

## Face à la pandémie du VIH/SIDA

*par Peter Lamptey, Merywen Wigley,  
Dara Carr et Yvette Collymore*

---

*Le VIH/SIDA a anéanti  
les progrès réalisés avec  
peine dans la santé et  
le développement.*

---

*L'insuffisance de  
ressources entrave la  
prévention et le  
traitement du VIH/SIDA.*

---

*Le plus grave de  
l'épidémie de VIH/SIDA  
est toujours à venir.*

## **Population Reference Bureau (PRB)**

Fondé en 1929, le Population Reference Bureau est le leader en matière d'informations opportunes et objectives sur les tendances démographiques américaines et internationales et leurs implications. Le PRB fournit des informations aux preneurs de décisions, aux éducateurs, aux médias et aux particuliers œuvrant dans l'intérêt du public, dans le monde entier par divers moyens, y compris des publications, des services d'informations, des séminaires, des ateliers et un soutien technique. Nos efforts bénéficient de l'appui de contrats publics, du soutien de diverses fondations, entreprises et particuliers et de la vente de nos publications. Le PRB est dirigé par un Conseil d'administration représentant plusieurs collectivités et milieux professionnels divers.

### **Conseil de direction**

**Michael P. Bentzen**, *président du conseil*

*Partenaire, Hughes and Bentzen, PLLC, Washington, D.C.*

**Patricia Gober**, *vice-présidente du conseil*

*Professeur de géographie, Université d'État de l'Arizona, Tempe, Arizona*

**Peter J. Donaldson**, *président*

*Population Reference Bureau, Washington, D.C.*

**Montague Yudelman**, *secrétaire du conseil*

*Associé principal, Fonds mondial pour la nature, Washington, D.C.*

**Richard F. Hokenson**, *trésorier du conseil*

*Directeur de la recherche démographique, Credit Suisse First Boston, New York*

### **Administrateurs**

**Jodie T. Allen**, *directeur de la rédaction adjoint, U.S. News & World Report, Washington, D.C.*

**Patty Perkins Andringa**, *consultante et animatrice, Bethesda, Maryland*

**Pape Syr Diagne**, *directeur, Centre for African Family Studies, Nairobi, Kenya*

**Bert T. Edwards**, *directeur exécutif, Office of Historical Trust Accounting, Bureau du Secrétaire, Département de l'Intérieur américain, Washington, D.C.*

**James H. Johnson Jr.**, *William Rand Kenan Jr. professeur émérite et directeur, Urban Investment Strategies Center, Université de la Caroline du Nord, Chapel Hill, Caroline du Nord*

**Terry D. Peigh**, *vice-président et directeur des opérations d'entreprise, Foote, Cone and Belding, Chicago, Illinois*

**Francis L. Price**, *président-directeur général, Q3 Industries and Interact Performance Systems, Columbus, Ohio*

**Douglas Richardson**, *directeur exécutif, Association of American Geographers, Washington, D.C.*

**Gary B. Schermerhorn**, *directeur général de la technologie, Goldman, Sachs & Company, New York*

**Barbara Boyle Torrey**, *rédactrice et consultante indépendante, Washington, D.C.*

**Amy Ong Tsui**, *professeur et directeur, Bill & Melinda Gates Institute for Population and Reproductive Health, Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, Baltimore, Maryland*

**Mildred Marcy**, *présidente émérite*

Rédaction : Mary Mederios Kent

Production/conception : Heather Lilley

Le *Population Bulletin* est publié quatre fois par an et distribué aux membres du Population Reference Bureau. Le *Population Bulletin* est aussi en vente au prix de 7 dollars (remise pour commande en gros). Pour devenir membre du PRB ou commander des publications PRB, prière de s'adresser au PRB, 1875 Connecticut Ave., NW, Suite 520, Washington, DC 20009-5728 É.-U. ; tél. : 800-877-9881 ; fax : 202-328-3937 ; e-mail : popref@prb.org ; site Web : www.prb.org.

La référence suggérée, pour toute citation de la publication, est la suivante : Peter Lamptey, Merywen Wigley, Dara Carr et Yvette Collymore, « Face à la pandémie du VIH/SIDA », *Population Bulletin* 57, no. 3 (Washington, DC : Population Reference Bureau, 2002). Pour obtenir la permission de reproduire des sections du *Population Bulletin*, prière de s'adresser au PRB, Attn : Permissions.

© 2002 par le Population Reference Bureau

ISSN 0032-468X

## Face à la pandémie du VIH/SIDA

<b>Introduction</b> .....	3
<b>La réalité du VIH/SIDA</b> .....	4
<b>Risque et vulnérabilité</b> .....	5
<i>Encadré 1. Estimations sur le VIH</i> .....	6
<b>Le stigmatisme et la discrimination</b> .....	9
<b>L'épidémie mondiale de VIH/SIDA</b> .....	10
<i>Figure 1. Personnes vivant avec le VIH/SIDA par région du monde, 1981-2001</i> .....	10
<i>Tableau 1. Indicateurs de l'épidémie de VIH/SIDA par région du monde, 2001</i> .....	11
<i>Figure 2. Prévalence du VIH par pays, 2001</i> .....	12
<i>Figure 3. Prévalence du VIH en Afrique subsaharienne, 1986-2001</i> .....	13
<b>Effets sur la population et la santé</b> .....	17
<i>Tableau 2. Effet du VIH/SIDA sur la mortalité infantile dans un échantillon de pays, 2002</i> .....	18
<i>Figure 4. Effet du VIH/SIDA sur l'espérance de vie en 2010, échantillon de pays</i> .....	19
<i>Figure 5. Projections de la population ougandaise avec et sans SIDA, 1985-2050</i> .....	20
<i>Figure 6. Projections de la population sud-africaine avec et sans SIDA, 1990-2050</i> .....	20
<i>Figure 7. Projections de la structure démographique du Botswana en 2020, avec et sans SIDA</i> .....	21
<b>L'impact social et économique</b> .....	21
<i>Figure 8. Répercussions du VIH/SIDA sur une entreprise</i> .....	22
<i>Figure 9. Projections des pertes de main-d'œuvre agricole en raison du VIH/SIDA, échantillon de pays africains, 1985-2020</i> .....	23
<b>Prévention et soins</b> .....	25
<i>Figure 10. Continuité de la prévention et des soins du VIH/SIDA</i> .....	26
<i>Tableau 3. Risque d'infection au VIH par mode d'exposition et pourcentage des infections mondiales</i> .....	27

Suite page 2

<b>Répondre aux besoins</b> .....	31
<i>Figure 11. Conseil psychologique et dépistage volontaires : accès à la     prévention et aux soins du VIH.</i> .....	31
<b>Défis</b> .....	34
<i>Encadré 2. La Conférence de Barcelone sur le VIH/SIDA : mise en     exercice du traitement de l'infection</i> .....	33
<b>Conclusion</b> .....	39
<b>Références</b> .....	40
<b>Ressources recommandées</b> .....	43

---

## Les auteurs

*Peter Lamptey est président de l'Institut Family Health International (FHI) pour le VIH/SIDA. Il dirige le Projet de prévention et de soins du SIDA (IMPACT), financé par l'USAID, qui exécute des programmes en Afrique subsaharienne, en Asie, en Europe de l'Est, en Amérique latine et aux Caraïbes. Le Dr Lamptey est médecin en santé publique et spécialiste du VIH/SIDA et d'autres infections sexuellement transmissibles, ainsi que de la propagation des maladies virales et infectieuses dans les pays en développement. Il a publié de nombreux articles sur la prévention du VIH dans les milieux démunis et il a révisé de nombreux ouvrages et manuels techniques.*

*Merywen Wigley est chargé technique adjoint à l'Institut FHI pour le VIH/SIDA où elle assure des activités de soutien technique, de recherche et de rédaction. Auparavant, elle a travaillé en qualité d'assistante de recherche pour l'Initiative de lutte contre la schistosomiase menée à l'Harvard School of Public Health, où elle a obtenu sa maîtrise de sciences de la population et de la santé internationale.*

*Dara Carr est directeur technique de la communication sanitaire au Population Reference Bureau (PRB). Elle est l'auteur de nombreuses publications sur la santé reproductive et la protection infantile et elle possède plus de 10 ans d'expérience dans la gestion des projets de recherche et de communication en Afrique et en Asie.*

*Yvette Collymore est rédactrice principale au PRB. Elle a plus de 15 ans d'expérience en qualité de rédactrice et journaliste pour la presse écrite, la radio et la télévision, et autres médias électroniques. Elle a travaillé dans des pays à divers niveaux de développement et a de manière importante sur les questions relatives au VIH/SIDA et à la santé de la reproduction et de l'enfant.*

*Les auteurs souhaitent remercier James Curran et Roy Widdus de leurs suggestions et commentaires fort précieux. Les auteurs remercient également Robert Ritzenhaler des commentaires qu'il a bien voulu formuler sur une version antérieure du manuscrit et Mary Kent, du PRB, pour ses suggestions et conseils en matière de rédaction. Les auteurs adressent leur reconnaissance à la Fondation Bill & Melinda Gates pour son soutien généreux.*

*Avis aux lecteurs : nous vous demandons de ne pas assumer que toutes les personnes figurant sur les photos contenues dans la publication sont atteintes du VIH.*

# Face à la pandémie du VIH/SIDA

*par Peter Lamptey, Merywen Wigley, Dara Carr et Yvette Collymore*

Nous entamons la troisième décennie d'une épidémie qui pourrait être la plus dévastatrice de toute l'histoire de l'humanité : le VIH/SIDA. Cette maladie continue de ravager des familles, des communautés et des pays partout dans le monde. Outre les 20 millions de personnes qui sont déjà mortes du SIDA, la majorité des 40 millions de personnes qui vivent à présent avec le VIH vont probablement mourir au moins dix ans plus tôt que leur espérance de vie naturelle. Chaque jour, 14 000 personnes – 12 000 adultes et 2 000 enfants – deviennent séropositives. Au moins 95 % de ces nouvelles infections se produisent dans les pays en développement ; plus de 50 % de ces infections affligent les femmes et les jeunes adultes. D'ici l'an 2010, il y aura 45 millions de nouveaux cas de séropositivité si la communauté internationale ne lance pas une réponse massive et concertée pour combattre cette épidémie<sup>1</sup>.

Dans les pays en développement, les progrès de santé durement réalisés au cours des cinquante dernières années se trouvent arrêtés et, dans certains pays, en régression, le SIDA faisant des millions de victimes parmi les jeunes adultes dans leurs années les plus productives. Les indicateurs du développement humain, tels que la mortalité infantile, l'alphabétisation et la production alimentaire, sont aussi en train de fléchir par suite de la pandémie. La maladie entrave

Cette photograph n'a pas publié par respect des droits d'auteur.

*Un grand-père s'occupe de sa petite-fille, orpheline du SIDA. Environ 13 millions d'enfants sont devenus orphelins à cause du SIDA.*

les progrès aux niveaux individuel, familial, communautaire et national. Dans les pays gravement affectés, la croissance économique et la stabilité politique sont également menacées<sup>2</sup>.

L'Afrique subsaharienne est la région du monde touchée le plus durement : le bilan des décès par suite d'infections liées au SIDA y est plus élevé que pour toute autre cause. L'Afrique du Sud est le pays du monde qui enregistre le nombre d'infections le plus élevé en valeur absolue : 5 millions. Le Botswana enregistre le taux de prévalence de VIH le plus élevé chez les adultes : 39 % des adultes du pays sont séropositifs. Si le

*La pandémie mondiale de VIH/SIDA ne montre aucun signe de ralentissement.*

taux d'infection actuel du Botswana se poursuit au même rythme, le risque de mourir du SIDA pour un garçon âgé de 15 ans en 2001 dépasse les 80 %<sup>3</sup>.

Si l'ampleur et la vigueur de ce fléau ont été les plus marquées en Afrique, d'autres régions se heurtent également à de graves épidémies de VIH/SIDA. Les Caraïbes, par exemple, viennent en second pour ce qui est de l'importance du taux de séropositivité chez les adultes. En Haïti, 6 % des adultes sont porteurs du virus. La prévalence du VIH augmente le plus rapidement en Europe de l'Est et dans les ex-républiques soviétiques, où l'effondrement des systèmes de santé, les crises économiques et les changements sociaux violents ont favorisé les infections au VIH, en particulier par la consommation de drogues injectables chez les jeunes.

La prévalence du VIH est aussi en hausse rapide dans bien des régions de l'Asie de l'Est et du Sud-Est. La Chine et l'Inde enregistrent dans l'ensemble des taux de prévalence relativement faibles, mais les chiffres absolus de personnes infectées sont accablants : au moins 850 000 personnes en Chine et près de quatre millions en Inde. Ces deux pays enregistrent des millions de nouvelles infections s'ils ne prennent pas de mesures pour lancer des programmes de prévention efficace de grande ampleur. L'épidémie est aussi apparue dans d'autres pays d'Asie, notamment au Myanmar (Birmanie), au Népal et au Cambodge.

Les pays du monde industrialisé se heurtent à de gros défis émanant du VIH/SIDA. Les taux d'infection n'ont diminué sensiblement ni en Europe de l'Ouest ni en Amérique du Nord, où l'épidémie se propage de la population des homosexuels aux minorités ethniques, aux pauvres et aux autres groupes marginaux.

La pandémie mondiale de VIH/SIDA ne montre aucun signe de ralentissement, malgré des efforts concertés pour la contrôler. En 2001, les personnes à contracter le VIH et à mourir du SIDA ont été plus nombreuses que dans les années précé-

entes : 5 millions de personnes ont contracté le virus et 3 millions de personnes sont mortes du SIDA. Le Dr Peter Piot, directeur exécutif du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA), fait remarquer que l'épidémie en est toujours à sa phase préliminaire<sup>4</sup>.

## **La réalité du VIH/SIDA**

Le SIDA est un syndrome de déficience auto-immunitaire causé par le virus d'immunodéficience humaine (VIH), qui se répand par le sang, le sperme, les sécrétions vaginales et le lait maternel. La méthode de transmission la plus courante est le rapport sexuel non protégé avec un partenaire séropositif. Les autres formes de transmission sont les transfusions de sang infecté au VIH ou les produits sanguins infectés, les greffes de tissu et d'organes, l'utilisation d'aiguilles et de seringues contaminées (ou autre matériel d'injection) et la transmission de la mère à l'enfant pendant la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement.

Le VIH est extrêmement fragile ; il ne peut pas survivre longtemps à l'extérieur des fluides et tissus du corps et ne peut pas pénétrer dans la peau si elle est intacte. Par conséquent, le VIH ne peut pas être transmis par contact physique occasionnel, comme s'embrasser, se tenir la main, éternuer ou tousser, utiliser le même siège de toilette, utiliser les mêmes couverts de table ou consommer des aliments et des boissons servis par une personne vivant avec le VIH. Il ne se propage pas par les moustiques ou autres insectes et peut être éliminé avec de l'eau de javel, des détergents puissants et de l'eau chaude<sup>5</sup>.

On distingue deux types de virus : le VIH-1 et le VIH-2. Le VIH-1 représente la majorité des infections du monde et se compose de 10 sous-types génétiques au moins. Le VIH-2, que l'on observe principalement en Afrique de l'Ouest, semble se transmettre moins facilement et atteindre

plus lentement le stade d'infection que le type 1.

Le VIH tue en affaiblissant le système immunitaire du corps jusqu'à ce qu'il ne puisse plus combattre l'infection. A mesure que le système immunitaire est progressivement mis en péril par le VIH, les infections opportunistes, comme la pneumonie, la méningite, le cancer, la tuberculose (TB) attaquent sans difficulté l'organisme. La tuberculose est l'infection opportuniste la plus courante chez les malades du SIDA et elle est responsable d'environ un tiers des décès chez les malades du SIDA en Afrique subsaharienne.

Le VIH/SIDA progresse pendant une décennie jusqu'à son stade final, mais il s'écoule une longue période après l'infection pendant laquelle la personne infectée est pratiquement dépourvue de signes et de symptômes. La personne infectée peut se sentir en bonne santé, mais elle peut en infecter d'autres pendant cette phase préliminaire. Les premiers symptômes du SIDA sont notamment une fatigue chronique, la diarrhée, la fièvre, la perte de poids, une toux persistante, des éruptions cutanées, de l'herpès et autres infections orales, le gonflement des glandes lymphatiques, la perte de mémoire et autres changements mentaux.

Le SIDA est presque toujours fatal, bien que quelques individus aient survécu à cette infection pendant vingt ans. On estime que la maladie progresse plus lentement dans les pays industriels que dans les pays en développement, en majorité parce que les habitants des pays développés ont plus accès aux antirétroviraux et aux soins de santé de haute qualité. Les médications actuelles, comme les traitements antirétroviraux hautement actifs (HAART), ralentissent la réplication du virus dans le corps. Le ralentissement des taux de réplication allège le fardeau qui pèse sur le système immunitaire, réduisant ainsi les infections liées au VIH et permettant aux malades de mener une vie plus longue et de meilleure qualité. Mais il n'existe pas de remède qui guérisse

du SIDA ; malgré l'efficacité des HAART, l'arrêt du traitement entraîne la réapparition de la maladie.

## Risque et vulnérabilité

Lorsque le VIH/SIDA a été identifié pour la première fois, dans les années 1980, les responsables de la santé publique ont pensé que sa propagation pourrait être arrêtée en informant les gens sur les modes de transmission du virus et sur les manières de l'éviter, ainsi qu'en protégeant les réserves de sang. Cette approche de prévention s'est révélée efficace dans les communautés politiquement organisées, ayant accès à l'information et aux ressources ; par exemple, le cas des homosexuels blancs d'Amérique du Nord, d'Australie et de l'Europe de l'Ouest, représente un exemple de réussite. Mais les populations des pays moins développés et socialement fragmentés n'ont guère eu accès à des informations exactes et à des programmes de prévention efficaces et le virus a continué à se propager<sup>6</sup>.

À la fin des années 1980, alors que l'épidémie sévissait et se propageait des groupes à risque élevé vers la population plus générale, en particulier les marginaux et les pauvres, les spécialistes de la santé publique ont pris conscience de la nécessité de mieux comprendre les causes d'infection individuelle et les déterminants plus vastes de la pandémie. Ils savaient que la transmission du VIH était liée à des comportements à risque spécifiques, mais ils ont aussi pris conscience du fait que ces comportements étaient influencés par des facteurs sociétaux qui déterminaient la vulnérabilité des individus à l'infection. De nombreuses facettes de la vie économique, sociale et culturelle – comme la pauvreté et l'impuissance – déterminent la vulnérabilité au VIH/SIDA, en particulier chez les femmes, les enfants et les jeunes adultes. L'étude de la pandémie en tenant compte de ces déterminants a

*Les taux féminins de nouvelles infections dépassent maintenant les taux masculins.*

permis de réexaminer le VIH/SIDA dans le contexte universel des droits de l'homme.

## Les femmes

Alors qu'au début de l'épidémie les hommes étaient plus affectés que les femmes, les taux de nouvelles infections féminines dépassent maintenant ceux de nouvelles infections masculines, en particulier dans les pays où les femmes vivent dans la pauvreté et où elles ont un statut relativement bas. En Afrique subsaharienne, il y avait en 2001 12 à 13 femmes infectées pour 10 hommes infectés<sup>7</sup>. Cet écart entre les

sexes est particulièrement prononcé chez les Africains de moins de 25 ans (voir Encadré 1). Dans certains pays d'Afrique, les taux d'infection sont cinq fois plus élevés chez les jeunes filles que chez les jeunes garçons. Chez les jeunes femmes, la plupart des infections résultent de rapports sexuels non protégés et traduisent un déséquilibre de pouvoir entre les deux sexes qui limite la capacité des femmes à négocier ou à contrôler leurs interactions sexuelles, en particulier avec des hommes plus âgés.

Les conditions biologiques, culturelles et socioéconomiques aggravent la vulnérabilité des femmes à l'égard

### Encadré 1

## Estimations sur le VIH

Pour estimer le nombre de personnes qui vivent avec le VIH et le nombre de nouveaux cas chaque année, les experts en SIDA doivent s'appuyer sur les données limitées de prévalence du VIH parmi les individus relativement peu nombreux qui sont soumis à un test de dépistage du virus, ainsi que sur le volume croissant de connaissances concernant la transmission du virus<sup>1</sup>.

Les taux de prévalence du VIH sont habituellement notifiés en tant que pourcentage de personnes entre 15 et 49 ans qui ont été infectées par le VIH ; ils ne représentent donc pas le pourcentage de toute la population infectée. Ces taux sont appliqués à la population totale pour calculer le nombre de personnes qui vivent avec le VIH/SIDA. Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) signale une grande amplitude de variation dans les estimations de personnes infectées par le VIH. Par exemple, l'estimation du nombre d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH/SIDA en Inde variait de 2,6 millions à 5,4 millions pour la fin 2001<sup>2</sup>.

Les taux d'incidence – qui mesurent le nombre de nouvelles infections sur une période d'un an ou toute autre période de temps – sont importants pour suivre la rapidité à laquelle l'épidémie de SIDA se propage dans une zone. Mais ces taux sont difficiles et coûteux à obtenir et ne sont pas toujours disponibles. Le nombre projeté de cas de SIDA et de décès associés au SIDA repose sur ces estimations de prévalence et d'incidence, ainsi que sur les hypothèses concernant la rapidité avec laquelle les per-

sonnes infectées par le VIH contracteront le SIDA et leur risque de mourir d'une autre cause.

Dans de nombreux pays, la majorité des données sur la prévalence du VIH est fournie par les centres de santé et les hôpitaux qui ont été désignés comme postes sentinelles de surveillance du VIH. Des groupes de patients ou de clients spécifiques qui se rendent à ces postes sont soumis à un test de dépistage du VIH, souvent dans l'anonymat. Les femmes enceintes qui se rendent à un dispensaire prénatal sont parmi l'un des plus importants de ces groupes sentinelles, en particulier en Afrique subsaharienne, étant donné que la transmission hétérosexuelle est le mode principal de transmission du VIH chez les Africains. Les données recueillies par les dispensaires prénatals sont considérées comme un indicateur fiable du cours de l'épidémie dans la région. Les centres de santé qui traitent les infections sexuellement transmissibles (IST) et la toxicomanie sont également des postes sentinelles de surveillance importants, notamment dans les régions où la transmission du VIH se limite principalement aux consommateurs de drogues injectables, aux travailleurs du sexe ou aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Dans ces régions, qui incluent les États-Unis, la prévalence du VIH chez les femmes enceintes ne serait pas un bon indicateur de la prévalence dans la population, même si elle peut indiquer la mesure dans laquelle l'épidémie s'est propagée des groupes à risque élevé à la population plus générale. Dans certains pays, les recrues de l'armée et les don-



du VIH/SIDA. Pendant un rapport sexuel non protégé, le risque pour la femme de devenir infectée est jusqu'à quatre fois plus élevé que pour l'homme. La femme est physiologiquement plus vulnérable au VIH que l'homme en raison de la surface plus grande des tissus susceptibles d'être infectés (par rapport à l'urètre de l'homme) et du micro-traumatisme subi pendant les rapports sexuels<sup>8</sup>. En outre, le sperme infecté par le VIH contient généralement une concentration virale plus élevée que les sécrétions vaginales.

Un dernier facteur biologique qui rend les femmes plus vulnérables au

VIH est la synergie entre le VIH et diverses autres infections sexuellement transmissibles (IST). Les recherches effectuées révèlent qu'une IST non traitée chez un des deux partenaires peut aller jusqu'à multiplier par dix le risque de transmission du VIH. Cette constatation est particulièrement marquée chez le sexe féminin étant donné que la plupart des cas d'IST chez les femmes ne sont pas traités. Les symptômes de la femme sont souvent latents ou difficiles à observer et bon nombre de celles dont le diagnostic est positif n'ont pas accès aux traitements médicaux<sup>9</sup>.

neurs de sang font régulièrement l'objet d'un test de dépistage du VIH, souvent dans l'anonymat, pour permettre de suivre l'épidémie.

Les enquêtes fournissent aussi des données épidémiologiques et comportementales qui permettent d'estimer la prévalence du VIH et ses risques de propagation à la population plus générale. L'Agence des États-Unis pour le développement international, l'ONUSIDA, la Banque mondiale et diverses autres organisations financent un certain nombre de programmes d'enquêtes qui fournissent des informations sur la prévalence, ainsi que sur la connaissance à l'égard du VIH et du SIDA, le comportement sexuel et l'accès aux services de santé<sup>3</sup>.

Les données fournies par les postes sentinelles et d'autres modes d'enquête se caractérisent souvent par de grands écarts de valeur. Par exemple, en Inde, la prévalence du VIH chez les hommes traités pour des IST dans des postes sentinelles urbains variait de 0,8 % à 64,4 % en 1999. La prévalence du VIH chez les femmes indiennes testées dans des dispensaires prénatals en dehors des grandes zones urbaines variait de 1,0 % à 3,9 % en 2000.

Pour traduire les résultats des tests des postes sentinelles en taux de prévalence au niveau de la population, les experts en SIDA doivent formuler une série d'hypothèses concernant la façon dont le profil des personnes soumises au test de dépistage répond aux caractéristiques de la population plus générale. Ils appliquent des modèles statistiques pour calculer les taux de prévalence chez les adultes et estimer le nombre d'enfants infectés.

L'épidémiologiste James Chin caractérise la production d'estimations sur le VIH/SIDA d'art plus que de science. Les estimations sont souvent ajustées à la valeur supérieure ou inférieure lorsque de nouvelles données sont traitées ou que de nouveaux modèles statistiques sont élaborés. Avec seulement deux décennies d'expérience de la maladie, les chercheurs et les experts en santé publique cherchent toujours à se familiariser avec les enseignements de base sur le VIH et le SIDA. Étant donné que le VIH/SIDA est une épidémie mondiale qui a dévasté les populations de certains pays et qui en menacent bien d'autres, de nombreux experts en santé internationale estiment qu'ils ne peuvent pas se permettre d'attendre d'obtenir des données plus complètes et plus exactes – ou de meilleurs modèles statistiques – pour estimer la prévalence du VIH.

#### Références

1. Thomas Goliber, « Background to the HIV/AIDS epidemic in sub-Saharan Africa », consulté en ligne à [www.prb.org/Background\\_HIV\\_in\\_SSA](http://www.prb.org/Background_HIV_in_SSA), le 26 juillet 2002 ; et James Chin, « Understanding HIV/AIDS numbers », consulté en ligne à [www.cdc.gov](http://www.cdc.gov), le 31 juillet 2002.
2. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, « Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA : juin 2000, annexe I », consulté en ligne à [www.unaids.org/epidemic\\_update/report/](http://www.unaids.org/epidemic_update/report/), le 8 juillet 2002.
3. HIV/AIDS Survey Indicators Database, consulté en ligne à [www.measuredhs.com/hivdata/start.cfm](http://www.measuredhs.com/hivdata/start.cfm), le 22 juillet 2002.

*En 2001,  
2,7 millions  
d'enfants  
vivaient avec  
le VIH/SIDA.*

Les facteurs socioéconomiques, notamment l'absence d'accès des femmes à l'éducation ou aux sources de revenu ménager, perpétuent le statut médiocre de la femme et la rendent encore plus vulnérable à l'infection par le VIH. Un grand nombre de femmes craignent d'être abandonnées par leur mari ou leur partenaire et soutien financier si elles essaient d'imposer la méthode et le moment de leurs relations sexuelles et le recours au préservatif par leur partenaire. En outre, l'aggravation de la pauvreté contraint certaines femmes à avoir recours au commerce du sexe, où le trafic sexuel et la rotation des travailleuses favorisent leur vulnérabilité continue (et la vulnérabilité de leurs clients) au VIH. De plus, les hommes contrôlent l'utilisation du principal outil de réduction du risque de transmission du VIH par le sexe : le préservatif masculin.

Les traditions culturelles, telles que le mariage forcé, la préférence des hommes d'un certain âge pour les femmes jeunes et l'excision féminine, sont des raisons de l'absence de pouvoir des femmes<sup>10</sup>. Partout dans le monde, les points de vue qui prédominent sur la masculinité encouragent les hommes à adopter des comportements sexuels à risque – partenaires sexuels multiples, consommation d'alcool avant l'acte sexuel et violence sexuelle – qui rendent les femmes plus vulnérables au VIH et aux autres IST. Les jeunes filles courent des risques encore plus grands de coercition sexuelle en raison de leur vulnérabilité sociale et du fait que certains hommes supposent que les jeunes filles sont vierges et non infectées. En Afrique du Sud, un mythe culturel prétend que l'acte sexuel avec une jeune fille vierge peut libérer l'homme de l'infection au VIH. Cette croyance a entraîné les viols d'enfants et a porté les hommes à avoir des relations sexuelles avec de très jeunes filles<sup>11</sup>.

### **Les enfants**

La hausse des taux d'infection par le VIH chez les femmes, tout particuliè-

rement en Afrique subsaharienne, expose les enfants à un risque accru de contracter le virus, même avant la naissance. Dans 15 pays d'Afrique subsaharienne, 5 % au moins des femmes enceintes qui se sont rendues dans des dispensaires prénatals pendant la période 1999-2000 étaient séropositives ; les taux d'infection par la mère atteignaient 40 %. D'après les estimations de l'ONUSIDA, 2,7 millions d'enfants vivaient avec le SIDA à la fin 2001. De nombreux enfants ressentent un double effet : non seulement ils vivent eux-mêmes avec la maladie, mais ils ont aussi perdu un ou leurs deux parents à cause du SIDA.

Le nombre d'orphelins du SIDA est en train de croître à un taux sans précédent. À la fin 2001, 13 millions d'enfants avaient perdu au moins un parent à cause du SIDA. Vers 2010, leur nombre devrait atteindre les 25 millions<sup>12</sup>. Avant l'épidémie de VIH/SIDA, 2 % de tous les enfants des pays en développement étaient orphelins. Dans certains des pays les plus affectés de l'Afrique subsaharienne, 15 % ou plus étaient orphelins en 2001. Une étude effectuée en 1999 dans le nord de la Tanzanie a révélé que 21 % des familles du district de Bukoba prenaient soin d'au moins un orphelin du SIDA<sup>13</sup>. L'ONUSIDA estime que vers 2010, 6 % des enfants de l'Afrique subsaharienne auront perdu un ou leurs deux parents à cause du SIDA.

Il arrive souvent que les enfants des ménages affectés par le SIDA soient insuffisamment nourris, privés de soins médicaux et d'argent pour couvrir leurs frais scolaires, négligés ou maltraités, ou qu'ils ne disposent pas de soutien économique ou de soutien affectif même quand leurs deux parents sont toujours vivants. La responsabilité de la prise en charge des parents malades et des petits frères et sœurs incombe souvent aux enfants, en particulier aux filles. Ces tâches contraignent souvent les enfants à abandonner l'école. De plus, le stigmatisé et la discrimination excluent encore davantage ces enfants et les obligent à vivre dans des conditions

qui aggravent leur propre risque de contracter le VIH.

## Les jeunes adultes

Les jeunes adultes sont au centre de l'épidémie de VIH/SIDA : ils sont particulièrement susceptibles à l'infection par le VIH et ils supportent le poids de la prise en charge des membres de la famille vivant avec la maladie. D'après les estimations, 11,8 millions de personnes entre 15 et 24 ans vivaient avec le VIH/SIDA à la fin 2001<sup>14</sup>. Plus de la moitié de toutes les nouvelles infections au VIH se produisent chez des personnes de moins de 25 ans. Les jeunes adultes sont vulnérables au VIH étant donné qu'ils sont plus portés à avoir des comportements à risque élevé – sexe non protégé avec des partenaires multiples et consommation de drogue et d'alcool – et qu'ils sont insuffisamment informés sur les risques d'infection et les méthodes de protection. Les jeunes exclus, notamment les enfants des rues, les réfugiés et les migrants, peuvent être particulièrement vulnérables, en raison du stigmatisme social, de leur relations sexuelles sans protection et de leur consommation de drogues.

Pour ralentir l'épidémie, il est également indispensable d'empêcher l'infection des adolescents au VIH étant donné que les jeunes de 10 à 19 ans constituent une grosse proportion de la population : plus du cinquième de la population totale dans les pays en développement et un septième de la population dans les pays développés. Le premier acte sexuel a généralement lieu pendant les années d'adolescence. Dans la plupart des pays de l'Afrique subsaharienne, par exemple, 40 % des femmes de 20 à 24 ans ont eu des rapports sexuels avant 20 ans<sup>15</sup>. D'après une publication récente de l'UNICEF, de l'ONUSIDA et de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), les jeunes, pour la vaste majorité, sont toujours insuffisamment informés sur le sexe et les infections sexuellement transmissibles. Mais les jeunes sont aussi en mesure de modifier leur comportement pour réduire

leur risque. Dans ce même rapport, Peter Piot déclare : « Dans chaque pays où l'on a enregistré une réduction de la transmission du VIH, c'est parmi les jeunes que les réductions les plus spectaculaires se sont produites »<sup>16</sup>.

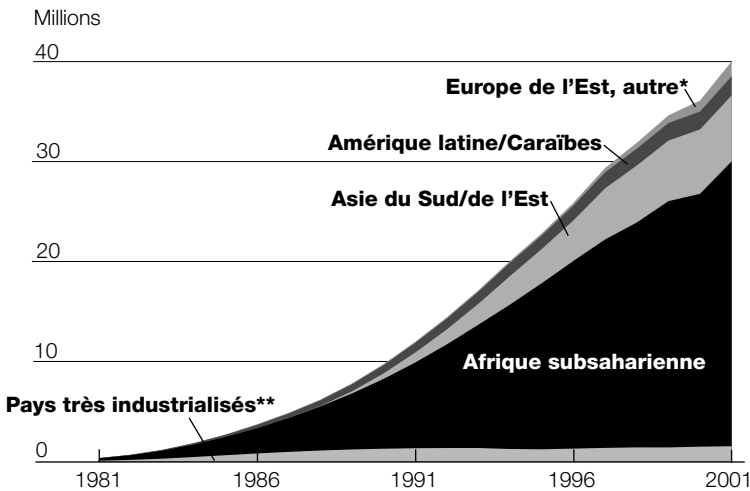
## Le stigmatisme et la discrimination

Depuis le début de l'épidémie, quand le VIH/SIDA semblait se limiter aux groupes qui étaient perçus comme socialement pervertis, l'épidémie de SIDA était enveloppée d'ignorance, de crainte et de dénégation. Cette situation a conduit au stigmatisme et à la discrimination des personnes vivant avec le VIH/SIDA. D'innombrables personnes vivant avec le VIH/SIDA ont perdu leur emploi et se sont vu refuser soins médicaux, logement, assurance et déplacements en raison de leur séropositivité. Des enfants séropositifs n'ont pas pu avoir accès aux crèches et aux écoles. Dans bien des endroits, les personnes vivant avec le VIH ont dû quitter leur famille et leur communauté. Paradoxalement, le stigmatisme et la discrimination ont favorisé la propagation de la maladie<sup>17</sup>.

Le stigmatisme est un gros obstacle à la lutte contre le VIH/SIDA étant donné qu'il porte les individus à éviter de se faire tester au VIH et de révéler leur état s'ils se font tester. En outre, le stigmatisme et la discrimination forcent ceux qui courent le plus grand risque de contracter et de propager le VIH – y compris les travailleurs du sexe, les consommateurs de drogues injectables (CDI) et les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes – à dissimuler leurs modes de vie, ce qui rend difficile aux programmes de prévention du VIH de les atteindre. Le stigmatisme multiplie donc les occasions de propagation du VIH à la population plus générale. Ce type de situation est en train d'apparaître en Ukraine, où l'épidémie préablement concentrée sur les CDI est en train de s'attaquer à la population

Figure 1

## Personnes vivant avec le VIH/SIDA par région du monde, 1981-2001



\* Europe de l'Ouest, Asie centrale, Moyen-Orient et Afrique du Nord.

\*\* Amérique du Nord, Europe (à l'exception de l'Europe de l'Est), Japon, Australie et Nouvelle-Zélande.

Source : ONUSIDA, « Vingt ans de VIH/SIDA » (2002) et données non publiées.

générale en partie du fait que les individus séropositifs évitent de révéler leur état de peur d'être stigmatisés<sup>18</sup>. Le stigmatisé et la discrimination aggravent le risque, pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA, de contracter d'autres maladies ou de mourir puisqu'elles recherchent moins à se faire soigner et à obtenir un soutien psychosocial et qu'il leur arrive plus souvent de se voir refuser ces services quand elles les recherchent<sup>19</sup>.

## L'épidémie mondiale de VIH/SIDA

Le virus qui cause le SIDA a été tout d'abord identifié aux États-Unis, au début des années 1980, mais les chercheurs ont rapidement constaté que la maladie existait en Europe et en Afrique et finalement partout dans le monde. L'ONUSIDA estime à présent qu'il y avait moins de 200 000 personnes qui vivaient avec le VIH/SIDA en 1980, que leur nombre est monté

en flèche, atteignant 3 millions vers le milieu des années 1980 et près de 8 millions vers la fin de la décennie (voir Figure 1). Mais c'est au cours des années 1990 que l'épidémie a atteint des proportions presque inconcevables partout dans le monde, croissance qui se poursuit avec la même intensité à l'heure actuelle. À la fin 2001, le nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA était estimé à 40 millions. L'Afrique subsaharienne, dont la population représente 11 % de la population mondiale, abrite plus de 70 % de toutes les personnes infectées au VIH. Mais aucune région n'est épargnée : les adultes et enfants atteints du VIH/SIDA dépassent les 28 millions en Afrique subsaharienne, les sept millions en Asie, les deux millions en Amérique latine et aux Caraïbes, et les trois millions dans le reste du monde (voir Tableau 1). Selon les estimations de l'ONUSIDA, cinq millions d'êtres humains ont été infectés par le VIH en 2001, dépassant de beaucoup les trois millions environ qui sont morts de la maladie pendant la même année.

La prévalence du VIH dans la population adulte varie de 15 % au moins dans neuf pays subsahariens à moins d'un pour cent dans la majorité de l'Europe (voir Figure 2, page 12). Mais les taux de prévalence peuvent être un indicateur trompeur de l'ampleur du problème en raison des vastes différences entre le nombre d'habitants suivant les pays. Par exemple en Inde, seulement 0,8 % de la population était infectée en 2001, mais étant donné que la population de ce pays est d'environ un milliard, ce taux de prévalence correspond à près de 4 millions de personnes. Bien que le pourcentage soit faible, cette large base de population infectée par le VIH pourrait entraîner une croissance rapide des cas de VIH/SIDA en Inde. Certains experts en SIDA postulent que tout pays enregistrant un taux de prévalence du VIH supérieur à 1 % réunit les conditions pour une croissance épidémique accélérée<sup>20</sup>.

Dans l'épidémiologie classique, les épidémies sont supposées suivre un

Tableau 1

**Indicateurs de l'épidémie de VIH/SIDA par région du monde, 2001**

Années de premières manifestations de l'épidémie/région	Personnes vivant avec le VIH/SIDA	Nouvelles infections VIH, 2001	Taux de prévalence chez les adultes (%)	Femmes adultes séropositives (%)	Mode principal de transmission
<b>Total</b>	<b>40 000 000</b>	<b>5 000 000</b>	<b>1,2</b>	<b>50</b>	<b>Hétérosexuel</b>
<b>Fin des années 70/début des années 80</b>					
Afrique subsaharienne	28 500 000	3 500 000	9,0	58	Hétérosexuel
Amérique latine	1 500 000	140 000	0,5	31	HSH, CDI, hétérosexuel
Amérique du Nord	950 000	45 000	0,6	20	HSH, CDI, hétérosexuel
Europe de l'Ouest	550 000	30 000	0,3	26	HSH, CDI
Caraïbes	420 000	60 000	2,2	53	Hétérosexuel, HSH
Australie et Nouvelle-Zélande	15 000	500	0,1	7	HSH
<b>Fin des années 80</b>					
Asie du Sud/Sud-Est	5 600 000	700 000	0,6	37	Hétérosexuel, CDI
Asie de l'Est et Pacifique	1 000 000	270 000	0,1	24	CDI, hétérosexuel, HSH
Afrique du Nord/Moyen-Orient	500 000	80 000	0,2	54	Hétérosexuel, CDI
<b>Début des années 90</b>					
Europe de l'Est/Asie centrale	1 000 000	250 000	0,5	26	CDI

## Notes :

Le taux de prévalence chez les adultes est le pourcentage estimé de personnes séropositives âgées de 15 à 49 ans.

Principaux modes de transmission cités par ordre d'importance dans cette région.

HSH : hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes ; CDI : consommateurs de drogues injectables.

Source : ONUSIDA, « Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA - juillet 2002 » ([www.unaids.org/barcelona/](http://www.unaids.org/barcelona/), consulté le 8 juillet 2002).

cours naturel qui finit par se réduire. L'épidémie culmine lorsque les infections attaquent le plus grand nombre de personnes courant le risque de contracter la maladie, puis se calme parce que le nombre de personnes susceptibles d'être infectées diminue. Les estimations les plus récentes publiées par l'ONUSIDA et l'U.S. Census Bureau (Bureau américain du recensement) ne révèlent aucune indication que l'épidémie de VIH/SIDA soit en train d'approcher un maximum naturel, même dans les pays les plus gravement affectés<sup>21</sup>.

**L'Afrique subsaharienne**

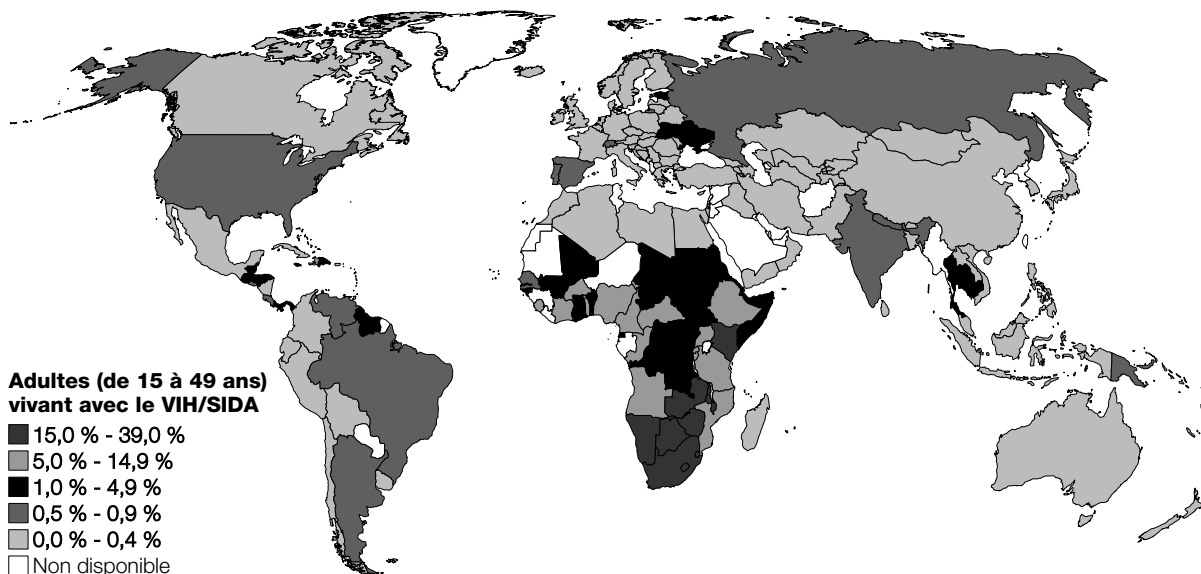
Tout au début de l'épidémie de VIH, les taux de prévalence les plus élevés étaient concentrés le long des axes de transport qui traversaient l'Afrique subsaharienne : à travers la Tanzanie et l'Ouganda, autour du lac Victoria dans ce qui s'appelle maintenant la République démocratique du Congo, et en Côte d'Ivoire sur la côte de l'Afrique de l'Ouest. Les populations infectées, à savoir les soldats, les

conducteurs de camion, les travailleurs migrants, les hommes d'affaires affluents et les travailleurs du sexe, propageaient la maladie à leur famille et à leur communauté. Vers 1986, entre 5 % et 10 % des adultes, en Ouganda et au Burundi, étaient infectés, ainsi que 1 % à 5 % des adultes dans 10 autres pays (voir Figure 3, page 13). À mesure que l'épidémie progressait, les taux de prévalence du VIH augmentaient dans ces pays et le virus s'est propagé dans toute la région.

Vers 2001, au moins 5 % des adultes de pratiquement chaque pays subsaharien étaient infectés. Les taux de prévalence avaient atteint des niveaux alarmants en Afrique australe : plus de 20 % des adultes étaient séropositifs en 2001 au Botswana, en Afrique du Sud, en Zambie, au Zimbabwe et dans trois pays voisins. L'ONUSIDA n'observe aucun signe de stabilisation des taux de prévalence, même dans ces pays où la prévalence est particulièrement élevée, à l'exception possible de la Zambie. Par exemple, la prévalence du

Figure 2

## Prévalence du VIH par pays, 2001



Source : ONUSIDA, « A global view of HIV infection » ([www.unaids.org](http://www.unaids.org), consulté le 8 juillet 2002).

VIH chez les femmes enceintes des milieux urbains du Botswana est passée de 39 % à 45 % entre 1997 et 2001, d'après l'ONUSIDA. La prévalence est encore plus élevée chez les femmes plus jeunes, ce qui porte à croire que la prévalence dans l'ensemble de la population adulte risque de continuer à s'accroître.

Les taux de prévalence du VIH ont augmenté dans la majorité des pays de l'Afrique de l'Est également, mais l'Ouganda se distingue par ses réussites dans le combat pour juguler l'épidémie. Dans les années 1980, les responsables de la santé publique ont identifié une épidémie de VIH en Ouganda ; les Ougandais ont pris davantage conscience de la maladie à mesure qu'ils constataient que leurs parents et amis étaient de plus en plus nombreux à mourir du SIDA. Le gouvernement, ainsi que les organisations religieuses et non gouvernementales (ONG), ont lancé des programmes d'élimination du stigmate à l'égard des personnes vivant avec le VIH/SIDA et d'éducation du public sur les moyens d'éviter l'infection. La majorité des programmes recommandaient l'absti-

nence aux adolescents, la monogamie aux adultes et le sexe sans risque à tous les individus sexuellement actifs. Cette approche directe de l'Ouganda à l'égard de la prévention du VIH lui a valu le grand respect de toute la communauté internationale de la santé, en particulier avec le début du déclin des taux de prévalence dans ce pays<sup>22</sup>. Chez les femmes enceintes soumises au test de dépistage du VIH dans la ville de Kampala, la capitale, la prévalence est tombée d'un maximum de 30 % en 1992 à 11 % en 2000. Cinq pour cent environ des adultes ougandais étaient séropositifs en 2001, alors qu'ils étaient 10 % ou plus environ au début des années 1990.

L'épidémie s'est propagée plus lentement dans la majorité des pays de l'Afrique occidentale, à l'exception de la Côte d'Ivoire. Plus d'un tiers des travailleuses du sexe testées dans les zones urbaines de la Côte d'Ivoire étaient séropositives en 1999, d'après les estimations de l'ONUSIDA.

Certains chercheurs estiment que la plupart des pays de l'Afrique occidentale sont sur le point d'assister à une recrudescence des cas de

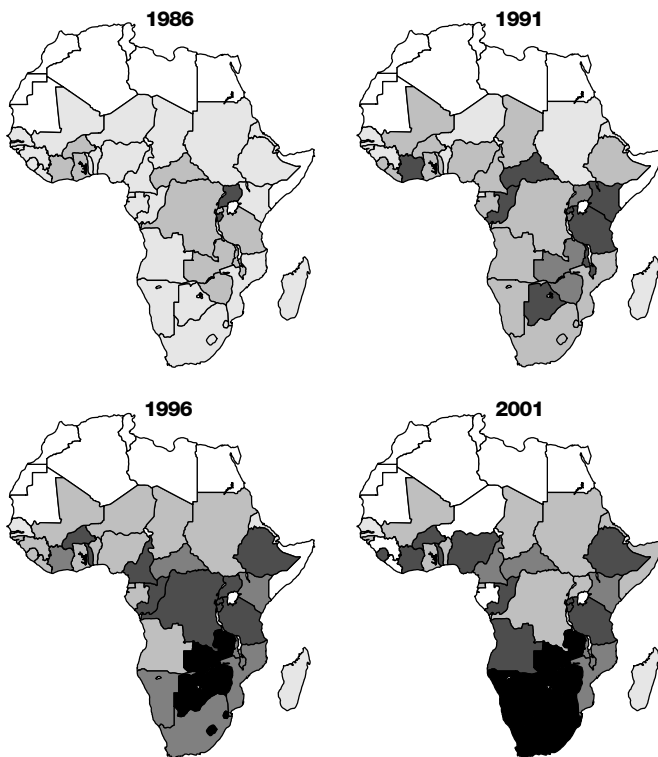
VIH/SIDA. A titre d'exemple, après cinq ans au moins de taux de prévalence relativement bas et stables, les données de surveillance récentes ont révélé des progressions brutales au Cameroun et dans certaines régions du Nigeria. En 2000, environ 10 % des femmes enceintes testées au Cameroun étaient séropositives ; en 2001, des postes sentinelles de surveillance ont signalé un taux de prévalence du VIH de 5 % environ au Nigeria. Mais les taux de prévalence sont demeurés faibles au Sénégal, qui semble avoir contenu l'épidémie par le biais de programmes de santé publique. L'ONUSIDA a félicité le Sénégal de sa réponse face au VIH/SIDA et l'a recommandé comme modèle pour d'autres pays.

L'épidémie en Afrique est favorisée par l'ignorance de la maladie, le manque d'accès aux services de prévention, de traitement et de soins et, enfin, par le stigmate et la discrimination. Les jeunes filles africaines sont insuffisamment instruites sur les dangers du SIDA et sur les mesures à prendre pour se protéger. L'UNICEF signale que plus de 70 % des adolescentes de Somalie et plus de 40 % des adolescentes de Guinée-Bissau et de Sierra Leone n'ont jamais entendu parler du SIDA ; au Kenya et en Tanzanie, plus de 40 % des jeunes filles ont des opinions erronées sur la maladie et ses modes de transmission<sup>23</sup>. D'après une enquête effectuée en 2001 par le Population Council du Kenya, plus de la moitié des femmes se sachant séropositives dissimulaient leur état à leur partenaire de peur d'être maltraitées ou abandonnées<sup>24</sup>. Étant donné que les rapports hétérosexuels sont le mode principal de transmission en Afrique et que les jeunes femmes enregistrent les taux les plus élevés de nouvelles infections, ces lacunes de connaissance et de compréhension, auxquelles s'ajoutent la discrimination et la crainte, alimentent l'épidémie.

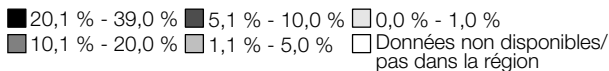
Un certain nombre d'autres facteurs peuvent expliquer en partie pourquoi l'Afrique est particulièrement touchée par le VIH. Entre

Figure 3

### Prévalence du VIH en Afrique subsaharienne, 1986-2001



#### Adultes (de 15 à 49 ans) vivant avec le VIH/SIDA



Source : ONUSIDA, « A global view of HIV infection » ([www.unaids.org](http://www.unaids.org), consulté le 8 juillet 2002).

autres, il convient de citer la forte incidence des IST, les vastes populations de réfugiés, la migration des hommes cherchant du travail saisonnier, le commerce actif du sexe et les pratiques culturelles qui tolèrent la multiplicité des partenaires sexuels. Par exemple, des milliers d'hommes vivent loin de leur famille pendant des mois d'affilée pour aller travailler dans les mines d'or et de diamant en Afrique australe. Bon nombre d'entre eux vont trouver des travailleuses du sexe, ce qui encourage la propagation du SIDA. Dans certaines mines de l'Afrique du Sud, environ un tiers des mineurs sont séropositifs<sup>25</sup>. Quand ils retournent dans leur famille, ils introduisent le VIH dans leur communauté.

Alors que l'Ouganda, le Sénégal et la Zambie ont montré quelques signes d'endiguement de la maladie, dans la plupart des autres pays de l'Afrique subsaharienne, les indications portent à croire que la prévalence du VIH tend à augmenter.

### **Asie du Sud et du Sud-Est**

Le VIH/SIDA s'est installé en Asie plus tard que dans la plupart des autres régions, mais la vaste industrie du sexe et le commerce des drogues injectables ont favorisé sa propagation rapide. D'après les estimations de l'ONUSIDA, il y avait en 1990 moins de 600 000 personnes vivant avec le VIH/SIDA en Asie du Sud et du Sud-Est ; en 2001, leur nombre avait atteint les 6 millions. Plus de la moitié de ces personnes vivent en Inde. Pendant 2001, environ 800 000 nouveaux cas d'infection ont été recensés dans la région.

La Thaïlande et le Cambodge étaient à l'origine au centre de l'épidémie de VIH en Asie du Sud-Est, mais ces deux pays ont réussi à ralentir les taux d'infection. Le commerce prospère du sexe en Thaïlande a favorisé la propagation des infections par le VIH, mais les nouvelles infections ont soudainement ralenti, en majeure partie grâce au programme d'utilisation obligatoire du préservatif dans les maisons closes qui a été lancé par le gouvernement. Dans le centre et le nord de la Thaïlande, la population séropositive parmi les travailleurs du sexe atteignait 30 % au début des années 1990 ; vers 1999, son taux était tombé à 13 %. Les taux d'infection dans l'armée thaïlandaise ont également baissé, renversant la tendance à la hausse. La réussite de la Thaïlande à contrôler la propagation du VIH est attribuée à la volonté du gouvernement d'engager des ressources importantes dans la santé publique, à la mobilisation de secteurs multiples, à un programme énergique de prévention et à une excellente infrastructure des services de santé. Le gouvernement du Cambodge a également répondu rapidement à l'épidémie de

VIH en encourageant le recours au préservatif, en atténuant les craintes et le stigmatisé associés au SIDA et en lançant des programmes destinés à réduire la vulnérabilité à l'infection.

Cependant, depuis la fin des années 1990, les experts en VIH/SIDA ont détecté des progressions alarmantes de la prévalence du VIH dans d'autres pays de l'Asie du Sud et du Sud-Est. L'Inde est le pays du monde avec le plus grand nombre d'individus vivant avec le VIH/SIDA, à l'exception de l'Afrique du Sud. La prévalence y est élevée parmi les populations urbaines, les CDI, les conducteurs de camion et les travailleurs du sexe. Dans certaines villes de l'Inde, une hausse inquiétante des cas d'infection par le VIH/SIDA a été enregistrée chez les femmes enceintes, ce qui porte à croire que le VIH s'attaque à la population plus générale. D'après un rapport récent de l'ONUSIDA, le VIH est en train d'infecter des populations d'une « diversité saisissante », ce qui signifie probablement que la maladie est sur le point de se propager à un rythme accéléré<sup>26</sup>.

La prévalence du VIH a aussi augmenté chez les travailleurs du sexe d'Indonésie, du Vietnam et de plusieurs autres pays. En Indonésie, alors que la prévalence y est relativement faible, de récentes hausses de la prévalence chez les travailleurs du sexe et les CDI, ainsi qu'une augmentation de l'activité sexuelle chez les adolescents et les jeunes adultes, indiquent le risque de la montée en flèche des infections par le VIH. Dans l'un des centres de traitement de la toxicomanie de Djakarta, 40 % des patients étaient séropositifs en 2001, par rapport à 15 % à peine l'année précédente<sup>27</sup>.

### **Asie de l'Est et Pacifique**

Le VIH ne s'est répandu en Asie et dans le Pacifique que dans les années 1990, même si des cas isolés de SIDA avaient été détectés dans la région dès les années 1980. En 2001, la prévalence du VIH était de moins de 0,1 % au Japon et en Corée du Sud. Au



Japon, la prévalence du VIH était la plus marquée chez les étrangers et les hommes japonais qui avaient contracté le virus à l'étranger. Cependant, des données plus récentes montrent que la plupart des infections récentes se sont produites au Japon, ce qui est probablement le signe d'une accélération du taux d'infection. En 1990, seulement 4 000 personnes de l'Asie de l'Est et du Pacifique vivaient avec le VIH/SIDA, mais en 2001, ce nombre avait atteint au moins un million, la vaste majorité des nouveaux cas ayant été recensés en Chine.

## Chine

Une étude récente de l'ONUSIDA sur le VIH/SIDA en Chine signale « la progression d'une épidémie de VIH/SIDA dans des proportions incroyables », et réclame une action urgente pour ralentir la propagation du virus<sup>98</sup>. Le nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA était estimé en 2000 à 600 000, mais vers la fin 2001, leur nombre se situait entre 850 000 et 1 million. Environ 70 % des infections récentes sont liées à la consommation de drogues injectables. Les provinces les plus affectées bordent le Triangle d'or de la production asiatique de drogue, à la jonction du Myanmar, du Laos et de la Thaïlande. Cette région est un axe majeur de trafic de stupéfiants, qui s'étend au nord jusque dans l'intérieur de la Chine, ainsi qu'à l'ouest en Asie centrale et jusqu'en Europe. L'ONUSIDA a signalé des épidémies de VIH chez des consommateurs de drogues injectables dans sept provinces, notamment celle de Guangdong, centre de commerce international. Le rapport signale que neuf autres provinces sont sur le point de connaître une épidémie, compte tenu du fait que 20 % ou plus des consommateurs de drogues injectables utilisent des seringues communes.

Une autre épidémie de VIH s'est déclenchée chez les populations rurales de plusieurs provinces de la Chine centrale, les villageois étant devenus infectés après avoir vendu

leur plasma à des centres de collecte non réglementés et souvent illégaux. Les centres de collecte regroupaient des réserves de sang prélevé sur de nombreux donneurs, en extrayaient le plasma, puis réinjectaient le sang chez les donneurs. Le sang de la réserve infectée par le VIH transmettait alors l'infection à tous les donneurs. Les chercheurs travaillant sur le SIDA craignent que des centaines de milliers de paysans aient ainsi contracté le VIH par du sang contaminé et des pratiques de collecte à risque. L'infection de la population plus générale au VIH est en train de s'accélérer par la transmission sexuelle. D'après l'ONUSIDA, l'ignorance, la discrimination, la pauvreté et l'inégalité entre les hommes et les femmes sont des facteurs qui favorisent le risque d'une épidémie de grande ampleur en Chine.

## Europe et Asie centrale

La prévalence du VIH progresse plus rapidement dans les pays de l'Europe de l'Est et de l'Asie centrale que partout ailleurs. L'épidémie ne s'y est installée qu'au début des années 1990, époque à laquelle elle se limitait aux consommateurs de drogues injectables. En 1990, il n'y avait que 5 000 personnes vivant avec le VIH/SIDA en Europe de l'Est et en Asie centrale, mais en 2001, leur nombre était estimé à 1 million.

La Russie est le pays de la région avec le plus grand nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA, alors que l'Ukraine enregistre le pourcentage le plus élevé de la maladie dans sa population. Environ 700 000 russes vivaient avec le VIH/SIDA à la fin 2001 et les experts craignent que l'accroissement de l'activité sexuelle et de la consommation de drogues injectables chez les adolescents et les jeunes adultes, le chômage massif et l'insécurité économique soient tous des facteurs qui favorisent une autre vague d'infections par VIH dans la région. Dans le même temps, les services de santé publique se sont détériorés et sont mal équipés pour faire face à l'épidémie. En Ukraine, d'après

*En Europe centrale, des efforts de prévention vigoureux ont endigué l'épidémie.*

les estimations, 1 % de jeunes femmes et 2 % d'hommes jeunes ont été infectés par le VIH en 2001.

En Europe centrale, des efforts de prévention vigoureux ont sans doute endigué la montée des infections par le VIH et la prévalence est demeurée relativement faible. Le gouvernement polonais a contenu avec succès l'épidémie chez les consommateurs de drogues et a empêché sa propagation à la population plus générale. Mais les infections au VIH qui continuent de proliférer en Europe de l'Est menacent toujours de s'attaquer à l'Europe centrale.

Dans les pays de l'Europe occidentale et méridionale, la prévalence du VIH chez les adultes est inférieure à 0,5 %, à l'exception du Portugal, de l'Espagne et de la Suisse. La transmission du VIH se limitait aux homosexuels et aux consommateurs de drogues injectables, mais l'infection se propage maintenant aussi à la population plus générale. Il a été récemment constaté que les IST avaient augmenté chez les homosexuels de certaines villes européennes, indiquant un retour au sexe à risque pratiqué avant l'épidémie de SIDA. À Madrid, les nouveaux cas d'infection au VIH chez les homosexuels et les hétérosexuels sont passés de juste un peu plus d'un pour cent à plus de 2 % entre 1996 et 2000<sup>29</sup>.

## **Amérique latine et Caraïbes**

À la fin de 2001, environ 1,9 million d'adultes et d'enfants d'Amérique latine et des Caraïbes vivaient avec le VIH/SIDA. Pendant 2001, il s'est produit approximativement 200 000 nouvelles infections dans la région.

Dans la plupart des pays d'Amérique latine, le VIH/SIDA a touché le plus durement les populations marginales : les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, les travailleurs du sexe et les consommateurs de drogues, mais la transmission hétérosexuelle est de plus en plus importante, d'après les estimations de l'ONUSIDA. En Argentine et en Uru-

guay, les infections par le VIH se limitent surtout aux CDI. Au Pérou et au Mexique, les taux de transmission sont les plus élevés parmi les hommes qui ont des rapports avec des hommes et parmi les CDI. Les taux d'infection ont baissé depuis la fin des années 1990, probablement en réponse aux programmes de prévention qui ciblaient les populations qui couraient un risque élevé d'être exposées au virus.

Dans les Caraïbes, les rapports hétérosexuels étaient la principale voie de transmission du VIH, facilitée par les pratiques culturelles qui tolèrent le sexe non protégé et le changement fréquent de partenaires chez les jeunes. Les taux de prévalence élevés du VIH dans les Caraïbes se situent en deuxième place dans le monde, dépassés uniquement par ceux de l'Afrique subsaharienne. La gravité de l'épidémie des Caraïbes est souvent négligée en raison de la population relativement faible de cette région, mais le VIH/SIDA est la cause principale de décès dans certains endroits de la région. Environ 2,3 % des adultes de la région sont infectés. Haïti enregistre le taux de prévalence le plus élevé, avec approximativement 6 % de la population adulte infectée, suivi par les Bermudes avec près de 4 % de la population adulte infectée. La migration et les déplacements fréquents entre les îles des Caraïbes et les États-Unis favorisent aussi la propagation du VIH.

## **Afrique du Nord et Moyen-Orient**

Les taux d'infection par le VIH sont relativement faibles en Afrique du Nord et au Moyen-Orient : d'après les estimations, 500 000 personnes de la région, soit moins de 0,5 % de la population adulte, vivaient avec le VIH/SIDA en 2001. Les systèmes de santé publique de la région n'ont pas surveillé de près les modes de transmission du VIH/SIDA, mais ces systèmes de surveillance sont en train d'être renforcés. Les observations actuelles portent à croire que la cause

principale de transmission du VIH dans la région est le rapport sexuel et la cause secondaire est la consommation de drogues injectables. L'ONU-SIDA signale une épidémie générale au Soudan et à Djibouti et une augmentation inquiétante de la prévalence du VIH chez les femmes enceintes dans le sud de l'Algérie. Dans certains pays, les gouvernements et les ONG sont en train de se mobiliser pour créer des programmes de prévention, donnant l'espoir que l'épidémie pourra être endiguée dans la région.

## **Amérique du Nord**

En 2001, environ 940 000 adultes et enfants des États-Unis et du Canada vivaient avec le VIH/SIDA ; environ 45 000 adultes et enfants ont été infectés au cours de 2001. Le sexe entre hommes est la première cause de transmission aux États-Unis et au Canada, mais la consommation de drogues injectables et les relations hétérosexuelles sont aussi des causes importantes. Bien que la prévalence ait augmenté parmi les femmes, les hommes représentent la vaste majorité des adultes nord-américains vivant avec le VIH/SIDA et correspondent à 70 % approximativement des nouveaux cas d'infection. Les minorités raciales et les populations défavorisées courent un risque beaucoup plus élevé de contracter l'infection. Par exemple, les Africains-américains représentaient, en 2000, 54 % des nouvelles infections au VIH, même s'ils ne composaient que juste 13 % de la population des États-Unis. Environ 80 % des femmes américaines infectées au VIH sont africaines-américaines ou hispaniques, d'après les U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC, Centres américains pour le contrôle et la prévention des maladies). Ces groupes composent moins de 30 % de toutes les femmes des États-Unis.

Les chercheurs ont signalé que la prévalence du VIH était élevée et en progression chez les homosexuels de plusieurs régions des États-Unis et du

Canada. Une étude CDC récente effectuée dans six villes américaines constatait que 30 % des homosexuels noirs de 23 à 29 ans étaient atteints du VIH/SIDA, ainsi que 14 % des homosexuels hispaniques et 7 % des homosexuels blancs<sup>30</sup>. Après six ans de recul régulier, le taux d'infection au VIH dans la population d'homosexuels de la Colombie-Britannique a augmenté de 9 % entre 2000 et 2001, d'après des statistiques communiquées par le Centre de contrôle et prévention des maladies de la Colombie-Britannique<sup>31</sup>. L'incidence accrue des infections sexuellement transmissibles chez les homosexuels de San Francisco, de Los Angeles et d'autres grandes villes laisse penser que les hommes plus jeunes négligent les pratiques sexuelles sans risque qui avaient en effet réussi à endiguer l'épidémie de VIH/SIDA parmi les populations homosexuelles de l'Amérique du Nord au début des années 1990. Le VIH va continuer à se propager si rien n'est fait pour atténuer les comportements à risques. Une augmentation similaire des IST a été détectée en France, en Australie et dans d'autres pays développés.

## **Effets sur la population et la santé**

Au cours des 20 dernières années, le VIH/SIDA a eu des effets dévastateurs sur la population et la santé. L'épidémie a effacé les progrès réalisés avec peine dans la survie des enfants et l'augmentation de l'espérance de vie des populations de l'Afrique subsaharienne et d'un nombre grandissant de pays et de communautés partout dans le monde. Le VIH a provoqué une recrudescence d'infections et malignités auparavant rares et il contribue à l'explosion d'une épidémie de tuberculose à travers le monde. Dans les pays fortement affectés, le VIH surcharge les systèmes de santé publique, débordant les capacités des presta-

Tableau 2

### Effet du VIH/SIDA sur la mortalité infantile dans un échantillon de pays, 2002

Pays	Décès sur 1 000 enfants de moins de 5 ans		Pourcentage de mortalité infantile à cause du VIH/SIDA
	Avec SIDA	Sans SIDA	
<b>Afrique subsaharienne</b>			
Angola	287	282	2
Botswana	107	31	71
Côte d'Ivoire	153	132	14
Kenya	95	66	31
Nigeria	136	125	8
Afrique du Sud	97	61	37
Ouganda	145	128	12
Zambie	171	133	22
Zimbabwe	101	47	53
<b>Amérique latine/Caraiïbes</b>			
Haïti	117	107	9
Honduras	41	35	16
<b>Asie</b>			
Cambodge	103	96	7
Myanmar	101	96	5
Thaïlande	30	29	4

Source : K. Stanecki, *The AIDS pandemic in the 21st century* ([www.usaid.gov/pop\\_health/aids/Publications/docs/aidsdemoimpact.pdf](http://www.usaid.gov/pop_health/aids/Publications/docs/aidsdemoimpact.pdf), consulté le 8 juillet 2002).

taires de soins et des infrastructures et les ressources budgétaires.

Étant donné que le VIH/SIDA s'attaque généralement aux jeunes sexuellement actifs, les décès causés par cette infection ont aussi provoqué des distorsions au niveau de la répartition démographique par âge et par sexe dans les communautés et les pays lourdement affectés. Ces déséquilibres affectent la croissance démographique ainsi que la santé économique et sociale de ces régions.

La réapparition de la tuberculose dans bien des régions du monde est en train de confronter simultanément certains pays à des épidémies de VIH et de tuberculose. En Afrique subsaharienne, les cas de tuberculose augmentent environ de 10 % par an en raison du VIH, près de deux millions de nouveaux cas de TB ayant été signalés rien qu'en 1999. Les chercheurs prévoient que ce chiffre atteindra 3,3 millions d'ici à 2005.

La tuberculose est la cause principale de décès chez les personnes vivant avec le VIH/SIDA. Elle est à

l'origine de 15 % environ des décès de malades du SIDA. Dans les pays en développement, environ la moitié des personnes séropositives contracteront la tuberculose<sup>32</sup>.

Le VIH/SIDA et la tuberculose sont mutuellement destructifs, chaque infection empirant l'effet de l'autre. La tuberculose accélère la progression de l'infection au VIH et le VIH entraîne une progression plus rapide de la tuberculose. En l'absence d'infection au VIH, la plupart des personnes infectées par la tuberculose demeurent en bonne santé même si elles sont « porteuses » du virus. Cependant, le VIH/SIDA déclenche la forme active – et par conséquent infectieuse – de la tuberculose. Si seulement 5 % à 10 % des porteurs de tuberculose qui testent négatifs au VIH développeront un cas actif de tuberculose, les études révèlent que les porteurs de tuberculose séropositifs sont au moins 30 fois plus susceptibles de contracter la forme active de tuberculose que ceux qui ne sont pas séropositifs<sup>33</sup>. D'après l'ONUSIDA, une personne présentant une forme active de tuberculose pulmonaire peut infecter en moyenne 10 à 15 personnes chaque année si elle ne se fait pas traiter.

Par ailleurs, l'infection par le VIH rend plus difficile le diagnostic de la tuberculose. D'après les estimations de l'ONUSIDA, entre la moitié et les deux tiers des personnes vivant avec le VIH développeront des formes de tuberculose qui ne peuvent être diagnostiquées que par des examens de laboratoire spéciaux qui ne sont pas toujours disponibles dans les pays à faible revenu. La tuberculose est guérissable chez les individus séropositifs, mais le traitement exige normalement un régime antibiotique strict pendant six mois environ, ce qui est souvent difficile pour les habitants des pays en développement<sup>34</sup>.

### Espérance de vie réduite

Le VIH/SIDA est la quatrième cause de décès dans le monde. Le bilan des décès, depuis le début de l'épidémie, est estimé à plus de 20 millions et

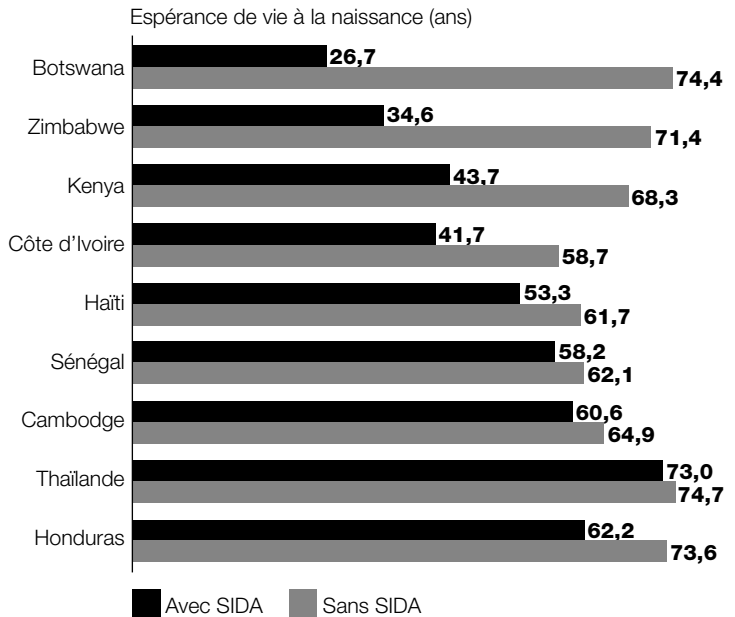
l'ONUSIDA estime que 68 millions d'autres personnes mourront de causes liées au VIH d'ici 2020 si des efforts de grande ampleur pour prévenir et traiter l'infection ne sont pas mis en œuvre immédiatement. En 2001, environ 3 millions d'adultes et d'enfants sont morts du VIH/SIDA, dont 2,3 millions en Afrique subsaharienne. Inversement, dans certains pays, les décès associés au SIDA ont considérablement baissé grâce à de nouveaux médicaments. Au Brésil, les politiques du gouvernement pour fournir un traitement universel du VIH/SIDA a réduit les décès de moitié entre 1996 et 1999<sup>35</sup>. Mais, dans la majorité des pays, les médicaments ne sont pas généralement disponibles et le bilan annuel des décès continue de croître.

Dans les pays lourdement affectés, les taux de mortalité sont sensiblement plus élevés qu'ils ne le seraient sans le VIH/SIDA. Par exemple, en Afrique orientale et australe, d'après les estimations, les taux bruts de mortalité – nombre de décès pour 1 000 habitants – sont de 50 % à 500 % supérieurs à ce qu'ils seraient en l'absence du VIH/SIDA. La maladie a provoqué un accroissement des taux de mortalité bruts dans certains pays d'Asie et d'Amérique latine.

L'épidémie a aussi freiné ou effacé les progrès réalisés dans la survie infantile et l'espérance de vie, qui sont deux facteurs primordiaux du développement social et économique. Dans les pays en développement, les taux de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans sont considérablement plus élevés qu'ils ne le seraient en l'absence du VIH/SIDA. D'après un rapport réalisé par le Bureau américain du recensement, environ trois quarts des décès d'enfants âgés de moins de cinq ans au Botswana sont liés au SIDA et environ la moitié au Zimbabwe (voir Tableau 2). En 2002, le taux de mortalité infantile de l'Afrique du Sud était de 97 décès pour 1 000 enfants ; il aurait été de 61 décès pour 1 000 enfants sans la mortalité associée au SIDA. Le bilan des décès d'enfants à cause du SIDA est considérablement plus faible dans les pays situés en

Figure 4

### Effets du VIH/SIDA sur l'espérance de vie en 2010, échantillon de pays



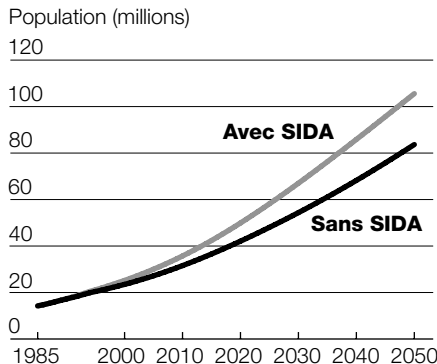
Source : K. Stanecki, *The AIDS pandemic in the 21st century* ([www.usaid.gov/pop\\_health/aids/Publications/docs/aidsdemoimpact.pdf](http://www.usaid.gov/pop_health/aids/Publications/docs/aidsdemoimpact.pdf), consulté en ligne le 12 juillet 2002).

dehors de l'Afrique australe et orientale, même dans les pays enregistrant des taux de prévalence relativement élevés. Haïti, par exemple, a enregistré, en 2002, 10 décès supplémentaires d'enfants sur 1 000 décès en raison du SIDA ; en l'absence de cette infection, la mortalité infantile aurait été de 107 décès pour 1 000 enfants.

Même dans les pays les plus gravement affectés, des améliorations apportées à la santé publique et aux niveaux de vie dans le monde entier avaient entraîné un accroissement de l'espérance de vie jusque vers le milieu ou la fin des années 1980, mais la vague des décès liés au SIDA a entraîné une baisse précipitée de l'espérance de vie. L'espérance de vie moyenne est tombée à 40 ans ou moins dans les huit pays suivants : Angola, Botswana, Lesotho, Malawi, Mozambique, Rwanda, Zambie et Zimbabwe. L'espérance de vie à la naissance avait approché 60 ans avant que l'épidémie de SIDA ne s'installe au Botswana, qui était l'un des pays les plus riches du continent. En

Figure 5

### Projections de la population ougandaise avec et sans SIDA, 1985-2050



Source : estimations et projections démographiques du Bureau américain du recensement (2002).

2002, l'espérance de vie moyenne au Botswana avait chuté à 33,9 ans et continue de baisser ; vers l'an 2010, l'espérance de vie moyenne sera de 26,7 ans d'après les projections (voir Figure 4, page 19). Le Bureau américain du recensement prévoit aussi que d'ici 2010, l'espérance de vie d'un certain nombre de pays d'Afrique australe aura été ramenée à 30 ans environ – niveau plus répandu il y a 100 ans, lorsque l'on ne disposait pas d'antibiotiques et de vaccins pour combattre les maladies.

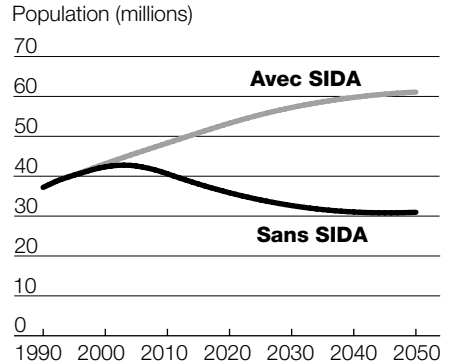
En dehors de l'Afrique subsaharienne, certains pays assistent également à une réduction de leur espérance de vie en raison du SIDA. Au Cambodge, au Myanmar et en Thaïlande, l'espérance de vie en 2010 sera inférieure pratiquement de deux à quatre ans par rapport à ce qu'elle serait sans le SIDA. En Haïti, les projections d'espérance de vie pour 2010 sont de 53,3 ans, soit huit ans de moins que sans le SIDA. Le Bureau américain du recensement estime que, toujours d'ici 2010, l'espérance de vie moyenne au Honduras aura diminué de 11 ans par suite du SIDA.

### Ralentissement de la croissance démographique

Malgré les millions de décès liés au SIDA dans le monde entier, les popu-

Figure 6

### Projections de la population sud-africaine avec et sans SIDA, 1990-2050



Source : estimations et projections démographiques du Bureau américain du recensement (2002).

lations continuent de croître dans bien des pays gravement affectés, bien que cette croissance soit inférieure à ce qu'elle serait en l'absence du SIDA. Par exemple, le Bureau américain du recensement prévoit que la population de l'Ouganda approchera les 84 millions d'habitants en 2050 ; si le pays ne connaissait pas l'épidémie de SIDA, la population atteindrait près de 106 millions d'habitants (voir Figure 5). En Afrique du Sud, où l'épidémie n'a guère montré de signe de relâche, les projections de population sont de 31 millions pour 2050, environ la moitié de ce qu'elles seraient sans la mortalité associée au SIDA (Figure 6).

Le Bureau américain du recensement prévoit aussi que le Cambodge, le Myanmar, la Thaïlande et plusieurs autres pays non africains enregistreront une baisse de leur taux de croissance démographique en raison du SIDA. Par exemple, d'après les prévisions, les taux de croissance annuels aux Bahamas et au Guyana tomberont de 1,0 % à 0,5 % entre 2002 et 2010.

Le SIDA déclenche une baisse démographique dans d'autres pays d'Afrique, outre l'Afrique du Sud. Toujours d'après les estimations du Bureau américain du recensement, le Botswana enregistre déjà en 2002 un taux de croissance négatif, en raison des taux élevés de prévalence du VIH associés à des taux de fécondité relati-

vement faibles. D'après les projections, la population du Lesotho, du Mozambique, de l'Afrique du Sud et du Swaziland devrait reculer d'ici à 2010 ; la population devrait devenir stationnaire au Malawi, en Namibie et au Zimbabwe.

Les décès résultant du SIDA modifient la structure démographique des pays gravement affectés. D'après certaines analyses, le SIDA finira par tuer un tiers des jeunes actuellement âgés de 15 ans dans les pays où les taux de prévalence du VIH chez les adultes se situent aux alentours de 15 %<sup>36</sup>. En Afrique subsaharienne, les taux de prévalence du VIH atteignent leur plus haut niveau autour de 25 ans chez les femmes et entre 35 et 40 ans chez les hommes. Étant donné que les individus survivent pendant dix ans en moyenne après avoir été infectés, les décès causés par le SIDA ont tendance à être les plus nombreux chez les femmes dans la trentaine et chez les hommes dans la quarantaine et la cinquantaine.

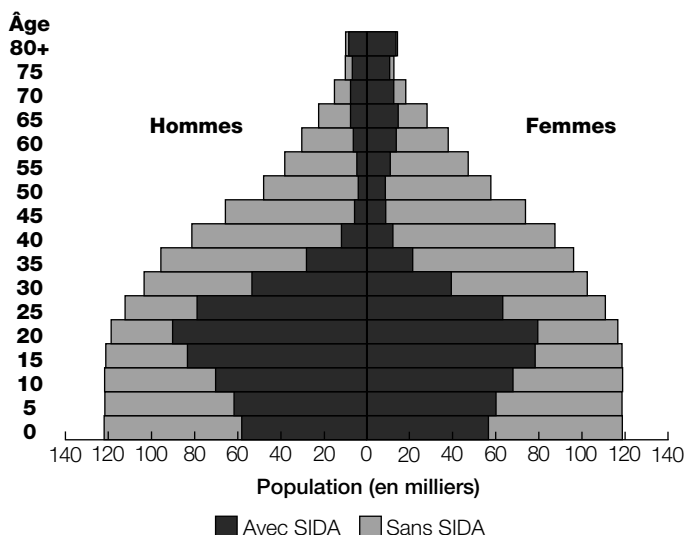
Le Botswana illustre bon nombre des changements projetés pour les populations gravement affectées par le VIH/SIDA. Le graphe de la répartition démographique par âge et par sexe pour 2020 ressemble plus à une cheminée qu'à la structure en pyramide plus courante pour les populations en croissance rapide (voir Figure 7). D'ici 2010, les naissances seront moins nombreuses en raison des décès et du taux de fécondité plus faible des femmes séropositives. Bon nombre d'enfants mourront pendant leurs premières années par suite de l'infection par le VIH. La population adulte se réduira, enregistrant des pertes particulièrement élevées chez les jeunes femmes dans la vingtaine et la trentaine.

## L'impact social et économique

Le SIDA ne constitue pas uniquement une crise de la santé. Ses effets gagnent pratiquement chaque aspect de la vie sociale et économique, en

Figure 7

### Projections de la structure démographique du Botswana en 2020, avec et sans SIDA



Source : estimations et projections démographiques du Bureau américain du recensement (2002).

particulier dans les pays les plus gravement affectés. Bien que l'épidémie varie dans son ampleur, le SIDA s'attaque dans chaque pays principalement aux adultes de 25 à 45 ans – personnes qui ont été infectées pendant leur adolescence ou leurs premières années d'âge adulte. Le SIDA s'attaque à la population active, aux familles et aux communautés en tuant salariés, prestataires de soins, personnes soignantes et enseignants<sup>37</sup>.

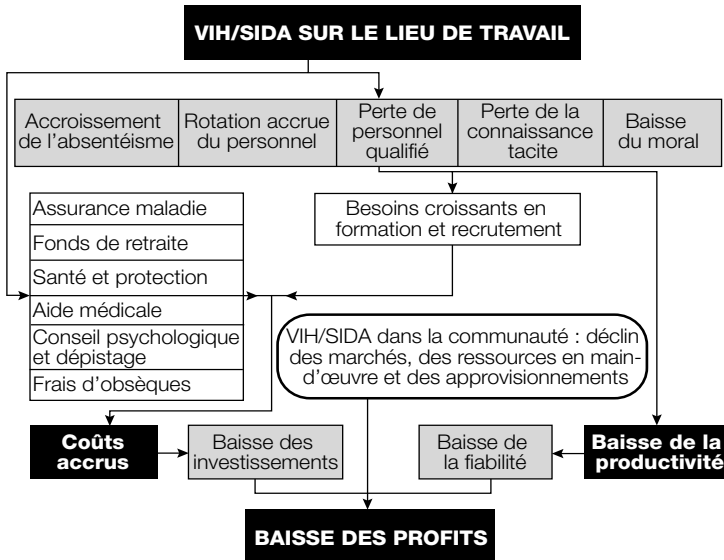
### Le fardeau pesant sur la santé publique

Les secteurs de la santé ressentent l'impact du SIDA par le poids des coûts directs, comme les dépenses de traitement médical, d'approvisionnement et de personnel, et par le poids des coûts indirects, comme la réduction des effectifs de personnel médical formé et les pressions croissantes sur les systèmes de soins débordés par l'épidémie.

Le VIH/SIDA continue de surcharger les systèmes de soins de nombreux pays. Les personnes vivant avec le VIH/SIDA nécessitent généralement

Figure 8

## Répercussions du VIH/SIDA sur une entreprise



Source : adapté de l'ONUSIDA, du Global Business Council on HIV/AIDS et du Prince of Wales Business Leaders Forum, *The business response to HIV/AIDS : impact and lessons learned* (2002).

des soins sanitaires fort divers, allant des soins primaires et du traitement de base des infections à l'hospitalisation et aux conseils psychosociaux. Là où les antirétroviraux sont disponibles, les systèmes de soins doivent suivre les patients et gérer les régimes thérapeutiques complexes.

Le besoin accru de soins pose tout particulièrement des problèmes dans les pays qui se heurtent déjà à des difficultés pour assurer des soins de santé de base à leurs populations. Dans bien des pays, le coût des soins requis pour le VIH/SIDA est plusieurs fois supérieur au revenu annuel moyen des familles. Les budgets de la santé publique sont eux aussi incapables de supporter ce fardeau croissant. D'après les estimations de la Banque mondiale, le coût du traitement d'un malade du SIDA pendant une seule année est 2,7 fois supérieur au produit national brut par habitant d'un pays ordinaire. Vers 2005, le VIH/SIDA devrait représenter plus de 60 % des dépenses de santé publique au Zimbabwe<sup>38</sup>.

Les ressources nécessaires au secteur de la santé pour traiter d'autres

problèmes de santé sont en train d'être usurpées par le VIH/SIDA. Par exemple, dans de nombreux hôpitaux de l'Afrique subsaharienne, les malades du SIDA limitent l'admission à l'hôpital d'autres patients : les malades du SIDA occupent au moins la moitié des lits dans les hôpitaux des villes de la Côte d'Ivoire, de la Zambie et du Zimbabwe. Au Kenya, cette tendance a entraîné une mortalité accrue des malades non infectés par le VIH<sup>39</sup>.

La réduction du personnel de soins par suite du VIH/SIDA est une autre grave répercussion pour le secteur de la santé dans les pays les plus gravement affectés ; cette réduction des effectifs est particulièrement douloureuse compte tenu de la montée en flèche des besoins de compétences professionnelles à mesure que de plus en plus de personnes contractent le VIH/SIDA. D'après des études effectuées à Lusaka, en Zambie, pendant les années 1991 et 1992, 39 % des sages-femmes et 44 % des infirmiers étaient séropositifs. Dans un hôpital de Zambie, la multiplication par 13 des décès chez le personnel entre 1980 et 1990 a été attribuée au SIDA. Le personnel de santé court aussi un risque supérieur à la moyenne d'être exposé aux infections opportunistes, en particulier à la tuberculose. De plus, le VIH/SIDA s'attaque au moral des personnels de santé, qui sont de plus en plus surchargés et épuisés et qui assistent aux ravages du SIDA chez les enfants, les jeunes adultes et leurs collègues.

## Entreprise, travail et revenu

Étant donné que le VIH/SIDA affecte les individus dans les meilleures années de leur vie productive, les entreprises pâtissent des effets graves de l'épidémie. Cette observation est particulièrement vraie dans les pays de l'Afrique subsaharienne, où jusqu'à un tiers de la population en âge de travailler est infectée par le VIH. Dans les pays à prévalence élevée, le VIH/SIDA dévore les revenus d'entreprise en raison de trois facteurs principaux : les



charges d'exploitation accrues, la réduction de la productivité et le recul des marchés (voir Figure 8).

À l'origine, on croyait que le VIH/SIDA était principalement un phénomène urbain, mais il est maintenant clair qu'il menace la vie et les modes de vie des communautés rurales dans tout le monde en développement. Dans bien des pays, l'agriculture est le mode de subsistance d'un grand segment de la société et elle contribue donc pour une grande part à l'économie nationale. Dans un grand nombre de pays africains, l'agriculture à forte intensité de main-d'œuvre représente plus d'un tiers du produit national brut. En perturbant la production agricole, le VIH/SIDA peut ébranler la capacité d'exportation des pays et en conséquence leur capacité à se procurer des devises<sup>40</sup>.

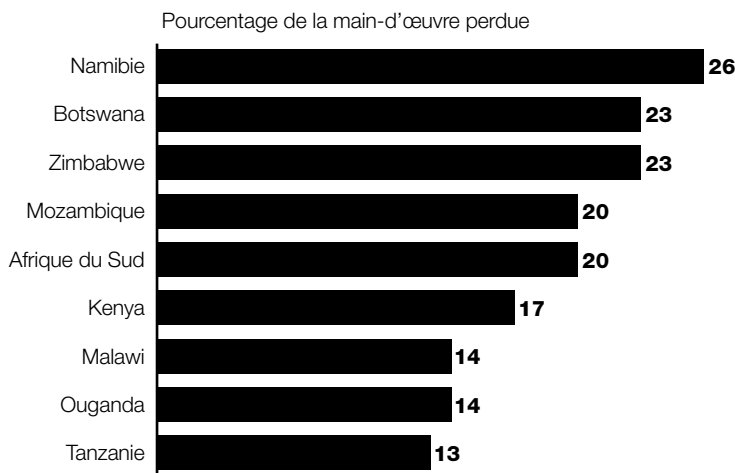
Les décès associés au SIDA parmi les paysans menacent la production agricole et la sécurité alimentaire, tout particulièrement en Afrique australe et orientale. D'après les estimations de l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), sept millions de travailleurs agricoles sont morts du SIDA depuis 1985 dans 25 pays africains à taux de séroprévalence élevés. La FAO prévoit que 16 millions de travailleurs agricoles des mêmes pays mourront aussi du SIDA entre 2000 et 2020<sup>41</sup>. Les pertes de main-d'œuvre qui surviendront entre 1985 et 2020 dans la population des pays les plus gravement affectés varieront de 13 % en Tanzanie à 26 % en Namibie (voir Figure 9).

En Afrique de l'Est, les pénuries de main-d'œuvre liés au SIDA ont entraîné la baisse des rendements agricoles, la culture de superficies plus petites et l'abandon de la culture de rapport pour la culture de subsistance<sup>42</sup>. Au Zimbabwe, le syndicat des exploitants agricoles a constaté que la perte d'un soutien de famille en raison du SIDA diminuait la production agricole d'au moins 61 % dans les zones de petite agriculture<sup>43</sup>.

Les ménages agricoles qui sont confrontés au VIH/SIDA doivent par-

Figure 9

## Projections des pertes de main-d'œuvre agricole en raison du VIH/SIDA, échantillon de pays, 1985-2020



Source : Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), « AIDS – a threat to rural Africa: fact sheet » ([www.fao.org/Focus/E/aids6-e.htm](http://www.fao.org/Focus/E/aids6-e.htm), consulté en ligne le 12 juillet 2002).

fois renoncer à acheter des semences et vendre des biens, tels que du bétail, de l'équipement ou des terres, pour soutenir les membres malades de la famille et payer les dépenses de funérailles. Le temps consacré aux soins, aux funérailles et au deuil des membres de la famille morts du VIH/SIDA réduit la productivité et entrave les capacités de production et d'achats alimentaires des ménages. En outre, l'augmentation des décès dans la population agricole entraîne une perte importante de la connaissance et des aptitudes.

## Répercussions sur l'enseignement

L'enseignement est un élément indispensable du capital humain étant donné qu'il influence les compétences, la connaissance et la santé. Ces facteurs, à leur tour, sont d'importants déterminants du niveau de vie et des débouchés économiques d'un pays. L'enseignement est aussi un instrument possible de contrôle du VIH/SIDA<sup>44</sup>.

Mais l'épidémie de SIDA est en train d'ébranler lourdement les sys-

*Il n'existe pas  
de remède qui  
guérisse du  
VIH/SIDA.*

tèmes d'enseignement de nombreux pays à faible revenu. Des deniers de l'État destinés aux secteurs publics, comme l'enseignement, sont employés pour couvrir les besoins immédiats des patients malades ou mourant du SIDA. Dans le même temps, les recettes publiques dans leur ensemble risquent aussi de baisser à mesure que la maladie affecte un nombre disproportionné de la population en âge de travailler. La maladie et le décès d'éducateurs et d'administrateurs expérimentés ont aussi entravé la qualité et les services d'enseignement. Les écoles se heurtent à des dépenses accrues liées à la rotation et à l'absentéisme du personnel. La propagation de la maladie et l'augmentation des décès dans les communautés affectées réduisent les fonds et les aides scolaires et diminuent aussi les capacités des membres communautaires à participer aux affaires scolaires.

Dans les pays à forte prévalence, des nombres alarmants d'enseignants et d'administrateurs scolaires sont emportés par le SIDA. En Afrique subsaharienne, 860 000 enfants ont eu au moins un professeur qui est mort du SIDA en 1999. La République centrafricaine a connu des pertes d'enseignants si élevées que plus de 100 établissements scolaires avaient été fermés d'ici la fin des années 1990. En Zambie, plus de quatre enseignants mouraient chaque jour du SIDA en 1998 – 1 300 enseignants pour l'ensemble de l'année<sup>45</sup>.

L'épidémie de SIDA modifie aussi les besoins d'enseignement, étant donné qu'un plus grand nombre d'enfants meurent de la maladie, abandonnent l'école pour prendre soin de membres de leur famille ou deviennent orphelins du SIDA et n'ont pas les moyens ou la possibilité de continuer leurs études. Dans la province de KwaZulu-Natal, en Afrique du Sud, où la prévalence du VIH dépasse 30 %, les chercheurs ont constaté que les inscriptions scolaires au premier niveau des études primaires avaient baissé de 24 % en 2000<sup>46</sup>.

## **Familles et communautés**

Le stigmate associé au VIH/SIDA, l'affaiblissement physique progressif des personnes infectées, le besoin des patients d'être soignées et les décès des malades exercent de fortes conséquences sur les familles et les communautés. Dans les pays les plus affectés, l'épidémie est en train de saper le bien-être socioéconomique des ménages et de menacer la cohésion sociale des communautés. Tout comme le VIH/SIDA dépouille le corps humain de ses défenses naturelles, la maladie appauvrit les ressources dont les familles et les communautés ont besoin pour déployer avec succès des efforts de prévention et soigner et traiter les personnes qui vivent avec le VIH<sup>47</sup>.

Pour les familles, les conséquences du VIH/SIDA ne sont pas les mêmes que celles des autres maladies. La vulnérabilité des individus à l'infection est la plus marquée dans leurs années les plus productives ; Ils ont souvent à charge épouses et enfants. Les familles ressentent les effets de l'épidémie dès que l'un de leurs membres contracte une maladie associée au SIDA. Le revenu baisse à mesure que la capacité de travail des membres de la famille décroît et que les frais de subsistance, en particulier les dépenses médicales, augmentent. Une étude réalisée en Côte d'Ivoire a constaté que les ménages qui prenaient soin d'un malade du VIH/SIDA dépensaient au moins deux fois plus en dépenses médicales que les autres ménages<sup>48</sup>. Le temps et les dépenses de transport viennent aussi s'ajouter au fardeau économique étant donné que les centres de santé sont souvent éloignés du domicile.

Les ménages les plus démunis et les moins instruits sont ceux qui sont le moins en mesure de surmonter l'épreuve du VIH/SIDA. Au Rwanda, d'après une enquête sur les individus séropositifs, moins de 30 % des ménages étaient en mesure de couvrir leurs dépenses de soins de santé avec leurs propres ressources ; certaines familles couvraient leurs dépenses de santé en empruntant de l'argent ou

en vendant des biens. La pauvreté oblige certaines familles à faire travailler leurs enfants ou à les confier à des employeurs qui offrent du travail dans des endroits éloignés, où les enfants font souvent l'objet de travail illégal ou d'exploitation sexuelle<sup>49</sup>. Les pauvres ont peu accès aux informations de santé concernant la prévention et le traitement du VIH/SIDA et les problèmes sanitaires connexes.

## **La gouvernance et la fonction publique**

Dans les pays gravement touchés par le VIH, l'épidémie affecte la gouvernance et la fonction publique sous trois formes : le pays perd des fonctionnaires qu'il est difficile de remplacer ; les recettes baissent et les dépenses augmentent, et la demande en services sociaux s'accroît. Pris dans leur ensemble, ces trois facteurs exercent des pressions considérables sur les gouvernements des pays en développement.

Il est particulièrement difficile pour les pays où les niveaux d'alphabétisation et d'instruction sont faibles d'absorber les pertes de fonctionnaires qualifiés. Bon nombre de ces pays s'en remettent à des effectifs limités pour développer et administrer les services.

La baisse des recettes et l'augmentation des dépenses aggravent la perte de fonctionnaires. Dans les pays gravement affectés, le SIDA réduit la productivité et les recettes. Dans la moitié des pays de l'Afrique subsaharienne, le taux de croissance annuel par habitant est en baisse de 0,5 %, tombant à 1,2 %, en raison de l'épidémie de SIDA<sup>50</sup>. En Zambie, les dépenses annuelles de soins du SIDA devraient passer, d'après les projections, de 3,4 millions de dollars EU en 1989 à 18,3 millions de dollars EU en 2004<sup>51</sup>. En même temps que les dépenses augmentent et que les recettes baissent, les besoins en services publics se multiplient. En général, le SIDA affecte en nombres disproportionnés les ménages les plus démunis, contribuant à l'aggravation de la pauvreté et

à l'intensification de la demande pour les services sociaux. En outre, des millions d'enfants orphelins auront besoin de services publics nouveaux ou élargis. Le financement ou les investissements engagés dans certains des services publics sont réduits en raison de l'augmentation des dépenses de soins de santé et de services sociaux, notamment la prise en charge des orphelins. D'après les estimations de la Banque mondiale, le traitement pendant un an d'un patient du SIDA coûte, en moyenne, au moins autant que l'éducation pendant une année de 10 élèves du primaire<sup>52</sup>.

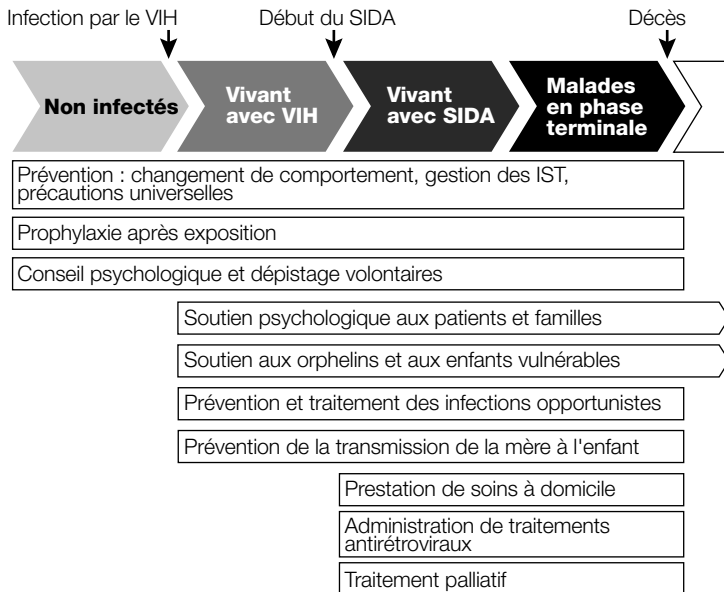
## **Prévention et soins**

Il n'existe pas de remède pour guérir du VIH/SIDA et les médicaments qui prolongent la vie sont coûteux et pour la plupart non disponibles dans les pays en développement. En conséquence, la prévention continuera, dans l'avenir prévisible, à former l'osature des programmes visant à endiguer l'épidémie de VIH/SIDA. Mais les experts sont en train de se rendre compte de la nécessité de mettre en oeuvre des programmes complets qui couvrent la prévention, les soins, le traitement et des interventions de soutien auxquels puisse avoir accès et que puisse se permettre la majorité des personnes qui en ont besoin. Les programmes complets visent à répondre aux besoins médicaux, psychologiques et sociaux des personnes vivant avec le VIH/SIDA et de leurs familles.

Les efforts de prévention menés avec succès incluent l'instruction pour éviter les comportements à risque élevé, la distribution et la promotion des préservatifs, le diagnostic et le traitement des IST, les services de conseil psychologique et de dépistage volontaires, la prévention de la transmission de la mère à l'enfant, la protection du sang et des produits sanguins et l'atténuation du stigmatisme lié au VIH/SIDA. Les soins complets

Figure 10

## Continuité de la prévention et des soins du VIH/SIDA



Source : Family Health International.

incluent la prophylaxie post-exposition (principalement pour les personnes exposées au VIH par suite de viol ou d'accident professionnel comme une piqûre d'aiguille), le soutien psychosocial, la prise en charge des orphelins et des enfants des patients du SIDA, la prévention et le traitement des infections opportunistes, les soins à domicile, les traitements antirétroviraux et les soins palliatifs (voir Figure 10).

Les divers volets de la continuité prévention et soins se renforcent mutuellement. L'existence de services de traitement et de soin du VIH peut inciter vivement les individus à obtenir des conseils et à se faire tester. Sans ces services, les individus ne seront guère motivés à savoir s'ils sont séropositifs. Les services de conseil fournissent l'occasion d'instruire les personnes infectées sur l'importance d'empêcher la transmission de l'infection à d'autres et les méthodes à cet effet. Les experts citent souvent le conseil psychologique et le dépistage volontaires du VIH comme le point de départ crucial de la prévention, du traitement et des soins de l'infection.

L'accès aux services de traitement et de soins contribue également à l'atténuation du stigmata associé à l'infection au VIH, encourage d'autres personnes à se faire tester et peut même promouvoir un changement de comportement. Mais il est difficile de convaincre les individus de modifier leur comportement, en particulier s'ils croient qu'ils ne courent pas de risque ou qu'ils ne peuvent pas être traités avec succès contre le VIH/SIDA. Des études réalisées dans des pays développés montrent que certains individus pratiquent des comportements sexuels à risque élevé lorsqu'ils savent qu'il n'existe pas de thérapie efficace contre le SIDA<sup>53</sup>.

Les programmes de prévention ont beaucoup plus de chance de réussir s'ils parviennent à mobiliser les dirigeants et les personnes qui influencent les conditions sociales et économiques dans la communauté. Les politiques publiques qui soutiennent les programmes de prévention du VIH permettent aux individus de se protéger. De bons programmes de prévention abordent également les facteurs qui exposent les individus, les familles et les communautés aux risques d'infection et qui les rendent plus vulnérables à l'infection et aux effets de l'épidémie.

Les programmes de prévention ne sont efficaces que s'ils atteignent les populations les plus vulnérables, en particulier les jeunes adultes et les groupes marginaux, tels que les travailleurs du sexe, les hommes qui ont des rapports avec des hommes, les consommateurs de drogues injectables et les prisonniers<sup>54</sup>. Des programmes efficaces sont conçus pour examiner les principaux modes de transmission au sein de toute communauté. La transmission sexuelle est le mode le plus important de transmission dans la plupart des pays, en particulier dans les pays en développement (voir Tableau 3), mais les transfusions de sang contaminé, la consommation de drogues injectables, et la transmission de la mère à l'enfant représentent jusqu'à 30 % de toutes les infections au VIH dans le monde entier. En

Tableau 3

### Risque d'infection au VIH par mode d'exposition et contribution aux infections mondiales

Mode d'exposition	Taux de transmission par exposition	Pourcentage des infections globales
Transfusion sanguine	Plus de 90 %	5 % à 10 %
Transmission de la mère à l'enfant	25 % à 40 % dans les pays en développement 15 % à 25 % dans les pays développés	2 % à 3 %
Rapports sexuels non protégés	0,1 % - 1,0 % <sup>a,b</sup>	70 % à 80 %
Consommation de drogues injectables	Moins de 1,0 % <sup>a</sup>	5 % à 10 %
Piqûre de seringue et autres risques d'exposition dans le cadre des soins de santé	Moins de 0,5 %	0,01 %
Exposition au sang contaminé d'un autre membre de la famille	Rare	Négligeable

<sup>a</sup> Le risque est cumulatif et augmente de façon exponentielle avec chaque exposition.

<sup>b</sup> Plusieurs facteurs, tels que les infections sexuellement transmissibles et l'absence de circoncision, peuvent accroître le risque.

Source : Communicable Disease Prevention and Control, « The risk of HIV-1 transmission by type of exposure » ([www.cdc.com/s6.htm](http://www.cdc.com/s6.htm), consulté le 8 juillet 2002) ; et P.R. Lamptey et H.D. Gayle, *HIV/AIDS prevention and care in resource-constrained settings : a handbook for the design and management of programs* (2001).

Afrique subsaharienne, les programmes de prévention efficaces se concentreront sur la prévention de la transmission hétérosexuelle, de la transmission de la mère à l'enfant et de la transmission par du sang contaminé. En Asie du Sud-Est, l'objet principal des programmes sera la prévention de la transmission par les rapports sexuels et par la consommation de drogues injectables. En Europe de l'Est, l'importance sera accordée à la transmission par la consommation de drogues injectables. En Amérique latine, les efforts de prévention devront couvrir la transmission homosexuelle et hétérosexuelle, ainsi que la transmission par la consommation de drogues injectables.

### Prévention de la transmission sexuelle

La rapide propagation du VIH par voie sexuelle est attribuée à des facteurs comportementaux comme le changement fréquent de partenaires sexuels et le sexe non protégé, à des facteurs biologiques comme la présence d'IST, et à des facteurs structurels comme l'insuffisance d'infrastructures de soins et la difficulté d'accès aux traitements efficaces. L'ab-

sence de circoncision est aussi un facteur qui favorise la propagation de l'infection au sein de certaines populations<sup>55</sup>. Outre ces facteurs de risques individuels, des facteurs sociétaux, culturels et économiques indépendants de la volonté des individus sont aussi des points importants à prendre en considération.

### Changement de comportement

Les interventions de réduction de risque sont destinées à encourager les individus à éviter les comportements sexuels à risque – pour les adolescents, attendre avant de s'engager dans l'activité sexuelle, et pour les personnes sexuellement actives, avoir des rapports sans risque, notamment en ayant recours au préservatif, et en limitant le nombre de leurs partenaires sexuels – et promouvoir le traitement des IST. Pour que les individus modifient leurs comportements, ils ont besoin de connaissances élémentaires sur le VIH et leur risque d'infection. Ils doivent apprendre comment se protéger et avoir accès aux services et produits appropriés, notamment au préservatif. Ils doivent aussi avoir l'impression que le milieu dans lequel ils

vivent encourage les comportements sans risque.

Des interventions pour changer les comportements, y compris le conseil psychologique et le dépistage, ont été menées avec succès dans diverses situations, notamment dans les communautés homosexuelles des grandes villes de l'Amérique du Nord et de l'Europe de l'Ouest, chez les consommateurs de drogues injectables d'Australie et chez les populations hétérosexuelles du Brésil, du Cambodge, de l'Ouganda, du Sénégal et de la Thaïlande<sup>56</sup>. Par exemple, dans la capitale ougandaise, Kampala, les interventions pour changer les comportements et les efforts de prévention ont contribué à la réduction des taux de prévalence de 28 % en 1991 à 6 % en 1998 chez les adolescentes testées pour le VIH.

Certaines des interventions les plus réussies visent les travailleurs du sexe et leurs clients. À Nairobi, les programmes pour changer les comportements des travailleurs du sexe et de leurs clients ont fait passer l'utilisation du préservatif de moins de 5 % à plus de 85 %, réduisant ainsi le taux de nouvelles infections, qui atteignait pratiquement 5 %, à 1 % environ<sup>57</sup>. En Thaïlande et au Cambodge, les programmes encourageant le recours au préservatif dans les maisons closes ont réduit la transmission du VIH tant chez les travailleurs du sexe et leurs clients que chez la population plus générale<sup>58</sup>.

## **Réduction de la vulnérabilité**

La prévention des infections ne suppose pas seulement d'éviter les comportements à risque ; elle exige aussi une modification des conditions socioéconomiques et politiques qui rendent certaines personnes plus vulnérables à l'infection.

Bien que le VIH/SIDA affecte riches et pauvres partout dans le monde, les pauvres, les défavorisés et les populations peu instruites sont souvent plus vulnérables à l'infection. Le VIH/SIDA et la pauvreté sont interdépendants : l'épidémie rend les indivi-

dus de plus en plus pauvres, leur créant de plus en plus de difficultés pour conserver ou récupérer leurs moyens de subsistance ; une telle perte de revenu peut à son tour rendre les individus et leurs familles plus vulnérables à l'infection par le VIH et aux infections associées au SIDA. Les femmes sans instruction qui ont peu d'aptitudes, peu de chance de se faire employer et insuffisamment accès aux informations et services de santé ont plus tendance, par exemple, à avoir recours au sexe non protégé comme source de revenu, devenant ainsi plus susceptibles de contracter le VIH<sup>59</sup>. La prostitution des enfants, en Asie du Sud-Est, et la séduction financière de jeunes filles par des hommes plus âgés, dans bien des pays, rendent les enfants et les adolescents plus vulnérables au VIH.

L'insécurité économique, les déplacements causés par les conflits et les catastrophes naturelles, l'analphabétisme, la violence, les mauvais traitements et l'exclusion sociale privent des millions d'individus de la capacité à se protéger et à protéger les autres contre le VIH. En conséquence, les politiques économiques et sociales qui perpétuent les inégalités, la discrimination et l'exclusion sociale empêchent aussi la prévention et le traitement du VIH/SIDA. À longue échéance, les politiques destinées à améliorer le développement socioéconomique et l'égalité sociale contribueront aussi à la prévention du VIH/SIDA dans les pays à faible revenu.

## **Traitement des IST**

Les IST rendent les individus sexuellement actifs plus susceptibles de contracter le VIH. Les efforts pour encourager les rapports sexuels protégés afin de réduire le risque d'une infection sexuellement transmissible et pour traiter les IST guérissables contribuent aussi à la diminution de la transmission du virus. En Thaïlande, la promotion du préservatif et le traitement amélioré des IST ont réduit l'incidence des IST guérissables de plus de 80 % en cinq ans et ont contri-

*La plupart des enfants séropositifs ont contracté le virus par leur mère.*

bué au déclin de la prévalence du VIH chez les travailleurs du sexe, leurs clients et l'armée<sup>60</sup>. D'après une étude effectuée au Malawi, le traitement avec succès des hommes atteints d'IST guérissables ou du VIH a entraîné une réduction sensible de la concentration du virus dans le sperme. Une étude réalisée en 1995 dans la région de Mwanza, en Tanzanie, constatait un taux d'incidence du VIH inférieur de 38 % dans les communautés où des efforts énergiques étaient déployés pour contrôler les IST par rapport aux régions ne disposant que de services de soins ordinaires des IST<sup>61</sup>.

## **Le VIH et la consommation de drogues injectables**

D'après les estimations, il y a 6 à 10 millions de consommateurs de drogues injectables dans le monde, et au moins 3,3 millions d'entre eux qui sont infectés par le VIH<sup>62</sup>. Entre 5 % et 11 % de tous les cas de VIH/SIDA sont associés à la consommation de drogues injectables, ce qui constitue un mode de transmission important du virus en Europe méridionale et orientale, dans la plus grande partie de l'Asie et de l'Amérique du Nord et dans certaines régions de l'Amérique latine. La consommation de drogues injectables est aussi une source importante d'infection en Afrique du Nord et au Moyen-Orient. La consommation de drogues injectables peut être déterminante dans la propagation du VIH à la population plus générale, par la transmission sexuelle et par la transmission du virus de mères infectées par les drogues intraveineuses à leurs enfants.

La propagation du VIH dans les populations consommatrices de drogues injectables est souvent rapide et particulièrement difficile à contrôler. Ceci est dû en partie au fait que les utilisateurs de drogues injectables sont souvent exposés au VIH de manière répétée. Le risque d'infection des suites d'une seule exposition au VIH par utilisation d'une aiguille en commun est de

Cette photograph n'a pas publié par respect des droits d'auteur.

*Dans de nombreux pays, les jeunes travailleurs du sexe, comme ces Cambodgiennes, sont exposés à un risque d'infection exceptionnellement élevé.*

moins de 1 % mais le risque cumulé est beaucoup plus important en cas d'expositions répétées au virus. Le comportement des consommateurs de drogues présente un autre obstacle : la culture clandestine de la consommation de drogues injectables et le stigmatisme social attaché à la consommation de drogues et au VIH rendent les toxicomanes fortement vulnérables à l'infection. Cependant, des études révèlent que, lorsqu'ils disposent des informations appropriées et des conditions favorables, bon nombre de consommateurs de drogues injectables modifient leur consommation et leurs comportements sexuels pour se protéger et protéger leurs partenaires contre le VIH. Les programmes d'éducation qui ont réussi à réduire la transmission du VIH chez les CDI de plusieurs pays développés, notamment en Australie, au Canada et aux États-Unis, encouragent les stratégies suivantes :

- Education et conseil psychologique sur le comportement à risque (comme l'utilisation commune d'aiguilles et le sexe non protégé) ;
- Conseil psychologique et test de dépistage du VIH ;
- Programmes d'échange de seringues ;
- Traitement de substitution des

Cette photograph n'a pas publié  
par respect des droits d'auteur.

*Une assistante sociale brésilienne conseille une mère et son enfant, toutes deux infectées par le VIH/SIDA.*

- drogues (comme la méthadone) pour combattre l'addiction ; et
- Traitement et soins du VIH/SIDA.

### **Sang infecté par le VIH**

Certaines des premières personnes diagnostiquées avec le VIH/SIDA avaient contracté l'infection à partir de sang ou de produits sanguins contaminés. Des milliers de personnes ont été infectées par des produits sanguins dans les années 1980, mais le nombre de ces infections a chuté de manière radicale lorsque l'on a commencé à avoir largement recours aux examens de dépistage du sang et des donneurs de sang. Dans les pays développés, la réduction spectaculaire de la transmission sanguine du VIH est l'une des grands succès de la lutte contre l'épidémie<sup>63</sup>. Cependant, le sang contaminé continue de causer entre 5 % et 10 % des nouvelles infections de VIH dans l'ensemble du monde et constitue tout particulièrement un problème dans les pays à faible revenu qui ne disposent pas d'infrastructures de santé appropriées. Les pratiques malsaines de collecte de sang en Chine peuvent avoir contribué à l'infection de plusieurs centaines de milliers de villageois au cours des dernières années.

Pour empêcher la transmission du VIH par le sang et les produits san-

guins, il faut établir un service de transfusion sanguine bien organisé, recruter des donneurs de sang ne présentant pas de risque, procéder à des examens sanguins efficaces pour le dépistage du VIH et autres maladies infectieuses, assurer l'utilisation convenable du sang et des produits sanguins, en particulier éviter les transfusions inutiles, et prévenir les problèmes de santé, comme l'anémie, qui nécessitent des transfusions sanguines.

### **Transmission de la mère à l'enfant**

La grande majorité (90 %) des enfants séropositifs ont contracté le virus par leur mère ; 90 % des enfants infectés vivent en Afrique subsaharienne. Les taux de transmission mère-enfant du VIH-1 varient de 25 % à 40 % dans les pays en développement et de 15 % à 25 % dans les pays développés<sup>64</sup>.

Le risque de transmission est influencé par des facteurs associés au virus, à la mère, au déroulement de l'accouchement, au nourrisson et à son mode d'alimentation. Ces facteurs expliquent les taux variables de transmission du VIH entre pays développés et pays en développement. Pendant la grossesse et l'accouchement, la santé de la mère, la rupture de la barrière placentaire, l'accouchement prématuré et l'hémorragie sont des signes précurseurs importants de l'infection de l'enfant. Après l'accouchement, l'allaitement est le facteur de risque le plus important. Sans traitement, environ un nourrisson sur sept allaités par une mère séropositive sera infecté par le lait maternel.

Les stratégies actuelles pour éviter la transmission de la mère à l'enfant couvrent les services de soins primaires préventifs et de planning familial, les programmes de soins prénatals, les services de conseil psychologique et de dépistage confidentiel, la thérapie préventive par antirétroviraux ; les consultations de suivi de la mère et du nourrisson, y compris le traitement antirétroviral quand il est conseillé, et



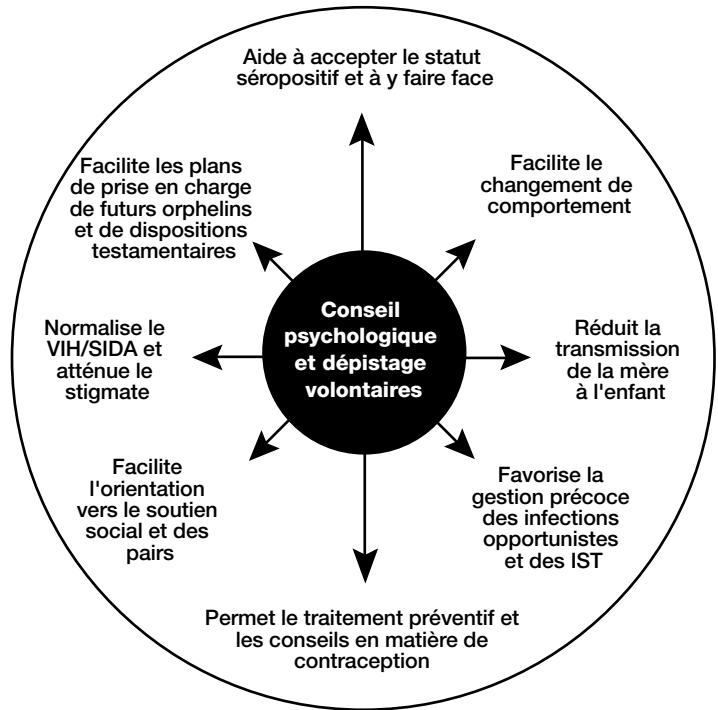
les conseils en nutrition et substituts au lait maternel le cas échéant. Les interventions les plus efficaces sont les substituts au lait maternel et les traitements prophylactiques pour éviter la transmission de la mère à l'enfant, mais les services de conseil psychologique et de dépistage sont également importants.

Le traitement le plus efficace expérimenté jusqu'à présent est la thérapie AZT de longue durée. Elle est actuellement utilisée dans les pays développés, mais sa complexité et son coût ont restreint son application dans les milieux pauvres. En conséquence, des traitements thérapeutiques plus courts, plus simples et moins coûteux ont été recommandés pour les pays en développement. L'option la plus pratique et la moins coûteuse (4 \$EU par dose) est la nevirapine, qui est administrée en dose unique à la naissance, à la fois à la mère et au nouveau-né. Boehringer-Ingelheim, fabricant de ce produit, a mis gratuitement à la disposition des pays en développement la nevirapine pour prévenir la transmission de la mère à l'enfant.

La transmission du VIH par le lait maternel peut être évitée en alimentant les nourrissons avec des formules de lait ou autres aliments au lieu du lait maternel. Pour beaucoup de mères qui ne peuvent pas se permettre un substitut au lait maternel, la décision de ne pas allaiter est difficile à prendre. Bon nombre de professionnels de la santé hésitent à recommander aux mères séropositives d'éviter d'allaiter, étant donné que l'allaitement offre de nombreux avantages. L'allaitement fournit aux nourrissons une nutrition suffisante, les protège contre certaines maladies infectieuses pendant les six premiers mois de la vie et atténue considérablement le risque d'infections gastro-intestinales causées par des aliments contaminés. Pour les mères, l'allaitement facilite les contractions utérines, les protège contre les hémorragies excessives et l'anémie et retarde le retour de la menstruation, réduisant ainsi le risque d'une nouvelle grossesse.

Figure 11

### Conseil psychologique et dépistage volontaires : accès à la prévention et aux soins du VIH



Source : ONUSIDA, « Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA : juillet 2002 », ([www.unaids.org/barcelona/](http://www.unaids.org/barcelona/), consulté en ligne le 8 juillet 2002).

sesse. L'allaitement encourage aussi un lien affectif entre la mère et son nourrisson. Dans certains contextes culturels, une femme qui choisit de ne pas allaiter risque d'être rejetée par la société, de se heurter à des difficultés économiques et à une grossesse non planifiée. D'autres facteurs peuvent influencer le risque de la transmission du VIH pendant l'allaitement, notamment la naissance prématurée, l'alimentation mixte, l'âge du nourrisson au sevrage et ses réactions immunitaires<sup>65</sup>.

## Répondre aux besoins

Les médicaments qui prolongent la vie, comme les antirétroviraux, les médicaments préventifs et les traite-

ments des infections opportunistes, ont entraîné une réduction spectaculaire de la mortalité chez les personnes vivant avec le VIH/SIDA dans les pays développés. Mais les besoins des personnes vivant avec le VIH/SIDA nécessitent beaucoup plus que des traitements et des soins médicaux. Ces besoins incluent l'apport de conseils aux individus et à leur famille, la prise en charge et l'éducation des orphelins du SIDA, les soins à domicile et le soutien financier aux personnes vivant avec le SIDA et bien d'autres éléments. La plupart des pays à faible revenu ne disposent pas des ressources nécessaires pour répondre à ces besoins.

### **Élargissement des services de conseil et de dépistage**

Les services de conseil psychologique et de dépistage volontaires du VIH sont depuis longtemps un volet des programmes de prévention et de soins du VIH dans les pays développés. Bien que ces services n'aient été incorporés que récemment aux programmes des pays en développement, ils constituent la méthode la plus économique de réduire les comportements à risque. Le conseil et le dépistage peuvent aiguiller des patients vers d'autres services VIH (voir Figure 11). Une étude qui couvrait le Kenya, la Tanzanie et la Trinité documentait une réduction de 43 % des rapports sexuels non protégés chez les individus qui recevaient des services de conseil psychologique et de dépistage volontaires pour le VIH. L'étude révélait aussi que le conseil psychologique et le dépistage volontaires concernant le VIH était une stratégie de prévention fort économique<sup>66</sup>.

Bien que leur importance soit reconnue dans les programmes nationaux de contrôle du SIDA, les services de conseil psychologique et de dépistage volontaires sont en général de qualité et d'ampleur limitées dans les pays en développement. Les obstacles à l'expansion de ces services

sont notamment l'insuffisance de personnel formé, les préoccupations en matière de confidentialité, le stigmata et la discrimination, l'absence de connaissance sur l'existence et les avantages de ces services, ainsi que le manque de ressources.

Les programmes de conseil psychologique et de dépistage volontaires englobent la sensibilisation des communautés, l'apport de conseils avant et après dépistage, le soutien psychologique et l'orientation vers les services pertinents comme les services de prévention, les services de traitement et de prise en charge et les groupes de soutien communautaires. Les services de conseil psychologique en matière de VIH vise à permettre aux individus de surmonter l'épreuve personnelle et de prendre des décisions relatives au VIH/SIDA<sup>67</sup>. L'apport de conseils permet à un individu ou à un couple d'évaluer son risque de contracter ou de transmettre le VIH et favorise un comportement préventif. Étant donné que le test de dépistage du VIH a des répercussions beaucoup plus étendues que le diagnostic, l'apport de conseils est un volet essentiel de tout programme de dépistage. Par exemple, l'action même d'être testé peut avoir des conséquences négatives dans les communautés où les personnes séropositives sont stigmatisées, mais l'apport de services de conseil peut aider ces individus à surmonter cette stigmatisation et cette discrimination.

### **Gestion du VIH/SIDA**

On s'attend à un alourdissement du fardeau attribuable au VIH par suite de nouvelles infections et à mesure que les personnes vivant avec le VIH arrivent au stade du SIDA. Des études récentes révèlent que des thérapeutiques à faible coût peuvent empêcher certaines des causes primordiales de l'infection associée au VIH, notamment la tuberculose, la pneumonie à *Pneumocystis carinii* (pneumocystose) et autres causes importantes d'infection, comme les salmonelloses non typhiques et la toxoplasmose cérébrale<sup>68</sup>. La thérapie préventive de la

## La Conférence de Barcelone sur le VIH/SIDA : insister sur le traitement de l'infection

En juillet 2002, plus de 15 000 experts du SIDA, scientifiques, activistes et professionnels de la santé publique et du développement ainsi que des personnes vivant avec le VIH/SIDA en provenance de 194 pays se sont retrouvés à Barcelone, en Espagne, pour la 14<sup>ème</sup> Conférence internationale sur le SIDA. La conférence s'est ouverte avec un message qui donnait à réfléchir : le plus grave de la pandémie mondiale est toujours à venir. La prévalence du VIH augmente même dans bon nombre des pays les plus affectés de l'Afrique et se propage des groupes à risque élevé à la population plus générale dans d'innombrables régions du monde.

Comme aux conférences internationales précédentes sur le SIDA, la prévention était l'un des buts principaux de l'assistance, mais la conférence de Barcelone a mis l'accent sur le besoin de traiter, de soigner et de soutenir les personnes déjà infectées ou affectées par le VIH/SIDA. Cette nouvelle orientation traduisait en partie les progrès thérapeutiques réalisés ainsi qu'un plus grand engagement de la part des bailleurs de fonds internationaux, des compagnies pharmaceutiques et des gouvernements nationaux à l'égard du traitement du VIH/SIDA dans les pays en développement.

Le thème principal de la conférence internationale précédente qui avait eu lieu en juillet 2000 à Durban, en Afrique du Sud, avait été la grande disparité des services de prévention et de traitement à la disposition des pays développés et en développement. En particulier, les pays pâtissant des épidémies les plus graves n'avaient guère accès aux antirétroviraux (ARV) pour aider les patients à survivre. Malgré la présence de divers obstacles à l'utilisation et à la distribution efficaces des ARV dans de nombreux

pays, l'obstacle le plus infranchissable semblait être le coût des médicaments.

Avec la chute des prix des ARV – tombant de 15 000 dollars ÉU approximativement en l'an 2000 à seulement 209 dollars ÉU par patient et par an - un certain nombre de programmes ont déterminé que ces médicaments pouvaient être efficaces dans les régions démunies<sup>1</sup>. A mesure que ces traitements sont mis au point, il est indispensable, comme l'ont reconnu les participants à la conférence, qu'ils soient offerts partout dans le monde, et pas simplement aux patients des pays développés.

Parmi les actions examinées à la conférence de Barcelone, il convient de rappeler l'élargissement des programmes de prévention du SIDA, la distribution accrue des ARV, le recours à un arbitre mondial pour les dépenses en matière de SIDA et le déploiement d'efforts pour mobiliser des milliards de dollars des pays développés afin de venir en aide au SIDA<sup>2</sup>. La prochaine conférence internationale sur le SIDA, prévue en 2004 à Bangkok, donnera l'occasion d'évaluer dans quelle mesure ces efforts auront été coordonnés de succès et d'améliorer les stratégies de poursuite du combat contre le VIH/SIDA.

### Références

1. Campagne pour l'accès aux médicaments essentiels, « Untangling the web of price reductions: a pricing guide for the purchase of ARVs for developing countries » (Genève : Médecins Sans Frontières, 2002) ; et Paul Farmer et al., « Community-based approaches to HIV treatment in resource-poor settings », *Lancet* 358, no. 9279 (2002) : 404.
2. David Brown, « AIDS meeting ends with hope », *Washington Post* (14 juillet 2002).

tuberculose serait particulièrement efficace en Afrique subsaharienne, où la tuberculose est une cause importante de décès chez les personnes séropositives. La prophylaxie au cotrimoxazole de la pneumocystose chez les patients atteints du VIH peut réduire de façon appréciable les hospitalisations et la mortalité résultant d'infections opportunistes bactériennes<sup>69</sup>. Cependant, la pneumocystose n'est pas courante en Afrique subsaharienne et autres régions à faible revenu et la vaste majorité des patients du SIDA ne contractent pas cette infection.

Les infections fongiques, cause principale de maladie et de décès chez les personnes séropositives, répondent à la thérapie préventive au fluconazole<sup>70</sup>.

Ces simples thérapies préventives peuvent atteindre des populations beaucoup plus vastes que ne le feraient les traitements antirétroviraux plus coûteux. Toutefois, malgré l'utilité éventuelle de ces thérapies préventives, il faut poursuivre la recherche pour savoir à qui elles devraient être administrées, pendant combien de temps et dans quelle

*Les garanties  
des droits  
humains sont  
indispensables  
pour réduire  
la vulnérabilité  
au VIH.*

mesure elles affectent la résistance aux médicaments.

Des études réalisées récemment en Europe et en Amérique du Nord fournissent des preuves convaincantes des avantages du HAART. Ce traitement fait reculer la déficience immunitaire et restaure la réactivité du système immunitaire aux infections opportunistes. Les antirétroviraux actuellement disponibles agissent en bloquant l'action des enzymes essentielles pour la reconstitution fonctionnelle du VIH. Ces médicaments appartiennent à deux grandes catégories : les inhibiteurs bloquant l'activité de la transcriptase et les inhibiteurs bloquant l'activité de la protéase. Le traitement est plus efficace lorsque des antirétroviraux appartenant à différentes catégories sont utilisés en association étant donné que le virus peut développer une résistance si un seul médicament est utilisé. Une approche analogue est appliquée pour traiter le cancer et la tuberculose. Ces médicaments ralentissent ou bloquent la progression du VIH/SIDA, mais ils ne le guérissent pas.

L'administration d'antirétroviraux aux personnes vivant avec le VIH/SIDA s'accompagne de coûts sociaux et économiques que les autorités responsables doivent soupeser par rapport aux avantages. Ces derniers sont notamment la baisse de la mortalité, l'amélioration de la qualité de vie, la réduction des coûts d'hospitalisation, la productivité accrue de la main-d'œuvre, les réductions possibles de nouvelles infections en raison d'une charge virale moindre, et l'amélioration de la stabilité et de la longévité des familles, les orphelins étant moins nombreux. Les coûts englobent notamment une augmentation considérable des dépenses pour l'ensemble des traitements et le suivi des patients, ainsi qu'une augmentation des nouvelles infections étant donné qu'un plus grand nombre de personnes infectées au VIH vivent plus longtemps et retournent à des comportements à risque. La baisse importante des prix des médicaments du SIDA, au cours des dernières années, a rendu les traitements plus abordables,

mais ils sont toujours hors de portée de la vaste majorité des personnes des pays en développement vivant avec le VIH/SIDA. Des initiatives particulières lancées par l'ONUSIDA, comme Accélérer l'Accès et le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, devraient faciliter davantage l'accès aux médicaments.

## Défis

Malgré de grands progrès et améliorations technologiques et médicaux, l'épidémie de VIH/SIDA continue de sévir sans relâche dans les régions les plus pauvres. Les grands défis qu'il faudra relever à l'avenir sont notamment le contrôle de la propagation de l'épidémie, en particulier chez les nourrissons et les jeunes adultes, le traitement, la prise en charge et le soutien des millions de personnes qui vivent avec le VIH, ainsi que l'atténuation de l'impact de l'épidémie sur les individus, les familles et les communautés des pays en développement.

Pour relever ces défis, la communauté internationale et les partenaires gouvernementaux doivent prendre un certain nombre de mesures, notamment :

- Accroître les ressources disponibles pour la prévention et les soins ;
- Améliorer l'infrastructure de santé pour assurer la prestation de ces services ;
- Améliorer les technologies de traitement et de prévention du VIH/SIDA ;
- Réduire la pauvreté, l'analphabétisme et les autres facteurs sociaux, économiques et politiques qui aggravent les risques d'infection ; et
- Atténuer le stigmate et la discrimination de la maladie à l'égard de ceux qui vivent avec le virus.

## Améliorer les ressources pour les programmes de lutte contre le VIH/SIDA

L'ONUSIDA estime qu'il faut 10 milliards de dollars ÉU par an pour assurer une réponse élargie et approfondie.

die à l'épidémie du VIH/SIDA. Cette réponse couvrirait le HAART, le traitement des infections opportunistes et la prise en charge des orphelins et des enfants vulnérables<sup>71</sup>. Un tel soutien nécessitera normalement une augmentation importante des allocations des gouvernements nationaux, une plus grande intervention de la part du secteur privé et un accroissement considérable de l'aide internationale, des programmes de financement bilatéraux et des allocations des organisations internationales (voir Encadré 2).

En juin 2001, la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA (UNGASS) a réuni les représentants de gouvernements, d'ONG, du secteur privé, de groupes d'activistes et de fondations pour aborder la question de l'épidémie mondiale. La session a examiné les nombreux aspects du VIH/SIDA, notamment les droits humains et les effets de l'épidémie sur la santé publique et sur les aspects économiques, sociaux et autres du développement. La session a abouti à la création d'un fonds mondial pour la santé et la lutte contre le VIH/SIDA, avec l'objectif de mobiliser 9 milliards de dollars ÉU pour soutenir des approches intégrées de prévention, de soins, de soutien et de traitement. La création du fonds a permis de réorienter l'attention non seulement sur le VIH/SIDA, mais aussi sur deux autres menaces importantes à la santé internationale : la tuberculose et le paludisme.

Le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme avait reçu, en mai 2002, près de 2 milliards de dollars ÉU sous forme d'engagements et au moins 800 millions de dollars ÉU pour des déboursments à effectuer en 2002. Mais l'assistance internationale doit augmenter de 50 % en 2003, ne serait-ce que pour faire face aux besoins grandissants. En 2001, la Déclaration d'engagement de l'UNGASS affirmait que les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire avaient besoin de 7 à 10 milliards de dollars ÉU par an pour assurer les services de prévention,

traitement, soins et soutien liés au VIH/SIDA et pour atténuer les effets plus vastes de l'épidémie. Environ la moitié des estimations des besoins en ressources est destinée à la prévention et l'autre moitié aux soins et au soutien des personnes vivant avec le VIH/SIDA<sup>72</sup>.

Il est prévu qu'un tiers au moins des ressources requises sera fourni par les gouvernements des pays affectés. Les deux autres tiers – environ 6 milliards de dollars ÉU – seront normalement fournis par les bailleurs de fonds internationaux, les organisations non gouvernementales et le secteur privé. Si la communauté internationale va probablement accroître les dépenses liées au VIH/SIDA, atteignant plus de 2 milliards de dollars ÉU en 2002, ces dépenses sont toujours bien inférieures au montant anticipé par l'UNGASS. Pour atteindre les buts des programmes de lutte contre le VIH/SIDA, le financement doit augmenter de 50 % pendant chacune des quatre prochaines années. Dans le même temps, la communauté internationale de la santé a besoin de ressources pour mettre au point des traitements nouveaux et plus efficaces.

Un rapport récent estime que 29 millions environ de nouvelles infections pourraient être évitées d'ici à 2010 si, vers 2005, la communauté internationale réussit à mobiliser une réponse mondiale établie à partir de stratégies vérifiées pour réduire le risque et la vulnérabilité au VIH<sup>73</sup>.

## **En quête d'un vaccin**

Un vaccin sans risque, stable, efficace, qui soit d'un coût abordable et accessible à tous relèverait considérablement la prévention du VIH et aiderait à contrôler l'épidémie mondiale. Le développement et l'expérimentation d'un vaccin VIH se sont énormément accélérés au cours des dernières années, mais les chercheurs travaillant sur le VIH déclarent qu'il n'y aura pas de vaccin idéal avant sept à dix ans au moins en raison des nombreux obstacles rencontrés sur le plan scientifique, éthique, juridique et financier.

L'infection au VIH et la réaction du système immunitaire humain sont fortement complexes et la recherche et le développement représentent un travail coûteux et de longue haleine. En outre, il n'existe pas de tests sur des animaux ni de modèles de remplacement qui soient appropriés pour la recherche sur des vaccins possibles. Les essais cliniques humains suscitent de nombreux problèmes éthiques et juridiques, en particulier les essais qui comportent un agent infectieux fatal comme le VIH.

Vers le milieu de 2002, il y avait plus de 50 projets de vaccins contre le VIH-1 en cours de développement. Plus d'une douzaine ont été testés sur des personnes volontaires, mais seul un projet de vaccin est parvenu aux essais d'efficacité à grande échelle de la Phase III<sup>74</sup>.

Si un vaccin efficace contre le VIH devient disponible, la communauté internationale aura besoin de relever de nouveaux défis, notamment pour déterminer ceux qui bénéficieront le plus de ce vaccin et y assurer un accès équitable, comprendre les questions de comportement soulevées par un vaccin, développer de nouveaux tests pour distinguer les infections provoquées par le vaccin des infections VIH actives et mobiliser suffisamment de ressources pour l'administration du vaccin.

## **Développement de microbicides**

Des millions de femmes partout dans le monde ne sont pas en mesure de se protéger contre l'infection au VIH. La plupart des stratégies de prévention s'appuient sur la monogamie, le recours au préservatif, la réduction des partenaires sexuels et le traitement des IST. Bon nombre de femmes n'ont pas de pouvoir pour exiger l'emploi du préservatif. Même si la femme est monogame, son mari ne l'est pas forcément et elle risque donc de contracter l'infection par le biais des autres relations sexuelles de son partenaire. Et, pour certaines femmes, les partenaires sexuels multiples sont

leur seule source de sécurité économique. Le traitement des IST n'est souvent pas disponible pour les femmes des pays en développement et même quand il l'est, un grand nombre de femmes ayant contracté des IST ne cherchent pas à se faire soigner en raison du stigmate attaché à ces infections ou parce qu'elles ne présentent pas les symptômes précurseurs d'une IST.

Les microbicides permettraient à ces femmes d'exercer un plus grand contrôle sur leur risque de contracter l'infection. Un microbicide est une substance – le plus souvent un gel, une crème ou un suppositoire – qui peut être appliquée sur le vagin ou le rectum pour empêcher ou réduire considérablement la transmission des IST ou du VIH. Les microbicides peuvent tuer ou immobiliser l'agent pathogène en créant une barrière entre l'agent et le vagin ou le rectum ou en empêchant l'agent de se reconstituer une fois qu'il pénètre dans les cellules<sup>75</sup>.

Une femme pourrait utiliser un microbicide si son partenaire n'emploie pas de préservatif ; elle pourrait aussi l'utiliser en plus du préservatif et dans le cas de rupture du préservatif. Les microbicides pourraient être appliqués avant l'acte sexuel à l'insu du partenaire.

La recherche d'un microbicide efficace contre le VIH a essuyé un grand revers quand une étude effectuée au Cameroun a révélé que le nonoxynol-9 (N-9), spermicide largement utilisé, n'assurait pas de protection contre le VIH et semblait accroître légèrement le risque de transmission chez les utilisatrices fréquentes. Certains chercheurs estiment que l'utilisation fréquente du N-9 chez les participantes au test peut avoir entraîné des micro-ulcérations vaginales, qui à leur tour ont accru le risque de transmission<sup>76</sup>.

À l'heure actuelle, plus de 50 microbicides sont à des stades divers de développement. Six d'entre eux vont probablement être prochainement essayés dans le cadre d'essais cliniques à grande échelle. La mise au

point d'un microbicide efficace et d'un coût abordable placerait la prévention du VIH entre les mains des femmes et offrirait la possibilité d'éviter 2,5 millions à 3,7 millions d'infections sur une période de trois ans<sup>77</sup>.

## **Renforcement des capacités**

Les programmes de prévention et de traitement pour lutter contre la pandémie de VIH/SIDA ont été, dans la plupart des pays, insuffisants, fragmentés et d'ampleur limitée, tout particulièrement dans les régions en développement. A quelques exceptions près, les efforts n'ont pas pu ralentir la propagation du virus ni réduire les effets préjudiciables de la pandémie. Mais les experts en politique et santé publiques citent un certain nombre de stratégies qui pourraient aider à fournir une réponse élargie et approfondie.

Selon les experts, une réponse efficace devrait inclure des plans stratégiques, une approche pluri-sectorielle et la participation active des ONG. Dans les conditions idéales, les programmes de réponse au VIH/SIDA devraient aussi comporter des stratégies techniques de pointe, des plans de gestion administrative et financière qui assurent la répartition convenable des ressources au niveau communautaire, la valorisation des ressources humaines, ainsi que des compétences techniques et opérationnelles et, enfin, la gestion et la distribution améliorées des médicaments et articles de santé. Les planificateurs des programmes doivent aussi envisager les coûts de l'élargissement de ces programmes, de leur évaluation et des progrès technologiques futurs.

Une réponse élargie et approfondie exige en outre une amélioration des capacités d'expansion des services de soins et de traitement des secteurs public et privé, y compris les nouvelles technologies comme le HAART et les vaccins. Mais le défi le plus important est l'application efficace des technologies actuelles à une échelle suffisamment grande pour freiner l'épidémie,

améliorer l'accès au traitement et aux soins, atténuer le stigmate et la discrimination à l'égard des personnes qui vivent avec le VIH/SIDA et aider et protéger les orphelins et les enfants vulnérables.

## **Soutien aux orphelins du SIDA**

Il est urgent de soutenir et de protéger les enfants qui sont devenus orphelins par suite du VIH/SIDA, en particulier dans la région de l'Afrique subsaharienne, où vivent 90 % de ces orphelins. Beaucoup d'entre eux souffrent de malnutrition et vont probablement quitter l'école lorsque ceux qui en ont la garde ne pourront plus payer leurs frais de scolarité<sup>78</sup>. Les orphelins font davantage l'objet de violence sexuelle et d'exploitation étant donné qu'ils sont souvent vulnérables sur le plan affectif et n'ont pas d'indépendance financière. Les enfants qui ne sont pas pris en charge par des membres de leur famille élargie peuvent se retrouver à la tête de leur propre foyer. Certains travaillent pour gagner de l'argent même quand ils sont affligés par le décès ou la maladie des parents et luttent contre la stigmatisation et l'exclusion sociale liées au SIDA. Les enfants orphelins à cause du SIDA ont aussi tendance à souffrir de discrimination, ce qui peut restreindre leur accès aux soins de santé, aux services sociaux et à l'éducation<sup>79</sup>.

Les efforts pour répondre aux besoins des orphelins comprennent souvent l'apport d'une aide matérielle, l'éducation, la formation à un emploi et les soins médicaux, ainsi que la protection de leurs droits juridiques et humains. Ces besoins peuvent être satisfaits par une planification nationale adaptée, par l'élaboration de programmes économiques polyvalents de longue durée, par la mobilisation des ressources communautaires et par la création de partenariats entre institutions publiques et privées.

Si les efforts individuels des pays sont de la plus haute importance, la résolution de la crise à laquelle sont confrontés les enfants en raison du VIH/SIDA nécessitera le pouvoir collectif de la communauté mondiale.

L'UNICEF affirme qu'une réponse mondiale à l'impact de l'épidémie sur les enfants devrait comporter les éléments suivants : la déclaration que la crise des orphelins est une situation d'urgence d'ampleur mondiale, l'apport des ressources nécessaires aux régions les plus affectées, l'échange d'informations sur les succès et les projets d'aide aux enfants et orphelins, continuer d'accorder une place importante à l'Afrique dans les programmes de développement, faire du SIDA une priorité dans la réduction de la pauvreté par l'allègement de la dette, soutenir et promouvoir la Convention des droits de l'enfant et enfin mettre l'accent sur la crise du SIDA, y compris les questions touchant aux orphelins, dans les programmes sectoriels<sup>80</sup>.

## **La protection des droits humains**

Dans le contexte du VIH/SIDA, les garanties des droits humains sont indispensables pour réduire la vulnérabilité au VIH, protéger la dignité des personnes affectées par le virus et partager les progrès de la médecine avec les pays en développement.

Une grande part des travaux de lutte contre le VIH/SIDA se sont concentrés sur les interventions à court terme visant à réduire les comportements à risque. Tout aussi importants, bien que fort négligés, sont les efforts visant à modifier les facteurs civils, politiques, économiques, sociaux et culturels qui rendent les individus plus vulnérables au VIH<sup>81</sup>. Sofia Gruskin et Daniel Tarantola soutiennent qu'il faut accorder une plus grande importance au concept de « réduction de la vulnérabilité » sociétale par le biais de la protection des droits humains.

Les droits de la femme sont particulièrement pertinents en ce qui concerne la lutte contre le VIH/SIDA. La lutte contre les inégalités sexuelles s'attaque à l'une des causes profondes de l'épidémie : l'incapacité des femmes à se protéger elles-mêmes contre le VIH<sup>82</sup>. Les experts en SIDA

ont mis en exergue plusieurs moyens d'améliorer les droits de la femme afin de réduire sa vulnérabilité et son risque d'être exposée au VIH/SIDA, notamment en encourageant la responsabilité sexuelle chez les garçons et les hommes adultes, en élaborant des méthodes de prévention sous contrôle féminin, comme les microbicides, et en multipliant les opportunités économiques pour les femmes.

Des violations des droits des personnes qui vivent avec le VIH/SIDA ont été documentées partout dans le monde et sont notamment le refus de soins médicaux, la violation du droit à la vie privée, la restriction de l'accès aux informations sur le VIH/SIDA pour certaines populations et la discrimination en matière d'emploi et de logement. En vertu du droit international, les gouvernements ont des obligations de respecter, protéger et satisfaire les droits humains des personnes vulnérables au VIH, des personnes vivant avec le VIH/SIDA et de celles qui sont touchées par l'infection.

Le droit des personnes des pays en développement à avoir accès aux médicaments qui les aident à survivre constitue un thème particulièrement pertinent de l'examen des droits humains dans le cadre du SIDA. Les activistes du SIDA soutiennent que le manque de ressources aux niveaux individuel et national, l'insuffisance des infrastructures de santé, le coût des médicaments, les droits de brevet et la protection des investissements des compagnies pharmaceutiques ne sont plus des raisons acceptables pour refuser aux malades du SIDA l'accès aux soins dans les pays en développement<sup>83</sup>. Les groupes de défense des droits humains, les activistes du SIDA, les personnes vivant avec le VIH et les dirigeants civils et politiques se sont joints à l'appel réclamant que les traitements associés au SIDA soient mis à la disposition des pays en développement à un prix abordable. En conséquence, les prix des antirétroviraux ont brutalement chuté, des traitements ont été offerts au prix coûtant ou même gratuitement aux pays en développement, les droits de brevet sont en



train d'être contestés et le recours à l'importation parallèle est de plus en plus courant et, enfin, des ressources deviennent disponibles pour assurer le traitement et les soins. Malgré ces améliorations, la vaste majorité des personnes vivant avec le VIH/SIDA dans les pays en développement n'aura pas accès au traitement.

## Conclusion

Le VIH/SIDA est à l'origine d'une tragédie humaine dévastatrice qui s'est répandue dans le monde entier et en particulier dans les pays démunis. Malgré les efforts concertés pour freiner l'épidémie – et malgré certains succès – le VIH continue de se propager sans relâche. La communauté mondiale n'a pas pu fournir de soins convenables aux millions de personnes qui vivent actuellement avec le VIH/SIDA. Les technologies de traitement efficaces qui existent actuellement sont très difficiles à obtenir dans l'ensemble du monde en développement.

De nouvelles technologies amélioreront certainement la prévention, le traitement et les soins du VIH/SIDA. Mais les connaissances nécessaires pour combattre efficacement l'épidémie existent déjà. Toutefois, la majorité des pays n'ont pas la volonté, l'engagement et les ressources nécessaires pour mettre en œuvre des programmes efficaces.

Il semble inconcevable qu'une maladie infectieuse puisse si rapide-

ment anéantir les progrès réalisés au cours des cinq dernières décennies dans la santé et le développement des pays moins avancés, mais c'est ce qui est en train de se produire. Il est encore plus stupéfiant que le monde ait été si lent à réagir à cette menace. Nelson Mandela, ancien président de l'Afrique du Sud, a exhorté à la prise de mesures d'urgence contre le SIDA, en déclarant : « Nous devons reconnaître que, pendant presque tout le temps que la pandémie se répandait comme une traînée de poudre, nous restions dans un état de négation à l'égard du VIH/SIDA »<sup>84</sup>. Et Dan Rather, présentateur du journal télévisé du soir sur CBS, soulignait : « Tout comme les générations passées se demandaient pourquoi l'Angleterre sommeillait pendant les années qui ont conduit à la Deuxième Guerre mondiale, nous nous demanderons peut-être un jour pourquoi le monde nanti sommeillait pendant la plus grande calamité de santé à se produire sur Terre dans les sept derniers siècles »<sup>85</sup>.

Lors de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA qui a eu lieu en juin 2001, le Secrétaire général des Nations Unies, Kofi Annan, a fait du VIH/SIDA sa priorité personnelle et a lancé un défi au monde pour « définir le SIDA... comme une menace à l'égard de notre futur commun et comme un test de notre humanité commune ». Les générations futures nous jugeront en fonction de nos efforts pour relever ce défi.

# Références

1. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA), « Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA - juillet 2002 », [www.unaids.org/barcelona/presskit/report.html](http://www.unaids.org/barcelona/presskit/report.html), consulté en ligne le 8 juillet 2002 ; et John Stover et al., « Can we reverse the HIV/AIDS pandemic with an expanded response ? » *Lancet* 360, no. 9326 (2002) : 73-77.
2. Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), « Leading the way : USAID responds to HIV/AIDS » (Washington, DC : USAID, 2001).
3. Paul R. De Lay, Gunila Ernberg et Karen Stanecki, « Introduction », dans *HIV/AIDS prevention and care in resource-constrained settings : a handbook for the design and management of programs*, éd. Peter R. Lamprey et Helene D. Gayle (Arlington, Virginie : Family Health International AIDS Institute, 2001) : vii-xxv ; et Peter Piot, « Halting the spread of global HIV/AIDS: the future of U.S. bilateral and multilateral responses », déposition devant le Comité sur les relations étrangères, Sénat américain, Washington, DC, 13 février 2002.
4. Piot, « Halting the spread of global HIV/AIDS ».
5. Organisation internationale du travail (OIT), *Code de déontologie de l'OIT sur le VIH/SIDA et le monde du travail* (Genève : OIT, 2001).
6. Daniel Tarantola, « Reducing HIV/AIDS risk, impact, and vulnerability », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé* 78, no. 2 (2000) : 236-37.
7. Geeta Rao Gupta, « How men's power over women fuels the HIV epidemic », *British Medical Journal* 324, no. 7331 (2002) : 183-84.
8. Peter K. Lamprey, Kristen Ruckstuhl et Willard Cates, « HIV/AIDS evolving impact on global health », dans *Dawning answers : how the HIV/AIDS epidemic has strengthened public health*, éd. Ron Valdiserri (New York : Oxford University Press, 2002).
9. ONUSIDA, « Women and AIDS : UNAIDS point of view » (Genève : ONUSIDA, 1997).
10. Cynthia A. Gómez et Barbara V. Marín, « Gender, culture, and power : barriers to HIV-prevention strategies for women », *Journal of Sex Research* 33, no. 4 (1996) : 355-62.
11. Charlayne Hunter-Gault, « Infant rape crisis jolts South Africa », bureau CNN à Johannesburg, 12 déc. 2001, consulté en ligne à [www.cnn.com/2001/WORLD/africa/12/10/infant.rape/](http://www.cnn.com/2001/WORLD/africa/12/10/infant.rape/), le 20 février 2002.
12. USAID, UNICEF et ONUSIDA, « Children on the brink : a report on orphan estimates and program strategies », consulté en ligne à [www.unaids.org/barcelona/presskit/childrenonthebrink.html](http://www.unaids.org/barcelona/presskit/childrenonthebrink.html), le 10 juillet 2002.
13. Gabriel Rugalema, « It is not only the loss of labor : HIV/AIDS, loss of household assets, and household livelihood in Bukoba district, Tanzania », dans *AIDS and African smallholder agriculture*, éd. Gladys Mutangadura, Helen Jackson et Duduzile Mukurazita (Harare, Zimbabwe : SFAIDS, 1999).
14. UNICEF, ONUSIDA et Organisation mondiale de la Santé (OMS), « Les jeunes et le VIH/SIDA : une solution à la crise », consulté en ligne à [www.unicef.org/pubsgen/youngpeople-hiv/aids/youngpeople-hiv-aids.pdf](http://www.unicef.org/pubsgen/youngpeople-hiv/aids/youngpeople-hiv-aids.pdf), le 16 juillet 2002.
15. Arletty Pinel, Gary Svenson et Hilary Hughes, « Youth intervention programs », dans *HIV/AIDS prevention and care in resource-constrained settings : a handbook for the design and management of programs*, éd. Peter R. Lamprey et Helene D. Gayle (Arlington, Virginie : Family Health International AIDS Institute, 2001).
16. UNICEF, ONUSIDA et OMS, « Les jeunes et le VIH/SIDA : une solution à la crise ».
17. Theodore de Bruyn, « HIV/AIDS and discrimination : a discussion paper » (Montréal : Réseau juridique canadien VIH/SIDA et Société canadienne du SIDA, 1999) ; et International Center for Research on Women, « Addressing HIV-related stigma and discrimination : a collaborative project of the International Center for Research on Women, the CHANGE Project, and local partners », consulté en ligne à [www.icrw.org/projects/hivrelatedstigma/hivrelatedstigma\\_bulletin.htm](http://www.icrw.org/projects/hivrelatedstigma/hivrelatedstigma_bulletin.htm), le 6 février 2002.
18. Ian Fisher, « Stigma of AIDS strong in Ukraine », *New York Times*, 23 janvier 2002.
19. De Bruyn, « HIV/AIDS and discrimination : a discussion paper ».
20. UNICEF, ONUSIDA et OMS, « Les jeunes et le VIH/SIDA » : 10.
21. Laurie Garrett, « Grim report on AIDS epidemic », *Newsday*, 3 juillet 2002, consulté en ligne par le biais de LexisNexis le 3 juillet 2002 ; et Karen Stanecki, *The AIDS pandemic in the 21st century*, projet de rapport présenté à la 14ème Conférence internationale sur le SIDA, Barcelone, juillet 2002, consulté en ligne à [www.usaid.gov/pop\\_health/aids/Publications/docs/aidsdemoimpact.pdf](http://www.usaid.gov/pop_health/aids/Publications/docs/aidsdemoimpact.pdf), le 12 juillet 2002.
22. Sam Okware et al., « Fighting HIV/AIDS : is success possible ? » *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé* 79, no. 12 (2001) : 1113-19 ; et Justin O. Parkhurst, « The Ugandan success story ? Evidence and claims of HIV-1 prevention », *Lancet* 360, no. 9326 (2002) : 78-80.
23. ONUSIDA, « Le point sur l'épidémie de SIDA : décembre 2001 », accessed online at [www.unaids.org/worldaidsday/2001/Epiupdate2001/Epiupdate2001\\_en.pdf](http://www.unaids.org/worldaidsday/2001/Epiupdate2001/Epiupdate2001_en.pdf), le 8 juillet 2002.
24. ONUSIDA, « Le point sur l'épidémie de SIDA : décembre 2001 ».
25. « AIDS in South Africa », *NewsHour with Jim Lehrer* (2 déc. 1998), consulté en ligne à [www.pbs.org/newshour/bb/health/july-dec98/aids\\_12-2.html](http://www.pbs.org/newshour/bb/health/july-dec98/aids_12-2.html), le 17 juillet 2002.
26. ONUSIDA, « Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA ».
27. ONUSIDA, « Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA » ; et Réseau de surveillance de la pandémie de SIDA (MAP), « The status and trends of HIV/AIDS/STI epidemics in Asia and the Pacific » (2001), consulté en ligne à [www.unaids.org/hivaidinfo/statistics/MAP/MAP2001FINAL.doc](http://www.unaids.org/hivaidinfo/statistics/MAP/MAP2001FINAL.doc), le 22 juillet 2002.
28. Groupe thématique des Nations Unies sur le VIH/SIDA en Chine, « HIV/AIDS : China's Titanic peril » (27 juin 2002), consulté en ligne à [www.unaids.org/whatsnew/newadds/AIDSchina2001update.pdf](http://www.unaids.org/whatsnew/newadds/AIDSchina2001update.pdf), le 17 juillet 2002.

29. ONUSIDA, « Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA » : 40-41.
30. U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), « HIV incidence among young men who have sex with men - seven U.S. cities, 1994-2000 », *MMWR Weekly* 50, no. 21 (2001) : 440-44.
31. Associated Press, « HIV infection rates increase among B.C. men », 17 février 2002.
32. ONUSIDA et OMS, « Le VIH responsable du doublement des cas de tuberculose en Afrique », consulté en ligne à [www.unaids.org/whatsnew/press/eng/pressarc01/TB\\_240401.html](http://www.unaids.org/whatsnew/press/eng/pressarc01/TB_240401.html), le 18 février 2002 ; OMS, « La tuberculose : aide-mémoire no. 104 », consulté en ligne à [www.who.int/inf-fs/en/fact104.html](http://www.who.int/inf-fs/en/fact104.html), le 4 janvier 2002 ; et ONUSIDA, « World TB day 2001 : access to TB cure a human rights imperative », consulté en ligne à [www.unaids.org/whatsnew/press/eng/pressarc01/TB\\_220301.html](http://www.unaids.org/whatsnew/press/eng/pressarc01/TB_220301.html), le 4 janvier 2002.
33. ONUSIDA, *Tuberculose et SIDA : point de vue ONUSIDA* (Genève : ONUSIDA, 1997) : 3-4.
34. ONUSIDA, *Tuberculose et SIDA* : 3-4.
35. OMS, « Scaling up the response to infectious diseases : health services », consulté en ligne à [www.who.int/infectious\\_disease\\_report/2002/healthservices.html](http://www.who.int/infectious_disease_report/2002/healthservices.html), le 23 juillet 2002.
36. ONUSIDA, « SIDA et population », consulté en ligne à [www.unaids.org/fact\\_sheets/files/Demographic\\_Eng.html](http://www.unaids.org/fact_sheets/files/Demographic_Eng.html), le 12 juillet 2002.
37. Anthony Kinghorn, Malcolm Steinberg et Alan Whiteside, « Responding to the socioeconomic impact of HIV/AIDS », dans *HIV/AIDS prevention and care in resource-constrained settings : a handbook for the design and management of programs*, éd. Peter R. Lamptey et Helene D. Gayle (Arlington, Virginie : Family Health International AIDS Institute, 2001) : 55-84.
38. Banque mondiale, *Confronting AIDS : public priorities in a global epidemic* (Washington, DC : Oxford University Press, 1997) ; et John Stover et Lori Bollinger, *The economic impact of AIDS* (Washington, DC : The Futures Group, mars 1999) : 8.
39. Banque mondiale, *Intensifying action against HIV/AIDS in Africa : responding to a development crisis* (Washington, DC : Banque mondiale, 1999) : 15 ; et Bertil Egerö, Mikael Hammarskjöld et Lise Munck, *AIDS : the challenge of this century* (Genève : Agence de coopération suédoise pour le développement international, 2000).
40. ONUSIDA, « HIV/AIDS, food security, and rural development : fact sheet » (Genève : ONUSIDA, 2001) ; et Organisation pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), « The impact of HIV/AIDS on food security », consulté en ligne à [www.fao.org/docrep/meeting/003/y0310e.htm](http://www.fao.org/docrep/meeting/003/y0310e.htm), le 2 février 2002.
41. FAO, « AIDS - a threat to rural Africa : fact sheet », consulté en ligne à [www.fao.org/focus/e/aids/aids6-e.htm](http://www.fao.org/focus/e/aids/aids6-e.htm), le 22 janvier 2002.
42. FAO, « Food insecurity and AIDS : a vicious circle », consulté en ligne à [www.fao.org/focus/e/aids/aids2-e.htm](http://www.fao.org/focus/e/aids/aids2-e.htm), le 22 janvier 2002.
43. Jon Jeter, « AIDS sickening African economies », *Washington Post*, 12 décembre 1999.
44. Banque mondiale, *Intensifying action against HIV/AIDS in Africa* : 14-15 ; et Pia Malaney, « The impact of HIV/AIDS on the education sector in southern Africa » (Cambridge, Massachusetts : Harvard Institute for International Development, 2000).
45. ONUSIDA, « Le point sur l'épidémie de SIDA : décembre 2001 » ; et Michael J. Kelly, « The encounter between HIV/AIDS and education » (Lusaka, Zambie : Université de Zambie, rapport inédit, 2000) : 11.
46. Peter Badcock-Walters, « Managing the impact of HIV/AIDS in education in KwaZulu Natal : a presentation to the National Teacher's Union Advocacy Conference on HIV/AIDS », consulté en ligne à [www.und.ac.za/und/heard/publications/EducationImpact\\_June2000.pdf](http://www.und.ac.za/und/heard/publications/EducationImpact_June2000.pdf), le 25 janvier 2002.
47. Miriam Lyons, « The impact of HIV and AIDS on children, families, and communities : risks and realities of childhood during the HIV epidemic », consulté en ligne à [www.undp.org/hiv/publications/issues/english/issue30e.html](http://www.undp.org/hiv/publications/issues/english/issue30e.html), le 17 juillet 2002 ; et Mattias Lundberg, Mead Over et Phare Mujinja, « Sources of financial assistance for households suffering an adult death in Kagera, Tanzania » (Washington, DC : Banque mondiale, 2000).
48. Nathalie Béchu, « The impact of AIDS on the economy of families in Côte d'Ivoire : changes in consumption among AIDS-affected households », dans *Confronting AIDS : evidence from the developing world : selected background papers for the World Bank Policy Research Report*, éd. Martha Ainsworth, Lieve Fransen et Mead Over (Bruxelles, Belgique : Commission européenne, 1998) : 341-48.
49. A.K. Nandakumar, Pia Schneider et Damascene Butera, « Use and expenditures on outpatient health care by a sample of HIV-positive individuals in Rwanda », rapport présenté au Symposium international du Réseau économique sur le SIDA (IAEN) abordant l'économie du SIDA, Durban, Afrique du Sud, 7 juillet 2000 ; et Sumalee Pitayanon, Sukhontha Kongsin et Wattana S. Janjareon, « The economic impact of HIV/AIDS mortality on households in Thailand », dans *The economics of HIV and AIDS*, éd. David Bloom et Peter Godwin (Delhi, Inde : Oxford University Press, 1997) : 53-101.
50. ONUSIDA, « Le SIDA et le développement » (Genève : ONUSIDA, 2001).
51. Kelly, *The encounter between HIV/AIDS and education* : 13 ; et Office of National AIDS Policy (ONAP), « Report on the Presidential mission on children orphaned by AIDS in sub-Saharan Africa : findings and plan of action » (Washington, DC : la Maison Blanche, 1999) : 8, 10.
52. Banque mondiale, *Intensifying action against HIV/AIDS in Africa* : 15 ; et Banque mondiale, *Confronting AIDS*.
53. Robert Colebunders et al., « Management of HIV disease and its complications in resource-constrained settings », dans *HIV/AIDS prevention and care in resource-constrained settings : a handbook for the design and management of programs*, éd. Peter R. Lamptey et Helene D. Gayle (Arlington, Virginie : Family Health International AIDS Institute, 2001) : 603-29.
54. ONUSIDA, « Preventing HIV/AIDS ».
55. Daniel T. Halperin et Robert C. Bailey, « Male circumcision and HIV infection : 10 years and counting », *Lancet* 35, no. 9192 (1999) : 1813-15 ; et Helen D. Gayle et Peter Lamptey, « Future

- challenges in HIV prevention and care », dans *HIV/AIDS prevention and care in resource-constrained settings : a handbook for the design and management of programs*, éd. Peter R. Lamptey et Helen D. Gayle (Arlington, Virginie : Family Health International AIDS Institute, 2001) : 679-788.
56. ONUSIDA, « Preventing HIV/AIDS ».
  57. Universités de Nairobi et Manitoba, « The STD project, sex workers intervention programs » (Nairobi, Kenya : Universités de Nairobi et Manitoba, 2001).
  58. Ministère cambodgien de la Santé, Sentinelle de surveillance du Cambodge, en collaboration avec le National Center for HIV/AIDS, Dermatology and STD (NCHADS) et Family Health International, 2000 HSS Survey (2001) ; et ONUSIDA, « STI/HIV : 100% condom use programme for sex workers », consulté en ligne à [www.unaids.org/bestpractice/digest/files/condoms.html](http://www.unaids.org/bestpractice/digest/files/condoms.html), le 31 juillet 2002.
  59. UNICEF, « Violence domestique à l'égard des femmes et des fillettes », *Innocenti Digest*, no. 6, juin 2000 (Florence, Italie : Centre de recherche Innocenti de l'UNICEF, 2000) ; et Consortium sur le SIDA, *Vulnerability of the girl child to HIV/AIDS. Rapport d'un séminaire organisé par le Groupe de travail sur l'enfant et le VIH/SIDA du Consortium d'ONG du Royaume-Uni sur le SIDA*, Londres, Angleterre, novembre 1999.
  60. ONUSIDA, « STI/HIV : 100% condom use programme for sex workers ».
  61. ONUSIDA et OMS, Consultation on STD interventions for preventing HIV : what is the evidence ? (Genève : ONUSIDA et OMS, 2000) : 4.
  62. Andrew Ball et Nick Crofts, « HIV risk reduction in injection drug users », dans *HIV/AIDS prevention and care in resource-constrained settings : a handbook for the design and management of programs*, éd. Peter R. Lamptey et Helene D. Gayle (Arlington, Virginie : Family Health International AIDS Institute, 2001) : 517-46.
  63. Eve Lackritz et Brian McClelland, « Ensuring the safety of blood and blood products », dans *HIV/AIDS prevention and care in resource-constrained settings : a handbook for the design and management of programs*, éd. Peter R. Lamptey et Helene D. Gayle (Arlington, Virginie : Family Health International AIDS Institute, 2001) : 477-500.
  64. Isabelle de Vincenzi et Ehounou Ekpini, « Reducing the risk of mother-to-child transmission of HIV during pregnancy and delivery », dans *HIV/AIDS prevention and care in resource-constrained settings : a handbook for the design and management of programs*, éd. Peter R. Lamptey et Helene D. Gayle (Arlington, Virginie : Family Health International AIDS Institute, 2001) : 427-50.
  65. Ruth Nduati et Jay Ross, « Mother-to-child transmission of HIV through breastfeeding : strategies for prevention » dans *HIV/AIDS prevention and care in resource-constrained settings : a handbook for the design and management of programs*, éd. Peter R. Lamptey et Helene D. Gayle (Arlington, Virginie : Family Health International AIDS Institute, 2001) : 451-75.
  66. Groupe d'étude sur l'efficacité du conseil psychologique et du dépistage volontaires du VIH-1, « Efficacy of voluntary HIV-1 counseling and testing in individuals and couples in Kenya, Tanzania, and Trinidad : a randomized trial », *Lancet* 356, no. 9924 (2000) : 113-21.
  67. Rachel Baggaley, Ignatius Kayawe et David Miller, « Counseling, testing, and psychosocial support », dans *HIV/AIDS prevention and care in resource-constrained settings : a handbook for the design and management of programs*, éd. Peter R. Lamptey et Helene D. Gayle (Arlington, Virginie : Family Health International AIDS Institute, 2001) : 547-78.
  68. Alison Grant, Jonathan Kaplan et Kevin de Cock, « Preventing opportunistic infections among human immunodeficiency virus-infected adults in African countries », *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 65, no. 6 (2001) : 810-21.
  69. Colebunders, van Praag et Perriens, « Management of HIV disease and its complications in resource-constrained settings ».
  70. Grant, Kaplan et de Cock, « Preventing opportunistic infections among human immunodeficiency virus-infected adults in African countries ».
  71. ONUSIDA, « HIV/AIDS financing gap : fact sheet » (Genève : ONUSIDA, 2001).
  72. B. Schwartländer et al., « Resource needs for HIV/AIDS », *Science* 292 (2001) : 2434-36.
  73. John Stover et al., « Can we reverse the HIV/AIDS pandemic with an expanded response ? » *Lancet* 360, no. 9326 (2002) : 73-77.
  74. Gayle et Lamptey, « Future challenges in HIV prevention and care ».
  75. Global Campaign for Microbicides, « Facts about microbicides », consulté en ligne à [www.global-campaign.org/about\\_microbicides.htm](http://www.global-campaign.org/about_microbicides.htm), le 11 février 2002.
  76. NIAID, « NIAID evaluates N-9 film as microbicide », Communiqué de presse NIAID (3 avril 1997), consulté en ligne à [www.niaid.nih.gov/newsroom/releases/n9.htm](http://www.niaid.nih.gov/newsroom/releases/n9.htm), le 23 juillet 2002.
  77. Zeda Rosenberg et George Brown, « Placing HIV prevention in the hands of women : the promise of microbicides » (Arlington, Virginie : Family Health International, 2002).
  78. UNICEF, « Children orphaned by AIDS : frontline responses from eastern and southern Africa » (New York : UNICEF, 1999) : 5.
  79. ONUSIDA, *Children and young people in a world of AIDS* (Genève : ONUSIDA, 2001).
  80. UNICEF, « Children orphaned by AIDS » : 5.
  81. Sofia Gruskin et Daniel Tarantola, « HIV/AIDS, health, and human rights », dans *HIV/AIDS prevention and care in resource-constrained settings : a handbook for the design and management of programs*, éd. Peter R. Lamptey et Helene D. Gayle (Arlington, Virginie : Family Health International AIDS Institute, 2001) : 661-78.
  82. Gupta, « How men's power over women fuels the HIV epidemic ».
  83. Lamptey, Ruckstuhl et Cates, « HIV/AIDS evolving impact on global health ».
  84. CNN, « Mandela issues world AIDS day plea », 1er décembre 2000, consulté en ligne à [www.cnn.com/2000/WORLD/europe/12/01/aids.events](http://www.cnn.com/2000/WORLD/europe/12/01/aids.events), le 17 juillet 2002.
  85. Dan Rather, « Why do we sleep as AIDS epidemic continues ? » *Houston Chronicle*, 4 mars 2002.

## Ressources suggérées

- Gina Dallabetta, Marie Laga et Peter Lampthey, éd. *Control of sexually transmitted diseases : a handbook for the design and management of programs*. Arlington, Virginie : Family Health International, 2001.
- Global HIV Prevention Working Group. « Global mobilization for HIV prevention : a blueprint for action ». Consulté en ligne à [www.gatesfoundation.org/globalhealth/hivaidstb/hivaidstb/hivprevreport\\_final.pdf](http://www.gatesfoundation.org/globalhealth/hivaidstb/hivaidstb/hivprevreport_final.pdf), le 30 juillet 2002.
- Thomas Goliber. « The international response to HIV/AIDS ». Consulté en ligne à [www.prb.org/internationalresponseHIV](http://www.prb.org/internationalresponseHIV), le 23 juillet 2002.
- Programme commun des Nations Unies sur VIH/SIDA (ONUSIDA). *Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA — juillet 2002*. Genève : ONUSIDA, 2002.
- Peter R. Lampthey. « Reducing heterosexual transmission of HIV in poor countries ». *British Medical Journal* 324, no. 7331 (2002) : 207-11.
- Peter R. Lampthey et Helene D. Gayle, éd. *HIV/AIDS prevention and care in resource-constrained settings : a handbook for the design and management of programs*. Arlington, Virginie : Family Health International, 2001.
- Peter R. Lampthey, Paul Zeitz et Carol Larivee, éd. *Strategies for an expanded and comprehensive response (ECR) to a national HIV/AIDS epidemic : a handbook for the design and management of HIV/AIDS programs*. Arlington, Virginie : Family Health International, 2001.
- Karen Stanecki. *The AIDS pandemic in the 21st century*. Consulté en ligne à [www.usaid.gov/pop\\_health/aids/Publications/docs/aidsdemoimpact.pdf](http://www.usaid.gov/pop_health/aids/Publications/docs/aidsdemoimpact.pdf), le 12 juillet 2002.
- John Stover et al. « Can we reverse the HIV/AIDS pandemic with an expanded response ? » *Lancet* 360, no. 9326 (2002) : 73-77.
- Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), UNICEF et ONUSIDA. *Children on the brink 2002*. Washington, DC : USAID, UNICEF et ONUSIDA, 2002.
- Organisation mondiale de la Santé. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé – Thème spécial : VIH/SIDA* 79, no. 12 (2001).

## Sites Web

- Development Gateway, HIV/AIDS : [www.developmentgateway.org/node/130640/](http://www.developmentgateway.org/node/130640/)
- Family Health International, HIV/AIDS : [www.fhi.org/en/aids/naids.html](http://www.fhi.org/en/aids/naids.html)
- HIV InSite Knowledge Base : <http://hivinsite.ucsf.edu/InSite.jsp?page=KB>
- Base de données sur les indicateurs d'enquête du VIH/SIDA : [www.measuredhs.com/hivdata/start.cfm](http://www.measuredhs.com/hivdata/start.cfm)
- Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA : [www.unaids.org](http://www.unaids.org)
- Réseau de surveillance de la pandémie de SIDA (MAP) : [www.mapnetwork.org](http://www.mapnetwork.org)
- U.S. Centers for Disease Control and Prevention, Divisions of HIV/AIDS Prevention : [www.cdc.gov/hiv/pubs/facts.htm](http://www.cdc.gov/hiv/pubs/facts.htm)
- Programmes internationaux du Bureau américain du recensement, Surveillance du VIH/SIDA : [www.census.gov/ipc/www/hivaidn.html](http://www.census.gov/ipc/www/hivaidn.html)

# Publications PRB connexes

*Pour des informations supplémentaires sur les questions concernant la population et la santé dans le monde, voici quelques autres publications PRB disponibles sur papier ou sur notre site Web :*

## **Politiques de population : la promotion des droits de la femme**

*Lori S. Ashford, 2001*

Ce numéro du *Population Bulletin* de 52 pages se penche sur l'évolution des politiques démographiques nationales, surtout dans le sillage de la conférence historique qui s'est déroulée au Caire en 1994. Il décrit les nouveaux efforts déployés pour améliorer la santé reproductive des femmes et leurs droits, et la manière dont les gouvernements ont tenté d'inscrire cette nouvelle approche dans leurs politiques et leurs programmes. Le Bulletin examine en outre diverses orientations possibles pour les politiques démographiques. (IBUL56.1FR)

## **Inquiétudes féminines : les femmes et le VIH/SIDA dans les médias**

*compilé par le personnel du PRB, 2001*

Cette publication « Inquiétudes féminines », la cinquième d'une série réalisée par le projet Women's Edition du PRB, analyse l'impact de l'épidémie sur les femmes et les filles, selon des journalistes femmes. En juillet 2000, le PRB a réuni en colloque des journalistes chevronnées de dix pays pour débattre des femmes et du VIH/SIDA, avant la 13<sup>e</sup> conférence internationale sur le SIDA, à Durban, en Afrique du Sud. Ces journalistes ont ensuite rédigé des suppléments spéciaux, publiés dans leurs quotidiens et leurs revues, et conçu que des émissions radio mettant en évidence les éléments locaux et internationaux de l'épidémie. (IWOMED5F)

## **2002 Fiche de données sur la population mondiale**

*Carl Haub, 2002*

*La Fiche de données sur la population mondiale* du PRB, l'une de nos publications les plus demandées, se présente sous la forme d'une affiche murale. Elle contient les plus récentes estimations et projections démographiques, ainsi que d'autres indicateurs clés pour 200 pays, y compris les naissances, les décès, les augmentations naturelles, la mortalité infantile, l'indice synthétique de fécondité, l'espérance de vie, la population urbaine, l'utilisation des contraceptifs, pourcentage avec VIH/SIDA, le revenu national brut (RNB) ajusté pour la parité de pouvoir d'achat (PPA) par habitant, la superficie terrestre et la population au kilomètre carré. (IWDSF02)

**Pour commander des publications PRB (remise disponible), s'adresser au :**

*Population Reference Bureau*

*1875 Connecticut Ave., NW, Suite 520*

*Washington, DC 20009 É.-U.*

*Téléphone : 800-877-9881*

*Fax : 202-328-3937*

*E-mail : [popref@prb.org](mailto:popref@prb.org)*

*Site Web : [www.prb.org](http://www.prb.org)*

**Pour consulter diverses publications du PRB, veuillez vous rendre sur notre site Web : [www.prb.org](http://www.prb.org)**