

## CHAPITRE 8

---

# LA DIFFUSION DU SIDA ET SON IMPACT SUR LA CROISSANCE DÉMOGRAPHIQUE

**Benoît FERRY**

*Directeur de recherche à l'Institut de recherche pour le développement (IRD)  
Chercheur au Centre français sur la population et le développement (CEPED)*

Selon ONUSIDA<sup>1</sup>, 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.

À 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 à s'accroître rapidement et que le sida ne viendra que terriblement compliquer cette croissance en soulevant de nouveaux problèmes sociaux, économiques et politiques. Quoi qu'il en soit et quoi qu'on fasse,

---

<sup>1</sup> Rapport ONUSIDA-OMS, 1998. – *Le point sur l'épidémie de SIDA*. – Genève.

on devra vivre avec le sida et ses conséquences pour au moins les 25 prochaines années.

## L'évolution de l'épidémie

Depuis la CIPD (Conférence internationale sur la population et le développement), en 1994, la situation du sida dans le monde a sensiblement évolué et en cinq ans certains de ses aspects ont bien changé. La situation générale de l'épidémie s'est aggravée. Sans vouloir développer une fresque générale de l'épidémie actuelle du sida dans le monde, il apparaît cependant utile de relever à grands traits où l'on en est cinq ans après la CIPD.

Il ne faut pas se laisser abuser par l'apparente stabilisation, voire le reflux dans les pays développés et dans quelques pays en développement. Pour la seule année 1998, la progression de l'épidémie a continué à être rapide avec 5,8 millions de nouvelles infections<sup>2</sup>. La moitié de ces nouvelles infections ont frappé les jeunes de 15 à 24 ans.

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 subsaharienne n'abrite qu'un dixième de la population mondiale. Depuis le début de l'épidémie, l'Afrique a été la plus touchée : 34 millions de personnes y ont été infectées dont 12 millions sont déjà décédées. En 1998, 70 % des personnes qui ont été infectées par le VIH vivent en Afrique subsaharienne, et c'est aussi dans cette région que sont survenus les quatre cinquièmes de tous les décès dus au sida. L'épidémie a démarré tardivement en Afrique australe, mais sa progression est foudroyante. Avec plus de 15 % de prévalence en Afrique du Sud et plus de 35 % dans certaines villes, comme au Zimbabwe ou au Botswana, les niveaux et la dynamique des épidémies laissent présager pour les toutes prochaines années les situations les plus critiques du monde en matière de sida et de ses conséquences.

Dans bon nombre de pays d'Asie où l'épidémie a démarré plus tard, le VIH gagne rapidement du terrain. Malgré le recul exemplaire de la Thaïlande, la situation est préoccupante au Viêt-nam, au Myanmar, mais surtout en Inde et bientôt en Chine. Dans ces derniers pays où le déni officiel du sida s'est prolongé, la situation devient catastrophique, en prenant des proportions inquiétantes, compte tenu des masses de population concernées et de la difficulté à mettre en place des programmes de très grande ampleur.

---

<sup>2</sup> Rapport ONUSIDA-OMS, 1998. – *Le point sur l'épidémie de SIDA*. – Genève.

En Amérique latine, le mode de propagation du VIH est presque le même que dans les pays industrialisés et, concernant principalement les homosexuels et les toxicomanes, l'épidémie n'explose plus. En Europe orientale, comme en Amérique latine et aux Caraïbes, l'infection touche surtout les groupes marginalisés, mais ne se limite pas à eux.

Le VIH continue de se propager rapidement chez les toxicomanes d'Europe orientale et d'Asie centrale. Cette région, qui semblait en grande partie épargnée par l'épidémie jusqu'au milieu des années 1990, compte aujourd'hui des centaines de milliers de séropositifs. Au-delà des toxicomanes ce sont les prostituées et leurs clients qui sont de plus en plus touchés, et ce dans un contexte de forte augmentation des maladies sexuellement transmissibles.

En Amérique du Nord et en Europe occidentale, les nouvelles associations de médicaments anti-VIH continuent de réduire de manière sensible le nombre de décès dus au sida. Cependant, les associations antirétrovirales permettant de garder les personnes séropositives en vie plus longtemps, l'infection continue de se propager et la proportion de personnes qui vivent avec le VIH augmente, d'où une demande accrue de soins. Ces phénomènes exigent des pays un effort supplémentaire en matière de prévention.

## **Les déterminants de la transmission**

Les épidémies de sida se sont développées de façons très différentes selon les pays et les populations. La rapidité d'extension et les niveaux d'infection atteints peuvent être très contrastés entre pays voisins, voire même à l'intérieur d'un même pays entre différents groupes ou régions. Dans certaines 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 l'épidémie se stabilisant selon les pays. Dans d'autres populations, où la pandémie a démarré à la même époque, la prévalence s'est élevée très lentement et se trouve à moins de 10 % , comme au Nigéria ou en Centrafrique. Dans d'autres populations enfin, la prévalence s'est stabilisée à des niveaux faibles de moins de 2 % , comme dans nombre de pays d'Afrique de l'Ouest (au Sénégal et au Gabon par exemple) ou dans les pays maghrébins. Les mécanismes qui sous-tendent ces dynamiques différentielles sont moins bien compris qu'on ne le pense généralement.

Parmi l'ensemble des déterminants de la transmission, qui conditionnent le niveau et la dynamique 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. Pour 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 premier rapport et l'activité sexuelle des jeunes, l'activité des prostituées et de leurs clients, etc. 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 différentiels<sup>3</sup>. Les études récentes sur les réseaux sexuels viennent compléter la compréhension de l'organisation et des mécanismes des relations sexuelles<sup>4</sup>, et leur impact potentiel sur les épidémies de sida<sup>5</sup>.

La transmission du VIH dépend certes de ces niveaux différentiels d'exposition, mais aussi sans doute surtout des facteurs (ou 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 raisonne au niveau individuel, à celui des "populations à risque" ou encore à celui des populations générales. Au total, on demeure dans une grande incertitude sur la combinaison de ces facteurs et leur impact effectif sur les épidémies, et par conséquent sur les méthodes optimales de prévention à l'échelle des populations générales.

Si, dans les pays développés, le sida a principalement touché dans un premier temps les toxicomanes et les homosexuels, il en est tout autrement dans la majorité des pays en développement où la très grande majorité de la transmission est hétérosexuelle et concerne la population générale. Les jeunes alimentent massivement et de façon permanente la population qui devient à risque du fait

<sup>3</sup> CLELAND J. and FERRY B. (eds), 1995. – *Sexual Behaviour and AIDS in the Developing World*. – London, Taylor and Francis, 245 p.

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

<sup>4</sup> FERRY B., 1996. – "Transmission hétérosexuelle et réseaux d'échange", *Numéro spécial ANRS, le Journal du Sida-Transcriptase*, Vancouver, p. 6-8 ; FERRY B., 1999. – "Systèmes d'échanges sexuels et transmission du VIH/sida dans le contexte africain", in : BECKER C., DOZON J.P., OBBO C. et TOURE M. (éds), *Vivre et penser le sida en Afrique/Experiencing and understanding AIDS in Africa*, p. 237-256. – Paris, CODESRIA/IRD/Karthala, 712 p.

<sup>5</sup> CARAEL M., CLELAND J., DEHENEFFE J.C., FERRY B. and INGHAM, R., 1995. – "Sexual Behaviour in Developing Countries: Implications for HIV Control", *AIDS*, n° 9, p. 1171-1175.

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'âges 15-24 ans. Pour les nouvelles infections, on estime que les trois quarts ont actuellement lieu avant 25 ans. Autour de 60 % de toutes les infections chez les femmes ont actuellement lieu avant l'âge de 20 ans.

Les modes de transmission actuels dans diverses 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 inégaux, mais du fait aussi des écarts dans la nature des sous-populations touchées et les modes de transmission.

## **Les dimensions démographiques de la pandémie**

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, à l'échelle d'un pays, l'impact réel du sida sur la mortalité, la fécondité et les autres phénomènes démographiques sur le moyen ou le 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, en 1994, ne prenaient pratiquement pas en compte l'impact démographique du sida. Or, l'effet du sida sur la mortalité se fait à présent lourdement sentir dans une grande partie de l'Afrique subsaharienne, et son impact sur la fécondité s'avère beaucoup plus important que prévu, en renforçant sensiblement la baisse tendancielle observée depuis quelques années. On en arrive ainsi à certaines situations de croissance qui pourraient être critiques en devenant négatives. Enfin, le sida modifie les structures familiales, les comportements sexuels et la nuptialité, ce qui n'est pas sans conséquences sur la dynamique démographique elle-même.

### ***La mortalité***

Un fort contraste se développe à présent avec l'arrivée des trithérapies. Là où elles sont disponibles, c'est-à-dire dans les pays développés, on a assisté à un recul brutal de la mortalité due au sida. Par contre, là où ces thérapies ne sont que pas ou peu disponibles, dans les pays en développement, 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 au niveau où elle était au début des années 1960, alors que ces pays l'avaient vu chuter de façon importante du fait des programmes de vaccinations et de l'amélioration des systèmes de soins et du niveau de vie.

L'espérance de vie à la naissance est l'un des premiers indices auxquels se fient les responsables politiques pour évaluer le développement humain. À cause du nombre supplémentaire de décès dus au sida chez les enfants et chez les jeunes adultes, l'évolution de cet indicateur est critique. D'après le rapport établi par la division de la Population des Nations unies et l'ONUSIDA, l'épidémie anéantira les précieux acquis du développement en faisant reculer l'espérance de vie<sup>6</sup>. D'après les calculs, le sida coûtera en moyenne dix-sept 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 à 2015 en l'absence de sida, 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 subsaharienne, 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, avec notamment la 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 que celui-ci soit mal nourri et contracte des affections endémiques, comme la tuberculose par exemple. De plus, l'enfant a des chances de devenir orphelin rapidement, ce qui réduit encore davantage ses chances d'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.

---

<sup>6</sup> UNITED NATIONS, Population Division and UNAIDS, 1999. – *The Demographic Impact of AIDS, Report on the Technical Meeting*. – New York, ESA/P/WP.152.

Selon Brouard<sup>7</sup>, 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 ce contexte africain, ces proportions deviennent, toujours à l'âge de 15 ans, 33 et 40 % et pour les deux parents 16 %.

### *La 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 manière 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, voire moins fertiles, que les femmes séronégatives<sup>8</sup>. 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'accroissement 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 principales conséquences sur la fécondité seront surtout indirectes du fait du bouleversement des familles et des structures de reproduction et d'élevage des enfants. Les cellules de base de la procréation, constituées par toutes les formes d'organisation de la vie en couple, mais aussi leur environnement seront perturbés, ce qui ne sera pas sans effet sur les mécanismes sociaux de la reproduction, et son corollaire les niveaux de fécondité atteints.

---

<sup>7</sup> BROUARD N., 1994. - "Aspects démographiques et conséquences de l'épidémie de SIDA en Afrique", in : VALLIN J. (éd.), 1994. - *Populations africaines et SIDA*, p. 119-178. - Paris, La Découverte/ CEPED.

<sup>8</sup> GRAY R.H. *et al.*, 1998. - "Population-based study of fertility in women with HIV-1 infection in Uganda", *The Lancet*, vol. 351, p. 98-103.

L'impact sur la fécondité ne pourra donc s'envisager que dans le cadre plus large de l'impact du sida sur les sociétés, les cultures, les économies, les représentations et la reproduction sociale.

### *La croissance différentielle des populations*

Les niveaux de prévalence du sida atteints et la dynamique des épidémies varient grandement selon les régions, les pays et les populations. Son impact sur les variables démographiques s'en trouvera donc extrêmement diversifié.

Pour la majorité des pays faiblement touchés, que ce soit en Afrique, en Amérique latine ou en Asie, l'accroissement naturel pourrait diminuer de moins de 1 %, tout en demeurant largement positif. Il n'en est sans doute pas de même pour les pays plus fortement touchés, comme aujourd'hui en Afrique de l'Est ou en Afrique australe, où l'on peut envisager, en particulier dans certaines grandes villes, des accroissements négatifs. Cette situation dramatique ne devrait pas se prolonger au delà d'une génération.

Ce relativement faible impact sur l'accroissement global de la population est principalement dû aux très hauts niveaux de fécondité : ceux-ci ont un effet beaucoup plus important sur la croissance des populations que l'effet de l'épidémie de sida ou aucun autre paramètre démographique. Ainsi le léger ralentissement de la croissance de la population dû au sida n'aura qu'un faible impact sur la taille de la population mondiale, même si les pyramides des âges de certains pays subiront des transformations rapides du fait de l'augmentation de la mortalité et des changements de la fécondité.

### **Les conséquences sociales et économiques**

#### *L'impact social ou structurel*

Si le sida a des conséquences démographiques assez limitées en terme d'effectif, son impact réel se fait sentir lourdement sur les structures et l'organisation socio-économiques des populations les plus touchées, dans la mesure où il fait disparaître les personnes dans leurs années les plus productives, entre 20 et 40 ans. Une partie des forces de travail est perdue, les charges sur les systèmes de santé augmentent de façon intolérable, un nombre important d'orphelins apparaît, enfin les systèmes communautaires et familiaux se trouvent bouleversés. Les conséquences, perceptibles dès aujourd'hui sur les structures familiales, la nuptialité et l'organisation sociale, se feront sentir pendant plusieurs décennies.



Les jeunes et les femmes, particulièrement vulnérables au sida et à ses conséquences, méritent une attention et des efforts spécifiques que les institutions internationales, les agences de coopération et les gouvernements commencent à envisager.

### ***L'impact économique***

Dans des populations déjà fragilisées, l'impact économique revêt différentes formes, qu'il s'agisse des coûts directs (prévention, traitement des maladies opportunistes et les trithérapies, système de soins, AZT pour les femmes enceintes, tests de dépistage, etc.), mais surtout des coûts indirects (poids sur les familles, les orphelins, décès des personnes dans leurs années les plus productives, disparition de main d'œuvre qualifiée, etc.) qui s'annoncent dramatiques dans nombre de pays en développement.

Tout ceci entraîne des effets dramatiques, dont la Banque mondiale et le PNUD essayent de mesurer l'ampleur et les conséquences, sur les fragiles stabilités sociales, économiques et politiques dans la plupart des pays en développement. Et c'est bien là que sont les enjeux de l'avenir. Ce n'est pas le nombre 8, 10 ou 12 milliards d'individus sur la planète qui est important, c'est le rythme d'accroissement de la population, et plus important encore, les conditions dans lesquelles on s'achemine vers de tels effectifs.

### **De la recherche à la prévention**

#### ***La recherche biomédicale***

Depuis la CIPD, des progrès considérables ont été enregistrés par la recherche biomédicale. On les développera peu ici, mais il est cependant utile de mentionner les thérapies anti-rétrovirales associées qui, si elles n'infléchissent pas l'extension de l'épidémie, ont un effet remarquable sur la morbidité et la mortalité des séropositifs. De même, l'administration de l'AZT aux femmes enceintes séropositives permet d'améliorer sensiblement la prévention de la transmission materno-fœtale<sup>9</sup>.

---

<sup>9</sup> On pourra consulter sur ce sujet le chapitre 7 sur "Santé de la reproduction et effets du sida".

Cependant les espoirs d'un vaccin efficace reculent toujours davantage, compte tenu des difficultés scientifiques pour sa mise au point et des investissements énormes qu'il nécessite.

Il est important de souligner que les progrès considérables de la recherche biomédicale sur le sida ont largement profité aux autres secteurs de la recherche biomédicale, et que la France y a joué un très grand rôle.

### *Les actions de prévention*

Peu de progrès ont malheureusement été enregistrés sur la sécurité sanguine dans les pays en développement. De même un développement massif des tests volontaires et du *counselling* se fait encore attendre.

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, mais 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 serait utile, 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 est très rare à travers le monde d'aujourd'hui. En effet, la mobilisation politique, 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. Et aujourd'hui, on relève un relatif désengagement qui se traduit par une certaine démobilitation, 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 prolongent la

vie des individus dans de meilleures conditions, mais ont détourné d'autant les efforts de prévention. Et, dans les pays en développement, le sida ne constitue pas ou plus une priorité et 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. Le sida s'est installé dans le paysage des problèmes mondiaux et, du fait de la prévention et des thérapies nouvelles dans les pays industrialisés qui contribuent à y circonvenir l'épidémie, s'ajoute à la longue liste des problèmes liés au sous-développement, puisque, globalement, l'épidémie reste incontrôlée dans les PED où elle contrarie une grande partie des acquis et des efforts de développement.

## Conclusion

Cinq ans après la CIPD, la situation du sida dans le monde a évolué, et son poids se fait de plus en plus sentir. On observe deux épidémies, avec des dynamiques complètement différentes, se développer dans les pays industrialisés d'une part, et dans les pays en développement, particulièrement d'Afrique et d'Asie, d'autre part. Nombre de questions restent encore posées. Notamment, bien des phénomènes ne sont pas encore compris dans la dynamique des épidémies de sida et, de ce fait, il est difficile de prévoir leur impact dans toutes leurs dimensions. Les bouleversements sociaux, économiques et politiques dus au sida dans les pays en développement auront sans doute plus d'impact que les conséquences strictement démographiques qui, si elles s'avèrent dramatiques ici ou là, resteront globalement limitées.

On ne doit pas oublier les acquis récents qui laissent espérer une amélioration future de la lutte contre le sida et de la santé des populations dans les pays en développement. Les progrès thérapeutiques remarquables auront tôt ou tard une application dans les pays en développement, comme la France s'efforce de le faire actuellement avec l'AZT pour les femmes enceintes. Les acteurs de la lutte contre le sida s'efforcent davantage de coordonner les programmes et les actions. Les interventions s'intègrent mieux dans les programmes de développement. La reconnaissance des droits de l'homme en matière de santé et les dimensions éthiques soulevées par le sida ont constitué des avancées pionnières qui continuent à faire évoluer l'approche de la santé et les interventions. Du fait de la vulnérabilité spécifique des femmes et de celle de leurs enfants, la perspective de genre est devenue partie intégrante de la lutte contre le sida.

C'est à des efforts considérables de solidarité, d'engagement politique, de recherche, non seulement biomédicale, mais aussi socio-comportementale et opérationnelle, de mobilisation de fonds et d'intégration de l'action contre le sida

dans les programmes de développement que le monde se trouve confronté en cette fin de XX<sup>e</sup> siècle.

***Pour en savoir plus***

VALLIN J. (dir.), 1994. – *Populations africaines et sida*. – Paris, La Découverte/CEPED, 223 p.

BECKER C., DOZON J.P., OBBO C. et TOURÉ M. (éds.), 1999. – *Vivre et penser le sida en Afrique/Experiencing and understanding AIDS in Africa*. – Dakar/Paris, CODESRIA/Karthala/IRD, 712 p.

Revue : *AIDS*  
*International Journal of STD & AIDS*

Site internet : <http://www.unaids.org/>



**POPULATION ET  
DÉVELOPPEMENT :**  
Les principaux enjeux  
cinq ans après  
la Conférence du Caire

Coordonné par

Alain LERY  
et Patrice VIMARD