

# L'IMPACT DU VIH ET DU SIDA SUR LES POPULATIONS

par Lori S. Ashford

L'épidémie du sida est l'une des crises sanitaires les plus graves de l'époque moderne, causant des ravages au sein des familles et des communautés du monde. Entre le début de l'épidémie et 2005, plus de 25 millions de personnes sont décédées des suites de l'infection et en 2005, quelque 39 millions vivaient avec le VIH. Environ 4 millions de nouvelles infections ont été recensées en 2005 — dont 95 % en Afrique subsaharienne, en Europe de l'Est ou en Asie. S'il est vrai que

l'Afrique subsaharienne est la région la plus durement touchée, d'autres régions connaissent elles aussi de graves épidémies de sida (voir le tableau et l'encadré 1). Au cours des dernières années, des enquêtes représentatives au plan national ont permis aux chercheurs de réduire les estimations de séroprévalence publiées au préalable pour certains pays. Pourtant, le nombre de personnes infectées et l'impact sur leurs familles, leurs communautés et leurs pays demeurent effrayants.<sup>1</sup>

Le présent dossier passe en revue les effets du VIH et du sida sur la taille de la population, ses caractéristiques et son bien-être. Il met également en exergue les efforts considérables qui sont requis pour endiguer l'épidémie. La pandémie continue à se répandre dans le monde entier, et ce, en dépit des efforts de prévention et des succès de quelques rares pays. Des engagements et des investissements continus demeurent nécessaires pour appuyer les approches exhaustives requises pour l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive.

## Effets démographiques et sanitaires du VIH/sida

Les pays les plus durement frappés par l'épidémie du sida ont enregistré une augmentation de leur taux de mortalité et une réduction de leur espérance de vie au cours des dix dernières années, comme le révèle l'analyse ci-après. Toutefois, dans la mesure où les pays les plus fortement affectés en Afrique subsaharienne enregistrent également des taux de fécondité élevés (nombre moyen de naissances par femme) et où la plupart ont en outre des populations relativement modestes, l'épidémie n'a pas provoqué de déclin démographique dans la région. Dans quelques pays, notamment le Botswana, le Lesotho et l'Afrique du Sud, la croissance démographique s'est nettement ralentie, voire a cessé en raison du sida, mais la croissance globale pour l'ensemble de la région dépasse celle des autres régions du monde. Même en prenant en considération la mortalité due au sida, la population de l'Afrique subsaharienne va, si on en croit les projections, passer de 767 millions en 2006 à 1,7 milliard en 2050.<sup>2</sup>

Cependant, le sida a eu un effet dévastateur sur les sociétés. Il se place au 4<sup>e</sup> rang des principales causes de mortalité à l'échelle mondiale, et au 1<sup>er</sup> rang en Afrique subsaharienne. En 2005, selon les estimations

### Le VIH et le sida par région, 2005

Région	Prévalence (% d'adultes ayant le VIH ou le sida)	Nombre d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH ou le sida
Monde	1,0	38 600 000
Afrique subsaharienne	6,1	24 500 000
Caraïbes	1,6	330 000
Europe de l'Est/Asie centrale	0,8	1 500 000
Amérique du Nord	0,6	1 300 000
Asie du Sud et du Sud-Est	0,6	7 600 000
Amérique Latine	0,5	1 600 000
Océanie	0,3	78 000
Europe de l'Ouest/Europe centrale	0,3	720 000
Afrique du Nord/Moyen Orient	0,2	440 000
Asie de l'Est	0,1	680 000

**NOTE :** Les estimations de prévalence incluent les adultes âgés de 15 ans et plus qui sont séropositifs ou sont atteints du sida. Le sida ne se révèle parfois pas avant plusieurs années suivant l'infection au VIH. Aujourd'hui, le sida peut être soigné mais il demeure incurable.

**SOURCES :** ONUSIDA, 2006 *Rapport sur l'épidémie mondiale du sida* : Annexe 2, tableau 1 ; et C. Haub, *Fiche de données sur la population mondiale 2006* (2006).

### Encadré 1

#### Nouvelles épidémies du sida

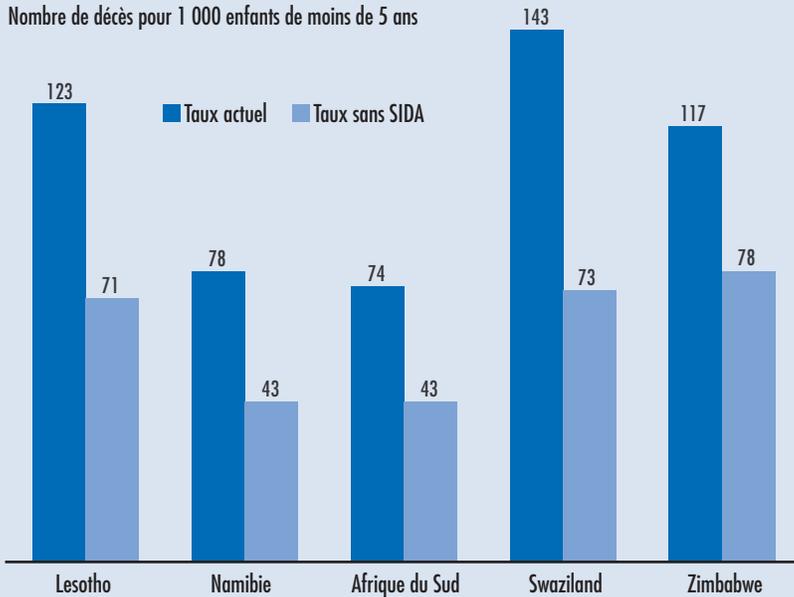
Les pays de l'Europe de l'Est et de l'Asie Centrale — notamment la Russie et l'Ukraine — mais aussi l'Inde et la Chine, ont enregistré une augmentation alarmante des taux d'infection au VIH au cours des dernières années. L'Inde compte maintenant le plus grand nombre de personnes séropositives, bien que moins d'1 % des adultes soient infectés. D'autres pays d'Asie, dont le Viet Nam, l'Indonésie et le Pakistan, se trouvent au seuil d'épidémies graves.

Dans bon nombre de ces pays, l'utilisation de drogues injectables et le commerce du sexe sont les principaux responsables de ces nouvelles épidémies, mais au fur et à mesure que les niveaux d'infection s'aggravent, le VIH se transmet des populations qui pratiquent des comportements à risque à la population générale. Une éducation et des programmes de prévention précoces et dynamiques sont nécessaires pour prévenir une épidémie générale et épargner des dizaines de milliers, voire des millions, de vies humaines.

**RÉFÉRENCE :** ONUSIDA, 2006 *Rapport sur l'épidémie mondiale du sida* (Genève : ONUSIDA, 2006).

## Impact du sida sur la mortalité infantile, pays choisis, 2002-2005

Nombre de décès pour 1 000 enfants de moins de 5 ans



SOURCES : Division de la Population des Nations Unies, *World Population Prospects: The 2004 Revision* (2005) ; et ONUSIDA et UNICEF, *A Call to Action: Children, the Missing Face of AIDS* (2005).

de l'ONUSIDA, 3,1 millions d'adultes et d'enfants sont morts du sida, dont 2,4 millions en Afrique subsaharienne.

### Impacts sur la mortalité et l'espérance de vie

Les personnes vivant avec le VIH et le sida sont susceptibles de contracter diverses maladies et infections en raison de l'affaiblissement de leur système immunitaire ; donc, l'épidémie du sida est responsable d'une explosion des cas de pneumonie et de tuberculose dans de nombreuses régions du monde. En Afrique subsaharienne, les taux de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans sont nettement supérieurs à ce qu'ils seraient en l'absence du VIH (voir la figure). Sans les médicaments essentiels, un tiers des enfants nés séropositifs (par transmission maternelle) meurent avant leur premier anniversaire, et environ 60 % avant l'âge de 5 ans.<sup>3</sup>

Par ailleurs, l'augmentation brutale du nombre de décès attribuables au sida a interrompu, voire effacé, les gains en matière d'espérance de vie dans bien des pays africains. Au Lesotho, par exemple, où, selon les estimations en 2005, un quart des adultes vivaient avec le VIH/sida, l'espérance de vie qui avait atteint près de 60 ans en 1990-1995, s'est effondrée à 34 ans pour 2005-2010, essentiellement en raison de la mortalité

attribuable au sida. Selon les projections des Nations Unies, l'espérance de vie au Lesotho aurait dû atteindre 69 ans d'ici 2015-2020 si ce n'était la mortalité excessive causée par le sida.<sup>4</sup> En dehors de l'Afrique, les pays s'attendant à une réduction de leur espérance de vie incluent notamment les Bahamas, le Cambodge, la République dominicaine, Haïti et le Myanmar.<sup>5</sup>

### Effets sur la structure d'âge et des sexes

Les décès dus au sida ont un impact sur la structure d'âge des populations des pays lourdement frappés. Dans les pays en développement ayant des taux peu élevés de VIH et de sida, la majeure partie des décès sont enregistrés au sein des groupes les plus jeunes et les plus âgés. Mais le sida frappe essentiellement les adultes dans la fleur de l'âge — des gens qui ont contracté le virus lorsqu'ils étaient adolescents ou jeunes adultes — modifiant le schéma normal de mortalité et provoquant une distorsion de la structure d'âge de certains pays. En raison de l'augmentation de la mortalité due au sida en Afrique australe, par exemple, les 20 à 49 ans représentaient près des trois cinquièmes de tous les décès de la région entre 2000 et 2005, contre à peine un cinquième entre 1985 et 1990.<sup>6</sup>

Les décès dus au sida frappant avant tout les 25 à 45 ans, les communautés enregistrant des taux élevés de VIH perdent un nombre disproportionné de parents et de travailleurs qualifiés, ce qui crée des lacunes que la société a du mal à combler.

Dans certaines régions, les femmes sont plus vulnérables que les hommes et leur décès prive leur famille de leur principal soutien. En Afrique subsaharienne et aux Caraïbes, où le virus se répand essentiellement par des contacts hétérosexuels, les taux d'infection au VIH sont plus élevés chez les femmes que chez les hommes (voir encadré 2).

### Impact sur les sociétés et les économies

Dans les pays durement frappés par l'épidémie du sida, la disparition tragique et prématurée de parents et de citoyens à l'âge le plus productif a non seulement affecté les familles, mais aussi les exploitations agricoles et d'autres lieux de travail, les écoles, les systèmes de santé et les gouvernements. L'épidémie affecte pratiquement tous les volets de l'existence.

Les **ménages** ressentent l'impact le plus immédiat du VIH/sida, dans la mesure où ce sont les familles qui s'occupent avant tout des malades et en assument le fardeau financier. Pendant les longues périodes de maladie causées par le sida, la perte de revenus et le coût du traitement d'un membre mourant de la famille

peuvent faire sombrer les ménages dans la pauvreté. Lorsqu'un parent meurt, le ménage risque de se dissoudre et les enfants d'être envoyés vivre chez d'autres membres de la famille ou livrés à eux mêmes.

Les **systèmes de santé** subissent également des demandes considérables au fur et à mesure de l'expansion de l'épidémie du VIH/sida. L'épidémie a paralysé les systèmes de santé déjà faibles en Afrique. Les coûts associés au traitement du sida et des infections « opportunistes » continuent à augmenter. L'affectation de ressources déjà limitées au VIH/sida détourne l'attention d'autres préoccupations de santé, et avec la raréfaction des fonds publics pour les dépenses de santé, les coûts sont transférés en proportion sans cesse croissante au secteur privé, aux ménages et aux particuliers.

Les secteurs du **commerce et de l'agriculture** ont eux aussi été gravement affectés par le VIH/sida. Les employeurs sont durement frappés par la perte de travailleurs, l'absentéisme, l'augmentation des coûts des prestations des services de santé (y compris les médicaments pour le traitement du sida) et le paiement des indemnités de décès. La viabilité économique des petites exploitations agricoles et de l'agriculture commerciale est également compromise par la perte des travailleurs agricoles. Une étude de la FAO (Food and Agriculture Organization) a découvert que dans les 10 pays africains les plus durement touchés par le VIH/sida, la population active du secteur agricole va diminuer de 10 à 26 % d'ici 2020. Selon une autre étude, dans les pays tels que le Kenya, le Malawi, la Tanzanie et la Zambie, la faible croissance de la production agricole pourrait se traduire par une augmentation de l'insécurité alimentaire d'ici 2010.<sup>7</sup>

La **stabilité économique** se trouve donc menacée par les préjudices subis par les entreprises et le secteur agricole. Dans bien des pays touchés, les études ont révélé des pertes de produit intérieur brut de 1 à 2 points de pourcentage par rapport à une situation hypothétique d'absence du sida.<sup>8</sup> Mais l'impact à plus long terme risque d'être encore plus sérieux que ne le suggèrent les analyses. Il est difficile de comptabiliser de manière précise les pertes en capital humain dans la mesure où l'éducation, la nutrition et la santé des enfants souffrent directement et indirectement en raison du sida. L'impact de la réduction des investissements dans la jeune génération est susceptible d'affecter les performances économiques des prochaines décennies.

#### Encadré 2

### L'impact du VIH et du sida sur les femmes

L'impact du VIH et du sida sur l'existence des femmes est l'un des problèmes de santé reproductive les plus préoccupants de notre époque. En Afrique subsaharienne, où l'épidémie s'est répandue au sein de la population générale essentiellement par le biais de contacts sexuels, les femmes représentent 59 % des adultes qui vivent avec le VIH. Les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans dans cette région sont deux à six fois plus susceptibles d'être infectées que les jeunes hommes du même groupe d'âge.

Les femmes courent plus de risque de contracter le VIH en raison des interactions entre les facteurs biologiques, économiques et culturels. Certaines différences physiques font que les femmes sont plus susceptibles de contracter le virus d'un homme que le contraire. L'impuissance, la dépendance et la pauvreté sont des facteurs peut-être plus importants qui réduisent la capacité des femmes à se protéger contre les rapports sexuels à risque. Les choix offerts aux femmes sont souvent limités par leur incapacité à négocier quand et avec qui elles ont des rapports sexuels ou quand employer un préservatif, par le fait que la société accepte que les hommes aient des rapports sexuels avant le mariage ou en dehors des liens du mariage et par le fait qu'elles ont besoin du soutien économique des hommes.

Qui plus est, dans la mesure où la plupart des femmes séropositives sont en âge d'avoir des enfants, elles sont susceptibles d'infecter ces derniers et doivent donc faire des choix extrêmement difficiles. Et, en tant que principale responsable des soins pour les membres de leur famille immédiate et élargie, les femmes doivent généralement s'occuper des membres mourants de leurs familles ou des enfants rendus orphelins par la maladie. C'est en raison de tous ces facteurs que l'autonomisation des femmes est un élément critique des programmes cherchant à endiguer l'épidémie et à en atténuer les conséquences.

RÉFÉRENCE : ONUSIDA, 2006 *Rapport sur l'épidémie mondiale du sida* (Genève : ONUSIDA, 2006).

### Le besoin de réponses plus complètes

Au fur et à mesure que l'épidémie du VIH continue à se propager — et tant qu'il n'existe ni vaccin ni cure — la prévention demeure la principale stratégie pour enrayer cette pandémie. Le mode le plus commun de transmission du VIH reste le contact sexuel ; par suite, la prévention du VIH est étroitement liée au comportement sexuel des hommes et des femmes et à la santé reproductive. Parmi les programmes efficaces de prévention figurent les interventions prônant l'abstinence sexuelle, le report des premiers rapports sexuels, les relations monogames fidèles, la limitation du nombre de partenaires sexuels, l'emploi systématique et correct du préservatif et les services de conseil psychologique et tests de dépistage du VIH. La combinaison optimale de ces interventions dépend des caractéristiques des groupes séropositifs. Les programmes efficaces prennent également en considération les facteurs sociaux, économiques et culturels qui influencent le comportement des populations.

Par ailleurs, la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant est essentielle pour sauver des vies humaines. Les femmes séropositives ont besoin d'options contraceptives et de conseils psychologiques pour les aider à décider si elles doivent avoir un enfant. Nombre de naissances d'enfants séropositifs pourraient être évitées en aidant les femmes infectées à se protéger contre les grossesses non souhaitées. L'utilisation accrue des contraceptifs pour prévenir ces grossesses semble

## Pour de plus amples informations

Le *Population Bulletin* du PRB, « Les défis mondiaux du VIH et du sida » (mars 2006) et ce dossier sont disponibles en ligne sur notre site au [www.prb.org](http://www.prb.org).

Pour recevoir des versions imprimées, veuillez contacter :

Population Reference Bureau  
1875 Connecticut Ave., NW  
Suite 520  
Washington, DC 20009  
États-Unis  
Tél.: 202-483-1100  
Télécopieur : 202-328-3937  
Courriel : [prborders@prb.org](mailto:prborders@prb.org)  
Site Internet : [www.prb.org](http://www.prb.org)

être une option tout aussi économique que la fourniture de médicaments antirétroviraux pendant l'accouchement et pour les nouveaux-nés dont les mères sont séropositives.<sup>9</sup>

Les principaux défis de l'avenir incluent l'endigement de l'épidémie chez les nouveaux nés et les jeunes adultes, le traitement et le soutien de millions de personnes qui vivent avec le VIH et l'atténuation de l'impact de l'épidémie dans les pays pauvres. Pour relever ces défis, la communauté internationale, les gouvernements et la société civile doivent, entre autres :

- S'assurer que la prévention demeure la pierre angulaire des programmes de lutte contre le sida, même lorsqu'il existe des options de traitement
- Améliorer les infrastructures de santé et la prestation des services
- Réduire la pauvreté, l'analphabétisme et les autres facteurs sociaux, économiques et politiques qui intensifient la vulnérabilité des populations au VIH et
- Réduire le stigmate et la discrimination contre les personnes qui vivent avec le VIH.

Les ressources disponibles pour faire face au VIH dans les pays en développement ont enregistré une augmentation spectaculaire, passant de quelque \$300 millions en 1996 à \$9 milliards en 2006.<sup>10</sup> Cependant, les financements pour le traitement du sida sont souvent en concurrence avec ceux des programmes de prévention, et le financement de ces deux volets risque d'évincer d'autres dépenses pour la santé reproductive.<sup>11</sup> Limiter ainsi le financement des programmes de santé reproductive peut se révéler contreproductif, car le renforcement des connaissances des hommes et des femmes en matière de sexualité, de planification familiale et de grossesses sans risque peut contribuer aux efforts de prévention du VIH. Un meilleur accès à la contraception et aux services de conseil psychologique permet de réduire les décès maternels et infantiles et de renforcer les efforts d'autonomisation des femmes. Ainsi, des programmes bien conçus qui relient la prévention du VIH à d'autres programmes de santé reproductive ont le potentiel de renforcer tous ces programmes — et donc de sauver davantage de vies humaines.



**PRB**

POPULATION REFERENCE BUREAU

1875 Connecticut Ave., NW, Suite 520, Washington, DC 20009 États-Unis  
Tél. : 202-483-1100 | Télécopieur : 202-328-3937  
Courriel : [popref@prb.org](mailto:popref@prb.org) | Site Internet : [www.prb.org](http://www.prb.org)



## Références

<sup>1</sup> ONUSIDA, *2006 Rapport sur l'épidémie mondiale du sida* (Genève : ONUSIDA, 2006). De nouvelles estimations de la séroprévalence sont tirées des Enquêtes démographiques et de santé (EDS), qui prennent un échantillon représentatif du total des populations âgées de 15 à 49 ans. Dans les pays pour lesquels une EDS n'est pas disponible, les estimations de la séroprévalence sont calculées à partir d'informations provenant d'installations de soins prénatals et d'autres sources qui ne sont pas représentatives de la population totale.

<sup>2</sup> Carl Haub, *Fiche de données sur la population mondiale 2006* (Washington, DC : Population Reference Bureau, 2006).

<sup>3</sup> Peter R. Lamptey, Jami L. Johnson et Marya Khan, « Les défis mondiaux du VIH et du sida », *Population Bulletin* 61, no 1 (2006) : 8-9.

<sup>4</sup> Division de la Population des Nations Unies, *World Population Prospects: The 2004 Revision* (New York : ONU, 2005) ; et ONUSIDA, *2006 Rapport sur l'épidémie mondiale du sida*.

<sup>5</sup> Nations Unies, *The Impact of AIDS* (New York : UN Department of Economic and Social Affairs/Population Division, 2004).

<sup>6</sup> Lamptey, Johnson et Khan, « Les défis mondiaux du VIH et du sida ».

<sup>7</sup> Nations Unies, *The Impact of AIDS* : 63.

<sup>8</sup> Nations Unies, *The Impact of AIDS* : 85.

<sup>9</sup> Kim Best, « Family Planning and the Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV », *FHI Working Paper Series* WP04-01 (Research Triangle Park, NC: Family Health International, 2004).

<sup>10</sup> ONUSIDA, *2006 Rapport sur l'épidémie mondiale du sida* : 224.

<sup>11</sup> Lamptey, Johnson et Khan, « Les défis mondiaux du VIH et du sida » ; et Jeremy Shiffman, « Has Donor Prioritization of HIV/AIDS Control Displaced Aid for Other Health Causes? » (présenté lors de la réunion annuelle de la Population Association of America, Los Angeles, le 30 mars 2006).

## Remerciements

Ce dossier a été préparé par Lori S. Ashford, du PRB, en partie sur la base d'un rapport plus complet de Peter R. Lamptey et Jami L. Johnson de Family Health International, et de Marya Khan du PRB. Nous remercions ceux qui ont bien voulu revoir ce dossier : Carl Haub, Marya Khan, Mary Kent, Rachel Nugent et Rhonda Smith du PRB ; et Mary Ann Abeyta-Behnke, Megan Gerson, Mai Hijazi, Beverly Johnston et Joan Robertson de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID). Ce dossier a été financé par l'Agence des États-Unis pour le développement international au titre du Projet BRIDGE (No GPO-A-00-03-00004-00).

Conception : Michelle Corbett, PRB

Traduction : Pascale Ledeur-Kraus

Édition : Pascale De Souza

Coordination : Sara Adkins-Blanch, PRB

© Décembre 2006, Population Reference Bureau

**BRIDGE**

BRinging Information to Decisionmakers  
for Global Effectiveness