ceux qui cherchaient à entrer dans leur territoire ou à certains d'entre eux, de subir un test de dépistage du VIH (Département d'État des États-Unis, 2003). Une enquête réalisée auprès de 144 pays entre 1999 et 2002 a indiqué que 104 d'entre eux avaient imposé certaines formes de limitation de déplacement liées au VIH/sida (Deutsche AIDS-Hilfe, 2002). L'étendue de ces restrictions varient : 14 pays interdisent l'entrée à quiconque est séropositif ou atteint du sida, qu'il soit touriste ou migrant, et autorisent l'expulsion de tout étranger séropositif. Cela dit, les restrictions s'appliquent généralement aux personnes séropositives qui souhaitent effectuer un séjour de plus de trois mois (ou de 30 jours, dans certains cas). La plupart des pays demandent aux personnes qui cherchent à obtenir le statut de résident de prouver qu'ils ne sont pas séropositifs. Certains pays ne pratiquent de tests de dépistage que pour certains groupes de migrants. C'est ainsi que le Bahreïn exige que les travailleurs migrants employés dans l'industrie alimentaire et dans le secteur des soins de santé ou préposés à la garde des enfants subissent des tests de dépistage; la Malaisie teste les travailleurs migrants non spécialisés; l'Afrique du Sud exige des tests de dépistage du sida de mineurs étrangers. Bien que le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord ne refuse pas l'entrée aux personnes séropositives, quiconque n'a pas l'air bien portant au point d'entrée peut être soumis à un test de dépistage et se voir refuser le droit d'entrée si les examens révèlent qu'il est séropositif (ibid.).

Ces mesures découlent essentiellement d'un souci de protéger la santé publique et d'éviter que les systèmes de soins de santé des pays d'accueil ne soient sollicités à l'excès par des étrangers séropositifs. L'existence de thérapies antivirales efficaces, encore très peu répandues chez les pays en développement, est venue renforcer cette crainte. Reste que ces limitations de déplacement pourraient ne pas suffire à empêcher l'entrée de personnes qui vont imposer un fardeau supplémentaire au système de soins de santé. Il se peut que les étrangers séropositifs aient les moyens de payer leurs soins et n'aient pas droit à des soins médicaux gratuits. Dans une déclaration commune sur les limitations de déplacement liées au sida, ONUSIDA et l'Organisation internationale des migrations (2004) ont recommandé que soient examinées, au moment de décider d'accorder ou non à un migrant international le droit d'entrer dans un pays, les éventuelles dépenses de santé et d'assistance sociale se rapportant à sa situation et que soit notamment déterminé si l'intéressé ferait appel ou non à ces services, quand et s'il pourrait en assumer le coût ou le compenser directement ou indirectement par le biais de contributions économiques et sociales. ONUSIDA et l'OIM ont recommandé que les restrictions relatives à l'entrée et au séjour pour des motifs sanitaires, y compris dans le cas du sida, soient appliquées dans le strict respect des obligations en matière de droits de l'homme, qui s'étendent au principe de non-discrimination, au non-refoulement des réfugiés, au droit au respect de la vie privée et à la protection de la famille, des droits des migrants et des intérêts supérieurs des enfants (ibid.).

En résumé, la mobilité peut être liée à un comportement qui accentue le risque d'infection par le VIH. Des recherches montrent que certaines populations mobiles sont exposées à des risques d'infection plus élevés que les sédentaires. Par contre, l'exposition à de nouveaux environnements n'engendre pas nécessairement un

comportement à risque, notamment si les familles ne sont pas séparées. Au niveau international, la plupart des pays imposent des restrictions à l'entrée sur leur territoire d'étrangers séropositifs qui comptent y effectuer de longs séjours d'une période généralement supérieure ou égale à trois mois.

VI. VIH/sida, développement et pauvreté

Depuis son apparition au début des années 80, l'épidémie de sida a touché chaque secteur de la société et, dans les pays où son taux de prévalence est élevé, effacé des décennies de progrès enregistrés dans la lutte contre la mortalité. Parce qu'elle frappe de jeunes adultes dans les années les plus productives de leur vie, la maladie a un effet particulièrement dévastateur sur les familles et les foyers et sur le développement économique à long terme d'un pays.

Conséquence sur les foyers et les familles

Le sida pèse le plus sur les foyers et les familles parce qu'ils sont les cellules de base où se mène le combat contre la maladie et ses conséquences. Des études montrent que lorsque le sujet infecté est soutien de famille, celle-ci en pâtit financièrement tant par la perte de revenus occasionnée par le surcroît de dépenses médicales à supporter (Nations Unies, 2004a). Pendant la longue période de maladie et après le décès de la victime, le manque de revenus et les dépenses médicales peuvent contraindre les foyers à dépenser leurs économies, à vendre leurs biens productifs et à recourir à l'emprunt. Les foyers victimes du sida basculent souvent très vite dans la pauvreté. À Rakai (Ouganda), les foyers touchés par le sida avaient moins de chance de posséder des biens durables que les foyers non touchés, surtout lorsque la victime était de sexe masculin (Menon et autres, 1998). Booyesen (2003) a découvert qu'en Afrique du Sud, les foyers qui venaient d'être frappés par un décès étaient deux fois plus susceptibles d'être pauvres que les foyers non touchés, avec des risques accrus de pauvreté chronique. Les études révèlent une baisse du niveau de consommation au sein des foyers touchés par le sida, y compris une baisse de la consommation alimentaire, qui se traduit souvent par la malnutrition (Nations Unies, 2004a).

Les recherches montrent que les décès d'adultes, particulièrement de parents, causent souvent l'éclatement des familles, les enfants étant envoyés vivre avec des parents ou se retrouvant sans toit. Les familles où l'on observe un saut de génération, c'est-à-dire constitué des grands-parents et des petits-enfants, la génération intermédiaire étant absente, deviennent un phénomène de plus en plus courant dans les pays durement frappés par le sida (Nations Unies, 2004a).

Les études ont révélé que le taux de scolarisation des enfants issus de foyers victimes du sida était plus faible (Nations Unies, 2004a). Les enfants abandonnaient généralement l'école parce que leur famille n'avait pas d'argent pour payer les frais de scolarité ou avait besoin que les enfants travaillent à la maison. En République-Unie de Tanzanie, c'était particulièrement le cas lorsque la victime du sida était la mère. Les enfants ont tendance à assumer les rôles domestiques de la mère et étaient contraints pour ce faire de quitter l'école (Ainsworth, 1993).

De récentes études ont été consacrées au bien-être relatif des orphelins du sida comparés à des non-orphelins au sein de la même société. La plupart ont révélé que les orphelins étaient nettement désavantagés sur le plan éducatif et nutritionnel, surtout lorsqu'ils avaient perdu les deux parents ou vivaient dans un foyer démuné (Nations Unies, 2004a). La prise en charge des orphelins est une pratique culturelle courante, surtout dans les sociétés africaines, mais l'augmentation rapide de leur nombre met à très rude épreuve le système de soutien traditionnel de la famille

élargie. Dans de nombreux pays touchés par le sida, les personnes âgées s'occupent de leurs petits-enfants orphelins en même temps que de leurs enfants malades au stade ultime de leur vie. Nombre d'entre eux n'ont ni protection sociale ni pension. L'épidémie de sida, non seulement rend la vie des personnes âgées plus difficile, mais les appauvrit également, au moment même où elles ont besoin de soutien (ibid.).

Conséquences sur l'agriculture et la sécurité alimentaire

La plupart des habitants des pays gravement touchés par le sida vivent en milieu rural. Dans nombre de pays africains, plus de 70 % de la population vit de l'agriculture et d'autres activités rurales. L'épidémie de sida est particulièrement dévastatrice pour le secteur agricole des pays qui comptent beaucoup sur la main-d'œuvre pour assurer la production. L'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) a estimé que 7 millions d'ouvriers agricoles sont morts du sida entre 1985 et 2000 et que 16 millions d'autres décès pourraient venir s'y ajouter au cours des deux prochaines décennies dans les 27 pays les plus touchés d'Afrique (Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, 2001). Dans les 10 pays africains les plus touchés, la main-d'œuvre baissera entre 11 et 26 % d'ici à 2020.

La perte de la main-d'œuvre des suites de maladies et de décès liés au sida réduit l'étendue des terres cultivées, ce qui diminue la production alimentaire et accentue l'insécurité alimentaire (Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, 1997). C'est ainsi qu'une étude réalisée au Zimbabwe a montré que la production agricole des zones communales avait baissé de près de 50 % dans les foyers touchés par le sida (Kwaramba, 1997).

Dans de nombreux pays où le taux de prévalence du sida est élevé, le secteur agricole était déjà en proie à des difficultés causées par la désertification et le peu d'attention accordée au secteur agricole traditionnel, bien avant l'éclatement de l'épidémie du sida. La FAO (2001) a constaté que l'épidémie de sida accentuait les problèmes de la main-d'œuvre agricole; augmentait la malnutrition; et alourdissait le fardeau qui pesait sur les femmes rurales, en particulier celles qui étaient chefs de famille agricole.

Conséquences sur la main-d'œuvre

Le sida réduit la somme de compétences et d'expérience de la main-d'œuvre et cette perte de capital humain rend les objectifs d'élimination de la pauvreté et de développement durable plus difficiles à réaliser (Organisation internationale du Travail, 2004). Le secteur des entreprises est particulièrement vulnérable aux effets de l'épidémie de sida, nombre des victimes étant en âge de travailler. La maladie qui précède le décès réduit la productivité d'hommes et de femmes qui autrement auraient été économiquement actifs. Les entreprises voient augmenter leurs dépenses de santé et leurs prestations de décès ainsi que leurs coûts de formation de nouveaux employés.

Les administrations accusent également le coup du sida. Une étude consacrée aux ressources humaines au Malawi a montré que le nombre des agents que la fonction publique nationale perdait chaque année avait été multiplié presque par six

entre 1990 et 2000, principalement à cause de décès prématurés dus au sida (Institut de gestion du Malawi, 2002).

Effets sur le secteur de la santé et de l'éducation

L'épidémie de sida pose d'énormes problèmes au secteur public, notamment aux systèmes de santé et d'éducation qui sont tous deux des domaines d'investissement en capital humain importants pour le développement économique futur d'une nation. Elle accroît les dépenses de santé et d'éducation en même temps qu'elle emporte des médecins, des enseignants et des sages-femmes dans les pays gravement touchés. Le manque de fonds et la perte de professionnels de l'éducation et de la santé font que la prochaine génération sera peut-être moins bien éduquée et moins bien portante que la précédente.

Le secteur de la santé se bat à la fois pour traiter les victimes du sida et pour enrayer la propagation du virus. L'épidémie crée un surcroît de demande de services de santé destinés au traitement de personnes victimes de maladies opportunistes liées au sida. En même temps, elle réduit le nombre et la productivité des agents de santé qui tombent malades et meurent du sida. Une étude des décès d'agents de la santé publique en Afrique a estimé qu'entre 19 et 53 % de l'ensemble des décès était imputable au sida (ONUSIDA, 2004a). En outre, les ressources consacrées à la lutte contre le sida le sont au détriment d'autres besoins sanitaires, ce qui compromet la santé de l'ensemble de la société.

Le sida entame également les progrès accomplis dans le sens de la réalisation de l'objectif d'éducation primaire pour tous. Il affaiblit le système éducatif et empêche les enfants des familles touchées d'aller à l'école (Monasch et Snoch, 2003). Trois principaux indicateurs permettent d'en mesurer l'impact sur le secteur éducatif : le nombre d'enseignants, le nombre d'enfants scolarisés et la qualité de l'enseignement. Les études réalisées par le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) (2000) ont conclu qu'il y avait actuellement un début de pénurie d'enseignants, ainsi qu'un taux d'absentéisme plus élevé et une productivité plus faible causés par le sida. En Zambie, par exemple, le nombre d'enseignants décédés en 1998 correspondait environ aux deux tiers du nombre de nouveaux enseignants diplômés chaque année.

Le sida réduit également les taux de scolarisation. Les familles qui ont subi la perte d'un parent sont moins à même de payer les frais de scolarité et plus enclins à requérir les services de l'enfant à la maison. La qualité de l'enseignement baisse à mesure que les enseignants victimes du sida sont remplacés par des enseignants moins qualifiés et moins expérimentés. Les effets les plus durables et les plus débilissants de l'épidémie de sida pourraient bien être la scolarisation dont seraient privées les générations futures.

Effets sur l'économie et le développement

L'épidémie de sida pèse sur l'économie de tout pays. C'est surtout le cas des économies faibles qui caractérisent généralement les pays où le taux de prévalence du sida est élevé. De nombreux efforts ont été déployés pour modéliser les effets du sida sur la croissance économique (Nations Unies, 2004a). Dans certains cas, le contrecoup économique du sida a été jugé « faible », tandis que dans d'autres, il

peut représenter une réduction annuelle de 2 à 4 % du taux de croissance du produit intérieur brut (PIB) par rapport à une situation hypothétique de « non-sida ». Au-delà de ses effets sur le PIB, il y a tout lieu de craindre que l'épidémie de sida creuse les disparités de revenu et accentue la pauvreté. Il est toutefois difficile d'isoler les effets du sida sur l'économie d'un pays, tant de nombreux autres facteurs comme la guerre, les catastrophes naturelles, la mauvaise gestion économique et la politique budgétaire entravent la croissance économique à long terme.

À la longue, les effets sur l'économie risquent d'être plus graves que ne laissent supposer la plupart des analyses économiques. La perte de « capital social », c'est-à-dire les ravages à long terme causés au capital humain, n'est généralement pas prise en compte dans l'évaluation des effets du sida. Les conséquences de la baisse des investissements en faveur des plus jeunes générations pèseront sur les résultats économiques des prochaines décennies, bien au-delà des échéances fixées par la plupart des analyses économiques (Bell, Devarajan et Gersbach, 2003).

Nombre d'études s'en tiennent uniquement aux effets économiques quantifiables de l'épidémie de sida, alors que l'on sait que le « développement » recouvre plus que le progrès matériel. La longévité et la santé de la population constituent l'un des principaux critères de développement d'une nation. Les conséquences de l'épidémie sur la mortalité en tant que telle représentent un manque à gagner en matière de bien-être social qui éclipse de par son ampleur les effets estimés du sida sur le PIB (Jamison, Sachs et Wang, 2001).

En résumé, l'épidémie de sida touche chaque secteur de la société. Des études montrent que le sida bouleverse et appauvrit les familles en même temps qu'il affaiblit les systèmes de soutien intergénérationnel. Il provoque une baisse de la production agricole, qui entraîne l'insécurité alimentaire; il grève les ressources sanitaires; il entame les progrès réalisés dans le domaine de l'éducation et provoque une diminution de la main-d'œuvre en même temps qu'il augmente les dépenses des entreprises. Il réduit les investissements dans le capital humain et a des conséquences marquées et durables sur le développement social et économique d'un pays.

VII. Points de vue et politiques des gouvernements

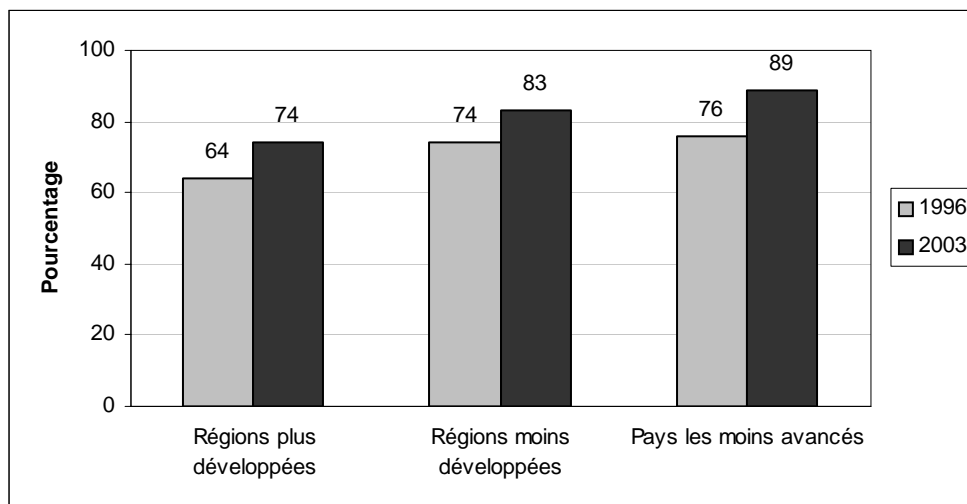
L'épidémie de sida a été à l'origine d'un arsenal sans précédent de mesures aux échelons mondial, régional et national. L'urgence d'une action concertée a été reconnue dans la Déclaration du Millénaire (voir résolution 55/2 de l'Assemblée générale, par. 19), dans laquelle les gouvernements ont exprimé leur ferme intention d'arrêter la propagation du VIH/sida et d'inverser la tendance actuelle d'ici à 2015. Cette intention a été réitérée dans la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida adoptée par l'Assemblée générale à sa vingt-sixième session extraordinaire en 2001, dans laquelle on a considéré que les mesures à prendre pour lutter contre l'épidémie devaient être axées sur la prévention de l'infection à VIH.

Même si les gouvernements avaient commencé à formuler des politiques de lutte contre le VIH/sida au milieu des années 80, ces politiques étaient dans bien des cas fragmentaires et leur champ d'application au secteur de la santé était restreint, ce qui tranche avec la situation actuelle caractérisée par l'adoption de politiques et programmes d'ensemble dans de nombreux pays. Une volonté politique franche, associée à la sensibilisation du public et à des actions de prévention énergiques, a donné certains résultats intéressants.

Évolution de la question VIH/sida en tant que grave sujet de préoccupation nationale

Le VIH/sida figure en bonne place dans les préoccupations en matière de population de la plupart des pays du monde (Nations Unies, 2004b). En 2003, 80 % des pays ont indiqué que le VIH/sida était un sujet de préoccupation grave (voir fig. VII). Le degré de préoccupation est également étroitement lié au niveau de développement. Si les trois quarts des pays des régions plus développées ont exprimé leur préoccupation face à l'épidémie, ils sont près de 90 % parmi les pays les moins avancés.

Figure VII
**Pourcentage de gouvernements se déclarant très préoccupés
 par le VIH/sida dans les régions plus et moins développées
 et parmi les pays les moins avancés, 1996 et 2003**



Source : *World Population Policies, 2003* (publication des Nations Unies, numéro de vente : E.04.XIII.3).

Toutefois, dans un premier temps, de nombreux pays n'ont pas considéré le VIH/sida comme une menace nationale ou un véritable sujet de préoccupation. Du milieu à la fin des années 80, l'épidémie n'en était encore qu'à ses débuts, et environ un quart seulement des pays étaient véritablement préoccupés en dépit du nombre relativement faible de cas de sida (Nations Unies, 1990). Cette période a été marquée par une prise en considération insuffisante ou un refus généralisé de reconnaître la situation. Même si l'inquiétude face au VIH/sida est désormais presque universelle, la nature et le degré des craintes diffèrent d'un pays à l'autre. Les mesures prises pour lutter contre l'épidémie sont très différentes selon les pays et les régions. Actuellement, environ 90 % des pays d'Amérique latine et des Caraïbes et d'Afrique admettent que le VIH/sida est un sujet de préoccupation grave, contre 80 % des pays d'Océanie et environ 70 % des pays d'Asie, d'Europe et d'Amérique du Nord.

La vitesse de propagation de l'épidémie a eu une incidence très importante sur le point de vue des gouvernements. Dans les pays d'Afrique, qui sont les plus gravement touchés, on considère la lutte contre l'épidémie comme une priorité absolue. En revanche, dans les pays où la prévalence de l'épidémie est faible, tels que l'Australie, le Danemark et la Finlande, outre les préoccupations liées à leur propre situation, les principales craintes concernent souvent les incidences de l'épidémie sur d'autres pays.

Stratégies de prévention et de traitement du VIH/sida

La plupart des gouvernements ont appliqué des programmes axés sur la prévention du VIH/sida. Les programmes de prévention complets comprennent une

série de stratégies, telles que les campagnes d'information, d'éducation et de communication (IEC); les programmes de modification des comportements sexuels; la promotion de l'usage du préservatif; les services de dépistage volontaire et d'accompagnement psychologique; la sécurité transfusionnelle; et la sensibilisation des groupes à haut risque (travailleurs du sexe et utilisateurs de drogues injectables) et vulnérables (jeunes et femmes enceintes). Par ailleurs, quelque 60 pays ont imposé un dépistage obligatoire du sida pour les immigrants, qui constitue l'une des mesures les plus controversées du point de vue des droits de l'homme (ONUSIDA et Organisation internationale pour les migrations, 2004). Les programmes les plus répandus sont les campagnes IEC, le contrôle systématique des produits sanguins, les services de dépistage et d'accompagnement psychologique, la promotion de l'usage du préservatif et le signalement de cas (voir tableau 8). L'expérience montre que l'efficacité des programmes est optimale lorsqu'un ensemble de mesures adéquates est adapté à la situation et aux facteurs de risque particuliers d'un pays. Au Brésil, en Ouganda et en Thaïlande par exemple, des mesures très différentes mais extrêmement efficaces ont été prises pour lutter contre l'épidémie (Nations Unies, 2003b). Cependant, une question essentielle reste de savoir comment faire en sorte que les programmes soient accessibles à ceux qui en ont besoin. Une étude récente a révélé que dans nombre de pays, seul un faible pourcentage des personnes à risque bénéficient de services de prévention de base (ONUSIDA, 2004b).

Une meilleure connaissance du VIH/sida et sa prévention peuvent venir compléter et renforcer l'efficacité des mesures et programmes gouvernementaux. Les personnes peu instruites par exemple sont moins bien informées sur le VIH/sida et il est peu probable qu'elles utilisent des condoms. Elles sont donc davantage exposées au risque d'infection (Nations Unies, 2002b). En outre, même lorsque les femmes sont bien informées, il leur est dans bien des cas impossible de choisir l'abstinence ou les rapports sexuels protégés. Conscients de cet état de fait, nombre de gouvernements sensibilisent le public en animant des programmes d'IEC par l'intermédiaire de divers canaux, y compris la presse écrite, le théâtre, la radio, le publipostage et autres messages d'intérêt public. Les organisations non gouvernementales, les réseaux de personnes contaminées par le sida, les institutions religieuses et les donateurs internationaux et bilatéraux sont des participants des plus importants aux activités d'IEC.

Il reste beaucoup à faire pour améliorer l'efficacité des stratégies gouvernementales, différentes couches de la population n'ayant pas toutes les mêmes connaissances. Si les études révèlent que le degré de sensibilisation au VIH/sida est élevé dans les pays gravement touchés, les comportements à risque persistent souvent (Nations Unies, 2002b). La stratégie qui prône l'abstinence, la fidélité (réduction du nombre de partenaires) et l'usage correct et systématique du préservatif est devenue un élément essentiel des programmes de modification des comportements sexuels. En Ouganda, cette stratégie a été décisive dans les efforts du Gouvernement visant à réduire la prévalence du VIH. Dans le cadre d'un projet novateur mené actuellement au Zimbabwe, les jeunes filles bénéficient d'une formation de type professionnel et autre, de prêts et d'un emploi afin de les soustraire à des hommes plus âgés qui les aident en échange de relations sexuelles (FNUAP, 2004). La réduction du nombre de partenaires est un élément essentiel des stratégies visant à réduire les comportements à risque et a permis d'abaisser sensiblement les taux d'infection à VIH dans plusieurs pays tels que le Cambodge, l'Éthiopie et la République dominicaine.

Environ 90 % des pays indiquent avoir des programmes encourageant l'usage du préservatif (tableau 8). Si la plupart des pays d'Afrique encouragent l'usage du préservatif, nombreux sont ceux qui admettent avoir du mal à atteindre la population visée. Malgré des améliorations marquantes dans la distribution de préservatifs, un certain nombre d'obstacles subsistent tels que la pénurie constante dans l'approvisionnement (ONUSIDA, 2004b). Les programmes de commercialisation parallèle des préservatifs pour les pauvres appuyés par des organisations non gouvernementales sont courants dans de nombreux pays et continuent d'être la principale source de préservatifs dans plusieurs pays. Certains gouvernements sont réticents à encourager l'usage du préservatif, en particulier en dehors du mariage, par crainte d'encourager l'activité sexuelle. Dans certains pays, les programmes ne prévoient pas la distribution de préservatifs aux adolescents. Même si les préservatifs sont davantage utilisés lors de relations sexuelles hors mariage qu'entre partenaires mariés, nombre de personnes mariées, en particulier les femmes, continuent d'être infectées par leur conjoint.

Tableau 8
Répartition des pays selon les mesures appliquées pour lutter contre le VIH/sida : statistiques pour le monde et les principales régions, 2004

Région	Nombre total de pays	Campagnes IEC	Contrôle systématique des produits sanguins	Service de dépistage et d'accompagnement psychologique	Promotion de l'usage du préservatif	Signalement des cas	Accès au traitement antirétroviral
Monde	82	77	76	75	73	73	68
Régions plus développées	28	25	25	25	24	25	25
Régions moins développées	54	52	51	50	49	48	43
PMA	12	12	12	12	12	10	9
Afrique	15	15	15	15	15	12	14
Asie	27	26	26	25	25	25	19
Europe	24	21	21	21	20	21	21
Amérique latine et Caraïbes	12	11	10	10	9	11	11
Amérique du Nord	1	1	1	1	1	1	1
Océanie	3	3	3	3	3	3	2

Source : Banque de données des politiques en matière de population, gérée par la Division de la population, Département des affaires économiques et sociales du Secrétariat de l'ONU.

La réprobation et la discrimination associées au sida compromettent sensiblement l'efficacité des mesures de lutte contre l'épidémie. Les droits de l'homme des personnes contaminées portent sur la protection juridique contre les pratiques discriminatoires et l'élimination des obstacles aux soins médicaux appropriés. En 2004, 38 % des pays n'avaient pas de loi contre la discrimination, et un tiers n'avaient pas de mesures garantissant l'égalité d'accès des femmes aux services essentiels de soins et de prévention (ONUSIDA, 2004b).

La transfusion de sang contaminé est l'une des sources d'infection à VIH que l'on peut éviter le plus facilement. Quinze ans après la mise au point d'un test de

dépistage du VIH, la transmission du VIH et d'autres maladies infectieuses par la transfusion sanguine demeure un grave problème de santé publique, particulièrement dans les pays en développement (United States Centers for Disease Control and Prevention, Centre national de prévention du VIH, des MST et de la tuberculose, 2004). En 2004, nombre de pays procèdent au contrôle systématique des produits sanguins pour déceler la présence du VIH. Les efforts visant à garantir l'innocuité de l'approvisionnement national en sang sont plus importants, tandis qu'un certain nombre de pays ont étendu le contrôle à davantage de produits sanguins. Les politiques nationales en matière de transfusion sont différentes quant à leur étendue et leur degré de couverture. Par exemple, le pourcentage de sang transfusé qui est contrôlé et la précision des procédures de contrôle diffèrent d'un pays à l'autre. Dans certains cas, seul le sang provenant de banques nationales ou le sang donné volontairement est contrôlé. Pourtant, la pénurie de sang oblige souvent les hôpitaux à recourir aux donneurs rémunérés ou aux membres de la famille des patients qui sont transfusés en urgence.

Les efforts de prévention ont également porté sur la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Les activités menées pour éradiquer cette forme de transmission comprennent les services de prévention du VIH pour les femmes en âge de procréer, le service de dépistage volontaire et d'accompagnement psychologique pour les femmes enceintes, les services complets d'hygiène de la procréation et les traitements antirétroviraux (voir chap. VIII). Néanmoins, les progrès concernant l'accès aux traitements antirétroviraux préventif restent peu importants, puisque 10 % seulement des femmes enceintes se voient proposer ce traitement (ONUSIDA, 2004b).

Même si les traitements antirétroviraux allongent sensiblement la durée de vie et diminuent la souffrance des personnes atteintes du sida, l'accès à ces traitements demeure extrêmement limité. Si les efforts concertés aux échelons international et national ont permis d'en réduire fortement le prix, il reste hors de portée de la plupart des malades dans les pays en développement. En outre, la disponibilité croissante des thérapies ne doit pas conduire à négliger les efforts de prévention, ce qui donnerait lieu à une augmentation des nouveaux cas d'infection à VIH.

Stratégies et partenariats multisectoriels

Étant donné que le VIH/sida a des incidences sur tous les aspects du développement socioéconomique d'un pays, l'intégration de la question du VIH/sida dans la planification du développement est une stratégie essentielle. Les objectifs du Millénaire pour le développement et la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida de 2001 prévoient la réduction de la pauvreté. Toutefois, en 2004, 56 % seulement des pays interrogés en Afrique avaient fait participer la commission nationale du sida à l'élaboration de la stratégie pour la réduction de la pauvreté (ONUSIDA, 2004b).

Les pays intègrent dans une mesure croissante la question du VIH/sida dans leurs plans stratégiques multisectoriels. À la fin de 2002, 102 pays avaient élaboré des plans stratégiques de lutte contre le VIH/sida (Nations Unies, 2003b). De nombreux autres pays n'abordent plus le VIH/sida en termes purement médicaux mais plutôt comme un problème de développement plus général nécessitant la participation de tous les secteurs. Cependant, les progrès accomplis dans l'élaboration d'une stratégie multisectorielle sur le VIH/sida ont été lents dans

certain pays. Qui plus est, le fait que les compétences respectives des ministères de la santé et des conseils nationaux du sida sont mal définies a été source de confusion et de conflit dans de nombreux pays (ONUSIDA, 2004b).

Compte tenu du nombre d'intervenants, l'utilité de créer des organes nationaux pour coordonner la formulation de politiques et la mise en œuvre de programmes est largement admise. Dans un premier temps, ces organes étaient fréquemment rattachés aux ministères de la santé et n'avaient que peu d'autorité et des attributions mal définies. Récemment, des organes gouvernementaux chargés de coordonner les programmes nationaux de lutte contre le VIH/sida ont été créés. Ces organes de coordination sont souvent rattachés au Cabinet du chef de l'État, et sont donc davantage susceptibles de se faire entendre. Toutefois, en raison du manque ou de l'inadéquation des ressources, l'augmentation du nombre d'organes de coordination ne s'est pas toujours traduite par des mesures efficaces et concertées (ONUSIDA, 2004b).

Les gouvernements ont admis dans une mesure croissante que l'on ne peut lutter efficacement contre l'épidémie de sida sans l'établissement de partenariats dynamiques avec la société civile, les personnes contaminées par le VIH/sida, les organisations locales, les organisations non gouvernementales et le secteur privé. Malgré leur financement souvent précaire, les organisations non gouvernementales et locales jouent souvent un rôle de premier plan dans la lutte contre le sida, en particulier dans les pays en développement. Dans nombre de pays, elles assurent la prévention, l'information et les soins pour les patients contaminés par le VIH/sida, et dans certains cas, des services que les pouvoirs publics ne peuvent assurer eux-mêmes ou sont réticents à assurer (Barnett, Connor and Putney, 2001). Elles jouent également un rôle essentiel dans les régions plus développées. Même si l'on constate une augmentation du nombre de programmes de lutte contre le sida menés sur le lieu de travail, une enquête mondiale effectuée auprès des entreprises a révélé que ces dernières ne sont pas particulièrement actives dans la lutte contre le sida, alors même que l'épidémie devrait leur poser de graves problèmes (ONUSIDA, 2004b).

En résumé, presque tous les pays admettent désormais que le VIH/sida est un problème de première importance. Les pays en développement sont en butte à des choix difficiles pour trouver un juste milieu entre prévention, traitement et soins, éléments nécessaires pour lutter systématiquement contre l'épidémie. Les politiques et les programmes considèrent le VIH/sida dans une mesure croissante comme un problème de développement qui nécessite une action nationale pluridimensionnelle, particulièrement dans son rapport avec la pauvreté.

VIII. Prévention, traitement et soins

Prévention

La prévention est l'élément fondamental de la réponse mondiale au sida. L'augmentation du nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH en 2003, qui est la plus élevée qui ait été enregistrée jusqu'à présent, exige que l'on redouble d'efforts pour appliquer les stratégies de prévention qui ont fait leur preuve (ONUSIDA, 2004b). À l'heure actuelle, moins d'une personne sur cinq parmi les populations à risque a véritablement accès aux services de prévention élémentaires (Groupe de travail mondial pour la prévention du VIH, 2003). Si les efforts de prévention déployés actuellement l'étaient à l'échelle mondiale, on pourrait éviter 60 % ou plus des nouvelles infections qui devraient se produire d'ici à 2010 selon les projections (Stover et autres, 2002).

Le VIH se transmet de trois manières : a) lors des rapports sexuels; b) par exposition directe à du sang contaminé, principalement par suite d'injection de drogue par piqûre intraveineuse, de transfusions sanguines ou d'injection de médicament par piqûre dans de mauvaises conditions d'hygiène; et c) de la mère à l'enfant au cours de la grossesse, de l'accouchement ou par suite de l'allaitement au sein. Il existe des moyens efficaces pour éviter la transmission du virus quel que soit le mode de transmission. L'approche la plus efficace adoptée dans les programmes nationaux consiste à combiner plusieurs stratégies tendant à réduire les risques, diminuer la vulnérabilité, atténuer les conséquences de l'infection, et visant tous les modes de transmission. L'expérience du Brésil, de la Thaïlande et de l'Ouganda témoigne qu'il est possible d'endiguer des épidémies nationales en appliquant des programmes de « prévention combinée » appuyés par une forte volonté politique et un débat ouvert sur la menace que représente le sida (ONUSIDA, 2004b; 2001a).

Transmission lors des rapports sexuels. C'est avant tout de l'éducation et de la prise de conscience du danger que représente le sida, appuyées par des programmes soigneusement élaborés pour inciter les gens à éviter les comportements à risque et favoriser l'évolution des comportements sexuels, que dépend l'efficacité des programmes nationaux de prévention de la transmission du VIH lors des rapports sexuels. Les préservatifs aussi bien à l'usage des hommes que des femmes évitent très efficacement la transmission du virus; des études menées au Brésil, au Cambodge, en Thaïlande et dans plusieurs pays à revenus élevés, il ressort qu'il y a corrélation très nette entre la réduction du nombre des nouvelles infections et l'utilisation accrue des préservatifs (ONUSIDA, 2002a; 2002b). Outre qu'ils contribuent à l'évolution des comportements individuels, les programmes de prévention tendent à renforcer les normes communément admises en matière de santé au niveau des collectivités. Il semble, par exemple, que les progrès initialement réalisés en Ouganda en ce qui concerne la réduction des taux d'infection, résultent d'une initiation plus tardive des jeunes gens aux rapports sexuels et d'une réduction globale du nombre moyen des partenaires sexuels (United States Agency for International Development, 2002). L'utilisation de plus en plus répandue des préservatifs, associée à cette tendance, a sans doute joué un rôle important dans la stabilisation de l'épidémie en Ouganda (Singh, Darroch et Bankole, 2003). Diverses autres démarches, notamment l'intervention des pairs, la commercialisation des préservatifs et les services de conseil individuel ou en groupe

restreint, ont aussi contribué à faire passer avec succès le message concernant la prévention dans divers contextes.

Les maladies sexuellement transmissibles augmentant considérablement le risque de transmission du VIH, la prévention et le traitement de l'ensemble de ces maladies sont des éléments essentiels d'un programme complet de prévention du sida. Bien que certains pays aient réalisé d'importants progrès dans le domaine considéré sans que la population ait généralement connaissance de son statut sérologique, il faudrait faciliter l'accès aux services de conseil et de dépistage volontaire, qui permettent de conseiller des mesures de prévention ciblées en fonction de ce statut, ce qui peut accroître considérablement l'efficacité de la prévention. Il ressort des études qui ont été menées que la plupart des individus qui se découvrent séropositifs modèrent considérablement leur comportement à risque, tandis que ceux qui se découvrent séronégatifs bénéficient directement à l'occasion des tests de dépistage de conseils visant la réduction des risques ou peuvent être dirigés sur des services plus spécialisés dans la prévention.

Les efforts qui sont déployés actuellement restent très insuffisants pour endiguer la transmission lors des rapports sexuels, qui constituent la voie principale par laquelle se propage l'infection dans le monde entier. Un très grand nombre des personnes exposées à la transmission du virus continuent d'ignorer les risques qu'elles courent. Dans plusieurs États de l'Inde, par exemple, moins d'une femme rurale sur quatre a entendu parler du sida (National AIDS Control Organization, 2003). L'usage des préservatifs reste peu répandu dans de nombreuses régions du monde et l'offre de préservatifs à l'échelle mondiale est inférieure de 40 % à ce qui serait nécessaire pour répondre aux besoins des pays à revenu faible ou moyen (ONUSIDA, 2004b). Seul un pays sur quatre dans l'Afrique subsaharienne fait savoir que 50 % au moins des infections sexuellement transmises sont convenablement diagnostiquées et les patients conseillés et traités en conséquence. Les programmes visant à faire évoluer le comportement des populations atteignent présentement à l'échelle mondiale moins de 20 % des populations les plus vulnérables à l'infection par le VIH.

Contamination par le sang. En Europe de l'Est, dans certaines régions d'Asie et dans la partie inférieure de l'Amérique du Sud, la propagation de l'épidémie est due essentiellement à l'usage de drogues par injection intraveineuse. Pour en réduire les conséquences, des services divers visant à diminuer les risques de transmission ont été prévus : activités de sensibilisation, interventions visant à réduire la dépendance à la drogue (traitements substitutifs) et offre de seringues et aiguilles stériles aux toxicomanes, appuyés de services de dépistage (tests et conseils) volontaire et de services de santé généraux. Bien que l'efficacité des programmes d'atténuation des conséquences de l'épidémie par la réduction des risques de transmission soit attestée par un certain nombre d'études, moins d'une personne sur 10 parmi les toxicomanes qui pratiquent des injections intraveineuses dans le monde, a actuellement accès à ces programmes. Il est nécessaire d'augmenter considérablement l'appui financier qui leur est apporté pour que ces populations vulnérables puissent avoir accès aux services de prévention salvateurs, d'introduire dans la politique suivie dans le domaine une certaine tolérance juridique, d'appuyer financièrement les programmes d'échange de seringues, d'autoriser les médicaments de substitution aux opiacés et de prolonger les thérapies de substitution de longue durée dans les cas de dépendance aux opiacés. L'Organe international de contrôle

des stupéfiants (2004) a confirmé que ces mesures ne contrevenaient pas aux dispositions des conventions internationales relatives au contrôle des drogues.

Les procédures de sécurité concernant le sang sont un élément essentiel d'un programme national de prévention complet. Ces procédures exigent qu'un contrôle centralisé s'exerce sur l'approvisionnement en sang, qu'il soit fait appel à des donneurs à faible risque, que l'on évite les transfusions non indispensables et que tous les dons de sang fassent l'objet d'un contrôle universel. Les piqûres dans de mauvaises conditions sanitaires pourraient être à l'origine dans certains contextes locaux de 2,5 % des infections dans l'Afrique subsaharienne (Hauri, Armstrong et Hutin, 2004); ces transmissions peuvent être évitées si l'on ne réutilise pas le matériel et si l'on encourage l'utilisation de seringues à usage unique.

Transmission de la mère à l'enfant. La grande majorité des 600 000 enfants et plus qui sont infectés par le VIH chaque année, l'est pendant la grossesse ou à la naissance, ou par suite d'allaitement au sein (ONUSIDA, 2004b). Les services de prévention primaire à l'intention des femmes sont le moyen le plus efficace de réduire le nombre des enfants infectés. Il existe aussi tout un ensemble de services à la disposition des femmes infectées visant à réduire le risque de transmission du virus à leur nouveau-né. À savoir, l'offre systématique de tests de dépistage, des conseils et des services sanitaires complets en matière d'hygiène de la reproduction, des soins périnataux, l'administration de courte durée d'antirétroviraux à la mère et au nouveau-né, et des conseils concernant l'allaitement. On a ainsi pu réduire nettement le nombre des nouveau-nés infectés dans les pays à revenu élevé, mais seule une petite fraction des femmes enceintes dans les pays à faible et moyen revenu peut à l'heure actuelle bénéficier de services comportant l'administration d'antirétrovirus (ONUSIDA, 2003b).

Les femmes et les adolescents. Au fur et à mesure de son évolution, c'est sur les femmes et les adolescents que l'épidémie pèse de plus en plus lourdement. Si, au début, le sida a été essentiellement une maladie d'hommes, les femmes représentent maintenant en gros la moitié de la totalité de la population touchée dans le monde et on estime que 57 % de cette population se trouve dans l'Afrique subsaharienne (ONUSIDA, 2004b), où les niveaux d'infection parmi les adolescentes sont souvent deux fois plus élevés que ceux enregistrés chez les adolescents. Outre le fait qu'elles sont biologiquement plus vulnérables à l'infection que les hommes, cette vulnérabilité est encore accrue du fait de leur situation sociale, économique et juridique défavorable. Étant socialement et économiquement dépendantes des hommes, fréquemment exposées à des violences, les femmes ont souvent des difficultés à faire accepter l'usage du préservatif. Une prévention efficace exige non seulement qu'elles soient convenablement informées, qu'elles bénéficient d'une prévention et de services d'appui ciblés et qu'elles puissent facilement se procurer des préservatifs, mais encore que les orientations politiques évoluent de manière à réduire leur vulnérabilité.

La Coalition globale sur les femmes et le sida rassemble des personnes séropositives, des dirigeants de la société civile, des activistes célèbres, des représentants d'organisations non gouvernementales et des personnalités de l'Organisation des Nations Unies réunis pour faciliter la collaboration et appuyer des activités renforcées et novatrices ayant des répercussions favorables sur la vie des femmes et des adolescentes. La Coalition s'emploie à prévenir les infections par le VIH parmi les adolescentes et les jeunes femmes; à réduire les violences

auxquelles elles sont exposées; à protéger leurs biens et leur patrimoine; à leur assurer l'accès sur un pied d'égalité aux traitements et aux soins; à appuyer les services de soins à base communautaire spécialement axés sur les femmes et les adolescentes; à faciliter aux femmes l'accès aux nouvelles techniques de prévention; et à appuyer les efforts déployés afin que les filles soient universellement éduquées.

Parmi les personnes nouvellement infectées, 1 sur 2 est un adolescent. La prévention parmi les jeunes gens est assurée par l'intermédiaire de l'école où ils font leur premier apprentissage de la vie et où ils apprennent ce qu'est le sida, en dehors de l'école grâce à des services à l'intention des jeunes déscolarisés vulnérables et dans le cadre des politiques visant à réduire la vulnérabilité des jeunes gens. Les efforts déployés actuellement sont loin d'être suffisants pour endiguer l'épidémie qui se répand parmi les jeunes. Moins de 30 % des jeunes gens interrogés dans 31 des 38 pays ayant fait l'objet d'enquêtes en 2000 étaient capables de répondre précisément à une série de questions sur la transmission du VIH. La moitié seulement des pays qui ont présenté des rapports à ONUSIDA en 2003 ont fait des efforts pour intégrer dans les programmes d'enseignement un élément d'apprentissage de la vie quotidienne, et une infime fraction des jeunes déscolarisés a véritablement accès aux programmes de prévention du VIH (ONUSIDA, 2003b).

Application des programmes nationaux de prévention. Bien qu'il ressorte des études sur la question que les nombreuses et diverses stratégies de prévention mises en œuvre sont efficaces, la manière dont le problème est abordé dans chaque pays dépend de la situation générale de celui-ci. Les programmes de prévention dans des contextes où la prévalence de la maladie est faible, seront le plus souvent axés essentiellement sur la prévention de la transmission dans les groupes de population à risque, c'est-à-dire les prostituées et leurs clients, les toxicomanes pratiquant des injections intraveineuses et les homosexuels. Lorsque la prévalence est élevée, des stratégies de grande envergure visant la société tout entière, y compris les femmes et les jeunes, sont nécessaires mais les groupes à risque ne doivent pas pour autant être négligés. Dans tous les pays, il est indispensable de prendre des mesures assurant à tous l'accès aux traitements contre le VIH et visant à réduire la vulnérabilité pour pouvoir lutter efficacement contre le sida.

Soins et traitement

Depuis le milieu des années 90, la plupart des personnes affectées par le VIH dans les pays à revenu élevé peuvent avoir facilement accès aux traitements antirétroviraux associant plusieurs médicaments. Les décès imputables au sida ont ainsi considérablement diminué, et la qualité de vie des personnes infectées par le virus a été spectaculairement améliorée. Jusqu'à une époque récente, pour des raisons économiques et logistiques, ces thérapies salvatrices étaient largement considérées comme inapplicables dans des contextes où les ressources étaient limitées. Grâce à plusieurs facteurs, notamment à un plaidoyer actif, le coût annuel du traitement antirétroviral d'un seul patient dans les pays les moins avancés est passé de 10 à 12 000 dollars des États-Unis en 2000 à à peine 150 dollars des États-Unis en 2004, ce qui accroît considérablement la possibilité de recourir à ces traitements et, avec l'appui d'un financement supplémentaire apporté par des donateurs, rend le traitement du sida beaucoup plus accessible dans ces pays.

Élan mondial en faveur de l'utilisation des traitements antirétroviraux. Les dernières années, un élan mondial s'est manifesté en faveur de l'introduction des traitements antirétroviraux dans les pays à faible et moyen revenu, qui comptent environ 95 % des personnes affectées par le VIH. Le Brésil a pris la tête de ce mouvement, en appliquant, dès 1996, une nouvelle politique nationale confiant au secteur public la responsabilité d'ouvrir à tous l'accès aux traitements antirétroviraux. À la suite de quoi, les gouvernements de nombreux pays, notamment ceux de l'Afrique du Sud, du Botswana et de la Chine, ont mis au point des plans allant dans le même sens. Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et la malaria dont la création a été approuvée dans la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida a fourni suffisamment de fonds pendant les trois premiers exercices financiers pour assurer à une population estimée à 700 000 personnes l'accès aux traitements antirétroviraux pendant cinq ans (Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et la malaria, 2004). Les donateurs bilatéraux, en particulier le Gouvernement des États-Unis se sont très largement engagés à faciliter l'accès aux traitements antirétroviraux et des fondations privées, notamment la Bill and Melinda Gates Foundation et la William J. Clinton Presidential Foundation, ont largement contribué à faire bénéficier de ces traitements les populations concernées des pays les plus touchés. Conscientes que le sida présente un risque catastrophique pour le monde des affaires, de nombreuses sociétés privées prévoient des mesures assurant aux membres de leur personnel qui sont affectés par le VIH le bénéfice d'un traitement antirétroviral. Cette détermination mondiale a amené, en décembre 2003, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'ONUSIDA à fixer un objectif consistant à ouvrir avant la fin de 2005 l'accès aux traitements antirétroviraux à 3 millions de personnes dans les pays en développement.

Faisabilité du traitement. Des projets pilotes (telle l'initiative ouvrant l'accès aux médicaments lancée en 1998 par l'ONUSIDA) et une précédente expérience menée dans le cadre de programmes nationaux ont confirmé qu'il était faisable d'introduire les traitements antirétroviraux dans des contextes où les ressources étaient limitées. Il est indispensable que le traitement se poursuive de 90 % à 95 % du temps pour en garantir le succès à long terme et réduire le risque de résistance du virus, aussi est-il particulièrement encourageant de constater que les traitements antirétroviraux sont régulièrement suivis dans les pays en développement à des taux comparables ou supérieurs à ceux enregistrés dans les pays à revenu élevé. L'OMS a publié à l'intention des autorités nationales des recommandations concernant le choix des traitements antirétroviraux, la formation du personnel de santé et la mise sur pied de programmes cliniques assurant la fourniture de soins de haute qualité (Organisation mondiale de la santé, 2003). Les directives de l'OMS insistent sur le fait qu'il convient d'introduire les traitements antirétroviraux en l'absence des tests permettant d'établir un diagnostic précis actuellement en usage dans les pays à revenu élevé. Il est possible, en outre, de recourir aux ressources communautaires à l'appui des traitements dans les cas où on ne dispose pas de personnel hospitalier formé. On comprend de mieux en mieux que la mobilisation de la communauté et une littérature concernant les traitements sont indispensables si l'on veut assurer qu'ils seront régulièrement suivis, éviter que les malades ne soient stigmatisés et améliorer l'efficacité globale des programmes.

Couverture limitée. En dépit de l'élan mondial qui favorise l'accès au traitement, l'OMS et l'ONUSIDA estiment que dans les pays à moyen ou faible

revenu, seulement 440 000 personnes bénéficiaient d'un traitement antirétroviral en juin 2004 (Organisation mondiale de la santé, 2004). À l'échelle mondiale, sur 10 personnes qui devraient de toute urgence se voir administrer un traitement antirétroviral, plus de neuf ne peuvent actuellement en bénéficier. Pour enrayer la propagation des maladies liées au VIH qui font partout des ravages et répandent la mort, il faudra, pour que tous aient accès au traitement, mobiliser au niveau mondial un volume de ressources et une volonté politique sans précédent. En outre, des stratégies devront être mises en œuvre pour doter les pays des moyens qui leur seront nécessaires pour assurer à long terme la fourniture de ces traitements. Il faudra également s'efforcer de concert d'éviter la stigmatisation des malades du sida ou des personnes infectées afin de les encourager à recourir aux moyens de dépistage et aux services d'assistance, à accepter les tests sérologiques qui sont systématiquement offerts dans les établissements de soins et à suivre les traitements appropriés.

Équité. Au fur et à mesure que l'accès à ces traitements devient plus facile, il est essentiel de veiller à ce que tous puissent bénéficier équitablement des thérapies salvatrices. Même si les obstacles logistiques et financiers à surmonter pour que ces traitements puissent être largement utilisés sont moins nombreux dans les pays à revenu moyen que dans les pays à faible revenu, les donateurs, les organisations multilatérales et les responsables des programmes nationaux devront veiller à ce que ces derniers, qui sont les plus lourdement touchés par le sida, bénéficient pareillement de ces traitements. Puisque la population féminine est maintenant fortement touchée par le virus, il est indispensable, étant donné qu'elle a plus de difficulté à accéder aux services de santé, de veiller à ce qu'elle bénéficie de ces traitements en toute égalité. Il en va de même en ce qui concerne les toxicomanes qui sont contaminés par injection intraveineuse, et dont un pourcentage très inférieur à celui des autres populations contaminées par d'autres voies, bénéficient de tels traitements, même dans les pays où l'épidémie se répand essentiellement de cette manière.

Intégration, prévention et traitement. Prévention et traitement sont deux aspects complémentaires d'une même démarche. La possibilité d'accès à un traitement contribue au renforcement de la prévention, les individus craignant d'être porteurs du virus étant incités à prendre connaissance de leur statut sérologique, redoutant moins la stigmatisation et se voyant ouvrir de nouvelles voies d'accès à la prévention, et les séropositifs voyant leur vulnérabilité aux infections réduite par une thérapie. Toutefois, dans les pays à revenu élevé, l'expérience, ainsi que les modèles mathématiques fondés sur des données, indiquent que les avantages que présentent les traitements antirétroviraux en matière de prévention pourraient être contrebalancés, du fait de l'existence d'une thérapie efficace, par un retour aux comportements à risque. Pour que la lutte contre le sida soit assurée de succès à long terme, il faudrait que la disponibilité des traitements s'accompagne d'un développement comparable des programmes de prévention, notamment de la pleine intégration des services de prévention dans les établissements de soins (Groupe de travail mondial pour la prévention contre le VIH, 2004). Ainsi, l'Initiative « 3 millions d'ici 2005 » lancée initialement par l'OMS et ONUSIDA pour élargir au plus grand nombre l'accès aux traitements antirétroviraux comporte-elle également des efforts pour accélérer les programmes de prévention contre le VIH.

Soins intégrés. Même si les traitements antirétroviraux constituent la thérapie la plus efficace contre le sida, ils ne représentent qu'un aspect de l'ensemble des

soins qui peuvent être dispensés. Outre la prescription et l'administration d'un traitement antirétroviral lorsque cela est indiqué, les fournisseurs de soins de santé doivent également intervenir de manière préventive et thérapeutique en ce qui concerne les infections opportunistes liées à la présence du virus. Il faut, en particulier dans les systèmes de soins de santé, être très vigilants et agir rapidement face à la tuberculose, première cause de décès dans la population infectée par le VIH. Un appui nutritionnel est également vital pour le traitement du sida, l'épidémie compromettant souvent la sécurité alimentaire puisque, les personnes infectées par le virus nécessitent un apport nutritionnel supérieur à celui des personnes saines. Le fait que les traitements antirétroviraux soient de plus en plus accessibles ne rend pas moins urgente la nécessité de prévoir des soins palliatifs.

En résumé, l'élargissement au plus grand nombre de la prévention de l'infection par le VIH et des traitements et des soins que réclame le sida, est l'un des défis à relever en matière de santé publique. On sait maintenant d'expérience qu'il est possible de rendre accessibles les traitements existants dans des contextes où les ressources sont limitées. Du moment que la communauté mondiale entend s'employer à réaliser les objectifs fixés en matière de traitement, soins et appui aux victimes du VIH/sida dans la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida, notamment à ouvrir à 3 millions de personnes d'ici à la fin de 2005 l'accès aux traitements antirétroviraux, les donateurs, les gouvernements, la société civile, les organisations internationales et autres partenaires devront redoubler d'efforts pour ouvrir aux millions de personnes qui en ont besoin l'accès aux thérapies salvatrices et élargir la portée des stratégies de prévention efficaces, faute de quoi il sera impossible de poursuivre les traitements à l'échelle voulue.

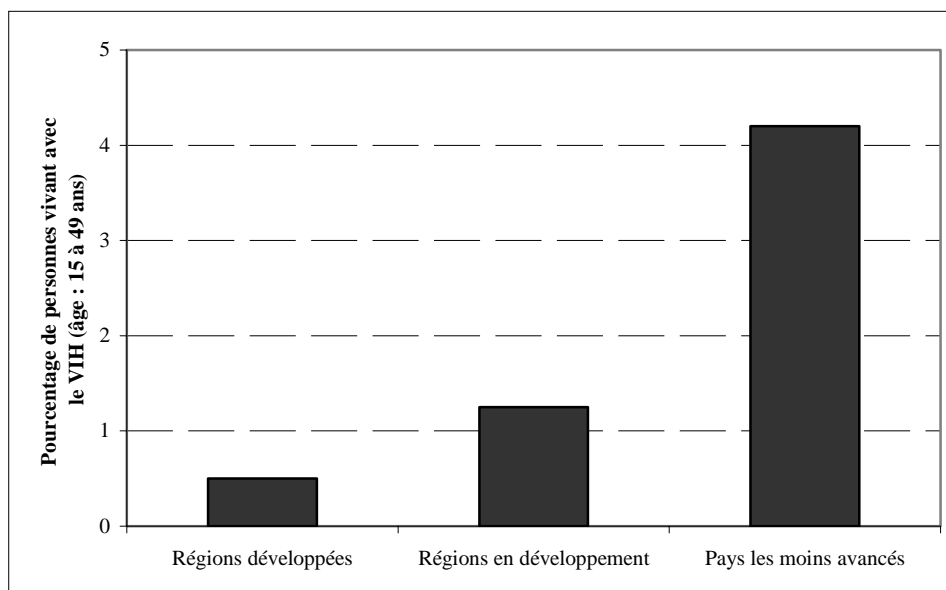
IX. Conclusions

Le VIH/sida est une crise mondiale. Au cours du dernier quart de siècle, la pandémie a pris de l'ampleur, se propageant dans toutes les régions du monde, aussi bien dans les pays développés que dans les pays les moins avancés. Elle continue de se propager malgré l'engagement politique accru dont font preuve les pouvoirs publics, une plus grande sensibilisation au VIH et la mobilisation de ressources financières supplémentaires.

S'il est vrai que le sida touche aussi bien les riches que les pauvres, il n'en demeure pas moins que les pays qui en pâtissent le plus figurent parmi les plus pauvres du monde. L'incidence du VIH est neuf fois plus élevée dans les pays les moins avancés que dans les pays développés (voir fig. VIII).

Figure VIII

Taux de prévalence du VIH dans les régions développées, les régions en développement et les pays les moins avancés, 2003



Source : ONUSIDA (2004b).

La prévention est la clef de voûte de la lutte contre le VIH/sida. Elle repose sur la prise de conscience des comportements susceptibles d'accroître le risque d'infection au VIH et sur le changement de comportement qui en découle. Or, dans de nombreux pays, la prise de conscience accrue ne s'est pas accompagnée de changements notables dans les comportements.

Les femmes et les adolescentes sont particulièrement susceptibles de contracter le VIH tant à cause des différences biologiques qu'en raison de l'inégalité des sexes qui, en de nombreux endroits, rend difficile la pratique de la sexualité sans risque. À l'échelle mondiale, les femmes représentent maintenant près de la moitié des adultes vivant avec le sida. En Afrique subsaharienne, près de 60 % des adultes

vivant avec le sida sont des femmes et trois quarts des jeunes infectés sont des femmes et des filles.

Lorsque la prévention échoue, l'étape suivante est le traitement. Le VIH/sida demeure une maladie fatale, mais les avancées de la thérapie antirétrovirale peuvent permettre d'en réduire les effets et de prolonger la vie. Toutefois, malgré les réductions substantielles du prix des médicaments antirétroviraux, seulement environ un dixième des personnes qui ont besoin de traitement y a accès.

En 2004, environ 3 millions de personnes sont mortes du sida et, à la fin de cette année, près de 39 millions de personnes étaient infectées dans le monde. Le VIH/sida a déjà réduit à néant les gains enregistrés en matière d'espérance de vie pendant un demi-siècle dans les pays les plus touchés. Dans les sept pays où le taux de prévalence du VIH est supérieur à 20 %, on a estimé que l'espérance de vie se situait à 50 ans au cours de la période 1995-2000, soit 13 ans de moins qu'elle l'aurait été sans le sida. Même en l'absence de nouvelles infections au VIH, à partir du milieu de 2005, le nombre de décès liés au sida continuerait d'augmenter en raison du grand nombre de personnes déjà infectées.

L'Afrique est la région du monde la plus touchée par le VIH/sida, les taux d'infection augmentant sans cesse dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne. En outre, de fortes augmentations du nombre d'infections au VIH ont été récemment observées dans certains pays d'Asie et d'Europe orientale. Les Caraïbes viennent en deuxième position s'agissant de la prévalence du VIH/sida. Dans certains pays développés, les efforts de prévention ne suivent pas le rythme de croissance de l'épidémie.

Outre le fait qu'il cause un nombre catastrophique de décès, le VIH/sida influence et est influencé par de nombreuses variables démographiques, notamment la fécondité, les migrations, l'accroissement de la population et la structure familiale. Toutefois, l'impact de l'épidémie se fait sentir sur toute la société et dans tous les secteurs de l'économie, qu'il s'agisse d'autosuffisance agricole et de la viabilité de l'activité économique ou de l'investissement dans le capital humain en matière d'éducation et de la santé et du bien-être des jeunes et des personnes âgées. Le sida aggrave la pauvreté qui, en retour, empêche les particuliers, les familles, les collectivités et les États de trouver des solutions efficaces contre l'épidémie.

Ce sont les ménages et les familles qui supportent l'essentiel de la charge que représente le VIH/sida puisqu'ils constituent les premières unités à faire face à la maladie et à ses conséquences. Les familles pâtissent financièrement aussi bien de la perte de revenus que de l'augmentation des dépenses médicales. Des études ont montré que le niveau de consommation des ménages s'en trouvait réduit, y compris la consommation alimentaire. En 2003, 15 millions d'enfants de moins de 18 ans avaient perdu un parent ou les deux du fait du VIH/sida. S'il est courant de voir des proches accueillir les orphelins dans leur foyer, en particulier dans les sociétés africaines, l'augmentation rapide du nombre d'orphelins met à rude épreuve les systèmes de soutien traditionnels.

En faisant supporter aux familles et aux ménages une lourde charge économique et sociale et en sapant les systèmes de soutien intergénérationnels, le sida accroît la pauvreté. Par ailleurs, il met à rude épreuve les ressources consacrées aux secteurs de la santé et de l'éducation dans les pays pauvres, faisant ainsi courir à

la prochaine génération le risque de jouir d'une santé et d'une éducation de moindre qualité que la précédente.

La situation socioéconomique dans les pays touchés par le sida laisse plutôt à désirer, en particulier en Afrique. En moyenne, dans les pays où l'incidence est très forte, près de 40 % de la population âgée de 15 ans ou plus sont analphabètes, un tiers de la population est sous-alimenté et seulement un peu plus de la moitié de la population a accès à un système d'assainissement amélioré; partout, ce sont les personnes qui n'ont guère de ressources économiques et sociales qui pâtissent de manière disproportionnée de l'impact du sida, étant donné qu'elles sont les moins susceptibles de disposer de connaissances et d'informations en matière de santé et les moins aptes à s'offrir des soins de santé et un traitement.

Si la plupart des gouvernements indiquent avoir exécuté des programmes de prévention du VIH/sida, force est de constater que dans nombre des pays concernés, les plus nécessiteux n'ont pas accès aux services de prévention de base. La sensibilisation et l'éducation sont indispensables pour changer les comportements à risques et prévenir la transmission du virus par voie sexuelle. Des signes encourageants indiquent que la crainte de contracter le sida favorise les changements nécessaires en matière de comportements sexuels. Ainsi, il ressort de données récentes provenant de certains pays africains que les jeunes hommes et jeunes femmes non mariés sont plus susceptibles de faire preuve d'abstinence ou d'utiliser des préservatifs et que le taux de prévalence du VIH a baissé en certains endroits. En général, cependant, les efforts de prévention sont limités et n'arrivent guère à arrêter la propagation de l'épidémie.

La stigmatisation associée à la maladie rend les individus plus vulnérables et peut les empêcher de solliciter des services d'information et de prévention. Plus d'un tiers des pays n'ont pas encore adopté de législation contre la discrimination liée au sida et un tiers des pays ne disposent pas de politiques propres à assurer aux femmes un accès égal aux services de prévention et de soins. L'absence de telles législations et politiques entrave l'efficacité des interventions nationales face au VIH/sida.

La communauté internationale a reconnu les conséquences terribles de l'épidémie et prend des mesures pour y répondre. En 1994, le Conseil économique et social a parrainé la création du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) en vue de mettre en place et d'appuyer une riposte coordonnée du système des Nations Unies. ONUSIDA mobilise les efforts de nombreux secteurs et partenaires de l'État et de la société civile. Face à l'effet dévastateur du sida en Afrique, le Secrétaire général a créé, en 2003, la Commission du VIH/sida et de la gouvernance en Afrique, qui est chargée de faire des recommandations pour la lutte contre la maladie en Afrique et de fournir des conseils aux décideurs pour la recherche de solution face à son impact profond. Il est généralement admis que le sida a une incidence sur la réalisation des objectifs de presque tous les programmes internationaux de développement. La lutte contre le VIH/sida relève de l'un des huit objectifs de développement énoncés dans la Déclaration du Millénaire. Notre aptitude à réaliser les autres objectifs sera également fonction de notre réussite dans la lutte contre l'épidémie.

Si des mesures plus vigoureuses ne sont pas prises pour lutter contre la maladie et ses effets, cette épidémie ne manquera pas d'assombrir l'avenir de nombreux pays, en particulier des plus pauvres. Des lueurs d'espoir émergent, sous

forme d'une prise de conscience accrue du VIH/sida, d'un plus grand engagement politique et d'une augmentation des ressources financières mobilisées. Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, créé en 2002 dans le cadre d'un partenariat entre les gouvernements, la société civile et le secteur privé, offre des crédits supplémentaires pour lutter contre les trois maladies. À la mi-2004, le Fonds mondial avait approuvé plus de 300 subventions destinées à 128 pays, pour un montant total de 3 milliards de dollars des États-Unis, dont la majorité a été consacrée à des programmes sur le sida. Il n'empêche que les crédits alloués à la lutte contre le sida restent toujours en deçà du montant nécessaire pour la prévention, le traitement, les soins et le soutien psychologique.

Le cours que prendra à terme le VIH/sida est fonction de la manière dont les particuliers, les familles, les collectivités, les pays et le monde riposteront aujourd'hui et demain. L'avenir de l'épidémie du VIH/sida ne saurait être prédéterminé. Certes, les personnes souffrant du VIH/sida ont besoin de traitement et de soins. Toutefois, la clef de voûte de la lutte contre le VIH/sida demeure la prévention. Le sida se transmet de trois façons : par les rapports sexuels, par le contact direct avec le sang et de la mère à l'enfant. La prévention doit donc viser tous ces modes de transmission, et les moyens existent à cette fin. La méthode la plus efficace pour arrêter l'épidémie du VIH/sida consiste à combiner diverses stratégies visant à réduire les risques, à diminuer la vulnérabilité et à en atténuer les effets.

Notes

¹ *Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement, Le Caire, 5-13 septembre 1994* (publication des Nations Unies, numéro de vente: F.95.XIII.18), chap. I, résolution 1, annexe.

² Communiqué de presse SG/SM/7895 – AIDS/31 du 20 juillet 2001.

Références

- Aberg, J., and others (2004). Primary care guidelines for the management of persons infected with Human Immunodeficiency Virus: recommendations of the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America. *Clinical Infectious Diseases*, vol. 39, No. 5, pp. 609-629.
- African Studies Center (2003). HIV/AIDS and failed development. University of Pennsylvania African Studies Center. Available from http://www.africa.upenn.edu/Urgent_Action/apic-103100.html (accessed 6 January 2005).
- Ainsworth, Martha (1993). *The impact of HIV/AIDS on African development*. Washington, D.C.: World Bank.
- Barnett, C., C. Connor and Pamela Putney (2001). Contracting non-governmental organizations to combat AIDS. Special Initiative Report, No. 33. Bethesda, Maryland: Partnerships for Health Reform.
- Bell, Clive, Shantayanan Devarajan and Hans Gersbach (2003). The long-run economic costs of AIDS: theory and an application to South Africa. Washington, D.C.: World Bank.
- Booyesen, Frikkie (2003). Poverty dynamics and HIV/AIDS-related morbidity and mortality in South Africa. Paper presented at the scientific meeting on empirical evidence for the demographic and socio-economic impact of AIDS, Durban, South Africa, 26-28 March.
- Braithwaite, R., and K. Arriola (2003). Male prisoners and HIV prevention: a call for action ignored. *American Journal of Public Health*, vol. 93, No. 5.
- Brockhoff, Martin, and Ann E. Biddlecom (1999). Migration, sexual behavior and the risk of HIV in Kenya. *International Migration Review* (New York), vol. 33, No. 4.
- Bultreys, M., and others (1999). Impact of zidovudine post-perinatal exposure prophylaxis on vertical HIV-1 transmission: a prospective cohort study in 4 U.S. cities. Paper presented at the Second International Conference on Global Strategies for the Prevention of HIV Transmission from Mothers to Infants, Montreal.
- Cardo, D. and others (1997). A case-control study of HIV seroconversion in health care workers after percutaneous exposure. *New England Journal of Medicine*, vol. 337, No. 21 (20 November), pp. 1485-1490.
- Centers for Disease Control and Prevention, National Center for HIV, STD and TB Prevention (2004). Global AIDS Program: Strategies. Available from http://www.cdc.gov/nchstp/od/gap/Strategies/2_3_blood_safety.htm (accessed 5 January 2005).
- Coutsoudis, A., K. Pillay and E. Spooner (1999). Influence of infant-feeding patterns on early mother-to-child transmission of HIV-1 in Durban, South Africa: a prospective cohort study. *The Lancet*, vol. 354, pp. 471-476.
- De Cock, K., and others (2000). Prevention of mother-to-child HIV transmission in resource-poor countries: translating research into policy and practice. *Journal of the American Medical Association*, vol. 283, No. 9.

- Decosas, Joseph, and others (1995). Migration and AIDS. *The Lancet*, vol. 346, pp. 826-828.
- Deutsche AIDS-Hilfe (2002). Travel and residence regulations for people with HIV and AIDS: quick reference. Available from <http://www.aidshilfe.de> (accessed 5 January 2005).
- Food and Agriculture Organization of the United Nations (1997). The rural population of Africa confronted with AIDS: a challenge to development. Summary of FAO studies on AIDS. Rome: FAO.
- _____ (2001). The impact of HIV/AIDS on food security. Paper presented at the twenty-seventh session of the Committee on World Food Security, Rome.
- Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (2004). Annual report 2003. Geneva.
- _____ (2003). Access to HIV prevention: closing the gap. Available from www.gatesfoundation.org and www.kaisernetzwerk.org.
- Global HIV Prevention Working Group (2004). HIV prevention in the era of expanded treatment access. Available from www.gatesfoundation.org and from www.kaisernetzwerk.org.
- Glynn, Judith, and others (2004). Does increased general schooling protect against HIV infection? a study in four African cities. *Tropical Medicine and International Health*, vol. 9, No. 1.
- Goyer, K. (2003). *HIV/AIDS in South African Prisons*, Monograph 79. Pretoria: Institute for Security Studies.
- Gregson, Simon, and others (1997). HIV and fertility change in rural Zimbabwe. *Health Transition Review*, No. 7 (Supplement 2), pp. 89-112.
- Hargreaves, James, and Judith Glynn (2002). Educational attainment and HIV-1 infection in developing countries: a systematic review. *Tropical Medicine and International Health*, vol. 7, No. 6.
- Hauri, A. M., G. L. Armstrong and Y. J. Hutin (2004). The global burden of disease attributable to contaminated injections given in health care settings. *International Journal of STD & AIDS*, vol. 15, pp. 7-16.
- Hunt, Charles W. (1989). Migrant labor and sexually transmitted disease: AIDS in Africa. *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 30, No. 4.
- IASCTF (Inter-Agency Standing Committee Task Force on HIV/AIDS in Emergency Settings) (2003). Guidelines for HIV/AIDS Interventions in Emergency Settings. Available from www.humanitarianinfo.org/iasc (accessed 5 January 2005).
- International Labour Office (2004). *HIV/AIDS and Work: Global Estimates, Impact and Response, 2004*, revised ed. Geneva: ILO Programme on HIV/AIDS and the World of Work.
- International Narcotics Control Board (INCB) (2004). *Report of the International Narcotics Control Board, 2003*. Vienna: INCB. Sales No. E.04.XI.1.

- International Organization for Migration (IOM) (2003). *World migration 2003: Managing Migration: Challenges and Responses for People on the Move*. Geneva: IOM.
- Jamison, T. D., J. D. Sachs and J. Wang (2001). The effect of the AIDS epidemic on economic welfare in sub-Saharan Africa. CMH Working Paper WG1: 13. Geneva: WHO Commission on Macroeconomics and Health.
- Kamenga, M. C., and others (1991). Evidence of marked sexual behaviour change associated with low HIV-1 seroconversion in 149 married couples with discordant HIV-1 serostatus: experience at an HIV counselling centre in Zaire. *AIDS*, vol. 5, pp. 61-67.
- Kwaramba, P. (1997). *The Socio-Economic Impact of HIV/AIDS on Communal Agricultural Production Systems in Zimbabwe*. Working Paper, No. 19. Harare: Zimbabwe Farmers Union and Friederich Ebert Stiftung.
- Lagarde, Emmanuel, and others (2003). Mobility and the spread of human immunodeficiency virus into rural areas of West Africa. *International Journal of Epidemiology*, vol. 32, No. 5.
- Lidyé, Nathalie, and Noah Jamie Robinson (1998). West and Central Africa. *International Migration*, vol. 36, No. 4.
- Lidyé, Nathalie, and others (2004). Mobility, sexual behavior, and HIV infection in an urban population in Cameroon. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 35, No. 1.
- Lurie, Mark, and others (2003). Who infects whom? HIV-1 concordance and discordance among migrant and non-migrant couples in South Africa. *AIDS*, vol. 17, No. 15.
- Malawi Institute of Management (2002). *The Impact of HIV/AIDS on Human Resources in the Malawi Public Sector*. Malawi Government and UNDP. February.
- Menon, R., and others (1998). The economic impact of adult mortality on households in Rakai district, Uganda. In *Confronting AIDS: Evidence from the Developing World*, M. Ainsworth, L. Fransen and M. Over, eds. Washington, D.C.: World Bank.
- Monasch, Roeland, and Nigel Snoad (2003). The situation of orphans in a region affected by HIV/AIDS. Paper presented at the scientific meeting on empirical evidence for the demographic and socio-economic impact of AIDS, Durban, South Africa, 26-28 March.
- Morris, Martina, and others (2000). Condom acceptance is higher among travelers in Uganda. *AIDS*, vol. 14, No. 4.
- National AIDS Control Organization (2003). National baseline general population behavioural surveillance survey (BSS). New Delhi: Ministry of Health.
- Ntozi, James (2002). Impact of HIV/AIDS on fertility in sub-Saharan Africa. Paper presented at the fourth meeting of the Follow-up Committee on the Implementation of the DND and the ICPD-PA, Yaoundé, Cameroon, 28-31 January.

- Orubuloye, I. O., P. Caldwell and J. C. Caldwell (1992). African women's control over their sexuality in an era of AIDS. Health Transition Working Paper, No. 12. Canberra: Australian National University (ANU) Health Transition Centre.
- Pickering, Helen, and A. J. Nunn (1997). A three-year follow-up survey of demographic changes in a Ugandan town on the trans-African highway with high HIV-1 seroprevalence. *Health Transition Review*, vol. 7 (Supplement).
- Pison, Giles, and others (1993). Seasonal migration: a risk factor for HIV infection in rural Senegal. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 36, No. 2.
- Singh, S., J. E. Darroch and A. Bankole (2003). A, B and C in Uganda; the roles of abstinence, monogamy and condom use in HIV decline. Occasional Report, No. 9. December. Washington, D.C.: The Alan Guttmacher Institute. Available from <http://www.synergyaids.com/documents/UgandaABC.pdf> (accessed 5 January 2005).
- Stover, J., and others. Can we reverse the HIV/AIDS pandemic with an expanded response? *The Lancet*, vol. 360, No. 9326 (6 July), pp. 73-77.
- United Nations (1990). *Results of the Sixth Population Inquiry among Governments*. Population Policy Paper, No. 31. ST/ESA/SER.R/104.
- _____ (1998). *HIV/AIDS and Human Rights: International Guidelines*. Sales No. E.98.XIV.1.
- _____ (2002a). HIV/AIDS and fertility in sub-Saharan Africa: a review of the research literature. ESA/P/WP.174.
- _____ (2002b). *HIV/AIDS Awareness and Behaviour*. Sales No. E.02.XIII.8.
- _____ (2002c). *International Migration Report 2002*. Sales No. E.03.XIII.4.
- _____ (2003a). *World Population Monitoring, 2002: Reproductive Rights and Reproductive Health*. Sales No. E.02.XIII.14.
- _____ (2003b). National responses to HIV/AIDS: a review of progress. UN/POP/MORT/2003/13.
- _____ (2003c). *World Population Prospects: The 2002 Revision*, vol. I, *Comprehensive Tables*. Sales No. E.03.XIII.6.
- _____ (2004a). *The Impact of AIDS*. Sales No. E.04.XIII.7.
- _____ (2004b). *World Population Policies, 2003*. Sales No. E.04.XIII.3.
- _____ (2004c). *World Population Prospects: The 2002 Revision*, vol. III, *Analytical Report*. Sales No. E.03.XIII.10.
- UNAIDS (2001a). *HIV Prevention Needs and Successes: A Tale of Three Countries*. Geneva: UNAIDS.
- _____ (2001b). *Population Mobility and AIDS: UNAIDS Technical Update*. February 2001. Geneva: UNAIDS.
- _____ (2001c). Monitoring the Pandemic (MAP) Network report: The status and trends of HIV/AIDS/STI epidemics in Asia and the Pacific. Geneva: UNAIDS.

- _____ (2001d). *The Impact of Voluntary Counselling and Testing: A Global Review of the Benefits and Challenges*. UNAIDS Best Practice Collection. Geneva: UNAIDS.
- _____ (2002a). *AIDS Epidemic Update: December 2002*. Geneva: UNAIDS.
- _____ (2002b). *Report on the Global AIDS Epidemic, July 2002*. Geneva: UNAIDS.
- _____ (2003a). *AIDS Epidemic Update, December 2003*. Geneva: UNAIDS.
- _____ (2003b). *Progress Report on the Global Response to the HIV/AIDS Epidemic, 2003*. Geneva: UNAIDS.
- _____ (2004a). *AIDS Epidemic Update, December 2004*. Geneva: UNAIDS.
- _____ (2004b). *2004 Report on the Global AIDS Epidemic*. Available from <http://www.unaids.org/bangkok2004/report.html> (accessed 5 January 2005).
- _____ and International Organization for Migration (2004). UNAIDS/IOM statement on HIV/AIDS-related travel restrictions. Geneva: UNAIDS and IOM. Available from <http://www.iom.int>.
- _____ and United Nations Development Programme (2002): *HIV/AIDS Prevention and Care Programmes for Mobile Populations in Africa: An Inventory*. Geneva: IOM.
- UNAIDS, United Nations Children's Fund and United States Agency for International Development (2004). *Children on the Brink, 2004: A Joint Report of New Orphan Estimates and a Framework for Action*. New York: UNICEF. Available from <http://www.unicef.org/publications> (accessed 5 January 2005).
- United Nations Children's Fund (2000). *The Progress of Nations, 2000*. Sales No. E.00.XX.6. New York: UNICEF.
- United Nations Population Fund (2004). *State of World Population, 2004*. New York: UNFPA.
- United States Agency for International Development (2002). What happened in Uganda? declining HIV prevalence, behavior change, and the national response. Washington, D.C.: USAID, Office of HIV/AIDS, Bureau for Global Health.
- United States Department of State (2003). Human Immunodeficiency Virus (HIV) Testing Requirements for Entry into Foreign Countries. Available from <http://www.travel.state.gov/travel/HIVtestingreqs.html> (accessed 5 January 2005).
- Valdiserri, R. (2004). International scale-up for antiretroviral treatment: where does prevention fit? *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 37 (Supplement 2: 1 October), pp. S138-S141.
- Walker, Neff, and others (2004). Estimating the global burden of HIV/AIDS: what do we really know about the HIV pandemic? *The Lancet*, vol. 363, No. 9427, pp. 2180-2185.
- World Bank (1999). *Confronting AIDS: Public Priorities in a Global Epidemic*, revised ed. New York: Oxford University Press.

World Health Organization (2004). *Scaling up Antiretroviral Therapy in Resource-limited Settings: Treatment Guidelines for a Public Health Approach*, 2003 revision. Geneva: WHO.

_____ and UNAIDS (2004). 3 by 5 Progress Report: December 2003 through June 2004. Geneva: WHO.

_____ and UNICEF (2004). WHO/UNAIDS/UNICEF infant feeding guidelines. Available from www.unicef.org/programme/breastfeeding/feeding.htm (accessed 5 January 2005).

Yang, Xiushi (2004). Temporary migration and the spread of STDs/HIV in China: is there a link? *International Migration Review*, vol. 38, No. 1.

Zaba, Basia, and Simon Gregson (1998). Measuring the impact of HIV on fertility in Africa. *AIDS*, No. 12 (Supplement 1), pp. S41-S50.
