

UNIVERSITE D'ANTANANARIVO  
FACULTE DE DROIT, D'ECONOMIE,  
DE GESTION ET DE SOCIOLOGIE  
(FAC DEGS)

---

DEPARTEMENT ECONOMIE

---

2<sup>nd</sup> CYCLE PROMOTION SORTANTE

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES EN VUE  
DE L'OBTENTION DU DIPLOME  
DE MAITRISE ES SCIENCES ECONOMIQUES

**« VIH ET SIDA : UN FARDEAU POUR LE DEVELOPPEMENT  
DURABLE. LA LUTTE CONTRE L'EPIDEMIE ET LE RECUL DE LA  
PAUVRETE : CAS DE L'AFRIQUE SUBSAHARIENNE »**

ANNEE UNIVERSITAIRE  
2003 - 2004

Présenté par :  
ANDRIANIRINA Zanajoelisoa

Encadré par : *Mr. José Alex RAKOTOMAVO*  
*Enseignant Chercheur à la FAC DEGS*  
*Département ECONOMIE*

*Date de soutenance : 07 Février 2005, Promotion*

# REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je tiens à remercier profondément **notre Seigneur Dieu Créateur.**

« **Pour la grâce de Dieu , je suis ce que je suis . ... »**

*I Corinthiens 15.10a*

« **Je louerai l'Eternel à cause de sa justice. »**

*Psaumes 7. 18a*

J'exprime ici ma profonde gratitude et mes plus vifs remerciements à tous ceux qui, de près ou de loin, ont pris part à la réalisation de ce « **Mémoire** ».

Je tiens à remercier et à adresser ma sincère reconnaissance, ma profonde et haute considération à

- Monsieur **RAVELOMANANA Mamy**

Chef du département Economie

- Monsieur **RAMIARAMANANA Jeannot**

Responsable de la 4ème année Economie.

- Monsieur **RAKOTOMAVO José Alex, mon encadreur**

Directeur de mémoire, enseignant chercheur de la faculté DEGS, département Economie.

J'adresse ma profonde gratitude et mes remerciements pour la gentillesse et l'amabilité durant la préparation, la réalisation de ce mémoire. Malgré ses multiples occupations, il m'a beaucoup aidé dans la réalisation de ce travail.

- Tous **les professeurs** du département Economie, 1ère et 2<sup>nd</sup> cycle
- Tout **le personnel du CINU**
- Tout **le personnel de centre d'information de la Banque Mondiale**
- Tous **les bibliothécaires et le personnel de centre d'étude économique de l'Université d' Antananarivo.**
- **Mes grands parents, ma mère avec ses sœurs et ses frères**  
Qui malgré leurs charges quotidiennes, n'ont pas ménagé leurs efforts pour m'aider financièrement, matériellement et surtout moralement.
- **Toutes mes ami(e)**

Pour leur soutien moral, et leur encouragement dans la réalisation de ce travail.

## **LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS**

- **ACDI** : Agence Canadienne pour le Développement International
- **ART** : Anti-Retro-Viraux
- **CDC** : Centre de Dépistage et de prise en Charge
- **CNLS** : Comité National de Lutte contre le SIDA
- **CTC** : Comité Technique de Coordination
- **CVD** : Centre Volontaire de Dépistage
- **DANIDA** : Agence Danoise pour le Développement International
- **DSRP** : Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté
- **EMAD** : Equipes de Management des Districts
- **FAO** : Organisation mondiale de l'alimentation et de l'agriculture
- **FIDA** : Fonds internationale de développement agricole
- **HAART** : Traitement Antiretroviral Hautement Actif
- **ICAD/CISD** : Intergency Coalition on AIDS and Development/Coalition Interagence sida et Développement
- **IEC** : Information, Education, Communication
- **IRC** : Centre international de l'Eau et de l'Assainissement
- **IST** : Infection sexuellement transmissible
- **LQAS** : Technique d'Echantillonnage pour une Assurance de qualité d'un lot
- **MST** : Maladie Sexuellement Transmissible
- **ODA** : Administration Britannique pour le Développement outre mer
- **OIT** : Organisation Internationale du Travail
- **OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- **ONG** : Organisation Non Gouvernemental
- **ONUDD/UNDC** : Programme des Nations Unies pour le Contrôle de Drogues
- **ONUSIDA/UNAIDS** : Fonds des Nations Unies pour le SIDA
- **PED** : Pays en développement
- **PMT1** : Premier plan à moyen terme
- **PMT2** : Deuxième plan à moyen terme
- **PNB** : Produit National Brut
- **PNLS** : Programmes nationales de lutte contre le SIDA

- **PNUD** : Programme des nations unies pour le développement
- **PPC** : Programme Commun Coparrainé
- **PRB** : Population Référence Bureau
- **PVVIH** : Personnes Vivant avec le VIH/SIDA
- **SAFAIDS** : Service de diffusion d'information sur le SIDA en Afrique australe
- **SIDA** : Syndrome Immunitaire Déficient Acquis
- **UNESCO** : Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture
- **UNFPA/FNUAP** : Fonds de Nations Unies pour la Population
- **UNICEF** : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
- **USAID** : Agence Américaine pour le Développement International
- **VIH** : Virus Immunodeficient Humain

# TABLE DE MATIERE

<b><i>Introduction</i></b> .....	<b>1</b>
<b><i>Première Partie : Les réalités des pays en développement</i></b> .....	<b>3</b>
<b>Chapitre 1 Le VIH/SIDA, la santé, développement social et économique</b> .....	<b>3</b>
I.1 Le VIH/SIDA.....	3
I.2 Le lien entre la santé et le développement.....	10
I.3 Le VIH/SIDA : un défi mondiale en matière de développement.....	13
<b>Chapitre 2 La relative impuissance de la médecine</b> .....	<b>14</b>
II.1 Les difficultés de la prévention.....	15
II.2 Le problème des soins curatifs.....	17
II.3 L'épidémiologie de l'épidémie.....	18
<b>Chapitre 3 Les causes de la vulnérabilité</b> .....	<b>20</b>
III.1 Le manque d'éducation, un handicap croissant.....	20
III.2 Mal informés , donc vulnérable.....	23
III.3 Hommes et femmes en marge de la société.....	24
III.4 Adolescentes : les raisons de leur vulnérabilité.....	26
III.5 Violence à l'égard des femmes.....	27
<b><i>Deuxième Partie : L'impact du VIH/SIDA sur le</i></b> <b>    <i>Développement durable</i></b> .....	<b>29</b>
<b>Chapitre 4 Impacts démographiques</b> .....	<b>29</b>
IV.1 La cheminée démographique.....	29
IV.2 Indicateur d'ordre démographique.....	31

<b>Chapitre 5 Impacts sur les système sociaux et sur la vie société.....</b>	<b>35</b>
V.1 Aspects sanitaires.....	35
V.2 Répercussion sur l’enseignement.....	37
V.3 Répercussion sur les familles et les communautés.....	38
V.4 VIH/SIDA et droits de l’homme.....	41
V.5 La gouvernance et la fonction publique.....	42
<b>Chapitre 6 Impact sur le tissu économique.....</b>	<b>43</b>
VI.1 Répercussion sur l’agriculture.....	43
VI.2 Répercussion sur les entreprises.....	45
<b><i>Troisième Partie : Stratégies pour la lutte contre le</i></b>	
<b>    <b>VIH/SIDA et la pauvreté.....</b></b>	<b>48</b>
<b>Chapitre 7 La stratégie mondiale contre le VIH/SIDA.....</b>	<b>48</b>
VII.1 Rationaliser les interventions.....	48
VII.2 Redéfinir les actions.....	51
VII.3 Remobiliser les opinions des pays riches.....	56
<b>Chapitre 8 Action des différents organismes internationaux.....</b>	<b>57</b>
VIII.1 La lutte de l’UNICEF contre le VIH/SIDA.....	57
VIII.2 La BANQUE MONDIALE et le VIH/SIDA.....	59
VIII.3 L’intervention de l’OMS contre le VIH/SIDA.....	62
<b>Chapitre 9 Stratégies des pays africains .....</b>	<b>63</b>
IX.1 Mobiliser l’engagement.....	63
IX.2 Réduire la propagation du VIH.....	65

## **Chapitre 10 Caractéristiques communes des actions nationales efficaces**

X.1 La volonté et le leadership politique.....	66
X.2 L'ouverture sociale et la détermination à lutter contre la stigmatisation.....	67
X.3 Une réponse stratégique.....	67
X.4 Action multisectorielle et à plusieurs niveaux.....	68
X.5 Action à assise communautaire.....	69
X.6 La réforme des politiques sociales pour réduire la vulnérabilité.....	70
X.7 Une action soutenue et à long terme.....	70
X.8 Tirer les leçons de l'expérience.....	71
X.9 Les ressources nécessaires.....	72
<b>Chapitre 11 Plan d'action, stratégie du gouvernement malgache .....</b>	<b>73</b>
XI.1 L'analyse de la situation.....	73
XI.2 Les principes directeurs.....	78
XI.3 Les objectifs, les stratégies pour la lutte contre le VIH/SIDA.....	79
<b><i>Conclusion</i>.....</b>	<b>82</b>
<b><i>Bibliographie</i></b>	
<b><i>Annexe</i></b>	

## LISTE DES TABLEAUX

- **Tableau 1** : Mode de transmission. Estimation de l'efficacité (page 5)
- **Tableau 2** : Réponse au HIV/AIDS dans un nombre restreint de pays d'Afrique subsaharienne( page59)
- **Tableau 3** : Personnes pouvant être tirées de l'allègement de la dette pour la réponse au VIH/SIDA (page61)
- **Tableau 4** : Personnes vivant avec le VIH/SIDA à madagascar. Nombre cumulatif des cas notifiés de 1987 à mai 2003 (page 74)
- **Tableau 5** : Personnes vivant avec le VIH à Madagascar. Distribution des cas notifiés selon la profession(1987 à mai 2003) (page 75)

## LISTE DES GRAPHIQUES

- **Figure 1** : Mozambique : rapports sexuels occasionnels et recours au préservatif, par niveau d'éducation (page 21)
- **Figure 2** : Taux de prévalence de l'infection à VIH parmi les femmes enceintes de 15-24 ans en Ouganda, par niveau d'éducation ( page 22)
- **Figure 3** : Pourcentage des garçons et des filles de 15à19 ans qui ne savent pas comment se protéger contre le sida, enquêtes en divers pays entre 1994 et 1998 (page 23)
- **Figure 4** : Proportion des professionnelles du sexe et de leur clientèle qui ont toujours recours au préservatif lors de rapports rémunères- Cambodge, entre 1997 et 1999 (page 24)
- **Figure 5** : Taux de prévalence de l'infection à VIH parmi les adolescents à Kisumu, au Kenya, selon l'age (page 25 )
- **Figure 6** : Structure de la population au Botswana prévisions pour l'an 2020, avec et sans épidémie de SIDA (page 30)
- **Figure 7** : Probabilité de décès d'un homme âgé de 15 à60 ans, toutes causes (page 32)
- **Figure 8** : Tendances de la mortalité parmi les enfants de moins de cinq ans (1981-1996) et prévalence de l'infection à VIH parmi les adultes à fin 1999 dans quelques pays africains (page 33)
- **Figure 9** : Nouveaux diagnostics de cas et dépenses médicales dans une plantation du Kenya, de 1989 à 1997 (page 46)
- **Figure 10** :Répercussions du VIH/SIDA sur une entreprise (page 47)

# RESUME ANALYTIQUE

Bien que les gouvernements mènent des meilleurs politiques de développement, la pauvreté se généralise en Afrique subsaharienne. Cinq années sont déjà écoulés de la fameux 3<sup>ème</sup> millénaires qui sont fortement marquées par l'évolution à un rythme plus rapide de Recherche et Développement, de la Nouvelle Technologie de l'Information et de la Communication, les africains souffrent de plus en plus de la pauvreté et tous ses composantes : la malnutrition, l'éducation précaire, l'absence d'eau potable et d'assainissement, la mauvaise accès à la santé. C'est leur niveau de revenu extrêmement bas, moins de 1 dollar US est le revenu moyen touché par le leur, qui explique cette situation. En outre, les problèmes de notre continent sont aggravés non seulement par les conflits ethniques, guerres civiles, la sécheresse, les modes de cultures, mais il y a bien l'épidémie parfaitement nouvelle malgré son apparition depuis 1981, qui nous frappe durement. C'est le VIH et le SIDA.

Sur un chiffre total de 38 millions de personnes infectés par le VIH dans le monde en 2003, près de 70%, soit 25 millions vivent en Afrique subsaharienne. Ce sont les classes d'ages les plus productives socialement et économiquement, de 15 à 45 ans qui sont les plus durement touchées, le nombre de femmes africaines infectées étant légèrement supérieur à celui des hommes et des filles s'explique par leurs caractères biologiques, les inégalités entre hommes et femmes, se referant aux croyance, coutumes et usages qui définissent les caractéristiques et les conduites " masculines" et " féminines"

L'épidémie de VIH/SIDA a un effet dévastateur sur les petits exploitants et les ruraux pauvres d'Afrique, et la survie même des économies et des sociétés rurales est menacée dans de nombreux pays. Si les Gouvernements des pays africains avec leurs bailleurs de fonds et partenaires bilatéraux/multilatéraux ne tiennent pas compte de ce problème, les effets bénéfiques du travail qu'il a accomplir au cours des dernières décennies seront compromis. Les données démographiques de nombre des pays permettent déjà de dire que les progrès réalisés des années 60 à 80 en matière de santé et de bien être, qui se sont traduits par une espérance de vie plus longue et par une baisse des taux de mortalité infantile et post infantile, sont annulés. Bien que la pauvreté soit clairement un facteur déterminant dans la dynamique

de l'épidémie de VIH, les organismes de développement, qui se vantent du rôle qu'ils jouent en tant qu'institution engagées dans la lutte contre la pauvreté, n'ont presque rien fait pour intégrer le VIH dans leurs programmes concernant la pauvreté.

La raison fondamentale de l'impact dévastateur de l'épidémie de VIH sur la société est liée au fait que la maladie sévit très fortement parmi les classes d'âges les plus productives sur le plan économique. Il s'agit de personnes dans le force de l'âge : elles ont eu des enfants et sont le pivot de l'économie rural et de vie sociale. Ainsi, après leur mort, les enfants sont confiés aux soins des grands parents ou sont laissés seuls. Si les enfants perdent l'un de leurs parents à cause du VIH/SIDA, ils perdront probablement l'autre aussi car principal mode de transmission est sexuel. La charge imposée aux grand- parents et aux autres parents est énorme, et peu d'entre eux ont les moyens d'envoyer d'autres enfants à l'école, de payer les dépenses médicales, etc. Fréquemment, les parents ne peuvent plus transmettre à leurs enfants leurs savoirs concernant l'agriculture, la transformation des produits alimentaires, la gestion du ménage, la construction et l'entretien du logement, ainsi que l'utilisation des plantes médicinales, l'élevage et les autres connaissances. Cela s'ajoute à l'impact considérable que les pertes massives de main d'œuvre dans cette classe d'âge ont sur le volume de la production agricole et sur la prestation des services ruraux.

Un autre facteur compromettant la viabilité de l'économie rurale est le détournement d'une grande partie de la main d'œuvre, qui délaisse les travaux agricoles pour soigner les malades. Les personnes infectées par le VIH développent diverses autres maladies et ont besoin de beaucoup de soins, qui incombent habituellement aux femmes. En outre, l'inflation par le VIH n'est pas limitée aux plus démunis, même si les pauvres représentent en chiffre absolue le nombre de plus élevé de personnes contaminées dans de nombreuses régions du monde. Les liens entre la pauvreté et le VIH sont loin d'être simples et directs et des facteurs plus complexes que les simples effets de la pauvreté entrent en jeu. Les plus pauvres sont, par définition, les moins aptes à faire face aux conséquences du VIH et du SIDA, mais même les «non pauvre» voient leurs ressources diminuer lorsqu'ils sont frappés par l'infection, la maladie et la mort.

Outre ses effets dévastateurs sur les familles, l'épidémie a de graves conséquences au niveau le plus général et au niveau sectoriel. Non seulement dues à la maladie et à la mort d'un grand nombre de travailleurs, mais les capacités institutionnelles dans tous les domaines

en subissent également le contrecoup. De même, la dotation en personnel des postes sanitaires et des écoles des campagnes devient de plus en plus difficile car la fréquence du VIH est aussi élevée parmi les enseignants et les agents sanitaires ruraux que parmi tout autre groupe d'adultes.

Pour une telle institution, à moins que les répercussions de l'épidémie de VIH ne soient pleinement prises en comptes dans les politiques et la programmation, il n'y aurait guère d'intérêt à mener d'autres activités car les effets bénéfiques du travail seront de plus en plus compromis par les effets préjudiciables de l'épidémie. Il n'est pas facile de tenir compte de l'épidémie de VIH et de la stratégie. Cela suppose d'étudier la réaction des populations touchées face à l'épidémie, ainsi que l'évolution des besoins des communautés rurales, dans le contexte des pertes importants de main d'œuvre agricole et non agricole, l'évolution de la structure familiale et l'impact de l'effondrement des services publics. Il faudra appliquer une approche souple et extrêmement imaginative pour continuer à apporter un appui permettant aux communautés rurales de survivre à la dévastation qu'elles ont subie et pour se constituer des compétences et des capacités pour l'avenir.

# INTRODUCTION

Au 19<sup>ème</sup> siècle, on voit se constituer l'économie politique dans laquelle vont se succéder différents modes et écoles des pensées. Parmi les lois qu'ils essaient de dégager des relations économiques, on ne trouve aucune théorie de l'économie de santé. C'est les économistes du 20<sup>ème</sup> siècle qui ont intéressé et ont mis en lumière qu'il y a une relation parfaitement étroite entre la création des richesses et la santé de la population.

Si la première moitié du 20<sup>ème</sup> siècle a été fortement marquée par le problème des deux guerres mondiales, alors que, au cours des deux dernières décennies, les préoccupations de l'humanité tout entier se concentrent à une nouvelle épidémie qui pourrait être la plus dévastatrice de toute l'histoire de l'humanité : C'est le VIH/SIDA. Plus qu'un simple problème de santé, la médecine reste incapable, impuissante pour le résoudre. Cette maladie devient en effet au premier rang et continue de ravager des familles, des communautés et des pays partout dans le monde. En effet, le VIH/SIDA devient une préoccupation majeure des décideurs politique, économique pour chaque pays de toute cette planète.

Etant donné que la santé est un facteur de développement. Néanmoins, si le VIH et le SIDA s'attaquent aux riches comme aux pauvres, leur impact est plus grand sur les pauvres, les démunis, et les marginalisés. Et comme les pauvres sont plus nombreux, leur maladie aura un effet énorme sur le développement durable aux niveaux national et international. Parallèlement, frappant à la grandeur de la planète, le VIH et le SIDA, qui sont deux termes différents, n'épargnent aucun aspect de la vie humaine. Ils ne se limitent pas à l'individu mais se répercutent sur la famille, la collectivité, la région, le pays et au niveau de la communauté internationale toute entière.

On propose de prendre en mains l'idée que le VIH/SIDA serait de toute évidence à l'origine de toute l'échec du développement et contribuera de plus en plus à cet échec. En effet on ne peut pas prétendre lutter contre cette maladie, encore moins en déterminer les différents impacts sur la vie de l'humanité, si l'on ne peut pas dégager l'ampleur de sa prévalence. En réalité, le VIH et le SIDA voyagent partout. Même s'ils font actuellement beaucoup de ravages dans le monde en développement, le taux de prévalence demeure encore faible à Madagascar. De cette idée, l'étude des rapports entre le VIH/SIDA,

la pauvreté et le développement durable se fonde effectivement dans l'analyse des expériences vécues par les pays africains subsahariens. Le problème qui se pose est ainsi de savoir pourquoi tous les gouvernements de chaque pays du monde consacrent leurs efforts pour lutter contre le VIH/SIDA.

Pour arriver à cette fin, on commencera l'étude par la mise en lumière des réalités des pays en développement. Dans cette première partie, on verra au premier plan l'évolution de cette épidémie au cours de deux décennies de son existence. L'incapacité de la médecine forme le second chapitre. On terminera cette partie en énonçant les différentes causes de la vulnérabilité de la population la plus touchée.

La deuxième partie montre les différents impacts du VIH/SIDA sur le développement durable. Elle comprend les impacts démographiques, ceux sur la vie en société et sur les tissus sociaux et économiques.

La dernière partie examine les différentes stratégies mises en œuvre pour la lutte contre ce fléau. On s'intéresse vraiment sur la stratégie mondiale, celles des différents organismes internationaux, celles des pays africains, et les caractéristiques communes des actions nationales efficaces et les stratégies de notre gouvernement.

L'Afrique subsaharienne est la région du monde touchée le plus durement par le VIH/Sida : le bilan des décès par suite d'infection liées aux Sida y est plus élevé que pour toute autre cause. L'importance quantitative de la pandémie de Sida dans le pays en développement et en Afrique, la spécificité des modes de transmission, l'ampleur de ses conséquences, la relative impuissance de la médecine, la vulnérabilité spécifique des groupes sociaux, font que ce terrible fléau n'est pas identique dans le Tiers Monde et dans les pays industrialisés.

## **Chapitre 1 . Le VIH/Sida, la santé, développement social et économique.**

On a d'abord considéré que le VIH/Sida était un problème de santé. Mais la question qui se pose est de savoir s'il y a « un Sida ou des Sida ». Si les virus sont semblables – VIH 0 – VIH 1 et VIH 2 , la maladie n'est pas la même à Paris qu'à Antananarivo, à Marseille qu'à Mahajanga, à Toulouse qu'à Tuléar . Il est maintenant indispensable de connaître, de comprendre parfaitement cette maladie, ses modes de transmission, sa réalité.

### **I.1 Le VIH/SIDA**

#### **a. Un problème de santé**

On rappellera que symboliquement la constatation scientifique du Sida n'est pas la même dans les pays industrialisés et dans les pays en développement. Certes dans les deux groupes de pays, le SIDA– Syndrome Immunitaire Déficitaire Acquis – peut être défini comme un virus de l'immunodéficience humaine VIH (HIV en anglais) s'attaquant aux lymphocytes T4, globules blancs, dont le rôle est de mobiliser une partie du système immunitaire lorsque l'Homme est agressé par des virus ou de bactérie. La disparition de ces lymphocytes T4 entraîne un état de déficience immunitaire qualifié d'immunodéficience permettant à de nombreuses maladies dites opportunistes de se développer, la tuberculose en particulier . L'individu infecté ne peut plus se défendre, il est condamné à terme.

➤ **Les quatre stades dans le développement de la maladie : définis par l’OMS et le CDC**

**Stade 1** : C’est celui de la primo-infection au cours duquel le sujet contaminé ne pas encore d’anticorps. C’est la phase de séroconversion, au cours de laquelle on ne trouve pas d’anticorps dans le sang : la sérologie VIH, mesurée par le test classique Elisa ou Western-Bloc, demeure négative. Cette phase de maladie est généralement asymptomatique. Seul des examens très sophistiqués permettraient de voir le virus. Cette phase dure de 4 à 16 semaines.

**Stade 2** : C’est celui de la séropositivité asymptomatique où la séropositivité du sujet, toujours mesurée par les tests classiques, est positive, mais où le malade infecté demeure sans symptôme. L’examen clinique ne suffit dès lors pas à poser le diagnostic de Sida. Cette phase dure de 5 à 15 ans.

**Stade 3** : C’est dans ce stade que différents indices, et notamment l’apparition de ganglions, peuvent laisser présager le développement d’une maladie symptomatique.

**Stade 4** : Le stade 3 fait l’objet de la phase 4 au sein de laquelle les chercheurs d’Atlanta ont distingué cinq groupes : l’immunodépression mineure (fièvre, diarrhée, amaigrissement), les atteintes neurologiques (qui peuvent toutefois être indépendantes du stade de l’évolution de la maladie), l’immunodépression majeure (pneumocystose, crypto-coccose, tuberculose, toxoplasmose, cyto-megalovirose), les affections cancéreuses (sarcome de kaposi, lymphome Hodgkinien, lymphome cérébral isolé). Des classifications plus scientifiques sont maintenant utilisées, telle que celle qui prend en compte le nombre de lymphocytes T4 ou CD4 ; d’autres plus sophistiquées se basant sur la charge virale sont plus précises mais tellement plus onéreuses.

Le Sida est alors défini par l’existence d’au moins deux signes majeurs associés à au moins un signe mineure. En zone tropicale, les trois signes majeurs les plus fréquemment rencontrés sont la diarrhée chronique, la fièvre et l’amaigrissement, les principaux signes mineurs étant le Mwanza (manifestation cutanée) ou la modification des cheveux.

En Afrique, comme en Asie maintenant, le Sida évolue très vite, ainsi la phase 2 qui, en Europe, peut durer de 8 à 10 ans, n’y dure que 3 à 4 ans. Il en va de même pour la phase 4 qui, en Europe, peut durer 5 ans et qui, en Afrique, ne dure que quelques mois à 2 ans.

C'est pourquoi dans les pays en développement, les maladies qui tuent les séropositifs sont la tuberculose, les diarrhées chroniques et aiguës, les infections classiques, tandis qu'en Europe, ces maladies sont traitées convenablement et les malades meurent de maladies plus complexes (tumeurs...)

C'est pourquoi il y a bien «*deux*» SIDA ; un Sida des pays pauvres qui «*tue vite*», un Sida des pays riches qui tue «*plus lentement*».

## **b. Mode de transmission**

Le SIDA (Syndrome Immunitaire Déficitaire Acquis) est dû au Virus Immunodéficient Humain (VIH) qui détruit le système immunitaire d'une personne. Les personnes sont affectées par le VIH de trois manières possibles :

1. Par des relations sexuelles – soit hétérosexuelles ou homosexuelles. La plupart des infections dans le monde en développement se font par voie hétérosexuelle.
2. Directement dans le sang par voie de transfusion de sang contaminé ou de produits à base de sang ou le partage d'équipement d'injection de drogue intraveineuse.
3. De la mère à l'enfant. Ceci peut se produire avant la naissance à travers le placenta au cours de la naissance ou par le lait maternel.

La réalité des différents modes de transmission est décrite ci-dessous :

**Tableau 1 : Modes de transmission Estimation de l'efficacité**

<b>Modes de transmission</b>	<b>Estimation de l'efficacité</b>
1. voie sexuelle	0,1%-1,0%
2.A travers le sang : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Transfusion</li> <li>▪ Injection de drogue</li> <li>▪ Autres (ex. le tatouage)</li> </ul>	>90% 0,5%-1,0% Infime
3. De la mère à l'enfant (vers la naissance)	20%-40%

En Afrique plus de 95% des infections se font par les relations sexuelles hétérosexuelles. Avec le faible taux concret de transmission ci-dessus, comment se fait-il que plus de 40 millions de gens soient affectés ? Il y a plusieurs raisons à cela, médicales et épidémiologiques de même que sociales, culturelles et économiques, mais un des facteurs qui influencent le plus est la présence de maladies sexuellement transmissibles (MST). Lorsqu'une personne a déjà une maladie sexuellement transmissible le risque d'infection augmente de 10% à 80% suivant le type de MST. Beaucoup de gens ayant des MST ne sont pas au courant de leur situation car toutes les MST ne sont pas symptomatiques – ceci est particulièrement le cas des femmes. L'accès aux services des MST et de la santé de la reproduction est de ce fait très important.

## **Période de latence et test**

### **Période de latence**

Une fois qu'une personne est infectée, il y a une période de latence lorsque cette personne ne présente pas de symptômes. Cette période peut durer jusqu'à dix ans selon l'état de santé générale et l'alimentation de cette personne. La durée de la période de latence est aussi influencée par le nombre de réinfections au cours de relations sexuelles non protégées avec une autre personne positive au VIH. Pendant ce temps, il n'y a pas de signes de positivité au VIH et c'est pourquoi 90% des personnes infectées ne sont pas informées de leur situation. Le seul moyen de la connaître consiste à faire le test de dépistage – ceci se fait dans les centres sanitaires ou à des centres de Dépistage et de Prise en Charge (CVD), publics ou privés, spécifiquement établis. Les tests disponibles ont été améliorés au cours des dernières années et actuellement il existe des tests rapides qui peuvent donner des résultats au bout d'une heure.

Cependant, dans la plupart des pays en développement très peu de gens vont volontairement se faire dépister. La plupart des gens ne voient pas d'avantages à connaître leur statut car, en raison des coûts élevés et de la disponibilité, il n'y a pas de traitement accessible; il n'y a que la stigmatisation et la discrimination des personnes infectées au VIH. A part le dépistage, le seul stigma qu'une femme positive peut avoir réside dans l'accouchement d'un bébé positif qui présente les signes de la maladie.

Ceci peut ou ne peut pas être suivi d'un test à la fois de la mère et du bébé. Même lorsque le test est fait, beaucoup de femmes ne vont pas révéler leur statut de personnes positives à leurs partenaires ou à leurs familles – il existe plusieurs exemples de femmes chassées de leur foyer et accusées de cette infection. Nul besoin de dire que la plupart de ces femmes auront été infectées par leurs maris. Un test VIH dépiste en réalité des anticorps au virus du VIH, qui peut mettre 1 à 3 mois pour se développer. Un test fait immédiatement après une exposition au VIH peut se révéler négatif et devra être répété pour être crédible. Certaines personnes sont faussement assurées après un test négatif qui aurait été fait trop tôt.

## **Le SIDA**

La période de latence s'arrête au début des maladies. Le SIDA lui-même a très peu de Symptômes mais se manifeste par la défaillance du système immunitaire, résultant en une vulnérabilité à une variété de maladies et d'infections. Ces infections opportunistes comprennent, en particulier, la tuberculose, l'herpès et certaines formes de cancer. En plus, les maladies telles que la diarrhée et le paludisme ont des effets dévastateurs sur le corps et son système immunitaire, le détruisant rapidement. Les maladies opportunistes peuvent être traitées avec des médicaments qui sont normalement utilisées contre celles-ci; mais en général la personne malade meure au bout de deux ans si un traitement antirétroviral n'est pas administré avant le début du SIDA. Parce que les infections opportunistes sont des maladies connues, le VIH/SIDA lui-même reste 'invisible'. Ceci rend plus facile son reniement et perpétue le silence autour de cette épidémie, augmentant ainsi son expansion.

## **Le traitement**

Le débat est en cours concernant l'accessibilité des médicaments anti-rétroviraux à tous. Aux Etats Unis, en Europe de l'Ouest et au Brésil, les médicaments anti-rétroviraux sont disponibles pour toutes les personnes touchées, grâce au système sanitaire; et les taux de (Centre International de l'Eau et de l'Assainissement, IRC 11 ) mortalité ont été réduits de manière remarquable, en transformant la maladie en une maladie chronique. Le traitement le plus efficace est appelé Traitement Anti-Rétroviral Hautement Actif (HAART), une combinaison (changeante) de trois médicaments qui doivent être pris selon un emploi de temps journalier strict. Le coût de ce traitement était extrêmement élevé (10.000 dollars US par patient et par an). Mais les procès, les négociations et la production de génériques ont

permis d'abaisser ces coûts à 300 dollars US par patient et par an dans certains pays (voir la modélisation du traitement antirétroviral de l'OMS dans les endroits à ressources limitées : lignes directrices pour une approche de santé publique<sup>3</sup>).

Cependant, les lignes directrices de l'ONUSIDA, l'OMS, et la Société Internationale du SIDA constatent aussi qu'en raison du coût élevé des médicaments anti-rétroviraux, la complexité des régimes et la nécessité d'un suivi rigoureux, des services et installations spécifiques doivent être mis en place avant d'envisager l'introduction de médicaments antirétroviraux. Dans beaucoup de pays en développement ces services et installations n'existent pas et l'accès à ces médicaments doit, de ce fait, être amélioré en même temps que la fourniture de services de santé adéquats et crédibles au profit des pauvres.

La transmission de la mère à l'enfant peut être réduite par un traitement relativement simple et peu coûteux avec des anti-rétroviraux vers la naissance. Les principaux problèmes sont: la plupart des femmes ne réalisent pas qu'elles sont séropositives. L'efficacité des médicaments dans les accouchements subséquents est en débat; et après l'accouchement, l'enfant peut encore être infecté à travers l'allaitement maternel. Tandis que ces médicaments sont essentiels pour donner à l'enfant la chance de vivre en bonne santé, la mère est toujours susceptible de mourir – ce qui augmente les questions complexes sur le sort subséquent de ces enfants : l'enfant peut être abandonné ou récupéré par la famille élargie, mais il sera marginalisé.

### **c. Réalité du VIH/Sida :**

Le « voleur de vie », tel est le nom que Bernard Debré a donné dans un récent ouvrage , au virus du Sida. Il n'épargne aujourd'hui aucun continent. On estime que la maladie progresse plus lentement dans les pays développés que dans les pays en développement, en majorité parce que les habitants des pays développés ont accès au antirétroviraux et aux soins de santé de haute qualité.

### **Etat actuel de la diffusion de la pandémie de Sida**

On rappellera qu'à la fin de l'année 1993, on estimait à plus de 14 millions le nombre de cas d'infection au virus survenus depuis le début de la pandémie, dont plus de 18 millions chez l'adulte. Mais il est temps maintenant que quelques définitions d'indicateurs épidémiologiques doivent aussi être rappelées.

Pour mesurer la diffusion d'une épidémie, les deux concepts les plus couramment utilisés sont « l'incidence » et « la prévalence ».

- L'incidence est le nombre de nouveaux cas apparaissant dans une population au cours d'une période de temps donnée. L'incidence annuelle du SIDA peut être mesurée par l'incidence de l'infection au VIH ou par celle du sida lui-même
- La prévalence est le nombre de personnes qui, à une date donnée, sont malades (prévalence de la maladie) ou infectées (prévalence de l'infection)

Pour mesurer la conséquence d'une épidémie, les deux mesures les plus fréquemment utilisés sont celle de « létalité » et de « mortalité »

❖ la Première mesure c'est le risque pour un individu atteint par une maladie de décéder de celle-ci. On sait aujourd'hui que dans l'attente de la découverte d'un traitement curatif approprié, la létalité du Sida demeure de 100%. La mesure de la durée de la létalité (bien plus courte dans les pays en développement que dans les pays développés) permet d'apprécier l'efficacité du système de soins.

❖ La mortalité due à une maladie donnée est représentée par le nombre de personnes décédant au cours d'une période donnée du fait de cette maladie.

Compte tenu de la létalité actuelle du Sida (100%), de la durée de survie des malades dans les pays en développement, la mortalité est quasiment équivalente à la prévalence.

Selon le rapport de l'ONUSIDA-2004 sur l'épidémie de VIH/sida, en 2003, près de 5 millions de personnes ont été nouvellement infectées par le VIH. C'est le chiffre annuel le plus élevé depuis le début de l'épidémie. Ainsi, on estime, à l'échelle mondiale que le nombre de personnes vivant avec le VIH passent de 35 millions en 2001 à 38 millions en 2003, et ce nombre continue d'augmenter. On peut remarquer de même que cette même

année, près de trois millions de personnes sont mortes du Sida ; plus de 20 millions sont décédées depuis que les premiers cas ont été identifiés en 1981.

Pour le cas de l'Afrique subsaharienne, d'après l'estimation du groupe de l'ONUSIDA, 25 millions de personnes vivent avec le VIH.

Le SIDA est une crise d'une nature extraordinaire :il est à la fois une urgence et un problème de développement à long terme. C'est au domaine de santé qu'on enregistre les terribles conséquences de l'épidémie. Or la santé constitue l'un de facteur clé du développement notamment en matière de développement humain et c'est pourquoi ses problèmes touchent effectivement le processus de développement durable. Mais il est correct d'admettre le lien existant entre ces deux concepts, santé et développement.

## **I.2 Le lien entre la santé et le développement**

La santé est un élément fondamental du développement. En premier lieu parce que le but de celui est d'apporter le bonheur aux habitants d'un pays .Or pour être heureux, il faut d'abord être en bonne santé, dans la mesure du possible. Ensuite, il faut que les citoyens soient bien portants pour qu'il puisse contribuer efficacement au développement général d'un pays.

### **1. L'investissement dans le secteur de santé : l'effet sur le développement du pays**

L'investissement dans le secteur de santé est toute acquisition des biens et des services en vue d'en exploiter et de dégager une meilleure performance des ressources humaines ou une augmentation de la capacité de travailleur. Cet investissement intègre les infrastructures tels que la réhabilitation de centre de santé de base, au niveau de chaque commune ou district, le recrutement des nouveaux médecins et paramédicaux ; le recouvrement des coûts, la disponibilité et l'accessibilité des médicaments essentiels et consommables médicaux génériques de la qualité, le financement de la lutte contre la propagation des maladies transmissibles prioritaires. Le but de tout cela consiste en l'amélioration des conditions de vie de personne, l'allongement de l'espérance de vie à la naissance, la réduction des taux de morbidité et de mortalité.

Il est évident que les gens en bonne santé sont capables d'utiliser au maximum leur performance au niveau de la production. Cette idée simple peut être aussi valable dans l'amélioration de l'éducation. Il est temps maintenant de rappeler que l'éducation est un facteur de production comme les autres (travail et capital) qui aurait une place naturelle et évidente dans la fonction de production. Mais on devrait faire la précision suivante : l'éducation détermine la capacité de transformation, l'accumulation des connaissances, des compétences, des expériences ne sont pas relativement réalisables pour les individus en mauvaise santé. Il convient à ajouter aussi que les charges d'une entreprise dont laquelle emploie des ouvriers en bonne santé, peut augmenter et améliorer sa productivité, soient raisonnables.

On peut en déduire par conséquent que les individus en bonne santé sont davantage capables de produire, de s'éduquer, de s'informer et avoir de meilleur revenu et des emplois mieux rémunérés que les autres en piètre qualité de santé. Cependant il y a toujours un cercle fructueux entre la santé et le développement car la santé agit directement ou indirectement sur la croissance et le progrès technique et vice versa.

## **2. La contribution du développement économique dans l'amélioration de la qualité de santé de la population :**

Il est bien évident que l'amélioration de la santé des gens doit être considérée plus ou universellement comme l'un des principaux objectifs du processus de développement. Mais le simple fait de reconnaître cette évidence ne nous mène pas très loin. Bien des questions doivent être posées. Quelle est l'importance de la santé dans les objectifs du développement ? Le processus général de croissance économique, qui suppose une élévation du revenu national réel par habitant, offre-t-il les meilleures conditions pour promouvoir la santé ou faut-il dissocier l'objectif de la santé du processus de croissance économique considéré comme isolement ?

Pour arriver à ces fins, il convient de définir le mot développement : « combinaison des changements mentaux et sociaux d'une population qui la rendent apte à faire croître, cumulativement et durablement, son produit réel global » (F. Perroux). C'est un phénomène qualitatif irréversible qui est lui-même lié à une augmentation du niveau de vie. Ainsi le terme développement économique a deux significations principales.

Primo, on l'utilise pour désigner la croissance économique à laquelle s'ajoute l'amélioration de la répartition du bien être à l'intérieur des pays à bas revenu. Dans ce sens il impliquera : une amélioration de l'alimentation, des services de santé et de l'éducation des familles dont les revenus sont les plus bas, la réduction des taux de mortalité infantile dans ses familles et une élévation de la dignité de leur vie.

Secundo, on utilise aussi le terme développement économique de façon plus technique pour désigner tous les effets complexes de la croissance. Le développement économique n'est pas de phénomène essentiellement économique mais politique et social. Il est intéressant, dans ce contexte, de mentionner certaines analyses statistiques qui ont récemment été présentées par Sudhir Anand et Martin Ravallion (« Human Développement in Poor countries : On the Role of Private Incomes and Public Services »-1993).

En se basant sur les comparaisons inter pays, ils concluent que l'espérance de vie à la naissance est bien corrélée avec le PNB par habitant, mais que cette relation est due essentiellement à l'impact du PNB sur i) les revenus des pauvres en particulier et ii) les dépenses publiques et notamment celles relatives aux soins de santé.

La pauvreté et les dépenses publiques en matière de santé étant des variables qui suffisent à elles seules à expliquer les choses, la relation statistique entre le PNB par habitant et l'espérance de vie semblent de fait s'évanouir complètement. Soulignons que cela ne veut pas dire que l'espérance de vie n'est pas améliorée par la croissance du PNB par habitant, mais que la corrélation qui existe entre les deux est fonction en particulier des dépenses publiques dans le secteur des soins de santé et du succès de la lutte contre la pauvreté. La manière dont on utilise les fruits de la croissance est déterminante.

## **I.3 Le VIH/sida : un défi mondiale en matière de développement**

Ce présent sous chapitre met déjà une introduction aux impacts de l'épidémie sur développement durable.

### **Quels sont les grands défis ?**

Dans le nouveau rapport mondiale sur l'épidémie de VIH /SIDA (ONUSIDA-2004), on peut révéler 7 grands défis qui paraît implicitement très important.

- Les femmes sont toujours davantage exposées à un risque élevé d'infection. En décembre 2003, les femmes représentaient près de 50 % de toutes les personnes vivant avec le VIH dans le monde, et 57 % en Afrique subsaharienne. Les femmes et les jeunes filles portent aussi la majeure partie du fardeau de l'épidémie ; ce sont elles qui, selon toute probabilité, prendront soin des malades, perdront leur emploi, leurs revenus et leur chance de scolarité à la suite de la maladie et qui subiront la stigmatisation et la discrimination. Et il faut d'urgence s'attaquer aux nombreux facteurs qui contribuent à la vulnérabilité et au risque des femmes – les inégalités sexospécifiques et culturelles, la violence, l'ignorance.
- Les jeunes de 15 à 24 ans constituent la moitié de toutes les nouvelles infections à VIH dans le monde. Ils sont la génération de jeunes la plus nombreuse de l'histoire et ils ont besoin d'un environnement protecteur – une scolarité régulière, l'accès à des services de santé et de soutien – pour pouvoir jouer leur rôle essentiel dans le combat contre l'épidémie.
- L'élargissement des programmes de traitement qui offrent des thérapies antirétrovirales en mesure de prolonger la vie. Seules 7 % des personnes qui ont besoin d'un traitement antirétroviral dans les pays en développement ont accès aux ARV – soit 400 000 à la fin de 2003. Les programmes doivent être de longue durée pour éviter l'apparition de souches du virus résistantes aux médicaments.
- Plusieurs pays d'Afrique australe sont confrontés à des difficultés croissantes pour fournir les services publics vitaux qui sont essentiels à la riposte au SIDA. Les raisons de ces difficultés vont de la migration des effectifs qualifiés du secteur public au

secteur privé et de la migration à l'étranger, à l'impact dévastateur de l'épidémie de SIDA elle-même.

- L'élargissement des programmes de prévention qui actuellement ne touchent qu'une personne sur cinq exposées au risque d'infection à VIH. En 2003, dans les pays à faible et moyen revenus, une femme enceinte sur dix seulement a bénéficié de services de prévention de la transmission mère-enfant du VIH. Dans les pays à revenu élevé, on a privilégié les traitements au détriment de la prévention et on observe de ce fait pour la première fois depuis une décennie des augmentations de la transmission du VIH.
- La lutte contre la stigmatisation et la discrimination. Elles entravent directement l'efficacité des ripostes au SIDA, empêchent les gens de faire un dépistage du VIH, font obstacle à l'utilisation du préservatif ou empêchent les mères allaitantes séropositives de protéger leurs bébés de l'infection, et refusent aux groupes marginalisés, comme les consommateurs de drogues injectables, la prise en charge et le soutien dont ils ont besoin.
- S'occuper des orphelins laissés à l'abandon. Le SIDA a tué un des parents ou les deux de quelque 12 millions d'enfants en Afrique subsaharienne et un nombre beaucoup trop important d'entre eux ne sont pas correctement pris en charge.

Loin de se stabiliser, le VIH/SIDA, le VIH/SIDA devient très dynamique et la prévalence continue à s'élever malgré l'effort fait au niveau de médecine. Face à cette épidémie, la réponse apportée par la médecine reste limitée et c'est l'objet du nouveau chapitre.

## **Chapitre 2 . La relative impuissance de la médecine**

Les pays en développement et l'Afrique subsaharienne en particulier, n'ont pas bénéficié, comme ont pu le faire les pays développés, des progrès de la médecine en matière de lutte contre le VIH/sida. En effet, les stratégies en matière de prévention se heurtent à nombre de difficultés alors que les soins curatifs des maladies opportunistes, ne peuvent loin s'en faut être assurés correctement.

## II 1. Les difficultés de la prévention

Ces difficultés s'expliquent par l'importance des facteurs environnementaux, les représentations du sexe, la prise de conscience souvent trop tardive des gouvernants, le rôle ambigu des autorités religieuses.

### A. Les facteurs environnementaux

Il est difficile d'appliquer le proverbe malgache selon lequel «*aleo misoroka toa izay mitsabo*» (mieux *vaux prévenir que de guérir*, en français) car la pauvreté, les troubles politiques, la promiscuité et l'urbanisation effrénée constituent le moteur pour le développement du SIDA. Par exemple, l'ICAD/CISD a montré que les politiques de dette extérieure et d'ajustement structurel imposées par le Fonds Monétaire International et la Banque Mondiale ont souvent un impact négatif sur les pays en développement puisque elles exigent des Etats qu'ils réduisent leurs dépenses qu'ils gèrent l'inflation et qu'ils reforment leur économie. Les services sociaux de base comme l'éducation, les services de régularisation sont alors réduits ce qui affecte particulièrement les gens pauvres.

### B. Mœurs sexuelles et représentation du sexe

Selon les propos du Professeur Nathaniel Clumek relatifs aux représentations de la sexualité en Afrique (Le Monde – 14 déc 1993) : « Le Sida touche un domaine dans lequel on a beaucoup de difficultés à prendre la parole. Il y a une inhibition dans le discours. En Europe, nous avons une inhibition dans la représentation, nous parlons beaucoup « Fellation », « sodomie » mais nous ne montrons pas. En Afrique, c'est l'inverse, on y trouve d'innombrable représentation phallique, des statues sans équivoque, de multiples images. Le sexe y est joyeux. Il fait rire, mais on n'en parle pas, ou si l'on en parle, c'est d'une manière qui ne permet pas d'introduire la dimension de la morbidité, de la mortalité.

Le sexe en Afrique fait partie de la vie au même titre que manger, boire ou dormir. L'énorme difficulté est d'y introduire la problématique selon laquelle le danger coexiste avec l'expression de la vie. La notion de la culpabilité n'y existe pas de la même manière qu'en occident, enraciné dans la culture judéo-chrétienne. Comment dès lors situer dans l'intimité quotidienne africaine le discours occidental sur le thème « protégez-vous » ? Seule

une minorité sur ce continent a compris, dans un réflexe de survie, que si elle ne se protégeait pas, elle allait disparaître ».

Comme à Madagascar le « *Soa toavina malagasy* » et le « *fomban-drazana* » ne permettent pas d'y introduire une discussion du VIH/sida et la représentation de la sexualité. Dans la plupart de cas, la famille malgache a été soumise à ce genre de problème.

### **C. La prise de conscience souvent trop tardive des gouvernants**

On a déjà vu que la plupart des autorités africaines ont, jusqu'en 1987, minimisé l'importance du développement du VIH/sida sur le continent. Cette attitude s'explique essentiellement par la volonté de réagir à certains propos qui établissaient un lien entre la forte prévalence de l'épidémie en Afrique et la responsabilité de ce continent dans l'apparition et la diffusion de l'épidémie.

Le premier tournant se situa en 1987 lors de la conférence de Montréal au cours de laquelle le Président Kenneth Kaunda annonça le décès de son fils de la maladie dans un grand hôpital parisien.

Ce n'est en fait que le 1<sup>ère</sup> juillet 1992, lors de la conclusion du sommet de Dakar qu'il apparut que la lutte contre le VIH/sida ne relevait plus du ressort des seuls responsables sanitaires mais imposait l'engagement personnel des chefs d'Etat et de gouvernements. Dans une déclaration adoptée par l'organisation de l'unité africaine (actuel Union Africaine), le SIDA est un problème de santé majeur préjudiciable à la situation socio-économique du continent. La principale question est aujourd'hui de savoir si la prise en compte par les classes dirigeantes africaines de la réalité épidémiologique n'a pas été trop tardive...

### **D. Le rôle ambigu des autorités religieuses**

Selon l'église, il n'est pas tolérable d'organiser des campagnes pour la diffusion des préservatifs en exposant ainsi la société aux dangers d'une diffusion plus large de la contagion liée à l'inefficacité relative de ce procédé. Lors de la conférence internationale sur le SIDA (13 au 15 novembre 1989 - Etat du Vatican), le Pape Jean Paul II a affirmé qu'il apparaît

blessant pour la dignité humaine et donc moralement illicite de développer la prévention du SIDA, basée sur le recours à des moyens et des remèdes qui violent le sens authentiquement humain de la sexualité et qui sont un palliatif pour ces troubles profonds où sont en cause la responsabilité des individus et celle de la société.

L'église soutient que le préservatif ne devrait être en aucun cas considéré comme un moyen de prévention unique et suffisant. Ce faisant, elle se bat moins contre le préservatif que contre l'illusion d'une sexualité sûre et sans danger.

Le débat n'est cependant pas tranché au sein de l'église, entre ceux pour lesquels on ne doit jamais risquer de donner la mort : pour ces derniers, au nom du moindre mal, une personne se sachant séropositive, si elle ne peut parvenir à l'abstinence, doit protéger son partenaire par un préservatif.

S'il est sans doute légitime de refuser que la prévention soit réduite à l'utilisation du préservatif, il semble irréaliste et dangereux de continuer réciproquement à prêcher uniquement d'abstinence et la fidélité. Il est sans doute temps de renouer avec la tradition de l'église, experte en humanité, d'adopter une morale de situation, de rejeter le dogmatisme au profit d'un plus grand pragmatisme.

## **II 2. Le problème des soins curatifs**

Les soins curatifs du SIDA en Afrique doivent tenir compte des manifestations particulières de la maladie sur ce continent.

- Sur le plan pulmonaire :

Les complications pulmonaires se rencontrent chez plus de 60% des sidéens africains et la tuberculose touche près de trois millions et demi de sujets infectés par le VIH. Le SIDA constitue au risque majeur de recrudescence de la tuberculose pulmonaire pour toute la population du fait de l'augmentation du bacille tuberculeux et de sa contagiosité voire aérienne.

- Sur le plan neurologique :

Parmi les manifestations les plus courantes, on relève la toxoplasmose cérébrale et la cryptococcose neuroméningée.

- Sur le plan digestif

Parmi les manifestations de la maladie, on relève plus particulièrement les parasitoses et les mycoses.

Bernard Debré a montré qu' en Afrique, le traitement destiné à ralentir la progression du SIDA, à base d'AZT, ne peut être réellement généralisé en raison de son coût. Par contre un meilleur traitement des affections opportunistes devrait pouvoir être mené. Il s'agit là d'une obligation morale des pays riches vis à vis des PED.

Il convient de toujours conserver à l'esprit que deux facteurs interdisent aujourd'hui pratiquement tout traitement efficace de ces affections en Afrique. Le premier est celui du coût des traitements. La plupart d'entre eux représentent en effet des prix qui dépassent le revenu mensuel d'une famille africaine. On estime ainsi que le poids économique de la prise en charge du SIDA serait 15 à 20 fois plus lourd pour un pays en développement que pour un pays industrialisé. Le Professeur Marc Centilini a ainsi exposé que le budget annuel de l'hôpital Mama-Yemo de Kinshasa au République Démocratique de Congo ( Ex Zaïre) est inférieur au coût annuel du traitement de dix patients atteints du SIDA aux Etats Unis (Bernard Debré).

Le second concernera les difficultés d'accès aux thérapeutiques qui ne se limitent pas au coût du traitement auquel divers solutions devraient pouvoir permettre de faire face .Il convient aussi de développer des posologies et des modes d'administration adaptés à la réalité africaine et d'assurer un suivi médical adapté à la prescription des traitements. La concentration excessive dans les hôpitaux classiques des malades atteints de SIDA appelle des solutions nouvelle forme de surpopulation hospitalière.

### **II 3. L'épidémiologie du VIH/ SIDA**

Pour comprendre le développement de l'épidémie et prévoir, le cas échéant, son extension géographique ou à certains groupes, il est nécessaire de mesurer l'incidence et la prévalence de l'épidémie. Il faut donc développer l'épidémiologie.

Au début, les mesures de prévalence réalisées étaient sujettes à cautions en raison de méthodes inadaptées sur le plan épidémiologique ou biologique. Depuis quelques années, la

qualité des études de séroprévalence s'est considérablement améliorée. Force est néanmoins de reconnaître que les informations épidémiologiques concernant les PED sont relativement pauvres en raison :

- de la réticence des autorités à entreprendre des enquêtes ou de leur souhait de ne pas rendre public le résultat de certaines d'entre elles ;
- de leur coût ;
- de l'absence de personnels compétents.

A défaut de développer des enquêtes nationales de séroprévalence, de nombreux pays en développement ont élaboré des « programmes de surveillance sentinelle » qui consistent à mesurer l'évaluation de l'infection dans des groupes clairement identifiés pour lesquels des mesures de séroprévalence peuvent être répétées à intervalle de temps régulier. Les programmes sont réalisés notamment auprès des donneurs de sang et des patients des dispensaires antivénériens, ainsi qu'auprès des femmes enceintes suivies dont la séroprévalence est réputée proche de la moyenne de celle des adultes.

La possibilité technique de réaliser des tests de dépistage à partir de prise de salive rendra plus simple, financièrement plus abordables et psychologiquement plus acceptables, les études de prévalence.

Cette nouvelle technique, dès lors qu'il sera bien précisé que le SIDA, ne peut se transmettre par la salive, devrait à l'avenir offrir de nouvelles perspectives à l'épidémiologie.

Pour conclure, le VIH/SIDA est un problème complexe touchant premièrement la santé et atteint sans hésitation le secteur social et économique. Cependant, quelles sont les causes de la vulnérabilité ?

## Chapitre 3 Les causes de la vulnérabilité

Il est plus facile de comprendre les nombreux facteurs de vulnérabilité, qui sont les causes fondamentales de l'épidémie, s'ils sont placés dans le contexte des principes universels de la personne. La vulnérabilité face au SIDA est souvent engendrée par un manque de respect pour les droits de la femme et de l'enfant, le droit à l'information et à l'éducation, la liberté d'expression et d'association les droits à la liberté, à la sécurité, à l'absence de traitement inhumain ou dégradant et le droit à l'intimité et à la confidentialité.

### III.1 Le manque d'éducation : un handicap croissant

En général, les personnes dont le niveau d'éducation est plus élevé ont des vies plus saines et plus productives. Il y a plusieurs explications à cela. Les personnes mieux instruites ont souvent un meilleur accès à l'information que celles qui sont illettrées ou peu instruites et la probabilité qu'elles prennent des décisions éclairées et fondées sur l'information acquise est plus grande.

En outre les personnes instruites ont de meilleurs emplois et un accès plus facile à l'argent et aux ressources leur permettant de vivre plus sainement. Mais ces mêmes ressources permettent également d'adopter des comportements qui augmentent le risque de contracter d'infection, par exemple : Acheter de l'alcool, des drogues ou des rapports sexuels ou déménager vers les zones urbaines où l'on trouve de meilleur emploi, mais où les taux d'infections à VIH sont élevés.

#### **Dans le contexte de la prévention du VIH, l'éducation est - elle réellement un atout ?**

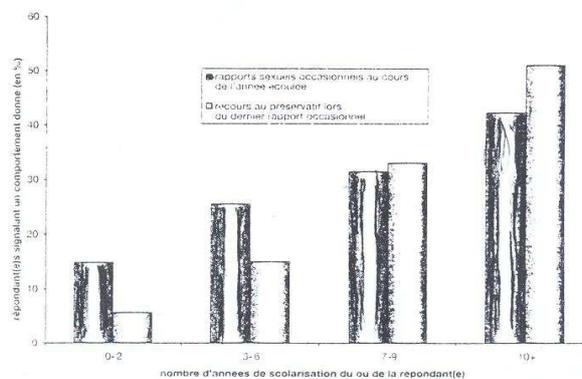
Pour tenter d'établir des corrélations entre le comportement sexuel et l'éducation, l'ONUSIDA a analysé les résultats d'études réalisés principalement parmi les jeunes de 15 à 19 ans dans 17 pays africains et 4 pays d'Amérique Latine. L'analyse a montré, avec l'augmentation du niveau d'éducation que certains types de comportement deviennent plus fréquents alors que d'autre le deviennent moins.

Les filles mieux instruites ont tendances à s'engager plus tardivement dans la vie sexuelle : la proportion des filles ayant une expérience sexuelle à l'âge de 18 ans était plus faible de 24% parmi celles qui avaient bénéficié d'une éducation secondaire que parmi celles qui n'avaient suivi que l'école primaire. Mais c'est l'inverse pour les garçons dans de

nombreux pays. Autre mode de risques observé dans les 2 sexes, les individus mieux instruits tendent généralement à avoir davantage de partenaire occasionnel.

D'autre part, les personnes ayant davantage d'éducation ont une bien meilleure probabilité de se protéger en utilisant le préservatif lors de rapport sexuel occasionnel. Une quelque augmentation de quelques années de scolarité seulement se traduit par un accroissement de l'utilisation du préservatif, en particulier chez les filles. La figure 1 illustre ce phénomène relevé dans une étude portant sur plus de 5000 hommes et femmes au Mozambique.

Figure 1 Mozambique: Rapports sexuels occasionnels et recours au préservatif, par niveau d'éducation

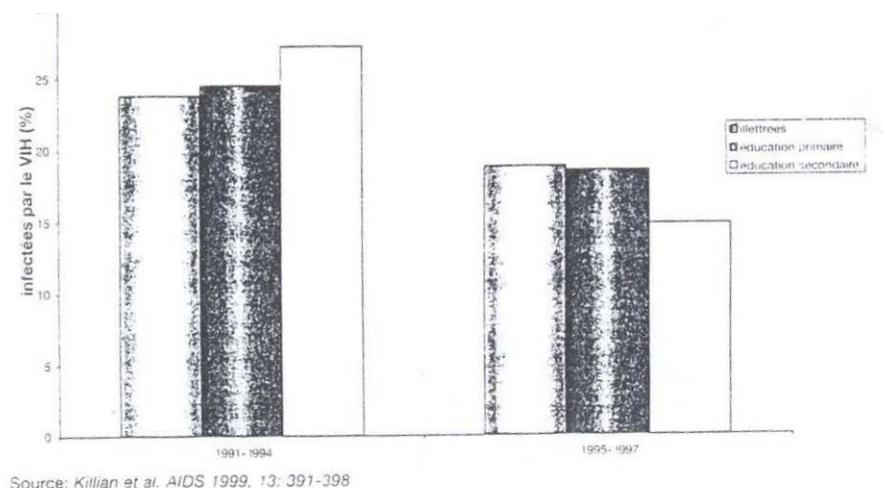


Source: S. Agna et al. The promotion of safer sex among high-risk individuals in Mozambique. Population Services International, Etats-Unis d'Amérique, 1999

Si toutes les études analysées par l'ONUSIDA ont montré une plus grande utilisation des préservatifs chez les personnes mieux instruites, certaines inversions inattendues des risques ont été observées dans les pays où le taux de prévalence du VIH est de 8% ou plus. En Ouganda et en Zambie, par exemple, plus les garçons avaient reçu l'éducation, plus la probabilité qu'ils soient vierges à l'âge de 18ans était grande. Dans ces mêmes pays ainsi qu'au Kenya et au Malawi, l'éducation n'augmentait pas la probabilité que les hommes aient des partenaires occasionnels. Au Zimbabwe, plus les femmes avaient eu l'éducation, moins elles avaient des rapports sexuels occasionnels. Ces résultats suggèrent que les personnes mieux instruites dans les pays les plus touchés par l'épidémie du SIDA puissent bien se tourner vers des comportements plus sûrs. Si cela est vrai, les implications pour l'avenir de l'épidémie sont encourageantes.

Des études rigoureusement conçues pour évaluer l'effet des programmes d'éducation sexuelle à l'école sur le comportement sexuel et l'exposition au VIH sont actuellement en cours dans plusieurs pays africains. Mais l'expérience a déjà montré que lorsque les programmes de prévention du SIDA comportent une importante composante scolaire de sensibilisation et de formation aux compétences, l'instruction peut encourager des comportements sans risque. En Ouganda, comme le montre la figure 2 si la prévalence de l'infection à VIH parmi les jeunes femmes enceintes a augmenté avec le niveau d'éducation dans les premières années de l'épidémie, la tendance a été inversée dans les années qui ont suivi. Une baisse des taux d'infection à VIH a été observée chez les jeunes femmes de tous les niveaux d'éducation, mais c'est dans le groupe le mieux instruit que la baisse s'est révélée la plus spectaculaire. Parmi les jeunes femmes ayant eu une éducation secondaire, le taux d'infection en 1995-1997 correspond pratiquement à la moitié du taux enregistré au début des années 1990.

Figure 2 : Taux de prévalence de l'infection à VIH parmi les femmes enceintes de 15-24 ans en Ouganda, par niveau d'éducation.



Une chose est certaine, l'éducation et l'information sont des droits fondamentaux de la personne. Lorsque les enfants et les jeunes sont privés de l'information, de l'éducation et des compétences essentielles pour faire face au VIH, leur pouvoir de réduire leur propre risque d'infection est d'autant plus faible. Et c'est pourquoi on peut faire ci-après des analyses selon lesquelles le manque d'information constitue un facteur de vulnérabilité.

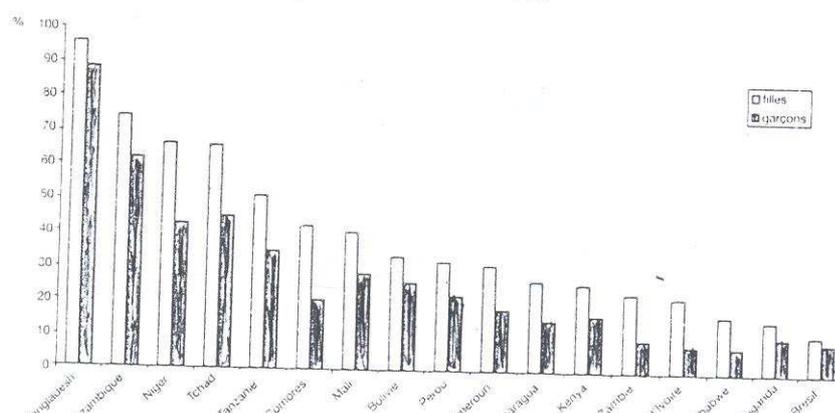
### III. 2 Mal informées donc vulnérables

Les pays en développement (PED) comme les pays industrialisés ont ressenti de progrès extraordinaires pour communiquer à la population les informations de base sur le VIH au cours de la dernière décennie. Ce sont l'idée selon laquelle comment il est transmis et comment on peut s'en protéger. Un pourcentage remarquablement élevé de gens de tous les âges et sur tous les continents savent ainsi ce que sont le VIH et le SIDA et la plupart d'entre eux sont en mesure d'énumérer les notions de base concernant la transmission et la prévention de l'infection à VIH.

Cependant malgré ces niveaux généralement élevés des connaissances, des millions de personnes de par le monde demeurent vulnérables au VIH car ils ignorent les faits essentiels. Dans la ville sud africaine de Carleton ville, par exemple, 40% seulement des hommes et des femmes savaient qu'une personne peut vivre avec le virus pendant des années sans montrer de signe extérieur d'infection. Près d'un tiers des personnes interrogées étaient à tort convaincu que tous les séropositifs au VIH devaient montrer des symptômes d'infection alors qu'un quart d'entre elles ne savaient pas à quoi s'attendre ( Rapport sur l'épidémie mondial de VIH / SIDA juin 2000).

Le droit à l'information sur la transmission et la prévention du VIH a parfois été refusé aux jeunes sans prétexte qu'ils s'abstenir de tous rapports sexuels. Dans certaines régions, les jeunes sont donc plus vulnérables que leurs aînés car ils ont moins de possibilité d'en savoir assez sur le VIH pour se protéger.

Figure 3 Pourcentage des garçons et des filles de 15 à 19 ans qui ne savent pas comment se protéger contre le SIDA, enquêtes en divers pays entre 1994 et 1998



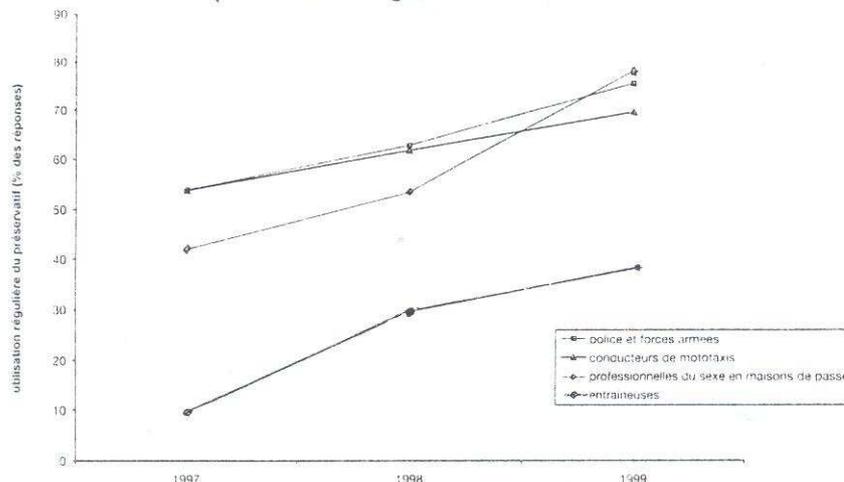
Un programme international d'enquêtes démographique et sanitaire permet de comparer le degré de connaissance sur le VIH chez les adolescents dans plusieurs pays de l'Afrique Subsaharienne. La figure 3 montre la proportion des adolescents qui ne savent pas comment se protéger du VIH. Soit ils n'ont pas entendu parler du SIDA, soit ils pensent que l'on ne peut rien faire pour éviter le virus, soit encore ils estiment qu'il n'est pas inévitable, mais ne sont pas capables de citer un moyen de protection.

### III. 3 Hommes et femmes en marge de la société

Dans tous les pays, on trouve des groupes de personnes repoussées en marge de la société. Que ces personnes soient un des immigrants illégaux, des consommateurs de drogues, des professionnel(le)s du sexe ou des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Leur vulnérabilité est proportionnelle au manque d'information et de services dont ils disposent et à leur marge de manœuvre limitée.

Ces personnes qui sont des individus qui montrent des comportements que la société reprouve ont moins de chances d'être pris en compte ou même reconnus par les décideurs qui ne souhaitent pas gaspiller leur capital politique et financer dans des Programmes de lutte contre le SIDA à leur intention et de soins qui leur sont destinés, les individus dont les pratiques ne sont pas conformes à la loi ( ou dont la présence dans le pays est illégale) peuvent craindre le risque d'être repérés en y participant.

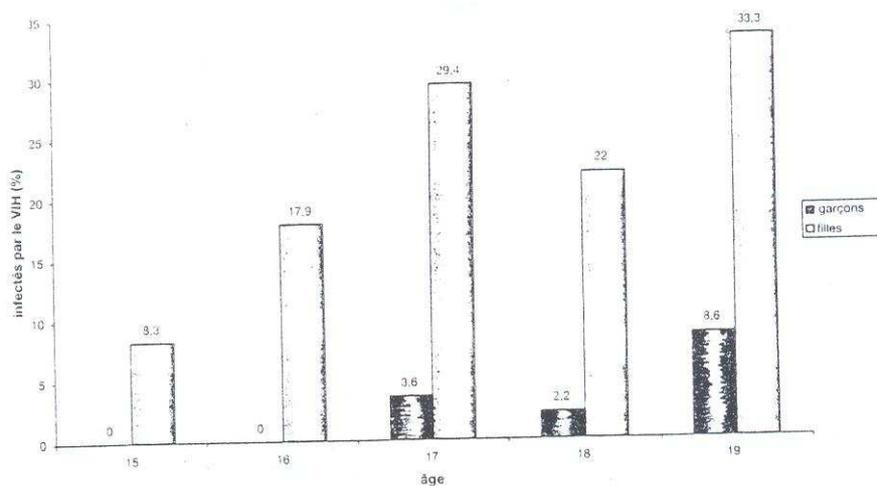
Figure 4 Proportion des professionnelles du sexe et de leur clientèle qui ont toujours recours au préservatif lors de rapports rémunérés – Cambodge, entre 1997 et 1999



A côté de l'Afrique subsaharienne, pays les plus vulnérables à l'épidémie du VIH / SIDA, on essaiera de faire un tour dans la zone sud-asiatique, au Cambodge. Le système de surveillance qui couvre en cinq centres urbains importants de ce pays, a révélé que les visites aux prostituées étaient la norme pour les hommes de certaines catégories professionnelles, notamment les militaires, les policiers et les chauffeurs de taxi-moto qui ont souvent mariés. Et pourtant l'utilisation du préservatif était rare. Les professionnel(le)s du sexe n'ayant souvent pas l'autorité nécessaire pour insister sur l'utilisation du préservatif, il était essentiel de collaborer avec leurs clients pour réduire leur vulnérabilité.

Comme la montre la figure 4, les hommes déclarent maintenant beaucoup plus souvent qu'ils utilisent un préservatif dans les rapports sexuels rémunérés. Il en va de même pour les prostituées dans les maisons de passe. En 1997, deux cinquièmes d'entre elles seulement déclaraient utiliser un préservatif avec leurs clients alors qu'en 1999, cette proportion était passée à près de quatre cinquièmes. En outre les femmes recrutées pour faire la promotion de la bière déclaraient que l'utilisation des préservatifs par les hommes qui les paient pour des rapports sexuels avait pratiquement quadruplé entre 1997 et 1999, passant de près de 10% à près de 40%.

Figure 5 Taux de prévalence de l'infection à VIH parmi les adolescents à Kisumu, au Kenya, selon l'âge



Source: Programme national kenyan de lutte contre le SIDA; Population Council, 1999

La figure 5 présente la prévalence par année d'âge parmi les adolescentes de Kisumu à l'ouest de Kenya. Plus d'un quart de ce groupe déclare avoir des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans et en fait une adolescente sur 12 était déjà infectée au moment de son quinzième anniversaire. A l'évidence, ces jeunes filles se sont infectées au cours de leurs toutes premières expériences sexuelles.

Le mélange des âges est l'autre facteur crucial qui fait grimper les taux de VIH chez les jeunes femmes. Si les partenaires des jeunes filles étaient exclusivement des garçons de leur âge, elles n'auraient que peu de risque d'être infectées. Comme le montre la figure 5, il n'y a que peu ou pas d'infection à VIH chez les garçons avant la fin de l'adolescence. Mais les filles ont aussi de nombreuses années et tendent par conséquent à être beaucoup plus souvent infectés que les jeunes hommes. D'après le rapport « Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH / SIDA juin 2000 » dans les zones rurales de la république unie de Tanzanie, 17% environ des adolescentes non mariées déclarent avoir eu des rapports sexuels avec des hommes de 10 ans plus âgés au moins. En Zambie, plus d'un quart des hommes qui avaient des relations extraconjugales, avaient des partenaires occasionnelles leur cadette d'au moins 10 ans

### **III. 4 Adolescentes : les raisons de leur vulnérabilité**

Par rapport aux hommes, les femmes de tous âges ont une probabilité plus forte d'être infectés par le VIH au cours d'un rapport sexuel vaginal non protégé. Cette vulnérabilité biologique est particulièrement marquée chez les adolescentes dont les voies génitales n'ont pas encore atteint leur maturité.

Facteur aggravant de cette vulnérabilité biologique, les femmes ont souvent un statut inférieur à celui des hommes dans la société en général et dans les rapports sexuels en particuliers. Une fois encore, cette vulnérabilité sexospécifique est particulièrement importante chez les jeunes filles.

Et cependant, c'est l'interaction des facteurs biologique, culturel et économique qui rend les jeunes filles particulièrement vulnérables à la transmission du VIH par la voie sexuelle. Si les filles comme les garçons ont des rapports sexuels consensuels, les filles ont une probabilité plus élevée de ne rien savoir du VIH, y compris de leur propre vulnérabilité biologique à l'infection si leur vie sexuelle commence très précocement.

En outre, les filles risquent d'avantages d'être forcées ou violées ou attirées vers une relation sexuelle par un homme plus âgé, plus fort ou plus riche. La domination sous laquelle elles sont maintenues n'est parfois qu'une question de force physique. Mais il peut aussi s'agir de la pression sociale qui exige la déférence à l'égard des aînés. Parfois les facteurs se combinent, comme c'est le cas avec les protecteurs âgés qui offrent aux écoliers des cadeaux ou de l'argent pour payer l'école en échange de faveur sexuelle.

S'il existe bien des raisons culturelles et économiques à ce type de rapports entre générations, la crainte du VIH semble pousser certains hommes à rechercher des partenaires dont ils pensent qu'elles ont moins de risque d'être infectées, les jeunes filles. Mais cette vulnérabilité de jeunes filles et des femmes peut être aussi le fait de la violence au foyer et sexuelle.

### **III. 5 Violence à l'égard des femmes**

La violence à l'égard des jeunes filles et des femmes les rend vulnérables à l'infection par le VIH et ceci de plusieurs manières directes, et indirectes.

#### **A. Violence domestique**

La violence au foyer limite le contrôle que peuvent avoir les femmes sur leur exposition au VIH. Il est évident que dans la situation où la violence est considérée comme une prérogative de l'homme, les femmes sont dans une piètre position pour parler avec leur mari de leurs relations extraconjugal, négocier l'utilisation du préventif ou refuse les rapports sexuels. Une étude réalisée en Zambie par l'ONUSIDA a confirmé que moins d'un quart des participantes à l'étude sexuelle avec son mari, même s'il est prouvé qu'il a été infidélité et qu'il est inversé. Et 11% seulement des femmes estimaient qu'une femme est en droit de demander à son mari d'utiliser préservatif dans ces circonstance (ONUSIDA juin 2000).

Souvent encore dans cette étude 17% des hommes déclarent battre, gifler, donner des coups de pieds ou mordre leurs épouses et 7% admettent utiliser la force pour les contraindre à avoir des rapports sexuels avec eux. C'est une étude menée dans l'Etat indien d'Uttar Pradesh. Facteur aggravant pour les épouses ; les hommes l'utilisent la force pour obtenir satisfaction à la maison ont une probabilité beaucoup plus forte que les autres de

déclarer avoir des relations sexuelles extraconjugales et des infections sexuellement transmissibles.

De toutes ces idées- là, bonne conduite ne signifie pas bonne santé pour les femmes. Pennie Azarcon Dela Cruz a fait une remarque que dans une revue « l'Inquiétudes féminines : les femmes et le VIH/ SIDA dans les médias » qu'être une femme « honnête » selon la définition qu'en donne la société, peut éventuellement être dangereux pour la santé, tout du moins lorsqu'il s'agit du SIDA. Selon les experts, *sa passivité, sa docilité et sa naïveté* en matière sexuelle la rendent plus vulnérable au VIH, le virus du SIDA.

Financièrement dépendant de leurs maris, rares sont les femmes qui peuvent négocier des rapports sexuels protégés par peur d'attirer des coups et blessures, la méfiance et les reproches, l'abandon ou le retrait de tout appui financière. Ainsi les femmes restent passives sans s'affirmer dans le domaine des rapports sexuels.

## **B. Violence sexuelle**

Cette violence s'explique par l'abus sexuels sur des femmes et des enfants. Le rapport entre la violence rend plus difficile encore pour les femmes de refuser les rapports sexuels non protégées. Mais dans le cas de violence sexuelle, la relation peut être très directe.

Tout comme la violence domestique, la violence sexuelle à l'égard des femmes est tristement répandue partout dans le monde, bien que les statistiques précises demeurent rares. Une étude dans un quartier pauvre de Nairobi, Kenya montre que les femmes hésitent à dénoncer la violence sexuelle même quand elle est courante dans la communauté Environ 30% des femmes de plus de 18 ans déclarent avoir subi des abus sexuels, comme un cinquième des nombre d'entre elles dicte être trop timides certaines ayant été violées par un parent ou un ami de la famille.

On peut en tirer que l'inégalité des sexes, la faiblesse de leur statut social rend les femmes et les filles particulièrement vulnérables à l'infection à VIH vu l'inégalité des relations de pouvoirs entre homme et femmes.

Le SIDA ne constitue pas uniquement une crise de la santé. Ses effets gagnent pratiquement chaque aspect de la vie sociale et économique, en particulier dans le pays les plus gravement affectés, l'Afrique subsaharienne. 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 adolescent ou leur première année d'âge adulte. Le SIDA s'attaque à population active aux familles et aux communités en tant que salariés, prestataires de soins, fonctionnaires, personnes soignantes et enseignants.

## Chapitre 4 Les impacts démographiques

Il est maintenant évident que les structures démographiques des pays fortement touchés seront radicalement modifiées par le VIH. Et cela ne peut que signifier des changements considérables dans la manière dont les sociétés s'organisent, survivent et prennent en charge les démunis. Ainsi les impacts s'expliquent par la cheminée démographique et l'indicateur de développement d'ordre démographique.

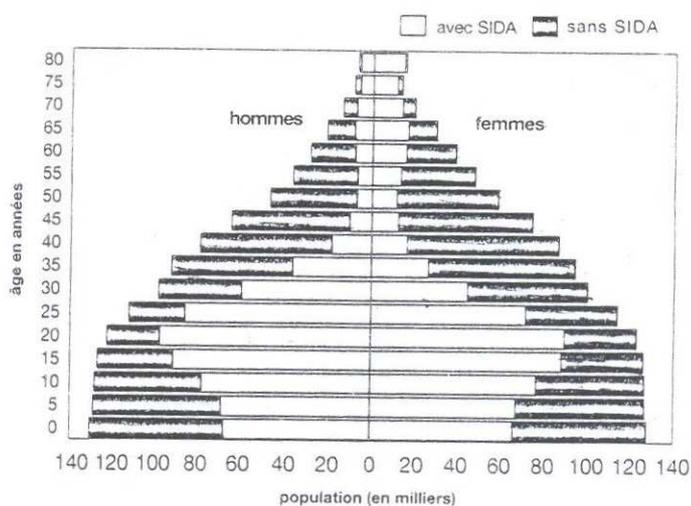
### IV 1. La cheminée démographique

C'est la forme totalement nouvelle de la représentation graphique de la structure démographique, avec le SIDA, dans le pays en développement. D'une manière classique et on l'utilise souvent, cette structure est généralement décrite comme une pyramide dont le démographe dépeint les populations, en fonction des groupes d'âge, avec les hommes d'un côté, d'un axe central et les femmes de l'autre. Et la forme de la pyramide est déterminée par les taux de natalité comme de la mortalité. Lorsque ces deux taux sont élevés, la pyramide repose sur une base large et diminuée progressivement avec l'augmentation de l'âge. Dans les pays développés où l'amélioration de la santé et de baisse de fécondité est dans le bon chemin, les groupes plus âgés deviennent plus grands que les groupes plus jeunes et la pyramide se met à ressembler davantage à une colonne.

Dans le rapport «Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/ SIDA - juin 2000» les membres de l'ONUSIDA ont montré que le VIH a modifié complètement la structure démographique des pays africains. Ainsi la pyramide prend sa nouvelle forme : *la cheminée démographique*. La base de la pyramide est moins large. Ce changement résulte du fait qu'un grand nombre de femmes infectées par le VIH meurent ou deviennent

infertiles bien avant la fin de leur période de reproduction ; ce qui a pour conséquence de réduire de nombre des naissances. Mais le changement le plus impressionnant se produit 10 ou 15 ans environ après le début de l'activité sexuelle lorsque les personnes qui ont été infectées par le VIH au début de leur vie sexuelle se mettent à mourir. Les populations de femmes au milieu de la vingtaine et d'hommes au milieu de la trentaine diminuent de manière radicale. En conséquence seuls ceux qui n'ont pas été infectés survivent jusqu'à des âges plus avancés. C'est ainsi que *la pyramide devient cheminée*.

Figure 6 Structure de la population au Botswana – prévisions pour l'an 2020, avec et sans épidémie de SIDA



Source: Bureau du recensement des Etats-Unis, World Population Profile 2000

La prévision pour l'an 2020 de la structure de la population au Botswana avec et sans l'épidémie de SIDA représenté à la figure 6 fait l'exemple de la cheminée. Ainsi, cette figure montre l'impact terrible du VIH/SIDA sur la structure démographique de ce pays, dans lequel plus du tiers des 775.000 adultes sont infectés par le VIH.

Voici maintenant l'explication de ce schéma : la pyramide de couleur noire montre la structure démographique telle qu'elle se présenterait sans l'épidémie de SIDA. Le taux de mortalité est encore plus grand et il y aurait moins de décès d'enfants infectés par leur mère. Et le nombre des jeunes adultes mourant avant la vieillesse serait considérablement moins important.

- La couleur blanche qui se situe à l'intérieur de la pyramide décrit la cheminée dont on tiendra effectivement l'effet de l'épidémie sur la structure démographique.

Si le changement au niveau de la structure démographique a été significatif, on ne laissera pas s'envoler l'idée selon la quelle il y a des impacts spécifiques à l'indicateur du développement d'ordre démographique.

## **IV 2. Indicateur d'ordre démographique**

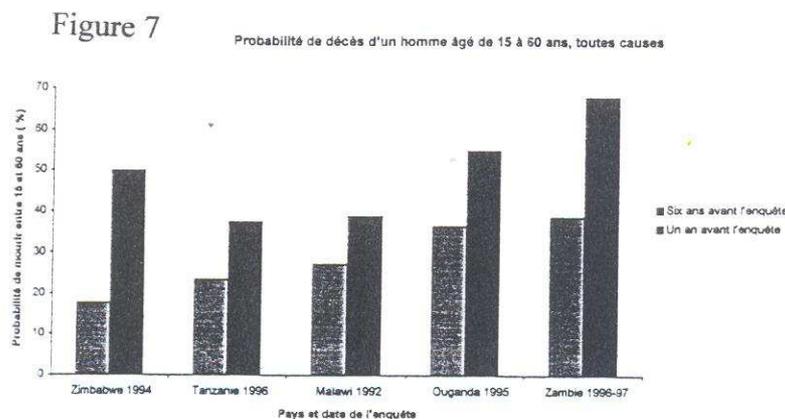
En général l'indicateur relatif à la démographie comprend le taux de natalité, le taux de fécondité, le taux de mortalité infantile, l'espérance de vie à la naissance, l'âge de la population. Mais avec le VIH/ SIDA, on pourrait tenir compte davantage les taux de mortalité chez l'adulte comme chez l'enfant.

### **A. le taux de mortalité chez l'adulte**

Dans la plupart des sociétés, les taux de mortalité les plus importants sont enregistrés pour les enfants en bas age, et les personnes âgées de plus de 60 ans. Le décès d'un adulte, c'est à dire d'une personne âgée de 15 à 60 ans, est un phénomène relativement rare. Ce n'est toutefois plus le cas à cause du SIDA qui a porté le nombre des décès d'adultes à des niveaux sans précédent depuis les années 50.

De cette idée là, on enregistre déjà des augmentations considérables dans les taux de mortalité chez les adultes. D'après les données produits par les études menées auprès des communautés d'Afrique de l'Est ( UNAIDS-THE WORLD BANK 1998) dans une communauté rurale dont 8% des adultes sont infectés par VIH, 41% de tous les décès d'adultes et 70% des décès des jeunes adultes sont imputables au virus du SIDA. Et la prévalence des infections par VIH chez les adultes dépassait 8% dans près de la moitié de pays d'Afrique subsaharienne. Ainsi la proportion de décès d'adultes imputables au VIH augmentera au fur et à mesure de l'évolution de l'épidémie. En d'autres termes, les régions les plus touchées peuvent compter enregistrer un fort accroissement du nombre de décès d'adultes.

La figure 7 représente la probabilité de décès d'un homme âgé de 15 à 60 ans de quelque pays les plus touchés. Au Zimbabwe, par exemple, où le taux de mortalité était relativement faible avant l'émergence du SIDA, la probabilité de mourir à un âge productif a triplé entre 1988 et 1994 dans plusieurs autres pays, les décès d'adultes ont augmenté de 50 à 75%. Etant donné que les personnes infectées par VIH vivent en moyenne neuf ans après avoir contracté le virus, le nombre de décès enregistrés au début des années 90 correspond au nombre d'infections contractées vers le milieu des années 80. Par exemple, au Zimbabwe, moins de 10% des adultes étaient infectés à l'époque tandis que d'après les estimations c'est maintenant le cas de plus du quart de ce groupe de population.



Source : Timaeus, 1998, données de l'enquête sur la démographie et la santé.

On peut donc s'attendre à ce que le nombre de décès d'adultes fasse un bond dans ce pays et dans tous ceux où le nombre de cas d'infection par VIH a évolué de manière similaire. Mais cette maladie a causé aussi beaucoup problème dans la vie infantile.

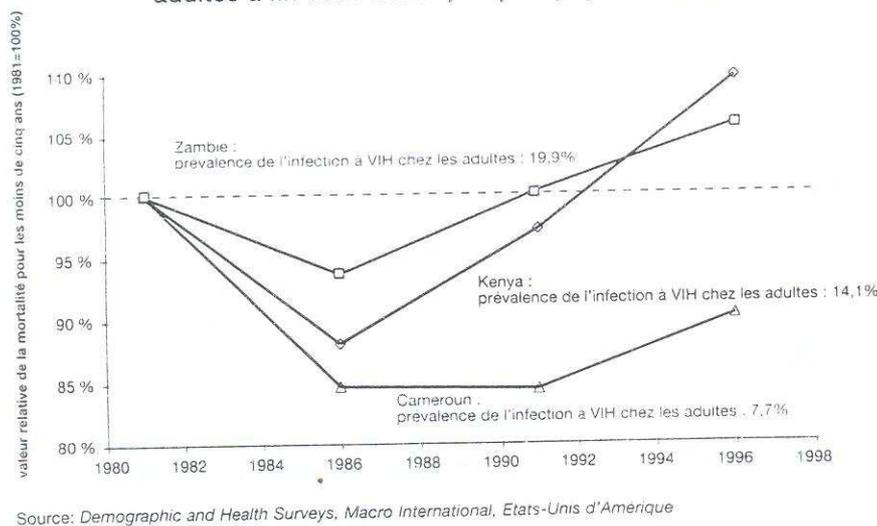
## B. La mortalité infantile

Les enfants ont un fardeau spécial à porter dans la pandémie du VIH/sida. Selon l'OMS, plus de 1,5 million d'entre eux ont déjà été infectés et, d'ici l'an 2005, ce nombre grimpera à entre cinq et dix millions (ACDI-2000). Selon l'UNICEF, la mortalité infantile

en Afrique centrale et orientale pourrait d'ici là, atteindre 159/1000 et plutôt que diminuer au ratio brève de 132/1000 (ACDI 2000).

Dans la plupart de cas, le VIH/SIDA se transmet lors d'un rapport sexuel non protégé. Mais pour les enfants en base âge, ce n'est plus le cas. Le VIH peut être transmis par une mère à son enfant durant la grossesse, au moment de la naissance, ou lorsqu'elle allaite. Environ 3,8 millions d'enfants ont été infectés par le VIH depuis le début de l'épidémie et les deux tiers d'entre eux sont déjà morts.

**Figure 8** Tendances de la mortalité parmi les enfants de moins de cinq ans (1981-1996) et prévalence de l'infection à VIH parmi les adultes à fin 1999 dans quelques pays africains



La figure 8 montre la réduction de la mortalité chez les enfants de moins de cinq ans que 3 pays africains ont obtenus entre 1981 et 1986 et ensuite le renversement de cette tendance attribué au SIDA. Dans presque tout le cas de décès de jeunes enfants dus à cette maladie, on a pu établir que le virus avait été transmis par la mère. C'est pourquoi des pays comme la Zambie ou le Kenya, où on observe des prévalences élevées du VIH chez l'adulte ont connu une augmentation particulièrement forte de la mortalité infantile.

### C - L'espérance de vie à la naissance

Le SIDA a un impact majeur sur l'espérance de vie et l'état de santé des populations.

Selon l'estimation de l'OMS, sur base d'un taux d'infection de 40%, l'épidémie pourrait faire chuter l'espérance de vie en Afrique subsaharienne de 62 ans à 47 ans d'ici l'an 2005 (ACDI). Ainsi dans de nombreuses régions, le VIH a un fort impact sur l'espérance de vie à la naissance qui est l'un des indicateurs couramment employés pour jauger l'état de santé et le bien être d'une population .

- Les études réalisées à l'échelon des communautés dans les régions où moins d'un adulte sur 10 est infecté par VIH montre que le virus réduit de 16 ans l'espérance de vie de la communauté dans son ensemble par rapport à l'espérance de vie de la population séronégative ;

- Dans de nombreux pays, le VIH a éliminé les progrès accomplis au niveau de l'espérance de vie qui s'était progressivement allongée au cours des décennies. Etant donné que le nombre de personnes actuellement infectées par VIH est le triple de celui des personnes décédées du SIDA à ce jour, on peut compter que l'espérance de vie continuera de diminuer dans beaucoup de région. Selon les projections, il faudra plusieurs décennies pour retrouver les espérances de vie observés vers le milieu des années 80.

- Au fur et à mesure que se déroule le processus de développement, le nombre de décès dus aux maladies transmissibles diminue et l'on meurt à un âge plus avancé du cancer ou d'autres maladies chroniques. Le VIH, qui cause une infection transmissible, attaque le système immunitaire et expose les individus touchés à d'autres maladies transmissibles, entrave le processus de transition et a même ramené certains pays à leur point de départ

En conséquence, le SIDA est rapidement en train de devenir un problème majeur pour la sécurité des personnes en Afrique subsaharienne. Ces effets démographiques deviennent de plus en plus palpables dans cette région où le VIH est aujourd'hui plus meurtrier que la guerre elle-même : en 1998, la guerre a causé la mort de 200.000 Africains mais plus de 2 millions sont décédées de SIDA ( ONUSIDA juin 2000) . De cette idée simple, on pourrait tirer que le SIDA est devenu une véritable crise du développement. Ses conséquences gagnent pratiquement chaque aspect de la vie social.

# Chapitre 5 . Impacts sur les systèmes sociaux et sur la vie en société

Les effets sociaux du VIH/sida sont ressentis non seulement dans le domaine de la santé, mais dans ce de l'éducation, dans la famille et la communauté, sur les droits de l'homme et sur l'administration de l'Etat en général.

## V 1. Aspects sanitaires

Les secteurs de la santé ressentent l'impact du SIDA par le poids des coûts directs et des coûts indirects.

### A. Les coûts directs

Ces coûts incluent les dépenses hospitalières et notamment les salaires des personnels soignants, le coût des médicaments, de l'équipement et de l'administration ainsi que les dépenses de santé effectuées à l'extérieur de l'hôpital.

L'étude des coûts directs du SIDA dans les différents pays du monde fait ressortir en premier lieu l'importance des inégalités régionales. Le rapport sur le développement humain pour l'année 1992 ( PNUD) fait apparaître qu'à la fin des années 80, les dépenses de santé s'élevaient en moyenne à US\$ 1250 par personne et par an dans les pays industrialisés contre US\$ 35 en Amérique Latine et moins de US\$ 5 en Asie du Sud ainsi qu'en Afrique subsaharienne. Concernant le SIDA, le coût moyen du traitement d'un malade américain ayant développé le SIDA, s'élève jusqu'à sa mort, à US\$ 102.000. Des statistiques de 1988 évaluent le coût direct au traitement d'un malade jusqu'à sa mort au République Démocratique de Congo entre 132 et 1600 US\$ soit dans les meilleures de cas près 100 fois moins.

Il est clair, à la lecture de ces chiffres, que les dépenses indirectes par l'épidémie de SIDA constitueront probablement un fardeau impossible à supporter pour les pays en développement. On a ainsi calculer qu'en multipliant les coûts de traitements du SIDA par le nombre estimé de maladies on aboutit pour la Tanzanie à un coût potentiel de

l'épidémie équivalent à plus de 40% du budget de la santé publique. Ce chiffre s'élevait à 65% pour le Rwanda avant même les événements de l'année 1994 (PRB).

Le VIH /SIDA continue de surcharger les systèmes de soins de nombreux pays. Les personnes vivant avec cette maladie nécessitent généralement des soins sanitaires et du traitement de base des infections à l'hospitalisation et aux conseils psychosociaux.

Dans bien des pays, le coût de soins requis pour le VIH/sida est plusieurs fois supérieur au revenu annuel moyen des familles. Les budgets de la santé publics 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 année est 2, 7 fois supérieurs au PNB par habitant d'un pays ordinaire. Vers 2005, le VIH/sida devrait représenter plus de 60% des dépenses de santé publique du Zimbabwe.

Selon Peter Lamptey, Marywen Wigley, Dara Corr et Yvette Collymore, membres de PRB, 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 (d'après PRB)

Si la prise en charge sanitaire du SIDA s'avère impossible pour les PED, il convient de ne pas sous-estimer les coûts indirects de soins de santé.

## **B. Les coûts indirects**

Les membres de PRB ont montré dans son rapport « Face à la pandémie du VIH/sida » que la réduction du personnel de soins par suite du VIH/sida est une autre grave répercussion pour le secteur de 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 les études effectuées à Lusaka, en Zambie, pendant les années 1991 et 1992, 39% des sages femmes et 44% des infirmiers était séropositif. Dans un hôpital de Zambie, la multiplication par 13 des décès chez le personnel entre 1980 et 1990 a été attribué au SIDA. Le personnel de santé cours aussi un risque supérieur à la moyenne d'être exposé aux infections opportunistes, en particulier à la tuberculose (PRB). 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 leur collègues.

A côté du secteur de santé, le VIH/ sida a anéanti le progrès au niveau de l'enseignement.

## **V 2. Répercussion 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 économique d'un pays. L'enseignement est aussi un instrument possible de contrôle du VIH/ SIDA.

L'épidémie de SIDA est en train d'ébranler lourdement les systèmes d'enseignement de nombreux pays à faible revenu. Des deniers de l'Etat destinés aux secteurs publics comme l'enseignement, sont employés pour couvrir les besoins immédiats des patients malades ou mourrant 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.

Outre que les administrateurs tombent malades et meurent, les autres enfants et particulièrement les jeunes filles abandonnent l'école en nombre croissant pour prendre soin de leurs parents ou pour subvenir au besoin de leurs familles. Il semble qu'il y ait aussi des répercussions sur la scolarisation des enfants dont les parents sont morts. Ceux qui ont déjà abandonné l'école ont tendance à ne pas y retourner et de nombreux orphelins quittent aussi l'école surtout s'il n'y a personne pour s'occuper d'eux (ACDI-2000)

De plus, les économies affaiblies sont de moins en moins en mesure de financier l'infrastructure éducative ou de maintenir le système d'enseignement, laissant nombre d'écoles démunies. Et souvent, il ne s'agit pas seulement d'une érosion du capital intellectuel ; dans de nombreuses régions, on ne remplace pas du tout. 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 fort de prévalence, des nombres alarmants d'enseignants et d'administrateurs scolaires sont emportés par le SIDA. Selon l'étude de PRB, en Afrique subsaharienne 86.000 enfants ont eu au moins un professeur qui est mort des SIDA en 1999. En Zambie, plus de 4 enseignants mourraient chaque jour du SIDA, en 1998, 1300 enseignants pour l'ensemble de l'année.

L'épidémie du SIDA modifie aussi les besoins d'enseignement, étant donné qu'un plus grand nombre d'enfant meurent de la maladie abandonnent l'école pour prendre soin des membres de leur famille ou deviennent orphelins du SIDA et n'ont pas les moyens ou en la possibilités de continuer leurs études.

Bien que l'éducation soit une composante essentielle du développement durable, elle ne pourrait pas s'enfuir aux effets dévastateurs du SIDA. Ces effets ne se limitent non seulement à l'enseignement mais atteignent effectivement les familles et les communautés.

### **V 3. Répercussions sur les familles et les 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 famille et les communautés .

Dans les pays les plus affectés, l'épidémie est en train de saper le bien être socio-économique des ménages et de menacer la cohésion sociale des communautés. Les décès associés au SIDA touchent essentiellement des groupes de population ayant charge de famille et contribuant à l'activité économique. La perte de ces individus peut contrecarrer le développement social et économique d'une nation.

#### **L'impact du VIH sur les revenus des ménages**

- Les trois quarts des hommes appartenant aux groupes d'âge les plus touchés sont la principale source de revenu ou le chef de leur ménage.

- Les maladies associées au VIH occasionnent des pertes de revenus, des dépenses de santé et, pour finir, des frais funéraires, autant de facteurs qui contribuent encore à appauvrir les ménages.

- Le nombre de ménages ayant, une femme pour chef s'accroît dans leurs régions où sévit le SIDA. Or ces ménages sont généralement plus pauvres et moins en mesure d'assurer une éducation et des soins de santé à leurs enfants que ceux qui ont un homme comme source de revenu.

- Le VIH/ SIDA provoquant des maladies et occasionnant le décès de nombre de soutiens de famille, il modifie le rapport de proportion entre les membres de la société productifs et les improductifs. Les jeunes adultes ayant le SIDA peuvent eux mêmes cesser d'être productifs et devoir être soignés par des parents âgés ou des enfants.

### **Impact du VIH sur le revenu national**

L'infection, la maladie et la mort à brève échéance de jusqu'à 25% des adultes productifs dans certains pays auront manifestement un effet sur la productivité et le revenu national.

- L'épargne et les investissements chuteront à cause du coût des soins de santé et des funérailles

-La perte de capital humain et, pourtant, de revenu aura des conséquences particulièrement dévastatrices dans les nombreux pays où les personnes instruites, celles qui possèdent des qualifications professionnelles et les membres des professions libérales sont les plus touchés par le VIH.

### **Impact du VIH sur les enfants**

- Les enfants peuvent être forcés d'abandonner leurs études pour s'occuper de leurs jeunes frères et sœurs. Cela limite leurs revenus potentiels futurs, et peut les forcer à poursuivre des occupations ou adopter un style de vie qui les expose eux – mêmes davantage à contracter le VIH.

- La capacité des familles élargies à prendre en charge un nombre croissant d'orphelins est mise à rude épreuve.

Certains jeunes adolescents orphelins sont déjà devenus chef de ménage. Dans bien des régions, les enfants se retrouvent à la rue et courent un très grand risque de devoir adopter, pour survivre, des stratégies qui les exposent au VIH et à d'autres problèmes sanitaires.

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, par exemple, d'après un enquête sur les individus séropositifs, moins de 30% des ménages étaient en mesure de couvrir leur dépenses de soins de santé avec leurs propres ressources. Certaines familles couvraient leurs dépenses de santé en biens. La pauvreté oblige certaines familles à faire travailler leurs enfants ou à les confier à des employeurs qui offrent du travail illégal ou d'exploitation sexuelle. Les pauvres ont peu accès aux informations de santé concernant la prévention et le problème sanitaire connexes.

### **Impact du VIH SIDA sur les jeunes femmes :**

Les jeunes femmes sont particulièrement à risque :

- Près de la moitié des sujets séropositif sont entre 15 et 24 ans et, dans ce groupe, on retrouve 60% des femmes infectées.
- Dans ce même groupe d'âge, les femmes sont sept fois plus susceptibles que les hommes d'être infectées. Les jeunes filles deviennent souvent actives sexuellement plus tôt que les garçons et leurs partenaires sont généralement plus vieux et plus expérimentés.
- Leur appareil reproducteur, si elles n'ont pas atteint la maturité sexuelle est plus fragile et plus vulnérable au virus.
- Elles risquent davantage d'être victimes d'abus sexuel et notamment d'être forcées à se prostituer.
- Nombre de jeunes filles qui abandonnent l'école pour s'occuper de parents malades n'y retournent jamais, ce qui accroît d'autant leur dépendance économique.

### **Accroissement des personnes dépendantes**

Le rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/ SIDA- juin 2000 a montré que l'épidémie de SIDA a fait jusqu'ici 13, 2 millions d'orphelins- des enfants qui, avant l'âge de 15 ans ont perdu leur mère ou leurs deux parents à cause du SIDA. Un grand nombre de ces enfants sont décédés mais davantage encore survivent.

- Avant le SIDA, quelque 2% de tous les enfants de pays en développement étaient orphelins. En 1997, les proportions des enfants qui avaient perdu un de leurs parents ou les deux avait grimpé à 7% dans de nombreux pays africains pour atteindre même dans certains cas le chiffre astronomique de 11%.

- Selon un rapport conjoint publié en 1999 par l'UNICEF et le Secrétariat de l'ONUSIDA, les orphelins du SIDA sont plus exposés à la malnutrition, à la maladie, aux abus et à l'exploitation sexuelle que les enfants rendus pour d'autres raisons.

#### **V 4. Le VIH/ SIDA et les droits de l'homme**

Les ravages du VIH/sida ont des effets catastrophiques sur les droits de l'homme. En Afrique subsaharienne, l'épidémie s'est avérée être la plus grande menace à la réalisation des droits des enfants et des femmes. La maladie a déjà fait de dizaines de millions de victime et risque, si des mesures radicales ne sont pas prises, de tuer des millions d'autres personnes. En se propageant sans reprimade d'un pays à l'autre, le VIH/sida s'en prend avant tout aux groupes plus vulnérables : le femmes, les adolescentes et des enfants Ceux qui contractent la maladie sont souvent privés de leurs droits à l'éducation, au progrès économique et aux soins de santé ainsi que de leurs droits d'être protégés de l'exploitation et de la violence. Ils sont victimes des discriminations les plus diverses et sans défense face aux dangers auxquels ils sont confrontés (Unicef juin 2003).

A mesure que le VIH/sida se propage, il est plus en plus coûteux de lutter contre l'épidémie. Dans les pays affectés, les tendances à la réduction de la mortalité infantile et de la malnutrition et à la généralisation de l'accès à l'éducation s'inversent, et le nombre d'orphelins exponentiels. Les jeunes risquent fort de ne pas pouvoir réaliser leur potentiel et participer et contribuer à la société lorsque le VIH/sida tue leur père et mère, leurs frères et sœurs, leurs enseignants et les jeunes eux-mêmes.

D'une manière générale, les problèmes des droits de l'homme résultant de la propagation de l'épidémie touchent les cinq domaines suivants : l'éducation des filles ; la petite enfance ; les programmes élargies de vaccination ; la protection des enfants contre la violence, la maltraitance, l'exploitation et la discrimination et toutes formes de programmes de protection à l'égard de femme. Ces 5 domaines sont inextricablement liés et tout progrès réalisé dans l'un d'entre eux aura des répercussions positives sur les autres.

Enfin on arrive à relever que toutes les catégories socioprofessionnelles ont ressenties l'effet horrible du VIH/sida. Mais on fait attention qu'il y ait une rare contribution du VIH/sida via la gouvernance et la fonction publique pour réduire les efforts déjà effectué en matière de développement durable.

## **V 5. 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 3 facteurs exercent des pressions considérables sur les gouvernements des pays en développement.

Bien que la gouvernance constitue l'une des composantes de développement durable, on peut la définir comme l'exercice de l'autorité économique, politique et administrative en vue de gérer les affaires d'un pays à tous les niveaux. « Le concept de gouvernance intègre à priori le rapport de force entre les différentes parties prenantes notamment l'Etat, le secteur privé et la société civile. Chaque acteur a un rôle qui lui confère un pouvoir spécifique dont l'exercice influence la gestion des ressources à l'échelle de la nation.

Néanmoins dans presque tous les régions, toute la problématique de la gouvernance relative au VIH/ SIDA s'oriente plus particulièrement à la perte de fonctionnaires qualifiés. Ainsi il est difficile pour les pays où les niveaux d'alphabétisation et d'instruction sont faibles de l'absorber. 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. En Zambie, les dépenses annuelles de soins du SIDA devraient passer, d'après les projections, de 3,4 millions de \$ EU en 1989 à 18, 3 millions de \$ EU en 2004. En même temps que les dépenses augmentent et que les recettes baissent, les besoins en services publics se multiplient.

En général, le SIDA affecte de manière disproportionnée les ménages les plus démunis contribuant à l'aggravation de la pauvreté et à l'intensification de la demande par 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 des 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.

On peut supposer que le décès prématuré de la moitié de la population adulte à des âges où ces personnes ont déjà commencé à fonder leur propre famille et sont devenues économiquement productives aura un effet radical sur le quasi totalité des aspects de la vie sexuel et économique. S'il est difficile de mesurer l'impact précis du VIH au niveau national dans la plupart des pays les plus touchés, on dispose d'une grande quantité d'information sur les conséquences de l'épidémie à tous les niveaux de l'économie .

## **Chapitre 6 Impacts sur le tissu économique**

Bien qu'on a déjà vu précédemment dans l'effet de l'épidémie sur l'aspect social quelque impacts économiques, on s'intéresse maintenant plus particulièrement aux domaines de la production .

### **VI. Répercussion sur l'agriculture**

Incontestablement, ce sont les pays en développement dont le secteur primaire occupe en grande partie leur économie encaissent l'ampleur des tombées négatives du VIH/SIDA. Actuellement dans la plupart de ces pays le revenu national est fortement tributaire du secteur agricole. Celui ci est une source capitale de revenus d'exportation, crée des emplois, alimente l'industrie en matière brute et contribue à assurer la sécurité alimentaire de l'ensemble du pays.

#### **A. Sécurité alimentaire**

L'ACDI a affirmé que pour la majorité les fermes africaines sont petites et leur marge de viabilité est faible. La perte d'un adulte productif peut avoir un effet dévastateur sur une famille agricole. Dans une zone durement touché de la Tanzanie, par exemple, Kagere, le décès de 30.000 personnes à fait chuter la productivité agricole de 3% à 20%. Dans un continent où de nombreux dangers guettent la sécurité alimentaire - sécheresse,

guerres et problèmes environnementaux - une nouvelle menace s'est ajoutée : la réduction dramatique du nombre de producteurs dans le secteur alimentaire

### **B. Au niveau de la famille**

L'effet du SIDA est dévastateur. A mesure que la maladie d'un paysan infecté s'aggrave, lui-même et les membres de sa famille qui s'occupent de lui posent de moins en moins de temps à travailler aux champs. Pour cela la famille commence à perdre des revenus car les récoltes ne sont pas vendues. En effet elle doit se mettre à acheter la nourriture habituellement produite à la maison et parfois doit vendre du matériel agricole ou des objets ménagers pour survivre. Le cercle vicieux est aggravé par les coûts élevés des soins de santé que la personne malade se tourne vers un guérisseur traditionnel ou les services de santé. En 1997, une étude de la FAO a montré que dans l'ouest de la Côte d'Ivoire les soins apportés à un homme malade du SIDA coûtaient environ US\$ 300, ce qui représente entre un quart et la moitié du revenu annuel net de la plupart des petites exploitations agricoles – ONUSIDA, Juin 2000.

Le temps perdu par les membres de la famille devrait aussi être comptabilisé. Par exemple, les absences répétées d'un autre membre de la famille qui laisse le travail agricole pour accompagner le malade chez un guérisseur diminuent aussi la production de l'exploitation. De plus lorsque les périodes les plus difficiles de la maladie coïncident avec des moments clés de l'agriculture comme les semailles ou le défrichage, le temps passé à s'occuper d'une personne malade et perdu pour le travail des champs constitue une perte réelle. Une récente enquête réalisée dans le district rural de Bukoba en République-Uni de Tanzanie a révélé un changement radical dans la répartition du temps de travail : une femme dont le mari était malade passant 60% moins de temps aux activités agricoles qu'elle ne l'aurait fait normalement.

### **C. Les effets sur la production agricole**

Dans l'ensemble, les effets peuvent être grave. En Afrique de l'Ouest, une baisse des cultures vivrières a été signalée à de nombreuses reprises. C'est le cas, par exemple, des cultures maraîchères dans les Provinces de Sanguié et de Bulkiemké au Burkina Faso, et du plantation de Coton de café et de Cacao dans certaines parties de la Côte d'Ivoire. Une

récente étude conduite en Namibie par la FAO a conclu que l'impact sur le bétail est considérable et s'accompagne d'un biais sexospécifique : les ménages composés de femme et d'enfants perdent généralement leur bétail. Compromettant ainsi la sécurité alimentaire des membres survivant.

Selon un rapport publié en 1998, au Zimbabwe la production agricole communale a chuté de 50% au cours des cinq dernières années dans une large mesure mais pas entièrement à cause de l'épidémie de SIDA. La production de maïs a enregistré une baisse de 61% de plus de la production commercialisée. Le nombre d'hectares en coton a baissé de 47% de plus. La production d'arachide et de tournesols est tombée de 40%.

Le service de diffusion d'information sur le SIDA en Afrique australe (SAFAIDS) une ONG s'occupant du SIDA au Zimbabwe a averti qu'une crise alimentaire pourrait survenir au Zimbabwe au cours des 20 prochaines années à mesure que le nombre de personnes en âge de produire diminue et que les surfaces cultivées diminuent en conséquence.

## **VI 2. Répercussion sur les entreprises**

A plus long terme, des industries entières seront affectées. Certains secteurs de l'économie ont été plus touchés que d'autres ; les industries employant des travailleurs et des vendeurs itinérants, les transports subissent des effets disproportionnés.

En Ouganda, par exemple, on estime que de 1985 à 1989 un quart des pertes d'années productives ont été causés par le VIH et le SIDA. D'ici l'an 2005 ce sera plu de la moitié. Même dans une industrie qui emploie un petit nombre de personnes, les effets peuvent être percutants en raison non seulement du nombre de personnes touchées mais aussi de qui ils sont. D'après l'étude de l'ACDI, l'industrie du cuivre en Zambie, un pays éprouvé par l'épidémie, emploie seulement 6% de la main d'ouvre mais génère plus de 75% des recettes d'exportation du pays. Plus du tiers de la main d'œuvre de cette industrie est composé de travailleurs qualifiés et toute perte importante au sein de ce petit groupe pourrait avoir de graves répercussion d'aval sur l'économie Zambienne.

## Résultats financiers

Certaines entreprises en Afrique ont déjà ressenti l'effet du VIH sur leur résultat financier. Le rapport « Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA, 2000 » a affirmé que, d'après une déclaration de direction d'une domaine sucrière, ils avaient plusieurs manières de calculer les coûts de l'infection à VIH :

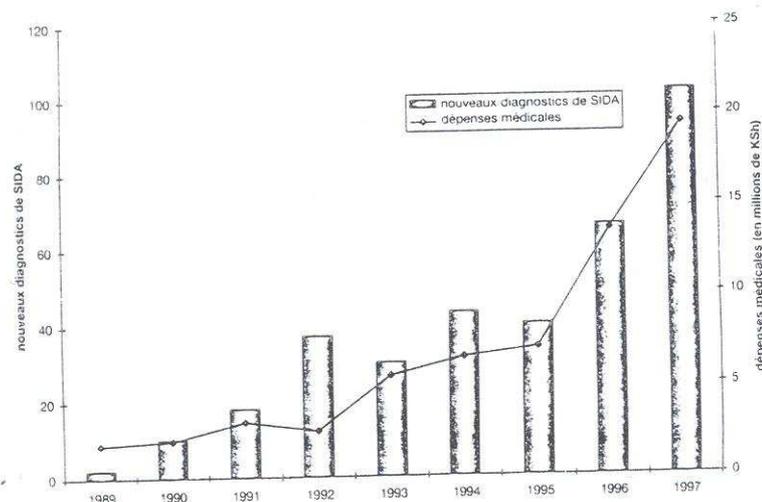
- L'absentéisme (8000 jours de travail perdus pour malade entre 1995 et 1997)
- Une baisse de la productivité (une chute de 50% dans la proportion de sucre extraite de la canne entre 1993 et 1997) et
- Une augmentation de coûts des heures supplémentaires à payer aux employés qui travaillent plus longtemps pour remplacer leurs collègues malades.

Dans la même entreprises, les coûts directs en espèces liées à l'infection à VIH ont également augmentés de manière spectaculaire :

- Les dépenses d'obsèques ont quintuplés entre 1989 et 1997 alors que les coûts de la santé ont plus que décuplé au cours de la même période pour atteindre 19,4 million de Shilling du Kenya (US\$ 325.000) en 1997.

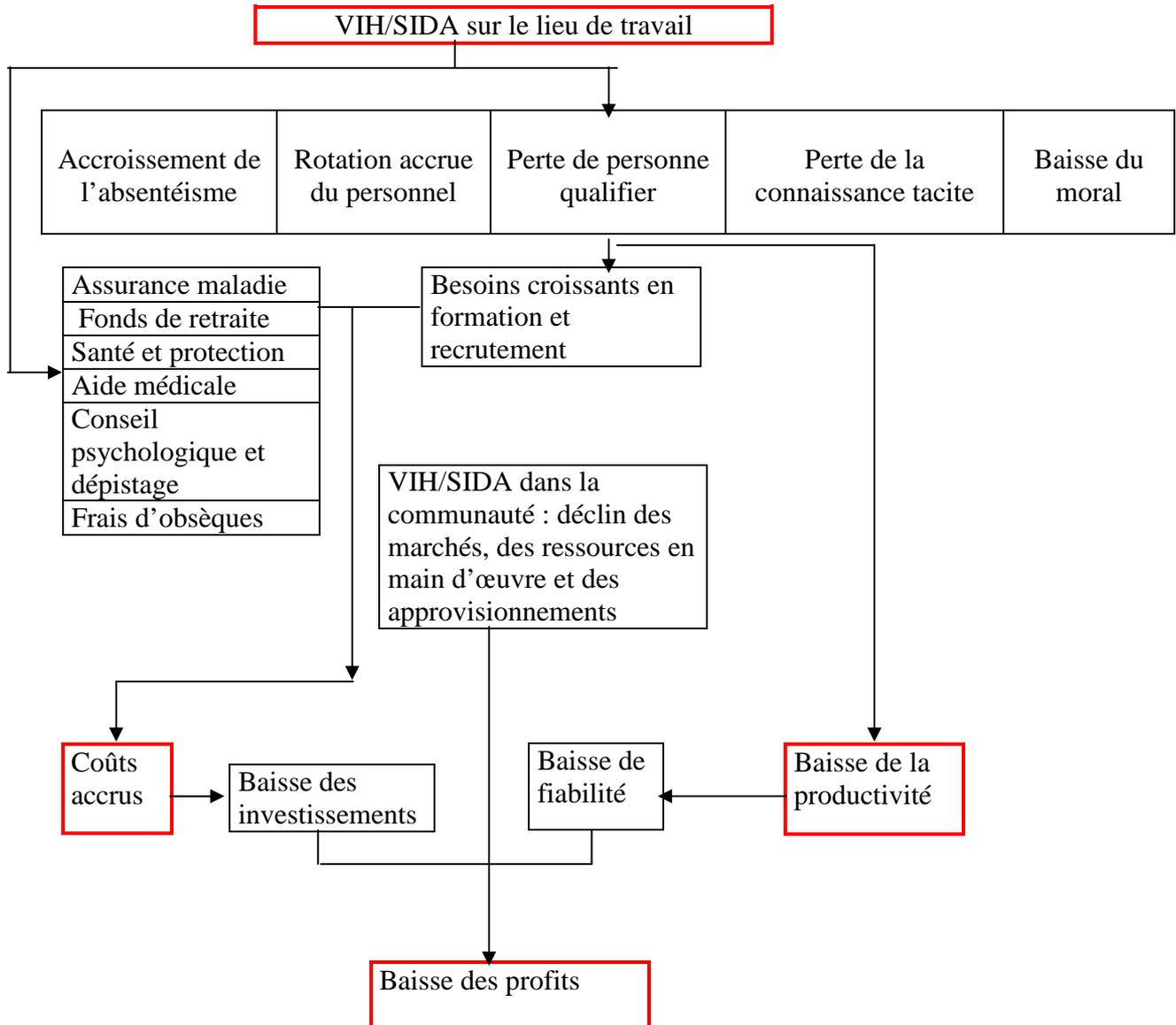
En fait la maladie et le décès ont passé de la dernière à la première place des raisons pour lesquelles les individus quittent une entreprise alors que la retraite pour raison d'âge a passé de la première cause de départ des emplois dans les années 1980 à 2% à peine en 1997. La figure 9 montre l'augmentation massive des dépenses de santé et des nouveaux cas de SIDA enregistré dans une autre entreprise agricole du Kenya.

Figure 9 Nouveaux diagnostics de cas de SIDA et dépenses médicales dans une plantation du Kenya, de 1989 à 1997



## ENTREPRISE, TRAVAIL ET REVENU

Figure 10 : Répercussions du VIH/SIDA sur une entreprise



Source : adapté de l'ONUSIDA, du global business concil ou HIV/AIDS et du Prince of Wales Business Leader Forum, The business reponse to HIV/AIDS: impact and lessons learned (2002)

Si le problème est présent, il existe des solutions. Deux décennies de lutte contre le SIDA nous ont apporté des succès majeurs et quelques leçons essentielles sur les approches qui marchent le mieux, même si nous sommes encore loin de pouvoir guérir la maladie. On sait maintenant que les approches de prévention intégrées apportent les meilleurs résultats. Un leadership national qui n'a pas froid aux yeux, une prise de conscience étendue au sein du public et des efforts de prévention intensifs auront permis à des nations entières de diminuer la transmission du VIH. Une chose est sûre, le pire n'est pas encore arrivé. Ainsi, il faudra garder la vigilance à ce fléau et c'est bien ça l'objet du dernière partie de ce présent travail. En effet, on commence à analyser les stratégies à l'échelle mondiale en les tendant petit à petit à l'échelle national et local.

## Chapitre 7 La stratégie mondiale contre le VIH/SIDA

### VII.1 Rationaliser les interventions :

L'OMS a relevé que l'action mondiale contre le SIDA est passée par 4 phases successives : le silence, la découverte, la mobilisation, la consolidation.

- ✚ **Le silence** : c'est première phase qui a débuté vers le milieu des années 70, et qui a été celle de la « pandémie silencieuse » pendant laquelle le VIH, a gagné, sans qui on le remarque, presque tous les continents.
- ✚ **La découverte** : C'est la deuxième phase. La description du SIDA, en 1981, a mis fin à cette période de silence et une période de découverte qui a vu l'identification du virus de l'immunodéficience humaine et de ses modes de transmission  
A cette époque, on a constaté qu'en disposant des moyens de diagnostiques l'infection de grands nombres de personnes étaient déjà infectés et pris conscience de la longue période de latence qui s'écoule entre l'infection et l'apparition de la maladie chronique.
- ✚ **La mobilisation** : Immédiatement après la Première conférence internationale sur le SIDA , en 1985, la réunion d'un groupe de scientifiques et de professionnels de la santé organisée sous les auspices de l'OMS a marqué l'ouverture de la troisième période- la mobilisation mondiale contre le SIDA. C'était un temps d'incertitude, d'ignorance et d'hésitation tant pour les pays affectés par le SIDA que pour la

communauté internationale des bailleurs des fonds. La situation demandait un action urgente et concertée.

✚ **Une nouvelle période** – la phase de **consolidation** - s'est maintenant ouverte. En 1992, la grande majorité des pays a commencé à mettre en oeuvre des programmes nationaux de lutte contre le SIDA, souvent avec l'appui financier d'organismes d'aide bilatérale, d'organisation intergouvernementales, de milieux associatifs et d'autres sources privées. Au fur et à mesure que se révèle tout l'impact de la pandémie, des partenaires toujours plus nombreux viennent participer à l'effort mondial.

Mais la diversité même des intervenants fait naturellement naître un besoin de coordination, de rationalisation.

#### **a. La situation actuelle : une multiplicité d'intervenants**

On distinguera les aides bilatérales de celles fournies par les agences multilatérales et de l'action des organisations non gouvernementales.

##### ➤ **Les aides bilatérales :**

L'aide bilatérale est distribuée de pays à pays au travers d'agences nationales telles que l'ODA, l'USAID, et le DANIDA ;

L'aide bilatérale constitue une importante source de fonds pour les interventions contre le VIH et le SIDA dans les pays en développement. L'USAID, par exemple, travaille directement avec un nombre réduit d'institutions et ne finance pas de programmes s'intéressant des malades du SIDA. L'ACDI et le NORAD travaillent souvent directement avec des petites ONG.

##### ➤ **Les organisations non gouvernementales (ONG)**

C'est avant tout leur grand nombre et leur extrême variété qui caractérisent les ONG. Certaines sont opérationnelles, d'autres constituent des groupes de pressions. Les ONG peuvent être de gigantesques agences basées au Nord, de petites organisations communautaires tentant de faire face aux besoins locaux avec peu de ressources, des structures créées par les églises ou les groupes religieux, des entreprises commerciales ou des médias.

Dans l'écrasante majorité des PED, ce sont ces ONG et non les gouvernements qui ont tenté d'apporter les premières réponses aux problèmes soulevés pour le SIDA.

C'est leur grande efficacité qui caractérise encore aujourd'hui les ONG. Cette efficacité peut s'expliquer par l'excellent accès qu'elles ont aux individus et aux communautés en raison de leur proximité de la population et donc de leur sensibilité aux variations culturelles et religieuses, de leur crédibilité et de leur souplesse pour répondre aux attentes de la population.

## **b. La nécessité d'une meilleure coordination**

### **❖ Les dangers du défaut de coordination**

Ces dangers sont évidentes : rivalités excessives entre les différentes organisations, multiplication des bureaucraties, programmes redoublés ou insuffisants puis séparément.

Ces rivalités existent aussi bien entre les programmes d'aides bilatérales qu'entre les aides bilatérales et les aides multilatérales. Il a paru souhaitable à tous d'harmoniser les différents aides.

### **❖ Les voies d'une meilleure coordination**

En juillet 1994, le Conseil économique et social des Nations Unies a décidé de prévoir la création du programme commun coparrainé (PCC) au niveau du Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA), avec la participation de l'UNESCO, l'OMS, l'UNICEF, le PNUD, le FNUAP, et la Banque Mondiale.

Les objectifs du PCC sont les suivants :

- Assurer au niveau mondial la direction du combat à mener contre l'épidémie
- Obtenir un consensus mondial sur les politiques et programmes
- Renforcer la capacité du système des Nations Unies de suivre les tendances et veiller à ce que des politiques et stratégies appropriées et efficaces soient mises en oeuvre au niveau national
- Rendre les gouvernements mieux à même d'élaborer des stratégies nationales globales et de mettre en oeuvre des actions efficaces de lutte contre le VIH/SIDA au niveau national
- Favoriser une large mobilisation politique et sociale afin de prévenir et de combattre le VIH/SIDA dans les pays, en veillant à ce que les initiatives prises sur le plan national fassent intervenir un grand nombre de secteurs et d'institutions
- Plaider en faveur d'une plus grande volonté politique de faire face à l'épidémie aux niveaux mondial et national, notamment grâce à la mobilisation et à l'attribution de ressources suffisantes en faveur de la lutte contre le VIH/SIDA (Bernard Debré)

## **VII.2 Redéfinir les actions :**

Trop souvent lutter contre le SIDA est resté une incantation. Trop souvent, dans l'imaginaire de la population, il s'agit avant tout de trouver un vaccin.

Or, la lutte contre le VIH/SIDA ne se résume pas à la recherche d'un hypothétique vaccin. D'ailleurs, les années passent et l'espoir d'un vaccin est souvent trompé.

Souvenons- nous qu'au début de la maladie, les savants comme les journalistes affirmaient qu'il faudrait dix ans ; les dix ans se sont écoulés et voici qu'on nous redemande dix ans supplémentaires et c'est toujours le même refrain qui se reproduit tout les dix ans. Certes, le vaccin sera un jour découvert, mais en attendant, il faut lutter contre la propagation de cette affreuse pandémie. Cette lutte doit s'orienter selon plusieurs axes principaux :

- il faut mieux soigner et entourer ceux qui sont atteints ;
- il faut mieux préserver ceux qui ne le sont pas ;
- il faut mieux prendre en charge les aspects socio- économiques de la pandémie ;
- il faut réclamer la recherche pour mettre au point le vaccin préventif, mais aussi le traitement curateur

### **a. Répondre à la demande d'urgence des malades en phase SIDA compte tenu des moyens financiers des pays en développement**

Le nombre de personnes déjà séropositives qui tomberont malades va fortement augmenter dans les prochaines années. Ainsi la crédibilité des programmes de lutte contre le SIDA sera donc largement fonction des soins offerts par ces programmes, notamment pour soulager les souffrances physiques et psychologiques.

Il faut lutter dans le monde entier pour que des soins compassionnels, d'une qualité au moins égale à celle bénéficiant d'autres malades soient mis partout à la disposition des adultes et des enfants infectés par le VIH/SIDA. Les services doivent être adéquats, accessibles et permanents. Ils doivent être acceptables, c'est à dire répondant aux besoins des malades tels que ceux- ci les perçoivent. Les soins cliniques doivent assurer au minimum le soulagement de la douleur et le traitement des infections opportunistes les plus fréquentes. Il faut pour cela un personnel correctement formé, et un approvisionnement sûr en

médicaments essentiels, y compris des antibiotiques pour combattre la tuberculose devenue épidémique chez les séropositifs.

La demande la plus forte est celle qui concerne les malades qui entrent en phase SIDA et pour lesquels il faut pouvoir proposer une réponse adaptée.

## **b. Renforcer des actions de prévention adaptées aux pays en développement**

Dans la mesure où il n'existe aujourd'hui ni vaccin ni traitement curatif de l'épidémie de VIH, la prévention apparaît comme une nécessité incontournable. Toute prévention ne pourra en fait être efficace que si elle intègre les groupes organisés de personnes vivant avec le virus.

On examinera successivement les politiques de prévention envisageables pour les PED en distinguant la prévention des transmissions sexuelles sanguine et prénatale du VIH

### **La prévention de la transmission par voie sexuelle du VIH**

On a déjà traité dans la première partie de ce présent travail, dans l'information de base sur l'épidémie, que l'estimation de l'efficacité des modes de transmission par voie sexuelle varie de 0,1% à 1,0%. Mais la présence de MST fait croître cette estimation de 10% à 80%.

Cette forme de prévention est évidemment la plus importante, dans la mesure où, dans les PED, la contamination par voie sexuelle est à l'origine de 95% des infections : c'est avant tout sur les comportements sexuelles qu'ils en voient d'agir pour interrompre la transmission du virus.

#### **o L'information et l'éducation**

Rappelons quelques principes simples et reconnus qui ont fait la preuve de leur efficacité dans nombre PED :

+ Comme il n'existe ni vaccin ni traitement contre le SIDA, la prévention primaire est la seule façon de combattre la maladie : en l'absence d'action préventive adéquate, le SIDA se propage rapidement au sein du groupes à haut risques (comme les professionnels du sexe et leurs clients) avant de se propager à l'ensemble de la population à un rythme plus lent et qui s'accélère ensuite un ciblage précoce et efficace des interventions contre le VIH, est

essentiel du fait que le rapport coût- efficacité de ces interventions diminue quand l'infection n'est plus circonscrite aux groupes à haut risque et à grande probabilité de transmission. Les principaux groupes cibles à atteindre sont les prostituées et leurs clients, les recrues militaires, les transporteurs routiers et les toxicomanes utilisateurs des seringues.

+ Les actions d'information et d'éducation doivent être destinées à tous les individus, dans la mesure où chacun est susceptible d'être exposé à un risque particulièrement élevé en raison du comportement de son conjoint ou de son partenaire habituel.

+ La sexualité étant un sujet relativement tabou pour chaque individu, il convient de l'aborder sous l'angle sanitaire en mettant en valeur par une information claire, directe et précise, les risques sanitaires encourus.

Il est important de rappeler que, dans l'absolue, la « protection totale » ne peut s'obtenir que par l'abstinence sexuelle ou la fidélité mutuelle entre partenaires.

Mais, cette prévention doit passer qu'on le veuille ou non par l'éducation sexuelle, la promotion du préservatif, etc.

- **Deux populations particulières doivent faire l'objet d'une attention particulière en matière d'éducation : les femmes et les jeunes.**

Les femmes doivent savoir que l'infection se transmet plus facilement de l'homme à la femme que l'inverse au cours des rapports vaginaux. De même, le partenaire « passif » est le plus exposé au cours des rapports oraux ou anaux.

Du fait que beaucoup de jeunes commencent très tôt à avoir une vie sexuelle active, il faudrait privilégier particulièrement l'information, l'éducation et la communication (IEC) de ce groupe d'âge. Pour pouvoir se protéger contre l'infection, garçons et filles, adolescents ou préadolescents, scolarisés ou non, doivent recevoir des informations claires et adéquates, et apprendre et mettre en pratique les techniques de prévention nécessaire.

Au delà des nécessaires information et éducation, il convient de rappeler le rôle essentiel des services sanitaires et sociaux.

- **Les services sanitaire et sociaux :**

Les services sociaux et sanitaires sont indispensables pour déceler, dépister et soigner les MST, qui constituent souvent des cofacteurs de VIH. Les personnels médical et paramédical de ces services sont particulièrement compétents pour délivrer information et éducation sur le virus et pratiquer des tests de dépistage précoce.

Pour être efficace, l'ensemble de ces actions doit toute fois s'insérer dans un environnement favorable.

- **Un environnement favorable :**

Un environnement favorable est essentiel pour le succès des programmes visant à prévenir la transmission sexuelle du VIH. L'expérience a montré que les individus sont plus enclins à adopter des pratiques sexuelles moins risquées lorsque celles-ci leur semblent constituer la norme dans leur groupe ou leur communauté. Il est donc crucial d'encourager l'adoption, la réhabilitation ou le maintien de normes sociales protectrices, comme la fidélité mutuelle, l'obligation morale de ne pas mettre d'autres personnes en danger, et l'utilisation appropriée de préservatifs.

On trouvera ci- après la prévention de la transmission par voie sanguine.

### **La prévention de la transmission par voie sanguine**

Comme on le relève précédemment dans les différentes modes de transmission du VIH/SIDA, l'estimation de l'efficacité de la transmission à travers la transfusion sanguine devrait être supérieur à 90%.

Rappelons maintenant que la transmission par voie sanguine du VIH peut s'opérer à l'occasion d'une transfusion sanguine, de l'échange par des toxicomanes de leur matériel d'injection, ou lors de gestes infractifs ou non- réalisés en milieu médicalisé. Ce sont ces trois modes de transmission qui seront successivement examinés ici.

- ✓ **L'échange par des toxicomanes de leur matériel d'injection**

Bien que ce mode de contamination soit peu répandue dans le Tiers Monde, et notamment en Afrique, on rappellera que les toxicomanes qui se piquent peuvent se transmettre le VIH par le partage d'aiguilles ou d'autres matériels d'injection non stérilisés.

Le but ultime reste bien sûr de réduire la demande de drogues, mais l'urgence de la situation épidémique impose souvent le recours à des solutions plus palliatives comme la réduction de la toxicomanie à la seringue ou l'éducation sanitaire, tendant à promouvoir l'utilisation d'aiguilles stériles ou le nettoyage du matériel par des solutions désinfectants.

#### ✓ **La prévention de la transmission du VIH en milieu médicalisé**

Comme le relève l'OMS (in « La stratégie mondiale de la lutte contre le SIDA »), la prévention de la transmission du VIH en milieu médicalisé est fondée sur le respect absolu des protocoles de lutte contre l'infection, et notamment sur la stérilisation correcte des matériels utilisés pour tout acte effractif. La règle fondamentale est celle des « précautions universelles », c'est à dire que le personnel de laboratoire et les soignants appelés à manipuler du sang ou à faire une intervention effractive (piqûre, chirurgie ou autre) doivent agir comme s'il s'agissait à chaque fois de sang infectieux, plutôt que d'essayer d'identifier les patients « à haut risque » pour agir en conséquences. Il faudra pour cela former tous les agents de santé, y compris les accoucheuses traditionnelles aux méthodes basées sur les « précautions universelles ».

#### ✓ **La sécurité transfusionnelle**

Bien que les contaminations à l'occasion d'une transfusion ne représentent que 3 à 5 % des cas de séropositivités selon les PED, le risque d'être infecté au cours d'une transfusion de sang contaminé est de 100%

La prévention de la transmission transfusionnelle du VIH suppose de remplir un certain nombre de conditions :

- le contrôle de tous les dons de sang avant transfusion
- la formation des médecins prescripteurs de la transfusion afin d'éviter les transfusion anthologique
- le recrutement de donneurs de sang réguliers bénévoles et non rémunérés.

#### 🚩 **La prévention de la transmission par voie périnatale**

L'enfant d'une mère séropositive est aujourd'hui condamné soit, dans un cas sur quatre, à décéder lui-même du SIDA (qu'il peut contracter in utero, à la naissance ou lors de

l'allaitement), soit à devenir rapidement orphelin de mère, voire de père : il est donc essentiel de prévenir la transmission périnatale du virus du SIDA.

Dans la mesure où la plupart des infections à VIH chez les femmes en âge de procréer sont transmises par voie sexuelle, la meilleure stratégie consistera toujours à prévenir la transmission sexuelle du virus à la femme.

A défaut, la prévention secondaire consisterait à éviter les grossesses chez les femmes séropositives connaissant leur état. Cette stratégie préventive doit être réexaminée à la lumière des travaux récents qui démontrent qu'un traitement par les antiretroviraux chez la femme enceinte diminue de moitié le risque de contamination fœtale.

Il est clair, à la lecture des impacts du VIH/SIDA sur le développement économique et social que les dépenses induites par celui-ci constitueront probablement un fardeau impossible à supporter pour les pays en développement. Il convient naturellement de mobiliser les opinions des pays riches.

### **VII.3 Remobiliser les opinions des pays riches**

« Ton secret est ton esclave, mais si tu le laisses échapper, il deviendra ton maître », tel est le proverbe convenable pour ce chapitre. Voici, en réalité notre but : Certains d'entre nous, les pays riches, connaissent le secret du drame des pays en développement face au SIDA. Mais s'il est déjà difficile d'agir chez soi, il l'est encore plus quand il s'agit d'aider les autres.

Vous voici codétenteur de ces lourds secrets, ils deviennent maintenant vos maîtres et nous devons tous agir.

Dans des rapports, des revues, sur les télévisions et radios, on a vu des hommes, des femmes et des enfants mourir du SIDA, souvent silencieusement, parfois en hurlant leur désespoir. Il faut que les pays riches agissent car ils en ont le moyen et le pouvoir.

Une grande politique de prévention et de prise en charge, adaptée à chaque pays, une sécurité transfusionnelle, un redémarrage de la recherche, tels sont les trois grands axes d'une nouvelle politique mondiale contre le SIDA. Mais s'arrêter aux simples aspects scientifiques ne suffit pas. Derrière le SIDA, il y a l'homme qu'il convient de respecter et de protéger.

Voici donc de grandes actions à mener pour affirmer de nouvelles solidarités entre les hommes. Beaucoup de nations riches font déjà des efforts, d'autres n'en font pas suffisamment.

Il faut qu'elles prennent conscience de leur devoir de solidarité. Le monde est trop inégal, trop disparate pour que les nations n'agissent que dans leur seul intérêt.

Certes, l'ONU par ses agences va mieux se coordonner. Le Programme commun coparrainé des Nations Unies sur le VIH/SIDA regroupant UNICEF- PAM-PNUD-UNFPA-ONU DC-OIT-UNESCO-OMS- Banque Mondiale va certainement transformer, intensifier et coordonner la lutte contre le SIDA.

Les bailleurs de fonds devraient faire un effort plus important. Certains y participent déjà largement, d'autres moins. Ainsi pour en savoir plus les actions de ces différents organismes internationaux, on les examinera ci-après.

## **Chapitre 8 Action des différents organismes internationaux**

La bonne nouvelle est que le monde entier renforce significativement son engagement et accroît les ressources consacrées à la lutte contre le VIH/SIDA. Des agences et organismes internationaux ne laissent s'échapper leur chance de concrétiser leurs engagements. Ils collaborent mieux encore avec les pays gravement affectés et de leur apporter un soutien plus actif, en veillant tout particulièrement à éviter les emplois et l'émiettement des ressources.

### **VIII.1 La lutte de l'UNICEF contre le VIH/SIDA**

L'UNICEF est l'un des neuf agences du système des Nations Unies réunis par les travaux du Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA). Tout le rapport mondial présentant l'état actuel de nos connaissances sur l'épidémie sont étayées par les travaux de ce programme.

Tous les bureaux nationaux de l'UNICEF doivent définir le rôle qu'ils vont jouer dans le cadre de la lutte nationale contre le VIH/SIDA. Il est recommandé, au minimum, de prendre les mesures suivantes :

❖ Dans les pays où la prévalence est faible et l'épidémie concentrée (moins de 1% de l'ensemble de la population est séropositif)

→ Procéder à une analyse de situation de l'impact du VIH/SIDA auprès des enfants et des jeunes.

→ Mobiliser le public pour dissiper les préjugés, briser le silence et accorder la priorité aux jeunes.

→ Mettre l'accent sur les jeunes afin de leur proposer des informations, des compétences, des services et des possibilités de participation.

Cibler les jeunes les plus à risque (par exemple, les travailleurs de l'industrie du sexe, les utilisateurs de drogues intraveineuses et ceux qui vivent ou travaillent dans la rue.)

❖ Dans les pays où l'épidémie s'est généralisée (plus de 1% de l'ensemble de la population sont séropositif)

En plus des mesures minimales recommandées à l'intention des pays ayant un faible taux de prévalence, les bureaux de l'UNICEF qui se trouvent dans les pays où la prévalence est élevée devraient définir le soutien nécessaire pour intensifier l'action à mener dans les domaines suivantes :

- Préventions de la transmission du VIH du parent à l'enfant,
- Soins et soutient à apporter aux enfants et aux parents séropositifs,
- Protection, soins et soutien à apporter aux orphelins et autres enfants vulnérables.

### **Programmation en faveur des droits de l'homme :**

On a vu précédemment que les droits de l'homme ont subi les impacts dévastateurs de l'épidémie du VIH/SIDA. Quelles sont en effet les mesures à prendre afin de réduire le poids de ce fardeau sur les personnes les plus touchées ?

A l'UNICEF, toutes les étapes de l'élaboration de programme se fondent sur les droits de l'homme, notamment l'évaluation et l'analyse de la situation des enfants et des femmes ; l'élaboration et le soutien de programme ; la formation de partenariat et l'alliance avec et

pour les enfants et les jeunes ; et la mise au point de stratégies visant à influencer l'action des pouvoirs publics et l'allocation des ressources.

L'approche axée sur les droits de l'homme reconnaît que les enfants et les jeunes « détiennent des droits » (et sont donc des acteurs essentiels de leur développement) et que les Etats, les Gouvernements, les parents et autres adultes, ont pour obligation de garantir, par différents moyens la réalisation des droits fondamentaux des enfants en s'associant à cette fin avec ces derniers.

## VIII.2 La Banque Mondiale et le VIH/SIDA

### ➤ **Pauvreté et dette : obstacles financiers à une réponse au SIDA :**

Au cours des quinze dernières années, l'Afrique subsaharienne a réalisé moins de progrès au plan économique que toutes les autres régions du monde. Le taux de croissance par habitant de l'Afrique était estimé à moins 0,6% par an entre 1985 et 1996. Au cours des trois dernières années, un groupe de dix pays a amorcé une croissance encourageante, mais beaucoup d'autres affichent un PIB par habitant en nette diminution (Fisher et al .1998). Trois quarts de la population du continent survit avec moins de 2 dollars EU par jour (Banque Mondiale 2000).

**Tableau 2 : Réponse au HIV/AIDS dans un nombre restreint de pays d'Afrique subsaharienne**

Pays	Prévalence du VIH chez les adultes en 1998	Financement du VIH/SIDA par habitant depuis 1996
Botswana	25,1%	1,79 dollars
Ghana	2,4%	0,12 dollar
Kenya	11,6%	0,76 dollar
Malawi	14,9%	0,63 dollar
Mozambique	14,2%	0,16 dollar
Namibie	24,2%	0,74 dollar
Nigeria	4,1%	0,03 dollar
Tanzanie	9,4%	0,07 dollar
Ouganda	9,5%	1,81 dollars
Zambie	19,1%	0,73 dollar
Zimbabwe	25,8%	1,20 dollars

Sources : UNAIDS (1998) ; UNAIDS (1999)

En partie compte tenu de leurs mauvais résultats économiques peu de pays de la région sont capables de mettre en place une réponse nationale efficace au VIH/SIDA, pas plus que les citoyens ne peuvent payer le coût du traitement une fois qu'ils sont infectés. Le Tableau 2 montre que les dépenses annuelles consacrées au VIH/SIDA dans les pays africains très affectés par l'épidémie s'élèvent à moins de 1 dollar par an (ONUSIDA 1999). Cela ne permet même pas de couvrir les moyens relativement modestes qui exigent les activités essentielles de prévention et la sensibilisation au VIH/SIDA, encore moins ceux liés aux importants un traitement aux personnes déjà infectées.

Le fardeau de la dette extérieure est un des principaux facteurs qui contribuent à perpétuer la faible croissance et la pauvreté en Afrique et empêchent les Gouvernements africains d'investir dans le programme de lutte contre le VIH/SIDA. La dette extérieure combinée des pays africains s'élève actuellement à 227 milliards de dollars EU (ONUSIDA .Equipe Inter Pays pour l'Afrique de l'Ouest et du centre). Les décaissements au titre du service de la dette ( principal et intérêts effectivement payés ) se montent à 14,5 milliards par an , soit l'équivalent de 5 pour cent du PIB de la région et 15% des recettes d'exportation ( Banque Mondiale 1998 ). Les pays d'Afrique subsaharienne sont obligés d'affecter le peu de recette en devises étrangères et de recettes publiques dont ils disposent au service de la dette, ce qui les empêchent d'affecter ces ressources au renforcement des programmes nationaux de lutte contre le VIH/SIDA .

L'allègement de la dette des pays les plus pauvres est donc devenu, la principale question inscrite au programme des institutions internationales de financement de développement. En Juin 1999, les pays du G7 ont lancé l'initiative de Koln qui appelle à un allègement « plus important, plus large et plus rapide, de la dette dans le cadre de l'initiative en faveur des pays pauvre très endettés (PPTÉ) initié par le FMI et la Banque Mondiale.

➤ **L' allègement de la dette : source d' augmentation des financements en faveur de la lutte contre le SIDA :**

L'appel à un allègement de la dette s' accompagne de l'idée que les Gouvernements des pays pauvres d'Afrique et d' ailleurs doivent affecter tout ou partie des économies provenant de l' annulation de dette à des actions de nature à améliorer le bien-être de leur citoyens les plus démunis .Vu que le SIDA ravage les pays africains , aggrave la pauvreté et

reine le progrès économique , on pense qu'une part substantielle du « dividende » provenant de l'allègement de la dette doit être affectée à des actions à moindre coût visant à combattre l'épidémie du SIDA .

**Tableau 3 : Ressources pouvant être tirées de l'allègement de la dette pour la réponse au VIH/SIDA**

Pays	Produit pouvant être tiré de l'allègement de la dette bilatérale/multilatérale (dollar EU par habitant)	Moyens consacrés au niveau national à la lutte contre le VIH/SIDA (dollars par habitant)
Ghana	15,98 dollars	0,12 dollar
Kenya	12,92 dollars	0,76 dollar
Malawi	4,46 dollars	0,63 dollar
Mozambique	2,79 dollars	0,16 dollar
Nigeria	6,46 dollars	0,03 dollar
Tanzanie	0,70 dollar	0,07 dollar
Ouganda	5,00 dollars	1,81 dollars
Zambie	16,18 dollars	0,73 dollar

Sources : Sachs et al. (1999) ; UNAIDS (1999)

Le Tableau 3 indique que les moyens consacrés actuellement par la plupart des pays africains au paiement du service de la dette, lesquels pourraient être affectés à d'autres besoins en cas d'allègement du fardeau de la dette, dépassent largement les ressources intérieures et extérieures affectées à ce jour à la lutte contre le VIH/SIDA. Si une modeste portion de la dette de ces pays envers les institutions multilatérales et bilatérales venait à être annulée, l'économie ainsi réalisée pourrait servir à multiplier les ressources actuellement consacrées à la prévention, aux soins et à l'atténuation de l'impact du SIDA .

On peut en effet conclure que la « Réaction Dette contre le VIH/SIDA » est initiative spéciale de l'ONUSIDA qui consiste à utiliser une partie du gain d'allègement de la dette des pays pauvres pour faire face à la crise du VIH/SIDA. La réaction dette consiste à stimuler la pro activité des pays même en situation de basse prévalence du VIH. L'objectif de l'Initiative Dette pour le VIH/SIDA est de soutenir et initier l'expansion du budget à travers l'allègement de la dette pour une action multisectorielle. Cette initiative consiste à intégrer les objectifs de réduction de la prévalence du VIH dans le document stratégique de réduction de la pauvreté. En bref, la réaction Dette pour le VIH/SIDA permet aux cadres nationaux

d'envisager la lutte contre le SIDA dans le cadre global des dépenses de l'Etat et de faire en sorte que les capacités nationales soient renforcées en Dette / Pauvreté et VIH/SIDA.

### **VIII.3 L'intervention de l'OMS contre le VIH/SIDA**

Au cours de l'assemblée générale des Nations Unies en septembre 2000, Le Directeur général de l'OMS a affirmé que le manque d'accès aux traitements du VIH constituait une « urgence sanitaire mondiale ». A cette date, seules 400 000 personnes bénéficiaient d'une thérapie antirétrovirale sur les cinq à six millions de séropositifs vivants dans les pays à faible et moyen revenu qui en avaient besoin. En outre, la lenteur de la distribution signifiant qu'on ne parviendrait guère qu'à un million de personnes sous traitement d'ici à 2005.

Pour porter ce nombre à 3 millions de personnes sous thérapie antirétrovirale d'ici à la fin de 2005, l'OMS a lancé un appel en faveur d'une action internationale qui s'appuierait sur la vision et les fondations solides mises en place par des programmes novateurs dans les pays à faible et moyen revenus. Pour parvenir à cet objectif de « 3x5 » (3 millions d'ici à 2005), il faudra 5,5 milliards de dollars en 2004-2005, soit environ 80% des fonds nécessaires dans le monde pour le traitement et la prise en charge en 2004-2005.

Ce montant couvre l'appui direct aux programmes de traitement, à savoir :

- Le coût des patients : conseil et diagnostics, distribution de préservatifs aux patients, médicaments antirétroviraux, traitement et prophylaxie des infections opportunistes, soins palliatifs, et tests de laboratoire pour les patients montrant des signes de toxicité
- Le coût des programmes : renforcement des éléments suivants : formation en cours d'emploi et recrutement de médecins, personnels infirmiers, agents de santé communautaires et volontaire, encadrement et suivi, systèmes de distribution de médicament, précaution universelle, prophylaxie après exposition et dans certains pays, acquisition de technologie.

# Chapitre 9 Stratégies des pays africains

Ayant reconnu l'importance et l'ampleur de la crise du VIH/SIDA en Afrique subsaharienne, les leaders africains, les organismes des Nations Unies et plusieurs gouvernements avouent que le VIH/SIDA constitue la crise du développement et humanitaires la plus critique du continent. L'impact du VIH/SIDA sur le développement est à présent une priorité urgente. Le VIH/SIDA aggrave la pauvreté, entrave d'autres objectifs de développement, y compris la croissance économique et la stabilité politique.

D'une manière générale, les stratégies des pays africains se fondent, en principe, sur les deux actions suivantes : la mobilisation de l'engagement, la réduction de la propagation du VIH en matière de lutte contre l'épidémie du VIH/SIDA.

## IX.1 Mobiliser l'engagement

- Mobiliser les leaders nationaux
- Faire participer les personnes vivant avec le VIH/SIDA
- Promouvoir une action élargie dans les pays
- La campagne mondiale contre le VIH/SIDA
- Négocier des alliances mondiales
- Mobiliser des ressources contre une épidémie qui se propage

### ➤ Améliorer la gouvernance pour de riposte plus efficace

Des activités des développement efficaces et démocratique reposent sur une bonne gouvernance , la pleine participation de la population , la primauté du droit ,la transparence , l'attention de la communauté, l'instauration de consensus, l'équité,l'efficacité,et la responsabilité. Ces problèmes sont complexes et interdépendants, mais ils ont de applications concrètes. Par exemple, les pays qui connaissent des niveaux élevés de participation communautaire ont généralement des ripostes nationales au SIDA plus dynamique. Un système de gouvernance ouvert et participatif a permis à la société civile de provoquer des changements positifs.

De même, la primauté du droit est fondée sur la législation et les réglementation et sur des citoyens pleinement conscients de leurs droits et capables de les protéger dans le cadres et politique juridique. L'application des concepts de primauté du droit et de bonne gouvernance aux activités sur le SIDA incite à une planification et une mise en œuvre démocratique.

➤ **Décentralisation -donner des moyens aux régions, aux communautés et aux districts**

La décentralisation est l'une des principales stratégies adoptées pour améliorer la gouvernance et la mise en œuvre des programmes de développement. Dans ce processus, le gouvernement centraux délèguent pouvoir et responsabilités à des institutions administratives de niveau inférieures. La décentralisation a pour but de rendre la prise de décision plus démocratique, plus équitable et sensible aux besoins locaux .De ce fait, le processus suscite une identification nationale, qui s'accompagne d'une participation de la société civile et du secteur privé à la planification du politique.

Pourtant, la décentralisation de la riposte au SIDA flanche souvent .Les gouvernement ont l'habitude de fonctionner dans des structures hiérarchiques strictes et les avantages dérivés de la participation des communautés ne sont pas toujours évidents.

Malgré tous ces problèmes, la décentralisation dans le domaine du SIDA est une réalité dans plusieurs pays. L'Ouganda, la Papouasie-Nouvelle Guinée et la République Unie de Tanzanie sont parvenus à décentraliser leur riposte nationale au niveau des communautés et des familles. De même, au Maroc, des comités multisectoriels régionaux et provinciaux sur le SIDA ont été créés pour élaborer des plans statiquement locaux, coordonner les activités et contrôler la mise en œuvre

Les divers expériences faites dans les pays indiquent qu'un investissement financier et politique solide est nécessaire pour créer des organismes de coordination efficace au niveau de district et au niveau local, les lacunes en matière de compétences constituent un problème, comme c'est le cas à l'échelon national.

**Mobilisation de la société civile et de la communauté**

Les groupes communautaires et les organisations de la société civile qui apparaissent dans la riposte au SIDA reflètent la diversité des personnes touchées par l'épidémie. L'organisation de la société civile appliquent souvent des approches novatrices à l'épidémie et peuvent transférer des services étatiques et surveillent les politiques nationales du

gouvernement. Il est particulièrement important que les personnes vivant avec le VIH participent à tous les aspects de la riposte, de la planification et de la mise en œuvre et de suivi.

Les organisations de la société civile sont particulièrement utiles et efficaces si elles travaillent avec les pouvoirs publics, plutôt que parallèlement à eux . Les deux cotés doivent se montrer ouverts au partenariat et revient aux pouvoirs publics de susciter un climat positif. Il y a plusieurs moyens de permettre à ces groupes de participer, notamment, par une reconnaissance juridique, des encouragements fiscaux, la rationalisation de règlement contractuels et de règles de base acceptés par tous afin qu'ils puissent participer à la prise de décision et au partage de l'information. De plus, les deux cotés doivent adopter des mesures pour assurer l'obligation redditionnelle et la transparence.

### **L'engagement du secteur privé**

C'est à plusieurs niveaux que les entreprises peuvent contribuer à la riposte au SIDA, selon leur type de production et leur implantation. Les trois principales contributions se font sous formes de programme sur le lieu de travail, de leadership et de plaidoyer en faveur de l'action sur le SIDA, et de partenaires avec la communauté et les pouvoirs publics pour les actions intensifiés contre l'épidémie. Pour que le secteur privé participe à plusieurs niveaux, l'ONUSIDA fournit des conseils techniques, négocie des partenariats et développe du mécanisme et des outils. L'engagement des associations de groupement constitue un axe essentiel. Il s'agit notamment des organismes commerciaux, par exemple la coalition mondiale des entreprises contre le VIH/SIDA et le Forum économique mondial, de l'organisation civique tels que le Rotary Club ; des associations et coalitions d'entreprises ; et des chambres de commerce et des syndicats.

### **IX.2 Réduire la propagation du VIH**

- Meilleure pratiques : recenser ce qui marche
- Promotion du préservatif
- Méthodes mécaniques de prévention du VIH contrôlées par les femmes
- Conseil et dépistage volontaires du VIH
- Aider les mères séropositives au VIH avoir des enfants en bonne santé
- Prévenir le VIH parmi les populations mobiles

Les stratégies de l'Afrique ne se limitent pas non seulement à ces deux actions. Mais leur efficacité se fonde en plus sur la caractéristique commune des actions nationales des pays africains qu'on va examiner ci-après.

## **Chapitre 10 Caractéristiques communes des actions nationales efficaces**

L'analyse des programmes efficaces met en lumière un certain nombre de particularités qui caractérisent les actions entreprises par les communautés et les pays qui sont déjà parvenus à stabiliser ou à inverser les tendances de l'épidémie. Il n'est pas question de proposer une action élargie idéale ou un modèle universel, mais plutôt une série de principes fondamentaux communs. Il est important pour chaque pays de trouver la voie qui lui convient le mieux, pour une action comprenant vraisemblablement la plupart sinon tous les éléments résumés ci-dessous.

Les programmes nationaux efficaces ont généralement incorporé les caractéristiques suivantes :

### **X.1 La volonté et le leadership politiques**

La volonté politique exprime l'engagement national et montre la voie à l'ensemble de la nation dans son action contre le SIDA. C'est l'engagement politique à tous les échelons, de la communauté au niveau politique le plus haut niveau et contribue à rassembler tous les secteurs et tous les acteurs, ainsi que les choix politiques souvent difficiles qui précèdent l'adoption de méthodes d'intervention réellement efficaces- par exemple pour réduire les risques liés au commerce du sexe, et peuvent induire des changements utiles dans les stratégies et des législations de soutien.

En dernière analyse, le succès d'un programme est déterminé après l'abnégation et les efforts des agents du changement qui se trouvent le plus près de son niveau d'impact. Toutefois ces personnes devront être constamment motivées, encadrées et soutenues par le leadership politique.

## **X.2 L'ouverture sociale et la détermination à lutter contre la stigmatisation**

Pour être efficaces, les programmes doivent donner de la visibilité au VIH et rendre tous les facteurs qui conduisent à sa propagation susceptibles d'être discutés. Les programmes ont le devoir de sensibiliser les populations à l'existence du VIH et à ses modes de transmission, sans pour autant stigmatiser les comportements menant à cette transmission. Ils doivent en outre faciliter le débat concernant la vulnérabilité des individus ou des communautés eux-mêmes et les moyens de l'atténuer. Cela implique de dissiper les craintes et les préjugés à l'encontre des personnes qui vivent déjà avec le VIH ou le SIDA.

Les programmes à succès transmettent des connaissances, s'opposent à la stigmatisation et à la discrimination, suscitent un consensus social sur les comportements à moindre risque, et stimulent la prévention du SIDA et les compétences en matière de soins. Ces activités peuvent être réalisées de manière économique par des campagnes d'information de masse, par l'éducation, par les pairs et les activités de proximité, ainsi que par des programmes d'apprentissage des compétences psychosociales dans les écoles et sur les lieux de travail. Un autre facteur essentiel pour réagir au déni est d'assurer que des services de conseil et de test VIH volontaires sont disponibles, afin que les individus puissent découvrir leur statut sérologique.

## **X.3 Une réponse stratégique**

Un plan national de lutte contre le SIDA unique et solide impliquant tout un éventail d'acteurs-le gouvernement, la société civile, le secteur privé et( s'il y a lieu) les donateurs-constitue un point de départ précieux. L'élaboration d'une stratégie nationale commence par l'analyse de la situation du VIH/SIDA dans le pays, des comportements à risque et des facteurs de vulnérabilité, les données recueillies servant à établir les priorités et à cibler les premières actions. Il est essentiel de déterminer dans quelles parties du pays se trouvent les personnes déjà infectées, celles qui sont le plus vulnérables et pourquoi.

La mise au point d'une stratégie efficace implique alors d'utiliser des méthodes de prévention du VIH/SIDA, de pratiques de soins et d'atténuation de l'impact basées sur le concret-ce qu'on appelle « les meilleures pratiques »- reconnaissant que certaines d'entre elles sont peut-être culturellement délicates( par exemple l'échange des seringues pour les

consommateurs de drogues injectables). Il faut dans le même temps faire en sorte que les services et les biens nécessaires tels que préservatifs et services MST, soient acceptables, abordables et disponibles. Étant donné les difficultés financières de bien des pays, l'élaboration d'une stratégie impliquera également de fixer des priorités. Les stratégies efficaces offrent de la prévention et des soins de la prévention et des soins.

Lorsque la morbidité s'accroît au cours de l'épidémie, le besoin de soins de santé et de soutien social se fait plus pressant. Les services qui proposent des soins offrent des avantages qui vont bien au delà de la prise en charge des personnes malades. Ils contribuent à convaincre les autres personnes de la réalité de la menace du VIH et à rendre plus crédibles les messages de prévention. Les messages et programmes intégrant la compassion et les compétences dans les lieux de soins, les communautés et les familles sont nécessaires dès le début, et il est possible de réduire les coûts en regroupant la formation aux fins de la prévention et des soins.

Il est important de noter que les divers éléments d'un programme tendent à agir en synergie. On trouve dans la plupart des programmes des éléments d'action efficace. Malheureusement dans de nombreux pays, l'action demeure sporadique et disparate plutôt que globale. Des projets « modèles » offrent des services à une ou deux communautés, alors que de larges zones du pays n'ont rien. Bien des programmes sont encore incomplets pour ce qui est de leur couverture géographique ou de leur contenu. Parfois, la riposte nationale est axée exclusivement sur les professionnels du sexe, par exemple ; ailleurs, les efforts iront à l'éducation sur le SIDA et les compétences essentielles à l'intention des jeunes scolarisés ou non, mais les risques et la vulnérabilité des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes seront négligés. Il est vrai que le manque de ressources humaines et autres peut entraver l'intensification des programmes, mais un plan stratégique solide fondé sur des données épidémiologiques et sur les meilleures pratiques assurera au point dont l'engagement constitue la clé du succès.

#### **X.4 Action multisectorielle et à plusieurs niveaux**

Pour être efficaces, les programmes doivent supposer des partenariats multisectoriels et à différents niveaux entre l'Etat et la société civile et à l'intérieur de ceux-ci, le SIDA étant

régulièrement inscrit à l'ordre du jour des différentes instances. Seule une action commune permettra d'intégrer le SIDA et de le porter réellement à l'ordre du jour du développement.

Il est logique, pour toutes les parties prenantes, d'établir des partenariats multisectoriels et à plusieurs niveaux, mais en particulier à assurer le maintien des programmes à grande échelle. Les ministères du travail, par exemple, peuvent rendre obligatoirement les programmes de prévention sur les lieux de travail, mais en particulier à assurer le maintien des programmes à grande échelle. Les ministères du travail par exemple, peuvent rendre obligatoire les programmes de prévention sur les lieux de travail dans le secteur privé. Les ministères de la défense peuvent utiliser leurs budgets à la mise en œuvre de programmes à l'intention des enseignants, les écoliers et leurs parents. Les entreprises privées peuvent offrir des contributions en espèces et en nature. Si le rôle crucial du ministère de la santé dans l'action contre l'épidémie ne fait aucun doute, il n'est probablement pas avantageux à long terme de leur abandonner la gestion de l'ensemble de l'action nationale.

#### **X.5 Action à assise communautaire**

Finalement, c'est au sein de la communauté que se décide l'issue de l'épidémie de SIDA. Ce sont les individus, et non les institutions qui, en définitive, décident s'ils souhaitent adapter leur comportement sexuel, économique que et social à la menace d'infection par le VIH. Ils ne sont pas seulement les objets d'interventions venues de l'extérieure, mais ils sont les acteurs de la lutte contre le SIDA. C'est pourquoi les actions contre le VIH sont en premier lieu locales: elles supposent la participation des individus là où ils vivent dans leurs foyers, leurs quartiers et leurs lieux de travail.

Les membres de la communauté sont aussi indispensables pour mobiliser localement l'engagement et les fonds nécessaire à une action efficace. Les personnes vivantes avec le VIH/SIDA en particulier ont un rôle de premier plan à jouer, car elles apportent, dès les premières étapes de la planification, une expérience et une perspective unique aux programmes.

Partout dans le monde, des communautés se mobilisent avec succès contre le VIH/SIDA. Les activités réalisées par les projets communautaires sont aussi variées que les peuples et la culture qui composent ces communautés. Certaines d'entre elles sont totalement«

du terroir» et autosuffisante, alors que d'autres ont bénéficié de conseil et de financement externes. Certaines sont accueillies dans des centres religieux, d'autres dans des institutions médicales, d'autre encore dans des centres de quartiers. Elles sont souvent axées sur l'éducation de public, mais porte aussi sur la fourniture de soins, ou encore sur la prévention et d'autres objectifs.

## **X.6 La réforme de politiques sociales pour réduire la vulnérabilité**

La transmission du VIH est associée à des comportements spécifiques de prise de risque. Ces comportements sont influencés par des facteurs sociétaux et personnel qui déterminent la vulnérabilité d'un individu à l'infection. Pour être efficaces, les programmes de réduction des risques doivent être conçus et mis en oeuvre en synergie avec d'autres programme dont le but, à court et à long terme, est d'améliorer la capacité et l'autonomie des personnes particulièrement vulnérables à l'infection par le VIH. Le problème consiste donc à s'attaquer directement aux forces qui, dans la société, déterminent la vulnérabilité de VIH/SIDA. Les questions telles que les inégalités entre les sexes et l'incapacité des femmes à négocier quand, comment et avec qui elles auront des rapports sexuels sont autant de problèmes de politique sociale. La pauvreté chronique et critique des ménages urbains qui finit par entraîner les ruptures et la migration des enfants vers la rue n'est pas un problème qui peut être résolu au seul niveau de la famille ou de la communauté.

Pour s'attaquer aux forces sociétales qui déterminent la vulnérabilité au VIH, il faut un engagement au niveau décisionnel, ainsi qu'une volonté politique et des ressources. Une réforme efficace des politiques sociales est un projet à long terme, mais des mesures mêmes modestes et progressives peuvent transmettre des messages importants en matière d'engagement politique en vue de réduire la vulnérabilité des individus et des communautés à l'infection.

## **X.7 Une action soutenue et à plus long terme**

Une action, même très complète, de lutte contre le VIH/SIDA ne donne pas de résultats immédiats. Il faudra peut-être quatre à cinq ans pour qu'un effet mesurable se produise. C'est pourquoi il faut adopter une approche à long terme suscitant une résistance de la société face au VIH. Commenant par la jeune génération, le renforcement des attitudes et

des comportements à moindre risque va graduellement prémunir toute une génération de la propagation du SIDA et avoir, à terme, un effet important sur l'incidence de l'infection.

Les programmes efficaces sont ceux qui sont caractérisés par une action ciblée et une couverture en augmentation régulière. Tout d'abord, en utilisant les ressources disponibles, il est logique, d'un point de vue stratégique, de cibler l'action sur les populations vulnérables et les régions géographiques d'une urgence. Les planificateurs doivent néanmoins tenir compte de la nécessité de toucher des populations très divers, y compris celles qui seront exposées demain: le risque et la vulnérabilité de l'individu change au cours du temps, à mesure qu'il passe de l'enfance, à l'adolescence puis à l'âge adulte.

Il y a aussi des raisons de penser qu'il faut rester vigilant même lorsque le comportement semble être bien établi. Par exemple, on ne peut compter sur le fait que la génération des jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et qui commencent leur vie sexuelle utilisera de préservatifs simplement parce que la génération précédente a changé ces comportements.

Petit à petit; sans perdre de vue la direction de l'action, il faut élargir cette action jusqu'à obtenir une couverture nationale complète.

## **X.8 Tirer les leçons de l'expérience**

Les actions de prévention et de prise en charge du VIH réalisées au cours des 15 années écoulées ont permis d'accumuler une grande quantité d'expériences. S'il est essentiel, pour chaque pays, de s'approcher son action, il y a des fortes raisons de penser que certaines politiques, stratégies et techniques sont particulièrement efficaces : celles que ONUSIDA appelle «les meilleures pratiques ». Il est utile de s'appuyer sur les meilleures pratiques et de les adapter aux situations locales aussi bien au début d'une action que lorsqu'elle évolue. Il est aussi d'apprendre dans un contexte national.

Les administrations au niveau de district constituent un lien crucial entre les activités locales et nationales. Dans de nombreux pays, le niveau de district est bien placé pour analyser, documenter et diffuser les leçons tirées des actions locales. Ces administrations sont alors en mesure de demander aux autorités nationales, puis de négocier, le changement et les réformes

nécessaires dans des secteurs clés pour soutenir les actions locales. Il existe des multiples « projets » VIH excellents-des interventions réussies qui ont trouvé la recette du succès dans un milieu donné. Ils peuvent adopter une inspiration précieuse aux programmes nationaux.

De même, les programmes nationaux sont en bonne position pour élargir au niveau national des actions entreprises au niveau local en incorporant les leçons de l'expérience locale dans leur planification stratégique et les processus de réforme. Par exemple, les gouvernements pourraient avec profit adopter les modifications de politiques et les approches programmatique qui ont « fait leurs preuves » au niveau local.

## **X .9 Les ressources nécessaires**

La redistribution des priorités nationales doit se traduire par un remaniement de budgets. Certains pays en développement dans lesquels les budgets publics destinés au SIDA ont été accrus de manière importante ont connu le succès notamment le Brésil, la Chine, l'Inde et la Thaïlande. Mais dans le même temps, il est faux de penser que si le fonds destinés au SIDA est limité, l'action contre le SIDA le sera aussi.

Des programmes efficaces doivent trouver les moyens d'associer les partenaires ayant en commun les même buts et objectif et tirer parti des synergies créées entre les programmes de lutte contre le SIDA et les autres programmes. Si l'action nécessaire à la réduction de risque et de la vulnérabilité est réellement intégrée dans la vie de la nation, les coûts directs diminueront, il y aura toutes sortes de retombées positives et la probabilité que les programmes soient viables sera plus grande. Par exemple, il n'est pas très coûteux d'intégrer l'information sur le VIH/les MST et sur les compétences essentielles dans les programmes scolaires, mais les capacités de prise de décision et de négociation qui en résulteront pourraient bien avoir des avantages additionnels tels qu'une baisse des MST, des grossesses non désirées et de la consommation de drogues. De même, lorsqu'on améliore les perspectives éducatives et économiques des jeunes filles dans les zones rurales, on ne réduit pas seulement la transmission du VIH en fournissant des solutions de remplacement au commerce du sexe, mais on contribue aussi au développement durable des campagnes et à l'amélioration de la condition féminine.

Il est parfaitement justifié de réorienter vers le SIDA des ressources déjà prévues pour des fonds sociaux, des projets dans les domaines de l'éducation et de la santé, des infrastructures et de développement rural, étant donné que l'épidémie de SIDA compromet les objectifs mêmes de ces autres investissements.

Même si une aide financière internationale n'est pas toujours nécessaire, elle est cruciale pour de nombreux pays pauvres dont les budgets publics sont limités.

On croit sans doute qu'il est temps maintenant d'examiner la situation de notre pays, Madagascar, en matière de lutte contre le VIH/SIDA.

## **Chapitre 11 Plan d'action, stratégie du Gouvernement Malgache**

Tous les problèmes, toutes les solutions évoquées précédemment ont concerné, en globalité, la situation de l'Afrique subsaharienne. Si on étudie en particulier le cas de Madagascar, l'idée qui tombe au premier plan est de savoir si les autorités malgaches tiennent leurs engagements dans la lutte contre le VIH/SIDA. Mais il paraît implicitement difficile d'intervenir à la stratégie sans le savoir comment l'épidémie se manifeste-t-elle dans la Grande Ile. Ainsi l'analyse de cela débutera par la situation épidémiologique du VIH/SIDA et celle des stratégies nationales, et la gestion de lutte contre le SIDA. On terminera sans doute ce présent travail par les principes directeurs et le cadre stratégique de la lutte.

### **XI.1 L'analyse de la situation**

Elle comprend la situation épidémiologique du VIH/SIDA, l'analyse des stratégies nationales et la gestion de lutte contre le SIDA.

#### **a. situation épidémiologique**

Parmi les 218.310 individus testés, de 1987 à mai 2003, on enregistre 226 cas de séropositifs dont 59 cas de SIDA cumulatif (voir Tableau 4). Cette situation est marquée par une forte tendance à la hausse de la prévalence du VIH, notamment chez les femmes, les jeunes, les ruraux et les travailleurs du sexe.

**Tableau 4 : Personne vivant avec le VIH/SIDA à Madagascar. Nombre cumulatif des cas notifiés de 1987 à mai 2003**

	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	05/03
Sidéens	0	1	3	3	3	4	10	18	22	27	36	37	37	42	45	46	59
Séropositifs	2	5	8	17	25	32	52	74	101	150	163	197	208	219	226	226	226

Source : LNR. Juin 2003, individus testés = 218310

D'après le Tableau 4, les deux premiers cas d'infection ont été dépistés en 1987 à Madagascar. Le taux de séropositivité des prélèvements testés va de 0,05% à 0,09% en 1993 et à 0,3% en 1998. Il a doublé au cours des cinq premières années et a triplé au cours des cinq années suivantes. En d'autres termes, le taux a été respectivement de 1 séropositif pour 2200 testes, 1 séropositif pour 1 140 et 1 séropositif pour 2 200 testes, 1 séropositif pour 1140 et 1 séropositif pour 330.

En Décembre 2001, le système de séro-surveillance a notifié 226 cas de séropositifs sur 218 310 personnes testées, dont 45 cas de SIDA. L'accroissement de la séroprévalence est loin d'être stabilisé car il existe des zones d'ombre en l'absence d'enquête de séroprévalence. Selon l'estimation de l'ONUSIDA. Le nombre de personnes vivant avec le VIH chez les adultes et enfants passent de 100 000, fourchette [50 000 – 180 000], fin 2001, à 140 000, fourchette [68 000 – 250 000], fin 2003. Pour l'adulte de 15 à 45 ans, on a estimé 130 000, fourchette [66 000 – 220 000], fin 2003, dont les taux de prévalence estimé est de 1,7% (voir annexe).

Par ailleurs, une enquête de séro-surveillance de l'infection à VIH chez les patients IST basée sur les techniques d'échantillonnage pour une assurance de qualité d'un lot (LQAS) montre que la prévalence est supérieure à 1% à Toliary, Morondava, Toamasina, Antsiranana et Sainte-Marie, régions à haute potentialité touristique et économique. Ceci dénote de fortes disparités régionales (CNLS).

Notons tout simplement que 10,9% sont des professionnel(les) du sexe, 10,9% sont des agriculteurs ou éleveurs, 6,3% commerçants, 4,2% du secteur hôtelier, 2,5% des élèves/étudiants, 7,0% de ménagères, 2,1% de militaires, 1,8% des marins et 1,8% des chauffeurs (voir Tableau 5). Bref toutes les catégories socioprofessionnelles sont touchées.

**Tableau 5 : Personne vivant avec le VIH/SIDA (1987 à mai 2003) distribution des cas notifiés selon la profession(Madagascar)**

Militaire	2,1%
Ménagère	7,0%
Libéral	1,4%
Enfants	1,8%
Elève/Étudiant	2,5%
Commerçants	6,3%
Chauffeur	1,8%
Autres	5,3%
Société exploitation	1,8%
Secteur maritime	1,8%
Secteur hôtelier	4,2%
Secteur Artisanal	1,1%
Secteur agricole	10,9%
Sans profession	10,9%
Non préciser	38,6%

Source : LNR. Juin2003

Toutes fois, 38, 6% appartient à des groupes professionnels non précisés et 5,3% « autres secteurs ». Autrement dit, le virus circule au niveau des groupes à risque. La promiscuité prévalant dans les entreprises franches favorise la propagation des IST. Le développement du tourisme, très intense depuis le milieu des années 90, s'est accompagné d'un développement du travail de sexe et de la recherche de l'argent facile pour les jeunes filles.

On a constaté aussi que l'examen du statut matrimonial montre que les célibataires sont les plus touchés (30,9%), puis les mariés (8%). Les enfants représentent 2,6%, les veufs / divorcés 5,6%. La situation matrimoniale n'est pas précisée dans 32,9% des cas. Dans l'ensemble elle n'est pas déterminante.

Par contre, les femmes paraient plus touchées que les hommes avec 48,7% contre 42,8% (8,5% ne sont pas précisés) : la vulnérabilité biologique des femmes pour le VIH universellement admise l'expliquerait (CNLS).

L'âge moyen des séropositifs est de 27,2 ans pour les femmes et de 38,4 ans pour les hommes. Ainsi, la jeunesse est le groupe le plus menacé par le SIDA.

Les IST ont toujours été un problème de santé publique à Madagascar, elles font partie intégrante de la lutte contre le SIDA. « Le SIDA, une épidémie au visage de plus en plus féminin, de plus en plus jeune, de plus en plus pauvre » dans la grande île.

#### **b. Analyse des stratégies nationales.**

La lutte contre les IST et le VIH/SIDA des quinze dernières années a paré au plus pressé mais a presque occulté une stratégie de la prise en charge psychosociale des personnes vivant avec le VIH et le SIDA.

Le suivi médical est assuré par les institutions du Ministère de la Santé et la prise en charge psychosociale timidement initiée par certaines ONG. De 1988 à fin 2000, le Ministère de la Santé s'est chargé de la conception de la mise en œuvres et de la mobilisation des ressources du Programme National de la lutte contre le SIDA (PNLS).

Le deuxième plan à moyen terme (PMT2) a été élaboré sur la base du premier plan à moyen terme (PMT1) et des résultats de l'atelier de consensus national sur le VIH/SIDA et les IST tenu en novembre 1995 (CNLS).

Voici donc les axes stratégiques du PMT2 :

- L'intensification de la prévention du VIH/SIDA et des IST par une politique accrue de mobilisation.
- Une plus grande efficacité dans le contrôle des IST
- L'intégration de la lutte contre les IST et le VIH/SIDA dans les soins de santé primaires
- Une coordination plus opérante.

Le PMT2 est axé sur les cinq domaines prioritaires suivants :

- la prévention de la transmission sexuelle du VIH et des IST
- la prévention de la transmission sanguine du VIH et des IST
- la surveillance épidémiologique du VIH et des IST

- la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA
- la gestion de la coordination, le suivi et l'évaluation du PNLS

### **c. Gestion de la lutte contre le SIDA**

Le Ministère de la Santé a eu la responsabilité de la mise en oeuvre du programme SIDA, de la coordination multisectorielle et de la mobilisation des ressources jusqu'en fin 2000.

#### ***Coordination :***

Depuis 1995, la lutte multisectorielle contre le SIDA est effective. Le premier décembre 1995, lors de la célébration de la Journée Mondiale de lutte contre le SIDA, cinq Ministères (celui de la Population, de l'Education Nationale, de la Jeunesse, Sports et des Loisirs, de la Défense, de l'Information, de la Communication et de la Culture), se sont engagés officiellement dans la lutte contre le SIDA, en plus du Ministère de la Santé qui est toujours présent depuis la découverte du premier cas en 1987.

Le service IST/SIDA du Ministère de la Santé qui a joué le rôle de Bureau Central de Coordination du PNLS a assuré la Coordination intra sectorielle et intersectorielle.

Mais, par la suite, cette coordination intersectorielle a posé quelques problèmes au département de la santé.

#### ***Décentralisation :***

Les différents niveaux des structures de l'Etat et des collectivités décentralisées ont été impliqués dans la conception, la mise en oeuvre, le suivi et l'évaluation du PNLS. Des comités régionaux de lutte contre le VIH/ SIDA ont été constitué au niveau des six Provinces. Des responsables régionaux de programmes IST/SIDA ont été désignés. Les équipes de management des districts (EMAD) sont chargées de la mise en oeuvre du PNLS.

#### ***Formation :***

Des sessions de formation ont eu lieu dans les domaines suivants :

- ✓ techniques de dépistage rapide du VIH pour une sécurité transfusionnelle
- ✓ prise en charge syndromique des IST
- ✓ planification par objectifs
- ✓ techniques de communication
- ✓ surveillance de la deuxième génération. Le renforcement des capacités des ONG/ Association et des secteurs autres que la santé a été insuffisant.

## **XI.2 Les principes directeurs :**

La conception et la mise en oeuvre du Programme National de lutte multisectorielle contre le VIH/SIDA prendraient en considération les principes suivants.

### **a. Dans le domaine du partenariat :**

- L'engagement permanent du Chef de l'Etat, du Gouvernement, des leaders politiques, religieux et communautaires indispensables à une réponse nationale et locale sera renforcé
- Le partenariat sera développé à tous les niveaux par le renforcement des moyens octroyés aux acteurs de lutte et des populations pour freiner l'expansion de l'épidémie.
- La décentralisation des activités de lutte contre le VIH/SIDA au niveau des provinces autonomes et promotion de la réponse locale au niveau communal en vue de développer les compétences des populations vis à vis du VIH/SIDA sera effective.
- L'élargissement de la réponse nationale face à l'épidémie à travers une plus grande implication des secteurs autres que la santé de la société civile et des partenaires internationaux sera soutenue.

### **b. Dans le domaine de la prise en charge médicale et sociale des PVVS.**

- Les droits des PVVS seront respectés et leurs responsabilités renforcées.
- Les activités seront développées de façon à rendre permanente et élargie la prévention du SIDA pour améliorer significativement la prise en charge des PVVS, elles seront intégrées

dans les services de santé et les services sociaux existants en vue d'une meilleure accessibilité.

- Les efforts de lutte seront menés de façon participative avec une implication et une obligation de tous les acteurs de la communauté et des PVVS
- Les traitements du SIDA, en particulier les antirétroviraux seront accessibles aux PVVS.

**c. Dans le domaine socio-économique :**

- Le volet lutte contre le SIDA sera intégré dans les projets et le programme socio-économique de développement.
- Les ressources doivent être allouées en tenant compte des facteurs de vulnérabilité des populations touchées par le VIH, de l'impact du SIDA et des priorités en terme de prévention et de prise en charge.

**d. Dans le domaine du dépistage :**

- Le dépistage systématique du VIH et des autres agents infectieux (syphilis, hépatite) sur tous les dons de sang sera assuré sur le territoire national,
- Le test de dépistage du VIH chez toute personne doit être volontaire, entouré d'une confidentialité et accompagné d'un service de CTV.

**XI.3 Les objectifs, les stratégies pour la lutte Contre le VIH/SIDA :**

L' épidémie reste très dynamique , continuant à croître et à se modifier au fur et à mesure que le virus exploite de nouvelles possibilités de transmission .Si nous voulons avoir la moindre chance de pouvoir y répondre de façon efficace , il nous faudra à la fois la traiter comme une urgence et comme un problème de longue haleine pour le développement durable. De cette idée simple , l'épidémie de SIDA est exceptionnelle , elle demande une riposte exceptionnelle qui devra rester souple , créative , énergique et vigilante .

Pour Madagascar, la première action à faire est de maintenir la prévalence du VIH/SIDA en dessous de 1%. La seconde consiste à assurer le bien-être des personnes vivantes avec le VIH grâce à leur prise en charge psychosociale et médicale.

Au niveau des différentes zones identifiées comme à haut risque de propagation du VIH/SIDA, il s'agira de mener des actions visant :

- le renforcement de la prise en charge des IST (traitement syndromique)
- le marketing social du préservatif (accessibilité à moins d'une demi heure de marche)
- l'éducation préventive accès sur la communication pour un changement de comportement et impliquant tous les secteurs parties permanentes de la lutte
- la sécurité transfusionnelle
- la prévention des infections en milieu de soins
- le conseil et test volontaire
- la prise en charge des maladies opportunistes voire la mise à disposition d'Anti-Retro-Viraux (AVR)
- le soutien aux personnes infectées et aux familles/enfants affectés (prise en charge psychosociale) (DSRP)

### *Le cadre stratégique de la lutte*

On présente en annexe l'arbre de la subdivision des axes stratégiques (AS) en objectifs stratégiques (OS). On peut la présenter ci-après sous forme d'un plan.

- **Axe stratégique 1** : Création d'un environnement propice à une lutte multi - sectorielle efficace.

#### **.Objectif stratégique**

- 1.1 : Instaurer un environnement institutionnel, juridique et éthique
- 1.2 : Mettre en place un mécanisme de planification multi sectorielle
- 1.3 : Promouvoir l'implication des leaders dans la lutte

- **Axe stratégique 2** : Amélioration de l'accès aux informations et aux moyens de prévention primaire

#### **.Objectif stratégique**

- 2.1 Promouvoir les comportements à moindre risque face au VIH/SIDA
- 2.2 Améliorer l'accès de la population à l'information et aux méthodes de prévention IST/SIDA
- 2.3 Réduire la prévalence /incidence des IST
- 2.4 Prévenir la transmission par voie sanguine

- **Axe stratégique 3** : Assurance de la qualité de service (individu, famille, communautaire, institutions)

**.Objectif stratégique**

3.1 Assurer la prise en charge médicale des PVVIH

3.2 Assurer la prise en charge psychosociale des PVVIH et autres personnes affectées par le VIH/SIDA

3.3 Réduire la transmission Mère- Enfant du VIH/SIDA

- **Axe stratégique 4** : Renforcement du Suivi & Evaluation de la lutte contre le SIDA

**.Objectif stratégique**

4.1 Mettre en place les structures de suivi et évaluation de la lutte contre le VIH/SIDA

4.2 Capitaliser les données pour la prise de décision

- **Axe stratégique 5** : Développement de la collaboration internationale contre le VIH/SIDA

**.objectif stratégique**

5.1 Contribuer à la mise en oeuvre des initiatives internationales : sous- régionale, et mondiale contre le VIH/SIDA

# CONCLUSION

En guise de conclusion, nous partageons l'idée du secrétaire Général des Nations Unies Kofi A. Annan selon laquelle le SIDA est loin d'être un simple problème médical. Le SIDA est loin d'être un simple problème national, la crise du SIDA est loin d'être terminée. L'analyse et l'examen de l'épidémie et de son ampleur nous permettent de dire que malgré l'effort entrepris par les Gouvernements africains et leurs partenaires bilatérales/multinationales dans la prévention, les soins des patients, la minimisation des risques, de la vulnérabilité des enfants, des femmes, ces derniers risquent encore des victimes de ce fléau. Cette situation s'explique par le fait que le monde entier est tellement inégal. L'aspect social du SIDA nous montre que c'est une épidémie au visage de plus en plus pauvre. Cela ne veut pas dire que l'accapareur des richesses que ce soit national et international n'ait point été affecté par le VIH/SIDA. Bien sûr, des nouvelles épidémies se développent à un rythme alarmant en Asie et en Europe orientale même pour les plus riches de la planète : les Etats Unis et Europe occidentale. Aucune région du monde n'a été épargnée.

Très touchant, l'épidémie de SIDA s'est davantage mondialisée qu'une autre épidémie de notre histoire et nous sommes aujourd'hui témoins de ça « féminisation ». On voit chaque année que le nombre des femmes nouvellement affectées par le VIH va croître à un rythme plus rapide et les taux féminins de nouvelles infections dépassent maintenant les taux masculins. Plus de la moitié des personnes infectées âgées de 15 à 49 ans dans le monde, sont des femmes. Les plus alarmants se trouvent en Afrique subsaharienne dont le pourcentage atteint 60%. Au fait de l'inégalité des sexes, les femmes vivantes avec le VIH ou le SIDA subissent souvent davantage la stigmatisation et la discrimination. Très souvent, les femmes vivent tantôt dans une famille pauvre, tantôt dans un milieu social défavorable. Autrement dit, l'incidence profonde du VIH/SIDA sur la vie des femmes constitue aujourd'hui l'une des préoccupations les plus graves dans le domaine de santé de la reproduction. La conjugaison de certains facteurs sociaux, économiques et biologiques, en plus, des politiques préjudiciables aux droits des femmes, décuple la vulnérabilité des femmes à cette maladie dont le mode de transmission le plus courant reste le contact sexuel. Les femmes souffrent moralement et physiquement de tout cela et la réalité fait voir que la médecine reste relativement impuissante de supprimer l'épidémie.

Face à la dynamique de ces fléaux, les impacts du VIH/SIDA gagnent du terrain et loin de se terminer.

Il est difficile de ne pas croire que le VIH/SIDA, considéré comme un problème de santé, n'ait pas des répercussions sur le développement économique et social. La difficulté la plus réaliste c'est de fournir une évaluation financière précise du coût économique du SIDA. Cela nous veut dire que le SIDA est devenu un enjeu économique majeur. Constatant ainsi, qu'il y ait un fossé existant entre les pays en développement, en particulier l'Afrique subsaharienne, et les pays développés :20 % des dépenses pour le traitement de la maladie sont consacrés aux PED qui concentrent pourtant 80 % du cas. Ainsi, l'analyse et l'étude de la situation de l'Afrique (pauvreté, conflits, situation géographique) nous permettent de dire que ce continent n'est pas en mesure de faire face aux impacts du VIH/SIDA lesquels gagnent pratiquement chaque aspect de la vie sociale et économique, en particulier dans les pays les plus gravement affectés.

Mais malgré toutes ces choses effrayantes, la bonne nouvelle est que le monde entier renforce significativement son engagement et accroît les ressources consacrées à la lutte. Tous les leaders politiques, économiques et sociaux des pays africains ont déjà commencé leurs efforts pour la lutte contre le VIH/SIDA. Pour l'avenir, il ne faudra guère sous estimer l'ampleur, l'impact de cette épidémie. En attendant la découverte d'un vaccin ou médicament curatif, il faut continuer encore la riposte pour la prévention pour ceux qui ne sont pas infectés par le VIH et les soins de ceux vivant avec la maladie. Cependant, alors même que croit le nombre de gouvernements, d'institutions financières et de partenaires qui ripostent au VIH/SIDA, il devient urgent de collaborer mieux avec les pays gravement affectés. Plus particulièrement pour Madagascar, la disponibilité des données statistiques concernant l'épidémiologie du VIH/SIDA dudit pays sera souhaitable afin d'apporter une riposte efficace à cette épidémie.

# BIBLIOGRAPHIE

## Ouvrages :

- Becker G.S “human capital, the university of Chicago press, Chicago
- Bernard DEBRE « Pour une nouvelle stratégie mondiale contre le SIDA » .1996
- Noroarisoa RAVAOZANANY, Mireille RABENORO « Genre et comportement sexuel » octobre 2002
- Pierre Merlin “L’Afrique peut gagner” Editions karthala.2001

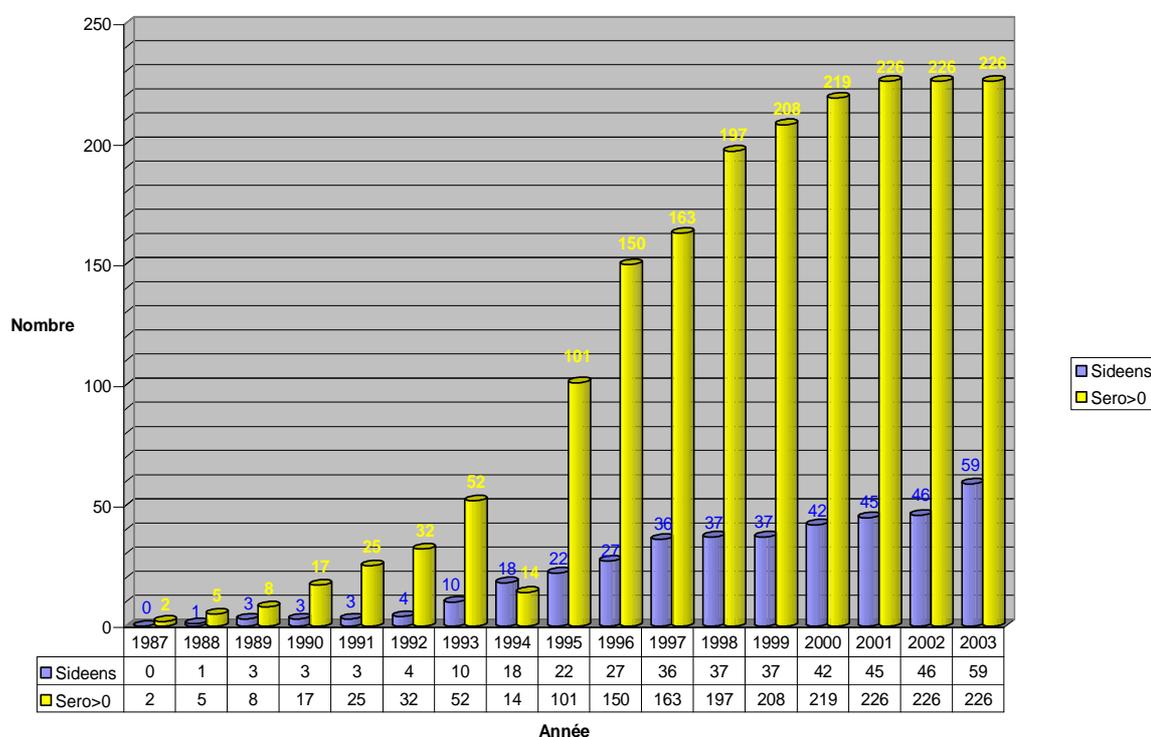
## Rapports :

- ACDI « Les priorités de développement social de l’ACDI » Le VIH/SIDA et les enfants.2004
- ACDI « Les priorités de développement social de l’ACDI : Le VIH/SIDA et son impact sur le développement ».2004
- Banque mondiale « programme plurinational de lutte contre le VIH/SIDA en Afrique AFRHV campagne de lutte contre le SIDA en Afrique.2000
- CNLS « Plan stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA 2001-2006(version nov.2002) Présidence de la République
- FIDA « Actualités » Bulletin du fonds international de développement agricole des nations unies .janvier 2002 n° 10
- FNUAP « Prévenir l’infection par le VIH. Promouvoir la santé en matière de reproduction » la réaction du FNUAP en 2002
- ICAD/CISD « Le VIH/SIDA : Un enjeu pertinent pour le développement ».2004
- IRC « VIH/SIDA, Eau, Assainissement et hygiène » Document thématique. Institut royal. Février 2004
- Ministère de l’Economie des Finances et du Budget « Extrait du DSRP » 10 mars 2003
- OMS « Santé et développement » cinquante deuxième Assemblée mondiale de la santé. Point 4 de l’ordre du jour.1999
- OMS « Evaluation de la stratégie de la santé pour tous d’ici l’an 2000. 7ème rapport sur la situation sanitaire dans le monde. Vol.2, Région africain Bureau régional de l’Afrique

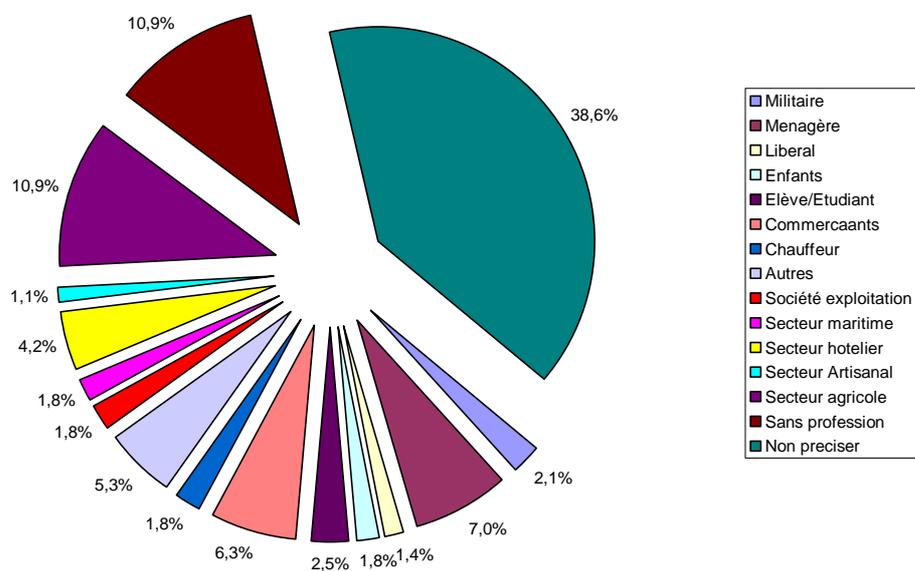
- ONUSIDA « Le rapport de l'ONUSIDA : Une riposte conjointe au SIDA »
- ONUSIDA « mobilité des populations et SIDA » Actualisation avril 2001
- ONUSIDA « pauvreté, dette et SIDA. Comment développer la réaction dette contre le VIH/SIDA »Equipe inter pays pour l'Afrique de l'ouest et du centre
- ONUSIDA « Pauvreté, dette et sida. Intégrer l'épidémie dans les principales activités et mobiliser des ressources additionnelles pour y faire face ». Equipe inter pays pour l'Afrique de l'ouest et du centre.2004
- ONUSIDA « Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA » 4èmé rapport mondiale de l'ONUSIDA.2004
- ONUSIDA « Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA ».1998
- PNUD « Rapport national sur le développement humain Madagascar 2000. Le rôle de la gouvernance et de la décentralisation dans la réduction de la pauvreté ».2002
- PNUD « Rapport mondial sur le développement humain » Economica .2003
- PRB « Face à la pandémie du VIH/SIDA ».Population Référence Bureau-2004
- UNAIDS - The World Bank « Le VIH et le développement humain. L'impact dévastateur du SIDA ».2004
- UNICEF « Combattre le VIH/SIDA. Stratégies pour gagner 2002-2005 » juin 2003

# **ANNEXES**

**Personne vivant avec le VIH/SIDA à MADAGASCAR. Nombre cumulé des cas notifiés de 1987 à mai 2003**



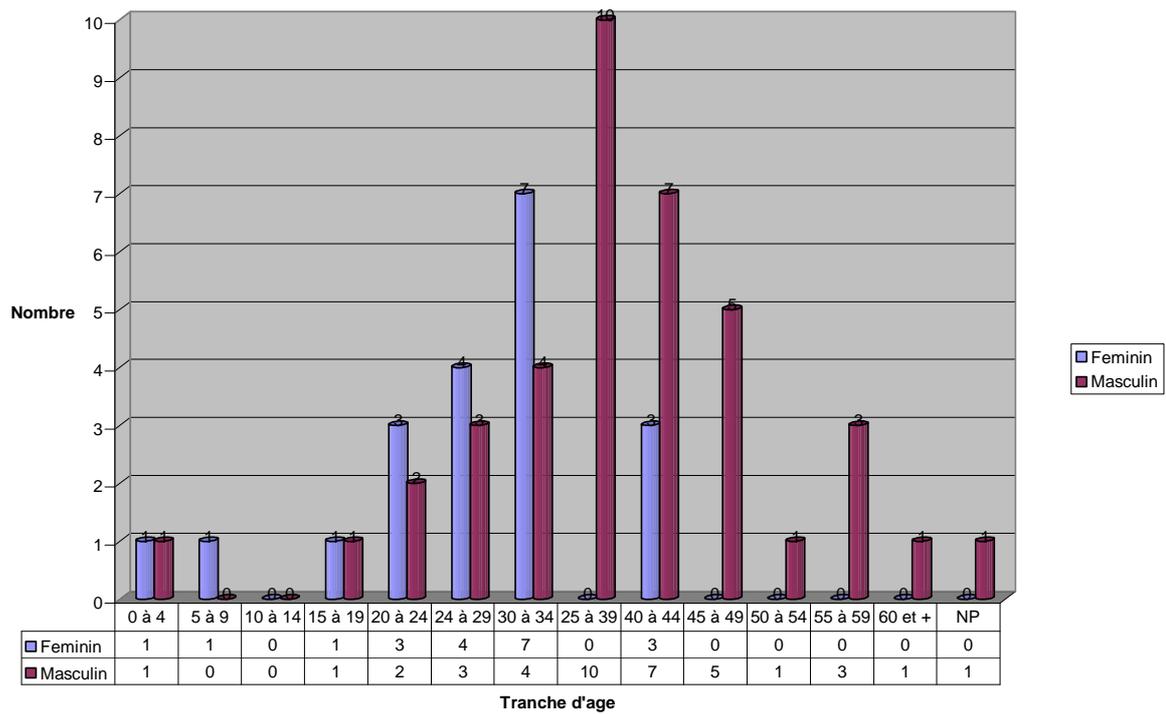
Source : LNR. Juin 2003



Militaire	2,1%
Ménagère	7,0%
Libéral	1,4%
Enfants	1,8%
Elève/Étudiant	2,5%
Commerçants	6,3%
Chauffeur	1,8%
Autres	5,3%
Société exploitation	1,8%
Secteur maritime	1,8%
Secteur hôtelier	4,2%
Secteur Artisanal	1,1%
Secteur agricole	10,9%
Sans profession	10,9%
Non préciser	38,6%

Personne vivant avec le VIH/SIDA (1987 à mai 2003)(Madagascar)

Source : LNR. Juin2003

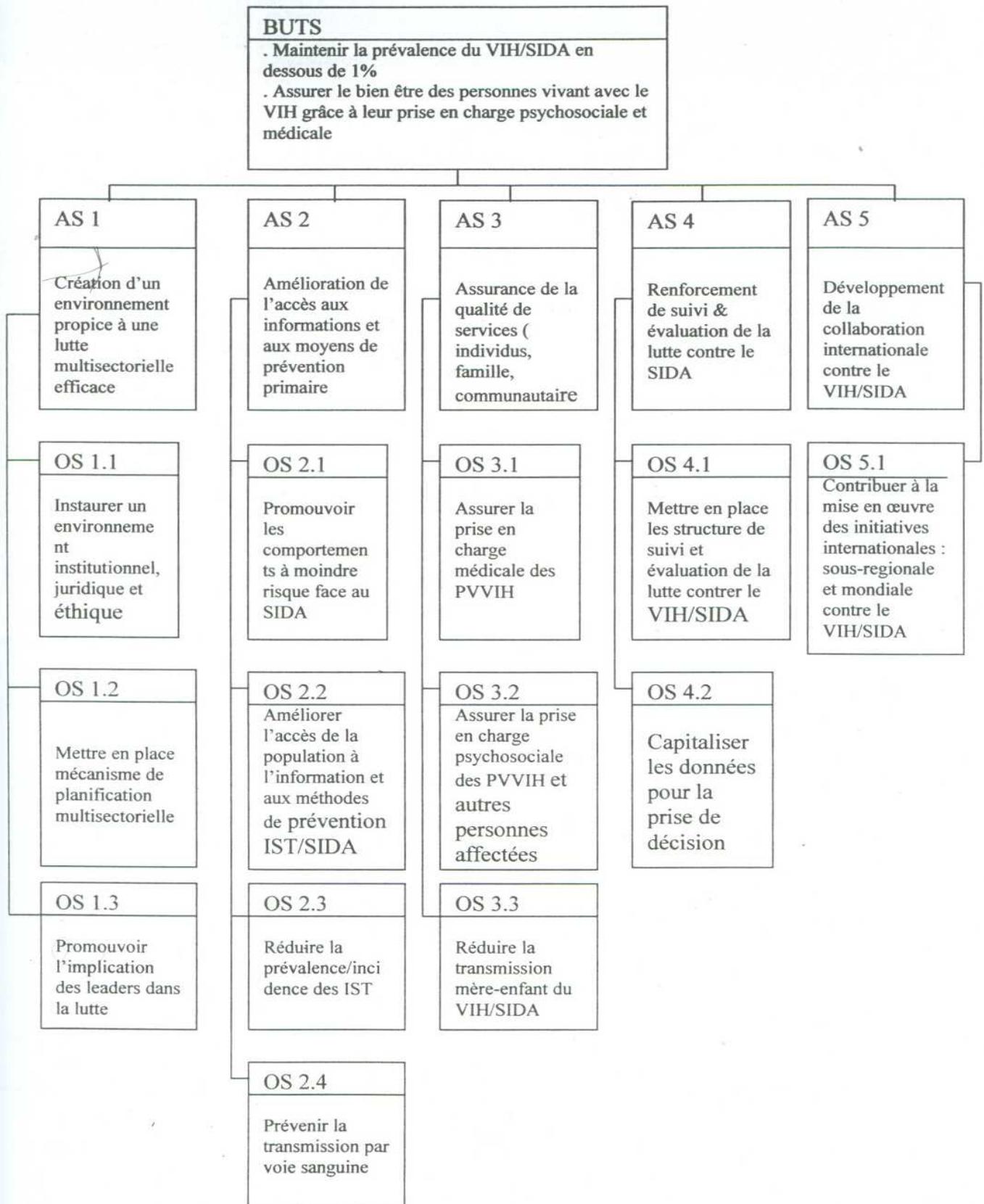


## Cas de SIDA notifié (1987 à mai 2003)(Madagascar)

### Distribution par age et par sexe

Source : LNR. juin 2003

## LE CADRE STRATEGIQUE DE LA LUTTE



## Tableau récapitulatif de l'épidémie d'infection à VIH et de SIDA dans le monde, fin 2003

<p><b>Amérique du Nord</b> 1 000 000 [520 000–1 600 000]</p> <p><b>Caraïbes</b> 430 000 [270 000–760 000]</p> <p><b>Amérique latine</b> 1 600 000 [1 200 000–2 100 000]</p>	<p><b>Europe occidentale</b> 580 000 [460 000–730 000]</p> <p><b>Afrique du Nord &amp; Moyen-Orient</b> 480 000 [200 000–1 400 000]</p> <p><b>Afrique subsaharienne</b> 25 millions [23,1–27,9 millions]</p>	<p><b>Europe orientale &amp; Asie centrale</b> 1 300 000 [860 000–1 900 000]</p> <p><b>Asie de l'Est &amp; Pacifique</b> 900 000 [450 000–1 500 000]</p> <p><b>Asie du Sud &amp; du Sud-Est</b> 6 500 000 [4 100 000–9 600 000]</p> <p><b>Océanie</b> 32 000 [21 000–46 000]</p>
---	--	--

---

Total des adultes et des enfants vivant avec le VIH : 38 millions [35-42 millions]

---

Nombre de personnes vivant avec le VIH	Total	37,8 millions	[34,6–42,3 millions]
	Adultes	35,7 millions	[32,7–39,8 millions]
	Femmes	17 millions	[15,8–18,8 millions]
	Enfants <15 ans	2,1 millions	[1,9–2,5 millions]
Nouveaux cas d'infection à VIH en 2003	Total	4,8 millions	[4,2–6,3 millions]
	Adultes	4,1 millions	[3,6–5,6 millions]
	Enfants <15 ans	630 000	[570 000–740 000]
Décès dus au SIDA en 2003	Total	2,9 millions	[2,6–3,3 millions]
	Adultes	2,4 millions	[2,2–2,7 millions]
	Enfants <15 ans	490 000	[440 000–580 000]

---

Pays	Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH					
	Adultes et enfants, fin 2002		Adultes et enfants, fin 2003		Adultes (15-49) fin 2003	
	Estimation	[estimation inférieure - estimation supérieure]	Estimation	[estimation inférieure - estimation supérieure]	Estimation	[estimation inférieure - estimation supérieure]
Total mondial	37 600 000	[34 600 000 - 42 300 000]	34 900 000	[32 000 000 - 39 000 000]	35 700 000	[32 700 000 - 39 800 000]
Afrique subsaharienne	25 000 000	[23 100 000 - 27 900 000]	23 800 000	[22 000 000 - 26 600 000]	23 100 000	[21 400 000 - 25 700 000]
Afrique du Sud *	5 300 000	[4 500 000 - 6 200 000]	5 900 000	[4 200 000 - 5 600 000]	5 100 000	[4 300 000 - 5 900 000]
Angola	240 000	[97 000 - 600 000]	220 000	[86 000 - 550 000]	220 000	[88 000 - 540 000]
Bénin	68 000	[38 000 - 120 000]	65 000	[36 000 - 110 000]	62 000	[35 000 - 110 000]
Botswana *	350 000	[330 000 - 380 000]	350 000	[330 000 - 380 000]	330 000	[310 000 - 340 000]
Burkina Faso *	300 000	[190 000 - 470 000]	280 000	[180 000 - 440 000]	270 000	[170 000 - 420 000]
Burundi	250 000	[170 000 - 370 000]	240 000	[160 000 - 360 000]	220 000	[150 000 - 320 000]
Cameroun *	560 000	[390 000 - 810 000]	530 000	[370 000 - 770 000]	520 000	[360 000 - 740 000]
Comores	...	...	...	...	...	...
Congo	90 000	[39 000 - 200 000]	90 000	[39 000 - 200 000]	80 000	[34 000 - 180 000]
Côte d'Ivoire	570 000	[390 000 - 820 000]	510 000	[350 000 - 740 000]	530 000	[370 000 - 750 000]
Djibouti	9 100	[2 300 - 24 000]	8 100	[2 400 - 23 000]	8 400	[2 100 - 21 000]
Erythrée	60 000	[21 000 - 170 000]	61 000	[22 000 - 160 000]	55 000	[19 000 - 150 000]
Ethiopie	1 500 000	[950 000 - 2 300 000]	1 300 000	[820 000 - 2 000 000]	1 400 000	[890 000 - 2 100 000]
Gabon	48 000	[24 000 - 91 000]	39 000	[19 000 - 78 000]	45 000	[23 000 - 86 000]
Gambie	6 800	[1 800 - 24 000]	6 700	[1 800 - 24 000]	6 300	[1 700 - 23 000]
Ghana *	350 000	[210 000 - 560 000]	330 000	[200 000 - 540 000]	320 000	[200 000 - 520 000]
Guinée *	140 000	[51 000 - 360 000]	110 000	[40 000 - 310 000]	130 000	[48 000 - 330 000]
Guinée-Bissau	...	...	...	...	...	...
Guinée équatoriale	...	...	...	...	...	...
Kenya	1 200 000	[820 000 - 1 700 000]	1 300 000	[890 000 - 1 800 000]	1 100 000	[760 000 - 1 600 000]
Lesotho *	320 000	[290 000 - 360 000]	320 000	[290 000 - 360 000]	300 000	[270 000 - 330 000]
Libéria	100 000	[47 000 - 220 000]	86 000	[37 000 - 190 000]	96 000	[44 000 - 200 000]
Madagascar	140 000	[68 000 - 250 000]	100 000	[50 000 - 180 000]	130 000	[66 000 - 220 000]
Malawi *	900 000	[700 000 - 1 100 000]	850 000	[660 000 - 1 100 000]	810 000	[650 000 - 1 000 000]
Mali	140 000	[44 000 - 420 000]	130 000	[40 000 - 390 000]	120 000	[40 000 - 380 000]
Maurice	...	...	...	...	...	...
Mauritanie	9 500	[4 500 - 17 000]	8 300	[3 000 - 11 000]	8 900	[4 400 - 15 000]
Mozambique	1 300 000	[980 000 - 1 700 000]	1 200 000	[930 000 - 1 600 000]	1 200 000	[910 000 - 1 500 000]
Namibie	210 000	[180 000 - 250 000]	200 000	[170 000 - 230 000]	200 000	[170 000 - 220 000]
Niger	70 000	[36 000 - 130 000]	56 000	[28 000 - 110 000]	64 000	[34 000 - 120 000]
Nigéria	3 600 000	[2 400 000 - 5 400 000]	3 400 000	[2 200 000 - 5 000 000]	3 300 000	[2 200 000 - 4 900 000]
Ouganda *	530 000	[350 000 - 880 000]	620 000	[420 000 - 980 000]	450 000	[300 000 - 730 000]
République centrafricaine	260 000	[160 000 - 410 000]	250 000	[150 000 - 400 000]	240 000	[150 000 - 380 000]
Rép. démocratique du Congo**	1 100 000	[450 000 - 2 600 000]	1 100 000	[430 000 - 2 500 000]	1 000 000	[410 000 - 2 400 000]
Rép.-Unie de Tanzanie *	1 600 000	[1 200 000 - 2 300 000]	1 600 000	[1 100 000 - 2 200 000]	1 500 000	[1 100 000 - 2 000 000]
Rwanda *	250 000	[170 000 - 380 000]	240 000	[160 000 - 360 000]	230 000	[150 000 - 350 000]
Sénégal *	44 000	[22 000 - 89 000]	40 000	[20 000 - 81 000]	41 000	[21 000 - 83 000]
Sierra Leone	...	...	...	...	...	...
Somalie	...	...	...	...	...	...
Swaziland **	220 000	[210 000 - 230 000]	210 000	[190 000 - 220 000]	200 000	[190 000 - 210 000]
Tchad	200 000	[130 000 - 300 000]	190 000	[120 000 - 290 000]	180 000	[120 000 - 270 000]
Togo	110 000	[67 000 - 170 000]	100 000	[65 000 - 160 000]	96 000	[61 000 - 150 000]
Zambie	920 000	[730 000 - 1 100 000]	890 000	[710 000 - 1 100 000]	830 000	[680 000 - 1 000 000]
Zimbabwe	1 800 000	[1 500 000 - 2 000 000]	1 700 000	[1 500 000 - 2 000 000]	1 600 000	[1 400 000 - 1 900 000]
<b>Asie de l'Est</b>	<b>900 000</b>	<b>[450 000 - 1 500 000]</b>	<b>680 000</b>	<b>[340 000 - 1 100 000]</b>	<b>900 000</b>	<b>[450 000 - 1 500 000]</b>
Chine	840 000	[430 000 - 1 500 000]	660 000	[320 000 - 1 100 000]	830 000	[430 000 - 1 400 000]
Hong Kong R.A.S.	2 600	[1 300 - 4 400]	2 700	[1 300 - 4 400]	2 600	[1 300 - 4 300]
Japon	12 000	[5 700 - 19 000]	12 000	[5 800 - 20 000]	12 000	[5 700 - 19 000]
Mongolie	<500	[<1 000]	<200	[<400]	<500	[<1 000]
République de Corée	8 300	[2 700 - 16 000]	5 600	[1 800 - 11 000]	8 300	[2 700 - 16 000]
Rép. pop. dém. de Corée	...	...	...	...	...	...
<b>Océanie</b>	<b>32 000</b>	<b>[21 000 - 46 000]</b>	<b>24 000</b>	<b>[16 000 - 35 000]</b>	<b>31 000</b>	<b>[21 000 - 45 000]</b>
Australie	14 000	[6 800 - 22 000]	12 000	[6 000 - 20 000]	14 000	[6 600 - 22 000]
Fidji	600	[200 - 1 300]	<500	[<1 000]	600	[200 - 1 200]
Nouvelle-Zélande	1 400	[480 - 2 800]	1 200	[420 - 2 400]	1 400	[500 - 2 800]
Papouasie-Nouvelle-Guinée	16 000	[7 800 - 28 000]	10 000	[4 900 - 17 000]	16 000	[7 700 - 26 000]

## 1. Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH (suite)

Pays	Adultes (15-49), fin 2001		Taux chez l'adulte (15-49), fin 2003 (%)		Taux chez l'adulte (15-49), fin 2001 (%)		Femmes (15-49), fin 2003	
	Estimation	[estimation inférieure – estimation supérieure]	Estimation	[estimation inf. – estimation sup.]	Estimation	[estimation inf. – estimation sup.]	Estimation	[estimation inférieure – estimation supérieure]
<b>Total mondial</b>	<b>32 900 000</b>	<b>[30 200 000 - 36 700 000]</b>	<b>1,1</b>	<b>[1,0 - 1,2]</b>	<b>1,0</b>	<b>[0,9 - 1,1]</b>	<b>17 000 000</b>	<b>[15 800 000 - 18 800 000]</b>
<b>Afrique subsaharienne</b>	<b>22 000 000</b>	<b>[20 400 000 - 24 500 000]</b>	<b>7,5</b>	<b>[6,9 - 8,3]</b>	<b>7,6</b>	<b>[7,0 - 8,5]</b>	<b>13 100 000</b>	<b>[12 200 000 - 14 600 000]</b>
Afrique du Sud *	4 800 000	[4 100 000 - 5 600 000]	21,5	[18,5 - 24,9]	20,9	[17,8 - 24,3]	2 900 000	[2 500 000 - 3 300 000]
Angola	200 000	[78 000 - 490 000]	3,9	[1,6 - 9,4]	3,7	[1,5 - 9,1]	130 000	[50 000 - 300 000]
Bénin	59 000	[34 000 - 100 000]	1,9	[1,1 - 3,3]	1,9	[1,1 - 3,4]	35 000	[20 000 - 62 000]
Botswana *	330 000	[320 000 - 340 000]	37,3	[35,5 - 39,1]	38,0	[36,3 - 39,7]	190 000	[180 000 - 190 000]
Burkina Faso *	250 000	[160 000 - 390 000]	4,2	[2,7 - 6,5]	4,2	[2,7 - 6,5]	150 000	[98 000 - 240 000]
Burundi	220 000	[150 000 - 310 000]	6,0	[4,1 - 8,8]	6,2	[4,3 - 9,0]	130 000	[85 000 - 180 000]
Cameroun *	500 000	[350 000 - 700 000]	6,9	[4,8 - 9,8]	7,0	[4,9 - 9,9]	290 000	[200 000 - 420 000]
Comores	...	...	...	...	...	...	...	...
Congo	80 000	[35 000 - 170 000]	4,9	[2,1 - 11,0]	5,3	[2,3 - 11,5]	45 000	[19 000 - 100 000]
Côte d'Ivoire	480 000	[330 000 - 680 000]	7,0	[4,9 - 10,0]	6,7	[4,7 - 9,6]	300 000	[210 000 - 420 000]
Djibouti	7 500	[2 200 - 21 000]	2,9	[0,7 - 7,5]	2,8	[0,8 - 7,9]	4 700	[1 200 - 12 000]
Erythrée	55 000	[20 000 - 150 000]	2,7	[0,9 - 7,3]	2,8	[1,0 - 7,6]	31 000	[11 000 - 85 000]
Ethiopie	1 200 000	[760 000 - 1 900 000]	4,4	[2,8 - 6,7]	4,1	[2,6 - 6,3]	770 000	[500 000 - 1 200 000]
Gabon	37 000	[18 000 - 73 000]	8,1	[4,1 - 15,3]	6,9	[3,3 - 13,7]	26 000	[13 000 - 48 000]
Gambie	6 300	[1 700 - 22 000]	1,2	[0,3 - 4,2]	1,2	[0,3 - 4,3]	3 600	[970 - 13 000]
Ghana *	310 000	[190 000 - 500 000]	3,1	[1,9 - 5,0]	3,1	[1,9 - 5,1]	180 000	[110 000 - 300 000]
Guinée *	100 000	[37 000 - 280 000]	3,2	[1,2 - 8,2]	2,8	[1,0 - 7,5]	72 000	[27 000 - 190 000]
Guinée-Bissau	...	...	...	...	...	...	...	...
Guinée équatoriale	...	...	...	...	...	...	...	...
Kenya	1 200 000	[830 000 - 1 600 000]	6,7	[4,7 - 9,6]	8,0	[5,8 - 11,1]	720 000	[500 000 - 1 000 000]
Lesotho *	300 000	[270 000 - 330 000]	28,9	[26,3 - 31,7]	29,6	[27,0 - 32,3]	170 000	[150 000 - 190 000]
Libéria	80 000	[35 000 - 180 000]	5,9	[2,7 - 12,4]	5,1	[2,2 - 11,3]	54 000	[25 000 - 110 000]
Madagascar	98 000	[48 000 - 160 000]	1,7	[0,8 - 2,7]	1,3	[0,6 - 2,1]	76 000	[37 000 - 120 000]
Malawi *	770 000	[610 000 - 960 000]	14,2	[11,3 - 17,7]	14,3	[11,4 - 17,9]	460 000	[370 000 - 570 000]
Mali	120 000	[37 000 - 350 000]	1,9	[0,6 - 5,9]	1,9	[0,6 - 5,8]	71 000	[23 000 - 210 000]
Maurice	...	...	...	...	...	...	...	...
Mauritanie	5 900	[2 900 - 9 700]	0,6	[0,3 - 1,1]	0,5	[0,2 - 0,7]	5 100	[2 500 - 8 300]
Mozambique	1 100 000	[870 000 - 1 500 000]	12,2	[9,4 - 15,7]	12,1	[9,4 - 15,6]	670 000	[520 000 - 860 000]
Namibie	190 000	[160 000 - 220 000]	21,3	[18,2 - 24,7]	21,3	[18,2 - 24,7]	110 000	[94 000 - 130 000]
Niger	51 000	[26 000 - 98 000]	1,2	[0,7 - 2,3]	1,1	[0,5 - 2,0]	36 000	[19 000 - 68 000]
Nigéria	3 100 000	[2 100 000 - 4 600 000]	5,4	[3,6 - 8,0]	5,5	[3,7 - 8,1]	1 900 000	[1 200 000 - 2 700 000]
Ouganda *	520 000	[370 000 - 810 000]	4,1	[2,8 - 6,6]	5,1	[3,5 - 7,9]	270 000	[170 000 - 410 000]
République centrafricaine	230 000	[140 000 - 360 000]	13,5	[8,3 - 21,2]	13,5	[8,3 - 21,2]	130 000	[83 000 - 210 000]
Rép. démocratique du Congo**	950 000	[390 000 - 2 200 000]	4,2	[1,7 - 9,9]	4,2	[1,7 - 10,0]	570 000	[230 000 - 1 300 000]
Rép.-Union de Tanzanie *	1 400 000	[1 100 000 - 2 000 000]	8,8	[6,4 - 11,9]	9,0	[6,6 - 12,2]	840 000	[610 000 - 1 100 000]
Rwanda *	220 000	[140 000 - 320 000]	5,1	[3,4 - 7,6]	5,1	[3,4 - 7,6]	130 000	[86 000 - 200 000]
Sénégal *	38 000	[19 000 - 76 000]	0,8	[0,4 - 1,7]	0,8	[0,4 - 1,6]	23 000	[12 000 - 47 000]
Sierra Leone	...	...	...	...	...	...	...	...
Somalie	...	...	...	...	...	...	...	...
Swaziland **	190 000	[180 000 - 200 000]	38,8	[37,2 - 40,4]	38,2	[36,5 - 39,8]	110 000	[110 000 - 120 000]
Tchad	170 000	[110 000 - 260 000]	4,8	[3,1 - 7,2]	4,9	[3,2 - 7,4]	100 000	[66 000 - 150 000]
Togo	94 000	[61 000 - 140 000]	4,1	[2,7 - 6,4]	4,3	[2,8 - 6,6]	54 000	[35 000 - 84 000]
Zambie	800 000	[660 000 - 970 000]	16,5	[13,5 - 20,0]	16,7	[13,6 - 20,2]	470 000	[380 000 - 570 000]
Zimbabwe	1 600 000	[1 400 000 - 1 800 000]	24,6	[21,7 - 27,8]	24,9	[22,0 - 28,1]	930 000	[820 000 - 1 000 000]
<b>Asie de l'Est</b>	<b>670 000</b>	<b>[340 000 - 1 100 000]</b>	<b>0,1</b>	<b>[0,1 - 0,2]</b>	<b>0,1</b>	<b>[0,1 - 0,2]</b>	<b>200 000</b>	<b>[100 000 - 320 000]</b>
Chine	650 000	[320 000 - 1 100 000]	0,1	[0,1 - 0,2]	0,1	[0,0 - 0,2]	190 000	[95 000 - 320 000]
Hong Kong R.A.S.	2 600	[1 300 - 4 300]	0,1	[<0,2]	0,1	[<0,2]	900	[400 - 1 400]
Japon	12 000	[5 800 - 19 000]	<0,1	[<0,2]	<0,1	[<0,2]	2 900	[1 400 - 4 800]
Mongolie	<200	[<400]	<0,1	[<0,2]	<0,1	[<0,2]	<200	[<400]
République de Corée	5 600	[1 800 - 11 000]	<0,1	[<0,2]	<0,1	[<0,2]	900	[300 - 1 800]
Rép. pop. dém. de Corée	...	...	...	...	...	...	...	...
<b>Océanie</b>	<b>24 000</b>	<b>[16 000 - 34 000]</b>	<b>0,2</b>	<b>[0,1 - 0,3]</b>	<b>0,2</b>	<b>[0,1 - 0,3]</b>	<b>6 100</b>	<b>[3 600 - 9 200]</b>
Australie	12 000	[5 900 - 20 000]	0,1	[0,1 - 0,2]	0,1	[0,1 - 0,2]	1 000	[500 - 1 600]
Fidji	500	[200 - 900]	0,1	[0,0 - 0,2]	0,1	[0,0 - 0,2]	<200	[<400]
Nouvelle-Zélande	1 200	[400 - 2 400]	0,1	[<0,2]	0,1	[<0,2]	<200	[<400]
Papouasie-Nouvelle-Guinée	10 000	[4 900 - 18 000]	0,6	[0,3 - 1,0]	0,4	[0,2 - 0,7]	4 800	[2 400 - 7 900]

1. Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH (suite)

Pays	Femmes (15-49), fin 2001		Enfants (0-14), fin 2003		Enfants (0-14), fin 2001		F
	Estimation	[estimation inférieure – estimation supérieure]	Estimation	[estimation inférieure – estimation supérieure]	Estimation	[estimation inférieure – estimation supérieure]	
<b>Total mondial</b>	<b>15 700 000</b>	<b>[14 600 000 - 17 400 000]</b>	<b>2 100 000</b>	<b>[1 900 000 - 2 500 000]</b>	<b>2 000 000</b>	<b>[1 800 000 - 2 300 000]</b>	<b>T</b>
<b>Afrique subsaharienne</b>	<b>12 500 000</b>	<b>[11 600 000 - 13 900 000]</b>	<b>1 900 000</b>	<b>[1 700 000 - 2 200 000]</b>	<b>1 800 000</b>	<b>[1 600 000 - 2 100 000]</b>	<b>A</b>
Afrique du Sud *	2 700 000	[2 300 000 - 3 200 000]	230 000	[150 000 - 340 000]	190 000	[130 000 - 280 000]	A
Angola	110 000	[44 000 - 280 000]	23 000	[8 600 - 61 000]	20 000	[7 500 - 54 000]	A
Bénin	34 000	[19 000 - 59 000]	5 700	[2 900 - 11 000]	5 100	[2 600 - 10 000]	A
Botswana *	190 000	[180 000 - 190 000]	25 000	[17 000 - 36 000]	22 000	[15 000 - 33 000]	E
Burkina Faso *	140 000	[91 000 - 220 000]	31 000	[18 000 - 56 000]	31 000	[18 000 - 56 000]	E
Burundi	120 000	[84 000 - 180 000]	27 000	[16 000 - 45 000]	26 000	[15 000 - 44 000]	E
Cameroun *	280 000	[200 000 - 400 000]	43 000	[26 000 - 72 000]	39 000	[23 000 - 64 000]	E
Comores	...	...	...	...	...	...	C
Congo	45 000	[20 000 - 99 000]	10 000	[4 200 - 26 000]	11 000	[4 400 - 26 000]	C
Côte d'Ivoire	270 000	[190 000 - 380 000]	40 000	[24 000 - 67 000]	38 000	[23 000 - 64 000]	C
Djibouti	4 200	[1 200 - 12 000]	680	[210 - 2 400]	570	[200 - 2 300]	C
Erythrée	31 000	[11 000 - 84 000]	5 600	[1 900 - 17 000]	5 400	[1 800 - 16 000]	D
Ethiopie	670 000	[430 000 - 1 000 000]	120 000	[69 000 - 220 000]	110 000	[60 000 - 190 000]	E
Gabon	21 000	[10 000 - 41 000]	2 500	[1 200 - 5 300]	2 000	[900 - 4 400]	E
Gambie	3 500	[1 000 - 12 000]	500	[100 - 1 900]	<500	[<1 600]	G
Ghana *	170 000	[110 000 - 280 000]	24 000	[9 600 - 36 000]	22 000	[12 000 - 41 000]	G
Guinée *	59 000	[21 000 - 160 000]	9 200	[3 300 - 26 000]	7 300	[2 500 - 22 000]	G
Guinée-Bissau	...	...	...	...	...	...	G
Guinée équatoriale	...	...	...	...	...	...	G
Kenya	750 000	[540 000 - 1 000 000]	100 000	[61 000 - 170 000]	100 000	[63 000 - 170 000]	G
Lesotho *	170 000	[150 000 - 180 000]	22 000	[15 000 - 32 000]	20 000	[13 000 - 29 000]	K
Libéria	45 000	[20 000 - 99 000]	8 000	[3 400 - 19 000]	6 400	[2 600 - 16 000]	L
Madagascar	55 000	[27 000 - 91 000]	8 600	[2 500 - 30 000]	6 000	[1 600 - 22 000]	L
Malawi *	440 000	[350 000 - 540 000]	83 000	[54 000 - 130 000]	77 000	[50 000 - 120 000]	M
Mali	65 000	[21 000 - 200 000]	13 000	[3 900 - 42 000]	12 000	[3 500 - 38 000]	M
Maurice	...	...	...	...	...	...	M
Mauritanie	3 300	[1 600 - 5 500]	...	...	...	...	M
Mozambique	640 000	[490 000 - 820 000]	99 000	[63 000 - 160 000]	87 000	[55 000 - 140 000]	M
Namibie	100 000	[90 000 - 120 000]	15 000	[10 000 - 22 000]	12 000	[8 200 - 18 000]	M
Niger	29 000	[15 000 - 56 000]	5 900	[2 800 - 12 000]	4 500	[2 100 - 9 700]	N
Nigéria	1 800 000	[1 200 000 - 2 600 000]	290 000	[170 000 - 500 000]	260 000	[150 000 - 450 000]	N
Ouganda *	310 000	[210 000 - 460 000]	84 000	[46 000 - 150 000]	97 000	[54 000 - 160 000]	N
République centrafricaine	130 000	[80 000 - 200 000]	21 000	[11 000 - 38 000]	19 000	[10 000 - 35 000]	O
Rép. démocratique du Congo **	540 000	[220 000 - 1 300 000]	110 000	[42 000 - 280 000]	100 000	[40 000 - 270 000]	R
Rép.-Unie de Tanzanie *	820 000	[600 000 - 1 100 000]	140 000	[65 000 - 230 000]	130 000	[83 000 - 220 000]	R
Rwanda *	120 000	[81 000 - 180 000]	22 000	[12 000 - 37 000]	20 000	[12 000 - 35 000]	R
Sénégal *	21 000	[10 000 - 43 000]	3 100	[1 400 - 6 800]	2 700	[1 200 - 5 900]	R
Sierra Leone	...	...	...	...	...	...	S
Somalie	...	...	...	...	...	...	S
Swaziland **	110 000	[100 000 - 110 000]	16 000	[11 000 - 23 000]	14 000	[9 400 - 20 000]	S
Tchad	97 000	[64 000 - 150 000]	18 000	[10 000 - 32 000]	16 000	[9 400 - 29 000]	S
Togo	53 000	[34 000 - 82 000]	9 300	[5 200 - 17 000]	8 700	[4 900 - 15 000]	T
Zambie	450 000	[370 000 - 550 000]	85 000	[56 000 - 130 000]	84 000	[55 000 - 130 000]	T
Zimbabwe	900 000	[790 000 - 1 000 000]	120 000	[84 000 - 180 000]	120 000	[83 000 - 180 000]	Z
<b>Asie de l'Est</b>	<b>140 000</b>	<b>[69 000 - 220 000]</b>	<b>7 700</b>	<b>[2 700 - 22 000]</b>	<b>5 300</b>	<b>[1 800 - 16 000]</b>	<b>Z</b>
Chine	130 000	[65 000 - 220 000]	...	...	...	...	As
Hong Kong R.A.S.	800	[400 - 1 300]	...	...	...	...	C
Japon	2 700	[1 300 - 4 500]	...	...	...	...	H
Mongolie	<200	[<400]	...	...	...	...	Ja
République de Corée	600	[200 - 1 100]	...	...	...	...	Me
Rép. pop. dém. de Corée	...	...	...	...	...	...	R
<b>Océanie</b>	<b>4 000</b>	<b>[2 400 - 5 900]</b>	<b>600</b>	<b>[&lt;2 000]</b>	<b>400</b>	<b>[&lt;1 200]</b>	<b>R</b>
Australie	800	[400 - 1 300]	...	...	...	...	O
Fidji	<200	[<400]	...	...	...	...	A
Nouvelle-Zélande	<200	[<400]	...	...	...	...	F
Papouasie-Nouvelle-Guinée	2 900	[1 400 - 4 800]	...	...	...	...	No

## Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA 2004

Pays	2. Décès dus au SIDA				3. Orphelins du SIDA			
	Nombre de décès chez les adultes et les enfants, fin 2003		Nombre de décès chez les adultes et les enfants, fin 2001		Orphelins (0-17) en vie, 2003		Orphelins (0-17) en vie, 2001	
	Estimation	[estimation inférieure - estimation supérieure]	Estimation	[estimation inférieure - estimation supérieure]	Estimation	[estimation inférieure - estimation supérieure]	Estimation	[estimation inférieure - estimation supérieure]
<b>Total mondial</b>	<b>2 900 000</b>	<b>[2 600 000 - 3 300 000]</b>	<b>2 500 000</b>	<b>[2 300 000 - 2 800 000]</b>	<b>15 000 000</b>	<b>[13 000 000 - 18 000 000]</b>	<b>11 500 000</b>	<b>[10 000 000 - 14 000 000]</b>
<b>Afrique subsaharienne</b>	<b>2 200 000</b>	<b>[2 000 000 - 2 500 000]</b>	<b>1 900 000</b>	<b>[1 700 000 - 2 200 000]</b>	<b>12 100 000</b>	<b>[11 000 000 - 13 400 000]</b>	<b>9 600 000</b>	<b>[8 800 000 - 10 700 000]</b>
Afrique du Sud *	370 000	[270 000 - 520 000]	270 000	[190 000 - 390 000]	1 100 000	[710 000 - 1 500 000]	660 000	[440 000 - 940 000]
Angola	21 000	[9 600 - 45 000]	18 000	[8 500 - 40 000]	110 000	[74 000 - 160 000]	87 000	[58 000 - 120 000]
Bénin	5 800	[3 400 - 10 000]	4 900	[2 800 - 8 600]	34 000	[23 000 - 48 000]	25 000	[17 000 - 36 000]
Botswana *	33 000	[25 000 - 43 000]	28 000	[21 000 - 37 000]	120 000	[84 000 - 180 000]	95 000	[63 000 - 140 000]
Burkina Faso *	29 000	[18 000 - 47 000]	30 000	[19 000 - 48 000]	260 000	[180 000 - 370 000]	240 000	[160 000 - 340 000]
Burundi	25 000	[16 000 - 39 000]	25 000	[16 000 - 38 000]	200 000	[130 000 - 280 000]	170 000	[120 000 - 250 000]
Cameroun *	49 000	[32 000 - 74 000]	41 000	[26 000 - 63 000]	240 000	[160 000 - 340 000]	170 000	[110 000 - 240 000]
Comores	...	...	...	...	...	...	...	...
Congo	9 700	[4 900 - 20 000]	10 000	[5 100 - 20 000]	97 000	[65 000 - 140 000]	87 000	[59 000 - 120 000]
Côte d'Ivoire	47 000	[30 000 - 72 000]	43 000	[28 000 - 66 000]	310 000	[200 000 - 440 000]	270 000	[180 000 - 390 000]
Djibouti	690	[320 - 1 900]	550	[300 - 1 800]	5 000	[3 400 - 7 200]	4 100	[2 700 - 5 800]
Erythrée	6 300	[2 900 - 14 000]	5 800	[2 700 - 13 000]	39 000	[26 000 - 55 000]	28 000	[19 000 - 41 000]
Ethiopie	120 000	[74 000 - 190 000]	100 000	[58 000 - 180 000]	720 000	[480 000 - 1 000 000]	560 000	[370 000 - 790 000]
Gabon	3 000	[1 500 - 5 700]	2 200	[1 100 - 4 500]	14 000	[9 300 - 20 000]	10 000	[6 900 - 15 000]
Gambie	600	[200 - 1 500]	<500	[<1 200]	2 000	[1 500 - 3 200]	1 500	[900 - 2 100]
Ghana *	30 000	[18 000 - 49 000]	26 000	[16 000 - 42 000]	170 000	[120 000 - 250 000]	140 000	[91 000 - 190 000]
Guinée *	9 000	[4 000 - 20 000]	6 900	[3 000 - 16 000]	35 000	[23 000 - 50 000]	25 000	[17 000 - 35 000]
Guinée-Bissau	...	...	...	...	...	...	...	...
Guinée équatoriale	...	...	...	...	...	...	...	...
Kenya	150 000	[89 000 - 200 000]	140 000	[87 000 - 190 000]	650 000	[430 000 - 930 000]	500 000	[340 000 - 720 000]
Lesotho *	29 000	[22 000 - 39 000]	24 000	[18 000 - 33 000]	100 000	[68 000 - 150 000]	68 000	[46 000 - 97 000]
Libéria	7 200	[3 500 - 15 000]	5 900	[2 800 - 12 000]	36 000	[24 000 - 52 000]	28 000	[19 000 - 40 000]
Madagascar	7 500	[3 200 - 16 000]	4 900	[2 100 - 11 000]	30 000	[20 000 - 42 000]	18 000	[12 000 - 25 000]
Malawi *	84 000	[58 000 - 120 000]	75 000	[52 000 - 110 000]	500 000	[330 000 - 710 000]	390 000	[260 000 - 560 000]
Mali	12 000	[5 100 - 29 000]	11 000	[4 500 - 26 000]	75 000	[50 000 - 110 000]	59 000	[40 000 - 85 000]
Maurice	...	...	...	...	...	...	...	...
Mauritanie	<500	[<1 000]	<500	[<1 000]	2 000	[1 100 - 2 300]	1 000	[700 - 1 400]
Mozambique	110 000	[74 000 - 160 000]	89 000	[60 000 - 130 000]	470 000	[310 000 - 670 000]	330 000	[220 000 - 470 000]
Nambie	16 000	[11 000 - 22 000]	11 000	[7 900 - 16 000]	57 000	[38 000 - 81 000]	33 000	[22 000 - 48 000]
Niger	4 800	[2 300 - 9 800]	3 600	[1 700 - 7 600]	24 000	[16 000 - 35 000]	16 000	[11 000 - 23 000]
Nigéria	310 000	[200 000 - 490 000]	260 000	[160 000 - 410 000]	1 800 000	[1 200 000 - 2 600 000]	1 300 000	[890 000 - 1 900 000]
Ouganda *	78 000	[54 000 - 120 000]	94 000	[66 000 - 140 000]	940 000	[630 000 - 1 400 000]	910 000	[610 000 - 1 300 000]
République centrafricaine	23 000	[13 000 - 40 000]	20 000	[12 000 - 35 000]	110 000	[77 000 - 160 000]	90 000	[60 000 - 130 000]
Rép. démocratique du Congo**	100 000	[50 000 - 220 000]	100 000	[48 000 - 210 000]	770 000	[520 000 - 1 100 000]	680 000	[450 000 - 970 000]
Rép.-Unie de Tanzanie *	160 000	[110 000 - 230 000]	150 000	[98 000 - 220 000]	980 000	[660 000 - 1 400 000]	790 000	[530 000 - 1 100 000]
Rwanda *	22 000	[14 000 - 36 000]	21 000	[14 000 - 34 000]	160 000	[110 000 - 240 000]	160 000	[110 000 - 230 000]
Sénégal *	3 500	[1 900 - 6 500]	2 800	[1 500 - 5 300]	17 000	[12 000 - 25 000]	12 000	[8 200 - 18 000]
Sierra Leone	...	...	...	...	...	...	...	...
Somalie	...	...	...	...	...	...	...	...
Swaziland **	17 000	[13 000 - 23 000]	13 000	[9 900 - 18 000]	65 000	[43 000 - 93 000]	44 000	[30 000 - 63 000]
Tchad	18 000	[11 000 - 28 000]	16 000	[9 900 - 25 000]	96 000	[64 000 - 140 000]	73 000	[49 000 - 100 000]
Togo	10 000	[6 400 - 16 000]	8 900	[5 600 - 14 000]	54 000	[36 000 - 77 000]	37 000	[25 000 - 53 000]
Zambie	89 000	[63 000 - 130 000]	88 000	[62 000 - 120 000]	630 000	[420 000 - 910 000]	570 000	[380 000 - 810 000]
Zimbabwe	170 000	[130 000 - 230 000]	160 000	[120 000 - 220 000]	980 000	[660 000 - 1 400 000]	830 000	[560 000 - 1 200 000]
<b>Asie de l'Est</b>	<b>44 000</b>	<b>[22 000 - 75 000]</b>	<b>31 000</b>	<b>[15 000 - 52 000]</b>				
Chine	44 000	[21 000 - 75 000]	30 000	[15 000 - 51 000]				
Hong Kong R.A.S.	<200	[<400]	<200	[<400]				
Japon	<500	[<1 000]	<500	[<1 000]				
Mongolie	<200	[<400]	<200	[<400]				
République de Corée	<200	[<400]	<200	[<400]				
Rép. pop. dém. de Corée	...	...	...	...				
<b>Océanie</b>	<b>700</b>	<b>[&lt;1 300]</b>	<b>400</b>	<b>[&lt;800]</b>				
Australie	<200	[<400]	<200	[<400]				
Fidji	<200	[<400]	<200	[<400]				
Nouvelle-Zélande	<200	[<400]	<200	[<400]				
Papouasie-Nouvelle-Guinée	600	[200 - 1 200]	<500	[<1 000]				

Pays	4. Prévalence du VIH (%) chez les jeunes femmes enceintes (15-24) dans la capitale		5. Prévalence du VIH (%) dans les groupes à haut risque, dans la capitale				6. Indicateurs de connaissance et de comportement			
	Année	Médiane	Consommateurs de drogues injectables		Professionnel(le)s du sexe		Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes		Savent qu'une personne apparemment saine peut être infectée par le VIH (%) (15-24)	
			Année	Médiane	Année	Médiane	Année	Médiane	Femmes	Hommes
<b>Total mondial</b>										
<b>Afrique subsaharienne</b>										
Afrique du Sud *	2002	24,0	...	...	...	...	...	...	54	...
Angola	...	...	...	...	2002	33,3	...	...	...	...
Bénin	2002	2,3	...	...	2001	60,5	...	...	56	69
Botswana *	2003	32,9	...	...	...	...	...	...	81	76
Burkina Faso *	2002	2,3	...	...	...	...	...	...	42 v	64 v
Burundi	2002	13,6	...	...	...	...	...	...	66	...
Cameroun *	2002	7,0	...	...	...	...	...	...	57	63
Comores	...	...	...	...	...	...	...	...	55	...
Congo	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Côte d'Ivoire	2002	5,2	...	...	...	...	...	...	64	67
Djibouti	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Erythrée	...	...	...	...	...	...	...	...	79	...
Ethiopie	2003	11,7	...	...	...	...	...	...	39	54
Gabon	...	...	...	...	...	...	...	...	72	81
Gambie	...	...	...	...	...	...	...	...	53	...
Ghana *	2003	3,9	...	...	...	...	...	...	71	77
Guinée *	...	...	...	...	2001	39,7	...	...	60	56
Guinée-Bissau	...	...	...	...	...	...	...	...	31	...
Guinée équatoriale	...	...	...	...	...	...	...	...	46	...
Kenya	...	...	...	...	2000	25,5	...	...	74	80
Lesotho *	2003	27,8	...	...	...	...	...	...	46	...
Libéria	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Madagascar	...	...	...	...	2001	0,2	...	...	27	...
Malawi *	2003	18,0	...	...	...	...	...	...	84	89
Mali	2003	2,2	...	...	2000	21,0	...	...	46	59
Maurice	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Mauritanie	...	...	...	...	...	...	...	...	30	39
Mozambique	2002	14,7	...	...	...	...	...	...	62	71
Namibie	...	...	...	...	...	...	...	...	82	67
Niger	...	...	...	...	...	...	...	...	37	41
Nigéria	2003	4,2	...	...	...	...	...	...	45	51
Ouganda *	2001	10,0	...	...	...	...	...	...	76	83
République centrafricaine	2002	14,0	...	...	...	...	...	...	46	...
Rép. démocratique du Congo**	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Rép.-Union de Tanzanie *	2002	7,0	...	...	...	...	...	...	65	68
Rwanda *	2002	11,6	...	...	...	...	...	...	64	69
Sénégal *	2002	1,1	...	...	2002	14,2	...	...	46	...
Sierra Leone	...	...	...	...	...	...	...	...	35	...
Somalie	...	...	...	...	...	...	...	...	13	...
Swaziland **	2002	39,0	...	...	...	...	...	...	81	...
Tchad	2003	4,8	...	...	...	...	...	...	28	...
Togo	2003	9,1	...	...	...	...	...	...	66	73
Zambie	2002	22,1	...	...	...	...	...	...	74	73
Zimbabwe	...	...	...	...	...	...	...	...	74	83
<b>Asie de l'Est</b>										
Chine	...	...	2000	0,0	2000	0,2	...	...	...	...
Hong Kong R.A.S.	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Japon	...	...	...	...	...	...	2000	2,9	...	...
Mongolie	...	...	...	...	...	...	...	...	57	...
République de Corée	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Rép. pop. dém. de Corée	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
<b>Océanie</b>										
Australie	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Fidji	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Nouvelle-Zélande	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Papouasie-Nouvelle-Guinée	...	...	...	...	2000	16,0	...	...	...	...



- *Nom : ANDRIANIRINA*
- *Prénom : Zanajoelisoa*
- *Titre : « VIH et SIDA : un fardeau pour le développement durable. La lutte contre l'épidémie et le recul de la pauvreté : cas de l'Afrique subsaharienne »*
- *Pagination :83*
- *Nombre de tableaux :5*
- *Nombre de graphiques :10*

### **RESUME**

*Tous les gouvernements de l'Afrique consacrent leur effort à lutter contre la pauvreté. Au cours des deux décennies, cette lutte s'oriente plus particulièrement à la riposte à l'épidémie de SIDA. En effet, la situation de ce continent se dégrade au fur et à mesure que se propage l'épidémie.*

*La situation socio-économique de la population laisse à désirer notamment l'espérance de vie à la naissance des populations vulnérables, les femmes et les enfants. Cependant, une chose est sûre, le pire n'est pas encore arrivé ; le nombre de patients malades du SIDA ayant accès aux médicaments antirétroviraux commence à augmenter et l'espoir renaît avec l'intégration de la lutte contre le VIH/SIDA dans les plans et programmes de la réduction de la pauvreté et développement à long terme.*

- *Spécialité : Economie sociale*
- *Rubrique : VIH/SIDA et développement*
- *Mots clés : VIH/SIDA, santé, pauvreté, développement, population vulnérable, stratégie, impacts de l'épidémie.*
- *Directeur de mémoire : Monsieur RAKOTOMAVO José Alex, Enseignant chercheur du département Economie.*
- *Adresse de l'auteur : Bloc 407 CD Cité Universitaire Ambatomaro.*