

La diffusion du sida et son impact sur la croissance démographique

Benoît FERRY

Directeur de recherche à l'IRD (ex-ORSTOM)

Démographe au CEPED

Selon ONUSIDA¹, depuis le début de l'épidémie il y a une vingtaine d'années, plus de 47 millions de personnes au total ont été infectées par le VIH. Bien que le virus agisse lentement et que plus d'une dizaine d'années s'écoulent parfois avant la survenue de la maladie et du décès, le VIH a déjà causé la mort de près de 14 millions d'adultes et d'enfants. Le Sida aurait fait 2,5 millions de victimes en 1998.

A l'heure actuelle, plus de 95 % des personnes infectées par le VIH vivent dans le monde en développement. C'est là aussi que sont survenus 95 % des décès causés par le Sida jusqu'à présent, principalement chez les jeunes adultes, qui, sinon, auraient atteint leur plus grand potentiel en matière de productivité et de procréation. Les multiples conséquences de ces décès provoquent une situation de crise en certains points du globe. Diminution des chances de survie des enfants, effondrement de l'espérance de vie, systèmes de santé débordés, augmentation du nombre d'orphelins, mauvais bilans économiques : le Sida n'a jamais représenté un aussi grand péril pour le développement.

Certains ont dit que le Sida allait décimer certaines populations, en Afrique notamment, qu'il allait résoudre le problème des très forts taux d'accroissement naturel dans le monde et qu'il n'y avait pas à se préoccuper de l'avenir démographique de la planète. L'ensemble des analyses démontre que la population des pays en développement va continuer

Si l'on fait le bilan du Sida dans le monde, l'Afrique, située à l'épicentre de la pandémie, dépasse de très loin les autres régions. Depuis le début de l'épidémie, 83% des décès par Sida ont été enregistrés dans cette région. Neuf enfants de moins de 15 ans sur 10 qui ont été infectés en 1998 vivaient en Afrique. Au moins 95% des orphelins que fait le Sida dans le monde sont africains. Pourtant, l'Afrique sub-saharienne n'abrite qu'un dixième de la population mondiale. Depuis le début de l'épidémie l'Afrique a été la plus touchée. 34 millions d'infections dont 12 millions sont déjà décédés. Soixante-dix pour cent des personnes qui ont été infectées par le VIH cette année vivent en **Afrique sub-saharienne**. C'est aussi dans cette région que sont survenus les quatre cinquièmes de tous les décès dus au Sida en 1998.

L'épidémie a démarré tardivement en **Afrique Australe**, mais sa progression est foudroyante. Avec plus de 15% de prévalence en Afrique du Sud et certaines villes avec plus de 35% comme au Zimbabwe ou au Botswana, les circonscriptions et la dynamique des épidémies

populations l'épidémie a démarré très rapidement et a atteint des niveaux élevés, avec plus de 30% d'adultes infectés, comme en Afrique de l'Est et maintenant en Afrique Australe; la progression continuant ou le niveau se stabilisant. Dans d'autres populations ayant démarré à la même époque la prévalence s'est élevée très lentement et se trouve à moins de 10%, comme au Nigeria ou en Centrafrique. Dans d'autres enfin, la prévalence s'est stabilisée à des niveaux faibles de moins de 2%, comme dans nombre de pays d'Afrique de l'Ouest, Sénégal, Gabon ou pays maghrébins par exemple. Les mécanismes qui sous-tendent ces dynamiques différentielles sont bien moins comprises qu'on ne le pense généralement.

Parmi l'ensemble des déterminants de la transmission qui vont aboutir à ces niveaux et dynamiques des épidémies il convient de distinguer les facteurs d'exposition des individus au VIH et les facteurs d'infection.

L'exposition se trouve pour une faible part dans la transmission sanguine. La majorité des populations se trouve exposée par ses comportements sexuels. Les populations sexuellement actives, la variabilité et l'intensité de leurs échanges sexuels peuvent aboutir à des degrés variables d'exposition au VIH. D'où l'importance des variables telles que le multipartenariat, l'âge au début et l'activité sexuelle des jeunes, l'activité des prostituées et de leurs clients... Tout ceci constituant le système d'échange sexuel spécifique à chaque population ou sous-population. De nombreuses études décrivent les situations rencontrées à travers le monde et tentent d'en déduire des niveaux d'exposition différentiels³. Les études récentes sur les réseaux sexuels viennent compléter la compréhension de l'organisation et des mécanismes des relations sexuelles⁴, et leur impact potentiel sur les épidémies de Sida⁵.

La transmission du VIH dépend certes de ces niveaux différentiels d'exposition, mais aussi sans doute surtout des facteurs (cofacteurs) d'infection tels que l'utilisation de préservatifs, les autres MST, la circoncision masculine... Les études récentes sont contradictoires sur les synergies MST/VIH en Afrique, notamment sur la possibilité de faire baisser l'incidence du VIH par un traitement massif des MST. Par contre un faisceau d'études montre une relation assez forte entre la non-circoncision des hommes et la transmission du VIH.

Ce n'est que par des modèles socio-épidémiologiques de simulation que l'on peut intégrer l'ensemble des facteurs en jeu, afin de décrire et de comprendre la dynamique des épidémies. Malheureusement depuis la CIPD peu de progrès ont été faits dans l'amélioration, le développement ou l'utilisation de tels modèles. De plus il apparaît maintenant que les facteurs déterminants ne sont pas les mêmes en début d'épidémie, ou lorsque l'épidémie est installée.

De ces études il ressort que les facteurs de transmission sont assez différents selon que l'on considère un individu ou un niveau des "populations à risque" ou des populations

qui devient à risque du fait même de leur entrée dans la vie sexuellement active. On estime qu'environ la moitié des infections ont eu lieu jusqu'à présent dans le groupe d'âge 15-24 ans. Pour les nouvelles infections, on estime que les trois quarts ont actuellement lieu avant 25 ans. Autour de 60 pour cent de toutes les infections chez les femmes ont actuellement lieu avant l'âge de 20 ans.

Les modes de transmission actuels dans différentes populations génèrent d'importantes différences dans l'impact démographique. Celui-ci en effet variera sensiblement entre les pays développés et les pays en développement, du fait de niveaux de prévalence assez différents, mais du fait aussi des populations touchées et des modes de transmission.

Les dimensions démographiques

Quand on considère la dynamique des populations, le Sida est d'apparition relativement récente, et on manque de recul pour en mesurer toutes les conséquences possibles. Personne aujourd'hui ne peut prévoir avec certitude au niveau d'un pays l'impact réel du Sida sur la mortalité, la fécondité et les autres phénomènes démographiques sur un moyen ou un long terme. On peut certainement affirmer que son impact majeur est encore à venir, particulièrement en Afrique Australe et surtout en Asie.

Les perspectives démographiques de la CIPD ne prenaient que très mal en compte l'impact démographique du Sida. On ressent à présent l'effet sur la mortalité. On avait mal évalué l'impact sur la fécondité qui s'avère beaucoup plus important que prévu. Certaines situations de croissance pourraient devenir critiques. L'effet du Sida sur la structure par âge est préoccupant. Enfin des effets nouveaux sur les structures familiales, les comportements sexuels et de nuptialité qui auront eux-mêmes un effet important sur les phénomènes démographiques.

Mortalité

Un fort contraste se développe à présent avec l'arrivée des trithérapies. Là où elles sont disponibles on a assisté à un recul brutal de la mortalité due au Sida ; c'est le cas des pays développés. Par contre là où ces thérapies ne sont que pas ou peu disponibles le Sida fait maintenant pleinement sentir ses effets sur la mortalité.

On doit s'attendre à une augmentation très significative de la mortalité infantile et juvénile. La réduction de la mortalité infantile a été le principal objectif des grands programmes de population et de santé des dernières décennies. Dans un grand nombre de pays en développement l'impact du Sida sur la mortalité infantile aura pour effet de la faire remonter

D'après les calculs, le Sida coûtera en moyenne 17 années d'espérance de vie aux neuf pays où la prévalence du VIH chez les adultes est égale ou supérieure à 10 % (Afrique du Sud, Botswana, Kenya, Malawi, Mozambique, Namibie, Rwanda, Zambie et Zimbabwe). Au lieu d'augmenter pour atteindre 64 ans d'ici 2010–2015 si le Sida n'existait pas, l'espérance de vie retombera à 47 ans en moyenne.

Le terrible recul de l'espérance de vie est dû à la fois aux décès chez les adultes, dont la plupart sont jeunes ou dans la fleur de l'âge, et aux décès chez les enfants. Le Sida est en grande partie responsable de la hausse des taux de mortalité infanto-juvénile dans de nombreuses zones d'Afrique sub-saharienne, anéantissant les victoires remportées de haute lutte au fil des années en matière de survie de l'enfant.

Parallèlement le Sida a et aura des effets indirects sur la morbidité et la mortalité par d'autres causes, notamment recrudescence de la tuberculose; ou encore par la priorité donnée au traitement des maladies opportunistes dues au Sida au détriment d'autres maladies que l'on pourrait assez facilement soigner.

Le Sida ajoutera aussi d'autres effets indirects sur la morbidité et la mortalité des enfants qui continueront à augmenter. Une mère infectée place en effet son enfant, quel que soit son statut sérologique, au risque d'être mal-nourri et de contracter des affections endémiques, y compris celles que la mère attrape plus facilement, comme la tuberculose par exemple. De plus l'enfant a des chances de devenir orphelin rapidement; ce qui réduit encore davantage son accès aux soins.

Puisque le taux de mortalité des adultes continuera à augmenter à cause du Sida, le nombre d'orphelins ira lui aussi en augmentant. On peut estimer que plus de 5 millions d'enfants de moins de 10 ans sont orphelins de mère du fait du Sida. Selon Brouard⁶, sans Sida en Afrique, à 15 ans, 10% des enfants ont perdu leur mère, 20% leur père et 2% leur père et leur mère. Si l'on atteint 15% de prévalence du VIH dans un contexte africain, ces proportions deviennent, toujours pour l'âge de 15 ans, 33 et 40% et pour les deux parents 16%.

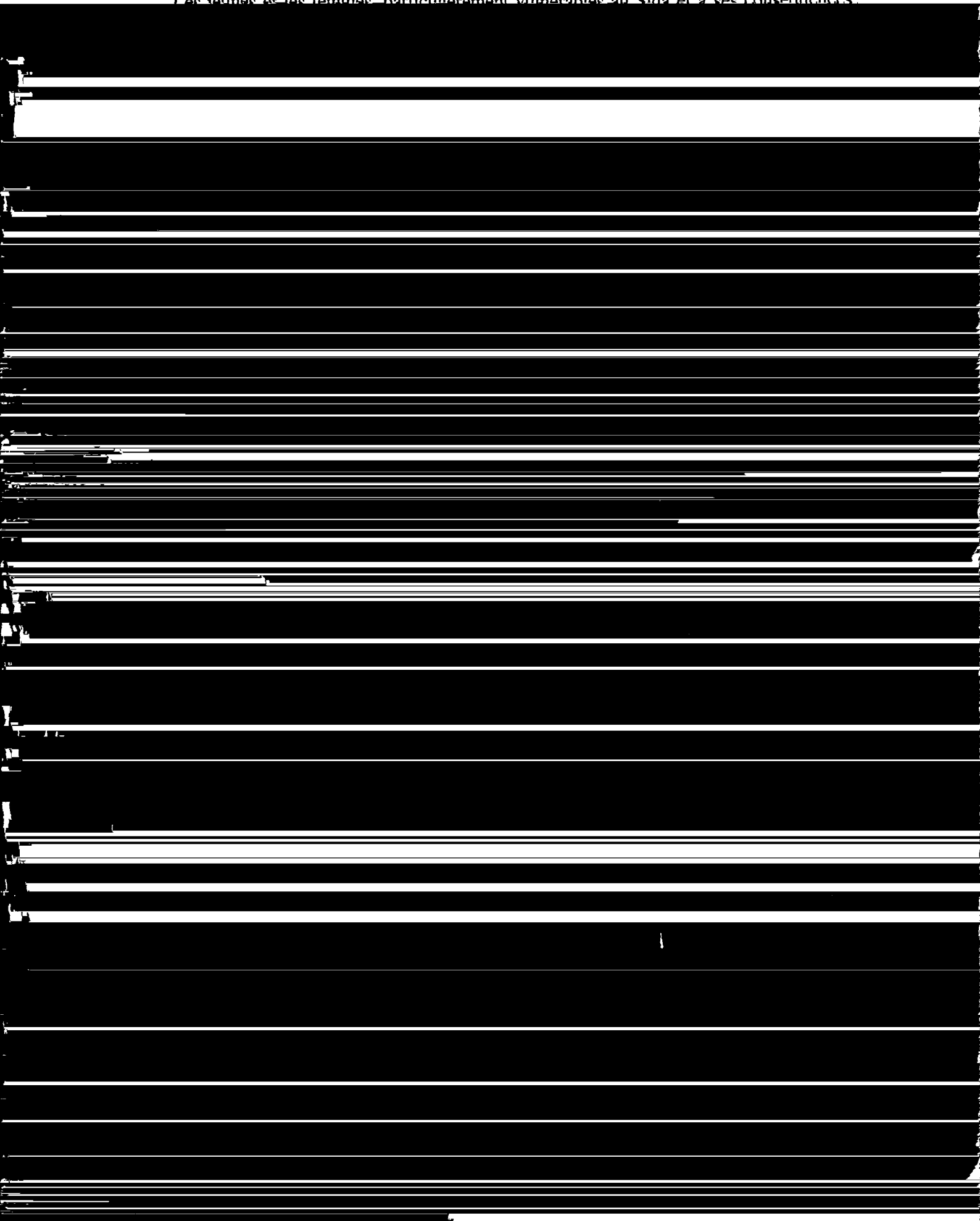
Fécondité

Dans un contexte de déclin général de la fécondité dans les pays en développement, l'impact du Sida sur la fécondité sera probablement beaucoup plus important que l'on ne l'envisageait il y a quelques années. Cependant les mécanismes en jeu étant particulièrement complexes on n'a pas aujourd'hui une idée tout à fait claire de la façon dont le Sida se fera sentir et de l'ampleur de son effet sur la fécondité.

Dans la plupart des pays en développement la majorité de ceux qui sont infectés ne connaissent pas leur statut VIH. De ce fait le statut n'aura que peu d'effet sur les décisions de reproduction. De plus du fait de la longue période d'incubation de la maladie, les opportunités pour les femmes séropositives d'avoir un enfant ne seront pas réduites. On note cependant dès à présent que les femmes séropositives sont sensiblement moins fécondes (fertiles?) que les femmes séronégatives⁷. La plupart des adultes infectés mourront après avoir passé la période la plus féconde de leur vie. Il faut cependant noter que l'épidémie a le potentiel de réduire la fécondité si une plus faible proportion de la population arrive en âge de procréer. De plus l'augmentation de la mortalité des adultes laissera un grand nombre de veufs et de veuves

La perception du VIH et le risque d'infection pourront avoir des effets imprévus et sans doute non négligeables sur le désir d'enfant. On pourrait par exemple faire plus d'enfants pour s'assurer une survie et le remplacement des générations; ou bien au contraire en faire moins en se protégeant plus. L'augmentation de l'utilisation des préservatifs pourrait avoir comme effet secondaire de prévenir une partie des grossesses non désirées.

Les jeunes et les femmes, particulièrement vulnérables au Sida et à ses conséquences.



Au cours des cinq dernières années d'importants programmes de prévention se sont développés autour des interventions qui se sont avérées les plus efficaces. Il n'y a nul doute que les mesures préventives sont essentielles et efficaces au niveau individuel. Certains programmes auprès de certains groupes ou certaines communautés ont été des succès; que ce soit auprès des homosexuels, des prostituées, des toxicomanes ... Plus rarement auprès des jeunes. Ces succès seraient cependant à relativiser selon leur étendue, leur capacité à être reproduits à grande échelle, le type d'input qu'il a fallu y mettre. Au niveau des pays, même s'il est démontré qu'une prévention efficace marcherait, il n'y a guère qu'en Thaïlande que l'on peut démontrer un succès décisif. Il y a généralement une tendance à attribuer un peu vite aux actions politiques ou médiatiques des changements qui, soit sont principalement inhérents aux déterminants et aux dynamiques de l'épidémie elle-même, soit ressortent d'une évolution sociale ou culturelle face à l'épidémie ou aux autres évolutions de ces pays.

Les ONG dont l'action est souvent remarquable en ce qui concerne le Sida ont joué un rôle-clé dans la mise en œuvre de la prévention et de l'accompagnement des malades dans nombre de pays, y compris en développement. Ces acteurs de terrain en première ligne, s'efforcent de mener des actions exemplaires et efficaces. Cependant leur taille, leurs moyens et leur dispersion ne permettent pas toujours d'obtenir les effets décisifs escomptés.

Les dix dernières années ont démontré que seule une volonté politique déterminée et d'un haut niveau, combinée à des interventions massives et coordonnées, est efficace dans la lutte contre l'épidémie; ce qui très rare à travers le monde d'aujourd'hui.

La volonté politique et la mobilisation, lente à démarrer dans la plupart des pays, semble avoir atteint son maximum il y a déjà plusieurs années pour la majorité d'entre eux. Aujourd'hui on sent un relatif désengagement qui se traduit par une certaine démobilisation, une réduction des budgets et des actions pour la prévention et la recherche. Concernant les pays développés l'effort principal s'est porté sur les trithérapies qui certes prolonge la vie des individus dans de meilleures conditions, mais ont détourné d'autant les efforts de prévention. Dans les pays en développement le Sida ne constitue pas ou plus une priorité où les autres problèmes de développement ont repris le dessus.

Ce ne serait que par un engagement politique de haut niveau et en intégrant le Sida comme une des dimensions majeures des problèmes de développement que l'on pourrait contrôler l'épidémie et résoudre les problèmes qui lui sont liés

coordonner dans tout le système et s'assurer de sa prise en compte dans l'ensemble des dimensions du développement.

Une initiative de coordination de tout ce qui concerne le vaccin s'est focalisée autour de la création de IAVI.

Les prises de positions courageuses de la France concernant une initiative thérapeutique pour les pays en développement se sont heurtées, malgré un dur combat, au scepticisme de la majorité des gouvernements. Sa modeste mise en œuvre témoigne cependant

NOTES

¹ *Le point sur l'épidémie de SIDA*. Rapport ONUSIDA-OMS, Genève, décembre 1998.

² *Le point sur l'épidémie de SIDA*. Rapport ONUSIDA-OMS, Genève, décembre 1998.

³ CLELAND John and FERRY Benoît (Eds) (1995) "*Sexual Behaviour and AIDS in the Developing World*". Taylor and Francis, London. 245p.

HUBERT M., BAJOS N., SANDFORT T. (Eds) (1998) "*Sexual Behaviour and HIV/AIDS in Europe*". UCL Press, London, 442p.

⁴ FERRY Benoît, (1996) "Transmission hétérosexuelle et réseaux d'échange". Vancouver, Numéro spécial *ANRS- le Journal du Sida-Transcriptase*, Automne 1996, pp 6-8.

FERRY Benoît (1999) "Systèmes d'échanges sexuels et transmission du VIH/sida dans le contexte africain". In : Becker C., Dozon J.-P., Obbo C. et Touré M. (éds), *Vivre et penser le sida en Afrique / Experiencing and understanding AIDS in Africa*, Paris, Codesria - IRD - Karthala, pp. 237-256.

⁵ CARAEL Michel, CLELAND John, DEHENEFFE Jean Claude, FERRY Benoît, INGHAM Roger (1995)

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité
Ministère des Affaires Etrangères

*EXAMEN ET EVALUTATION DE L'APPLICATION DU
PROGRAMME D'ACTION DE LA CONFERENCE INTERNATIONALE
SUR LA POPULATION ET LE DEVELOPPEMENT (1994)*

Contribution de la France

*A LA 21^{EME} SESSION EXTRAORDINAIRE
DE L'ASSEMBLEE GENERALE
DE L' ORGANISATION DES NATIONS UNIES*

New York

30 juin – 2 juillet 1999

ANNEXES

Ce document présente la quasi totalité des contributions qui ont permis de réaliser le rapport de synthèse officiel de la France évaluant l'application du programme d'action adopté lors de la Conférence internationale sur la population et le développement du Caire en 1994.

Il comprend deux volets :

- la relation entre population et développement dans le monde, page 3*
- les questions de population sur le territoire français, page 111.*

Chaque contribution est publiée sous la responsabilité de son auteur.

