

# 1. VIH et le sida

La problématique



# Le problème en bref

Entre 1 Africain sur 20 et 1 Africain sur 10 âgé de 15 à 40 ans est séropositif et plus de 20 millions d'Africains ont déjà succombé à l'épidémie. Il n'y a cependant pas qu'une forme de l'épidémie de VIH en Afrique. Dans le continent, le VIH présente de grandes variations selon les zones géographiques. Les pays d'Afrique australe et d'Afrique de l'Est forment l'épicentre de la pandémie dans le monde. L'Afrique du Sud compte plus de 1 000 nouveaux cas d'infection par jour, chiffre le plus élevé du monde, tandis qu'au Botswana, au Lesotho, en Namibie, au Swaziland et au Zimbabwe, au moins un adulte sur cinq est porteur du virus. Ce sont là des pays où le mal est "hyperendémique" selon la classification d'ONUSIDA. Par contraste, les taux généraux d'infection en Afrique de l'Ouest ont constamment baissé, des pays de cette sous-région enregistrant entre 1 % et 7 % de taux de prévalence chez les adultes. Il s'agit toujours d'épidémies généralisées dont les foyers sont certains secteurs de la population, tels que les professionnels du sexe et leurs clients. L'Afrique de l'Est et l'Afrique centrale combinent ces deux tendances. L'Afrique du Nord, en revanche, a un faible taux de prévalence du VIH, bien au-dessous de 1 %. En 2007, environ 1,7 million de nouvelles infections à VIH se sont produits dans la région. La moitié des individus nouvellement infectés dans la région sont des jeunes âgés de 15 à 24 ans et, en majorité, des femmes.

Les meilleures données statistiques disponibles actuellement indiquent que vers 2000, le taux de prévalence en Afrique subsaharienne s'est stabilisé, à un niveau juste supérieur à 6 % pour l'ensemble de la région. Cette moyenne continentale masque des variations sous-régionales. Certaines villes d'Afrique de l'Est et d'Afrique australe connaissent une baisse du taux de prévalence du VIH chez les femmes enceintes, tandis qu'en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale, le taux de prévalence est demeuré à peu près constant à des niveaux inférieurs à ceux du reste de l'Afrique subsaharienne. Il continue cependant de progresser au Mozambique. Il existe plusieurs pays d'Afrique australe où le taux de prévalence du VIH continue de progresser. Le risque est manifestement élevé chez les jeunes femmes et les filles, qui sont deux fois plus susceptibles d'être infectées par le VIH, leurs taux d'infection atteignant parfois le sextuple de ceux de leurs homologues masculins dans certaines parties de la région.

Bien que la prévalence du VIH se soit stabilisée, il faut se garder de pavoiser. Les chiffres absolus ont continué de progresser, en raison de la croissance démographique, sans compter que les effets importants produits par le VIH et le sida en

aval tels que le phénomène des orphelins continueront de prendre de l'ampleur pendant encore des années. L'épidémie de VIH/sida se présente telle une longue vague dont le reflux s'étale sur de multiples décennies.

Les épidémies de VIH/sida en Afrique ont plusieurs moteurs à différents niveaux: biologique, personnel-comportemental, communautaire et social. Un manque de perspectives économiques attise les migrations et perturbe les familles. Les marchés du travail, en particulier en Afrique australe, sont structurés de telle façon que les conjoints peuvent rester séparés pendant des mois. Les nécessités économiques incitent les femmes à avoir des rapports sexuels rémunérés et à s'engager dans des relations souvent associées à la violence sexuelle ou à maintenir ces relations. Constituant un facteur qui alimente l'épidémie, les relations sexuelles impliquant des jeunes filles et des hommes âgés de génération différente sont devenues une norme sociale acceptable, exacerbées qu'elles sont par la pauvreté féminine.

En l'absence de mesures efficaces, l'infection à VIH débouche sur la maladie et la mort au bout de 10 ou 11 ans. L'impact catastrophique sur le plan démographique peut se voir aux chiffres de l'espérance de vie, lesquels, dans certains pays africains, sont descendus à des niveaux qui n'avaient pas été enregistrés depuis le milieu du XX<sup>e</sup> siècle: 40 ans ou moins. Partout en Afrique, le VIH et le sida minent, dans tous les secteurs et à tous les niveaux, des ressources humaines d'une importance vitale. Le virus frappe les secteurs les plus productifs des économies africaines - des adultes dans la force de l'âge -, privant ainsi des économies déjà aux abois de leurs rares compétences, les enfants de leurs parents et le continent d'une génération. Même si l'on prend en compte la stabilisation des taux de prévalence, le décalage entre l'infection, la maladie et en fin de compte la mort signifie que le pire des effets de la pandémie est encore à venir.

# Introduction

L'Afrique subsaharienne demeure la région la plus touchée par l'épidémie de sida dans le monde. Plus des deux tiers (68 %) de toutes les personnes infectées par le VIH vivent dans cette région et plus des trois quarts (77 %) de tous les décès dus au sida en 2007 s'y sont produits. On estime que 1,7 million [fourchette de 1,5 million à 2,0 millions] de personnes ont été nouvellement infectées par le VIH en 2007, ce qui porte à 22,5 millions [fourchette de 20,9 millions à 24,3 millions] le nombre total des personnes vivant avec le virus. Ce chiffre représente 6,1 % de la population adulte. Contrairement à la situation dans d'autres régions, la majorité des personnes vivant avec le VIH en Afrique subsaharienne sont des femmes, lesquelles représentent 61 % des personnes infectées par le VIH et le sida.

Il n'existe pas une épidémie unique de VIH et de sida dans le continent. Au contraire, l'Afrique connaît un certain nombre d'épidémies différentes, dont chacune a ses caractéristiques et ses variations épidémiologiques et sociales propres. L'écrasante majorité des personnes infectées sont porteuses du virus VIH-1, une épidémie bien moins importante due au VIH-2 sévissant dans des parties d'Afrique de l'Ouest. Le présent chapitre présente l'épidémie en Afrique, sous-région par sous-région, à commencer par l'Afrique australe où la prévalence du VIH est exceptionnellement élevée. Selon la classification d'ONUSIDA, le VIH est hyperendémique dans cette sous-région.

Il ressort des données actuelles que le taux de prévalence en Afrique s'est stabilisé dans l'ensemble, bien qu'il existe d'importantes variations d'un pays à l'autre. Avec les données de meilleure qualité provenant actuellement des enquêtes démographiques, on sait que la prévalence du VIH au sein de l'ensemble de la population est quelque peu plus faible qu'on ne le pensait auparavant et que l'incidence du VIH (à savoir le nombre de nouveaux cas d'infection) a commencé à se stabiliser et à diminuer à la fin des années 90, la prévalence (nombre total de personnes infectées) se stabilisant et amorçant un déclin vers la fin du millénaire. Bien qu'ils soient de 25 à 40 % inférieurs aux précédents, les chiffres en question restent absolument révoltants et l'autosatisfaction n'est pas de mise. De surcroît, l'épidémie de VIH et de sida se présente telle une longue vague. La mortalité due au sida a continué de progresser même après que l'incidence de la maladie a culminé et c'est maintenant seulement qu'elle commence à chuter. Certains pays connaissent également une augmentation tardive de la prévalence du VIH, par

exemple le Mozambique et l'Ouganda, dans ce dernier cas après des diminutions appréciables intervenues auparavant.

Le présent rapport concerne les effets de l'épidémie de VIH et de sida sur la société. Ces effets restent profonds. Dans nombre de pays d'Afrique australe, un adulte sur six est séropositif et la probabilité pour une fille âgée de 15 ans de mourir avant la fin de ses années de procréation s'est accrue pour passer de 11 % environ au début des années 80 à plus de 30 % de nos jours. L'espérance de vie a diminué de 10 à 30 ans au cours de la même période. Par suite de ces mutations démographiques, il y a moins de personnes dans les groupes d'âge de 25 à 50 ans pour assurer la reproduction de la société et contribuer à la gestion des affaires nationales, que ce soit dans le secteur public, le secteur privé ou les milieux religieux ou sociaux (voir encadré 1.1).

Les taux d'infection ne cernent que partiellement la crise. Bien plus de 100 millions de personnes en Afrique subsaharienne sont touchées par l'infection, l'invalidité ou le décès d'un membre de la famille à cause du VIH et du sida. On doit ajouter à ce nombre les personnes qui sont affectées moins directement dans les familles élargies, les collègues sur le lieu de travail, les amis intimes dans les communautés de foi et d'autres associations, qui sont néanmoins profondément touchés par la mort d'un ami ou d'un mentor. Il se peut que la moitié de la population entière de l'Afrique ressente directement les effets de l'épidémie.

### **Encadré 1.1.**

#### ***Conséquences démographiques du VIH/sida en Afrique subsaharienne***

- Forte augmentation de la mortalité. Plus de 20 millions d'Africains sont morts et, d'ici à 2025, la taille de la population des pays d'Afrique australe devrait être réduite de 20 à 30 % que cela ne serait le cas en l'absence de sida. Au Botswana et au Zimbabwe, le taux de croissance démographique est inférieur à 1 % par an. On prévoit que la mortalité chez les femmes en âge de procréer progressera de 11 % en 1980 à 40 % en 2010 (Département des affaires économiques et sociales de l'ONU, 2007).
- Recul de l'espérance de vie. L'espérance de vie moyenne en Afrique subsaharienne a chuté pour descendre de 62 ans au cours des années 1990 - 1995 à 48 ans au cours des années 2000 - 2005 et dans six pays (Botswana, Lesotho, République centrafricaine, Swaziland, Zambie et Zimbabwe), elle est inférieure à 40 ans.
- Impact disproportionné sur les femmes. Plus de 60 % des personnes vivant avec le VIH et le sida en Afrique subsaharienne sont des femmes. Le taux de prévalence est maximal chez les jeunes femmes (âgées de 15 à 24 ans), qui se heurtent également, dans une plus grande mesure, à des préjugés sexistes en ce qui concerne les études, les emplois, les salaires et l'accès aux soins de santé.
- Nombre accru d'orphelins. L'Afrique a vu le nombre des enfants qui ont perdu l'un ou l'autre parent en raison du sida se multiplier par 13 depuis 1990 pour atteindre 12 millions en 2007.



“ Plus des trois quarts de tous les décès dus au sida dans le monde en 2007 se sont produits en Afrique subsaharienne. ”

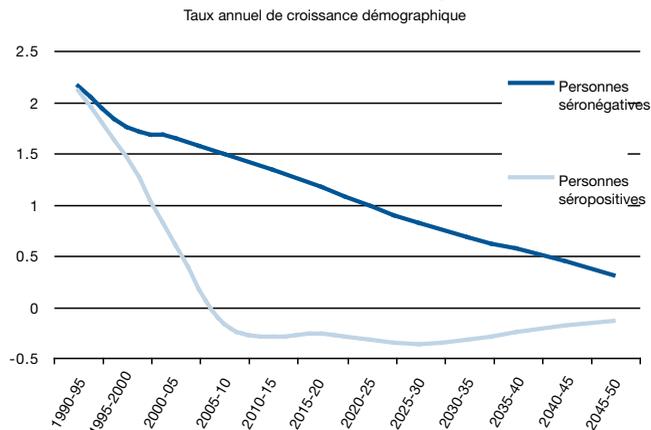
le sida. Cela signifie, en retour, que le nombre de personnes qui tombent malades et meurent de maladies liées au sida est toujours en hausse. Troisièmement, les facteurs favorisant la propagation de la maladie demeurent, de même que le risque d'une poussée de celle-ci. Mais la dernière raison est la plus importante: L'impact du VIH/sida (en termes de nombre de décès parmi les adultes et d'orphelins) et les autres contrecoups résultant de la perte de ressources humaines par la société et l'économie continueront de s'aggraver. La majorité de l'Afrique continuera d'éprouver les pleins effets du VIH/sida durant les décennies à venir.

Dans les pays connaissant un taux de prévalence national élevé, des changements démographiques significatifs s'opèrent. Il s'agit notamment d'une augmentation sensible des taux de mortalité, d'une diminution de l'espérance de vie, d'incidences hors de proportion sur les femmes et de changements fondamentaux dans la composition des ménages. L'essentiel des données sur les changements démographiques vient d'Afrique australe, région où la pandémie est plus répandue et où les efforts pour en comprendre les conséquences sont très ciblés.

### *Davantage d'Africains meurent plus jeunes à cause du VIH/sida*

Le VIH/sida constitue le principal facteur de ralentissement de la croissance démographique (figure 1.2). Le taux de croissance de la population dans certains pays de la région devrait être, dans quelques années, proche de zéro (figure 1.3); (les précédentes prévisions de déclin démographique ont été révisées). D'ici à l'an 2015, les populations d'Afrique du Sud, du Botswana, du Lesotho, du Swaziland et du Zimbabwe stagneront parce que le nombre des décès – largement dus au sida – équivaudra presque à celui des naissances.

**Figure 1.2.**  
**Le sida entraîne la baisse de la croissance démographique en Afrique du Sud**

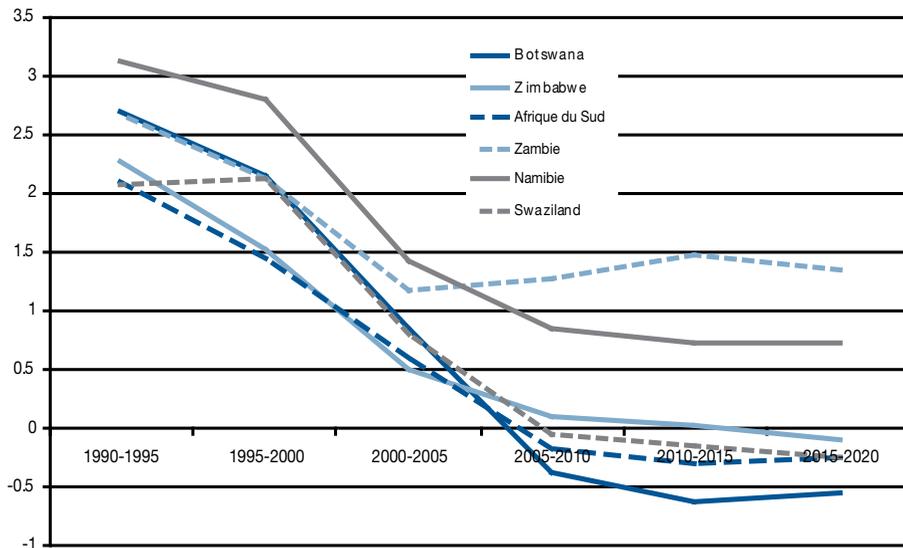


Source: Département des affaires économiques et sociales de l'ONU/Division de la population, 2005b

En Afrique du Sud, le sida représente entre 30 et 40% des causes de décès chez les adultes en 2003 -2004, contre 10% en 1999-2000. Les décès liés au sida se produisent spécialement parmi les jeunes et les adultes âgés de 24 à 50 ans (figure 1.13). Les femmes meurent généralement plus jeunes (entre 20 et 35 ans) que les hommes (entre 30 et 45 ans).

**Figure 1.3.**

**Les taux de croissance démographique seront proches de zéro dans certains pays d'Afrique australe (Projection des taux de croissance annuelle de la population (en %))**



Source: Département des affaires économiques et sociales de l'ONU/Division de la population, 2005b

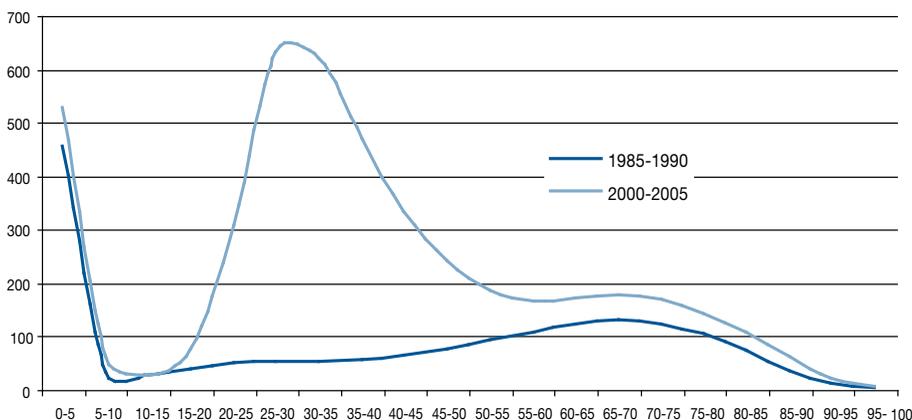
Les enfants aussi meurent en grand nombre: ils contractent le VIH avant leur naissance ou peu après et ne reçoivent pas les soins escomptés, leurs parents étant malades ou morts. Au Cameroun, le taux de mortalité infantile était de 82 décès pour 1000 naissances vivantes entre 1990 et 1995 et de 88 pour 1000 entre 2000 et 2005. Au Kenya, il était de 64 décès pour 1000 naissances vivantes entre 1990 et 1995 et de 69 pour 1000 entre 2000 et 2005. Sans le sida, le recul de la mortalité infantile se serait poursuivi dans les deux pays (Département des affaires économiques et sociales de l'ONU/Division de la population, 2005b). Le taux de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans est également élevé au Zimbabwe. Il était de 114 décès pour 1000 naissances vivantes entre 2000 et 2005, soit plus du double des 54 pour 1000, chiffre auquel il aurait dû se situer sans le sida (Département des affaires économiques et sociales de l'ONU/Division de la population, 2005a).

“ La majorité de l’Afrique continuera d’éprouver les pleins effets du VIH/sida durant les décennies à venir. ”

**Figure 1.4**

**Les adultes jeunes et d'âge mûr sont les plus touchés**

Nombre de décès par groupe d'âge en Afrique du Sud, au Botswana, au Lesotho, en Namibie et au Swaziland (en milliers)



Source: Département des affaires économiques et sociales de l'ONU/Division de la population, 2005b

Plus de 400 000 jeunes enfants africains sont infectés par le VIH chaque année. Faute d'un traitement approprié, la grande majorité d'entre eux ne vivront pas longtemps, généralement moins de trois ans. On estime à 2 millions le nombre d'enfants vivant avec le VIH et à près de 350 000 le nombre de ceux qui en sont morts en 2007. Même quand les enfants sont protégés de l'infection, il est peu probable que leurs parents reçoivent le traitement nécessaire pour survivre, ce qui fait d'eux des orphelins.

La maladie et le décès d'adultes réduisent la capacité des ménages de se prendre en charge. Le taux de personnes à charge augmente, dans la mesure où il reste peu d'adultes en vie pour prendre soin des enfants et des personnes âgées. Les membres les plus âgés des familles étendues contribuent grandement à prendre en charge les survivants des familles affectées et à les soutenir. La perte d'un homme adulte peut laisser les femmes et les enfants survivants sans guère de ressources économiques et de contrôle sur les terres et les équipements. Celle d'une femme adulte peut se traduire pour ses enfants par une sous-alimentation aggravée et, de manière générale, un manque de soins.

### Les Africains meurent plus jeunes à cause du VIH/sida

En raison des forts taux de mortalité chez les enfants en bas âge et les jeunes adultes, l'amélioration de l'espérance de vie stagne ou recule (figure 1.14). Actuellement, l'espérance de vie moyenne en Afrique subsaharienne est de 48 ans, contre 62 ans en 1990-1995. Au Swaziland, elle était de 33 ans en 2000-2005 alors

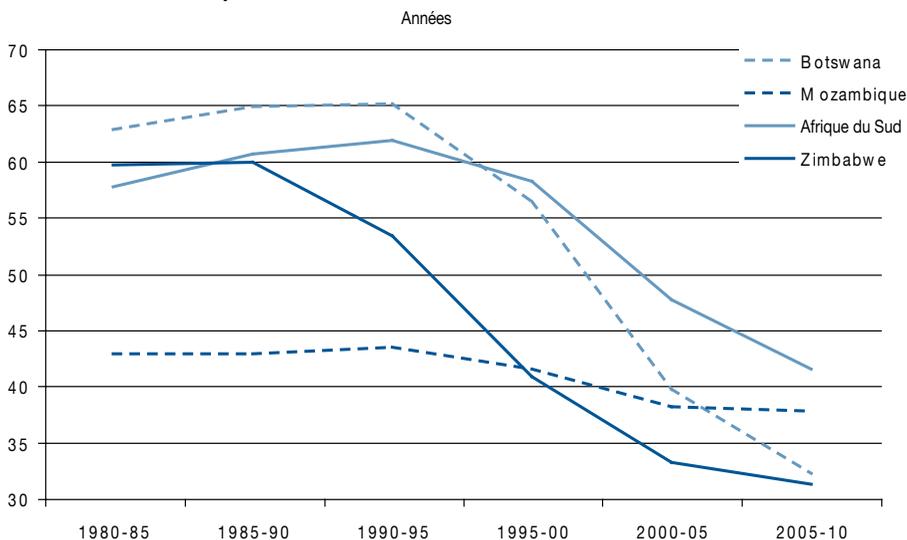


Plus de 400 000 jeunes enfants africains sont infectés par le VIH chaque année et faute d'un traitement approprié, la grande majorité d'entre eux ne vivront pas longtemps, généralement moins de trois ans



qu'elle aurait été de 64 ans sans le sida. Au Botswana, au Lesotho, au Malawi, en République centrafricaine, au Swaziland, en Zambie et au Zimbabwe, l'espérance de vie n'atteint pas 40 ans. Elle aurait été dans chacun de ces sept pays de 53 ans au moins sans le sida (Département des affaires économiques et sociales de l'ONU/Division de la population, 2005b). Au Botswana, l'espérance de vie a connu une chute sans pareille depuis 1950.

**Figure 1.5.**  
*Le sida réduit l'espérance de vie*



**Source:** Département des affaires économiques et sociales de l'ONU/Division de la population, 2003

### *Le VIH/sida touche davantage les femmes que les hommes*

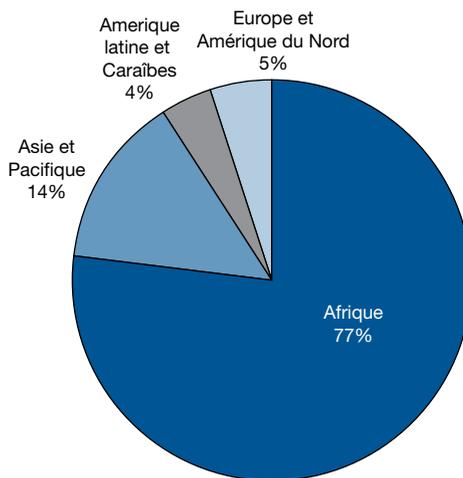
Les femmes sont, plus que les hommes, exposées au risque d'infection par le VIH. Près de 60% des personnes vivant avec le sida en Afrique subsaharienne sont de sexe féminin, et le continent compte près des 80% des femmes vivant avec le virus dans le monde (figure 1.6). Les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans font face à des désavantages encore plus grands, dont certains sont socioéconomiques (en matière de scolarité, d'accès à l'emploi, de niveau de rémunération, d'accès aux soins de santé préventive et curative) et d'autres biologiques (vulnérabilité à l'infection vaginale et à l'abrasion); (figure 1.6). Au sein de ces jeunes groupes d'âge, les femmes représentent plus des trois quarts des personnes vivant avec le VIH dans les pays les plus touchés du continent. Une étude menée à Kisumu, au Kenya, a montré que c'était dans la tranche d'âge de 15 à 19 ans qu'on trouve le taux de prévalence du VIH le plus élevé (23 % pour les filles et 3,5% pour les garçons). D'après une enquête menée en 2000 à Bobo-Dioulasso, au Burkina

“ Face au VIH/sida, les femmes, plus que les hommes, souffrent de la stigmatisation et de la discrimination ”

Faso, les taux d'infection chez les jeunes filles âgées de 13 à 24 ans étaient de cinq à huit fois supérieurs à ceux enregistrés chez les garçons de la même tranche d'âge (Buvé et al., 2001).

Ce sont les femmes qui sont non seulement les plus exposées aux risques d'infection mais aussi les plus sévèrement affectées par la maladie. Elles ont toutes les chances de voir leurs revenus chuter si un homme adulte perd son emploi et meurt. Il arrive qu'elles soient obligées de renoncer à des activités génératrices de revenus ou de sacrifier leur scolarité pour s'occuper de parents malades. Elles n'ont qu'un accès limité aux services publics d'assistance. Dans l'est du Zimbabwe, seuls un tiers des veuves d'anciens employés reçoivent une pension de veuve, et moins de 2% des ménages affectés sont aidés par les services sociaux à faire face aux frais de scolarité, au coût de logement ou à la subsistance (Mushati et al., 2003).

**Figure 1.6**  
L'Afrique comptait, en 2003, 79% des femmes vivant avec le VIH



Source: ONUSIDA/OMS, 2006

Face au VIH/sida, les femmes, plus que les hommes, souffrent de la stigmatisation et de la discrimination, qui multiplie les entraves à leur accès au dépistage, au traitement et aux soins. La lutte pour l'égalité entre les sexes commence dans la famille, principal lieu de stigmatisation, de discrimination et de violence à l'encontre des femmes. Des études confirment que ce n'est pas seulement leur séropositivité qui détermine les modifications intervenant dans la vie des femmes, mais aussi (et parfois davantage) la réaction de leur conjoint/partenaire face à la nouvelle situation de crise au sein de la famille (CVGA, 2004 b). Ainsi, de nombreuses femmes hésitent à se soumettre à des tests de dépistage du VIH ou à dévoiler leur séropositivité, même à leur mari. La discrimination existe aussi

sur le lieu de travail et au sein des communautés, rendant plus difficile pour les femmes de revendiquer l'égalité de traitement et de soins. Il faut toutefois souligner que les femmes, plus nombreuses que les hommes à accéder aux services de soins, sont également plus disposées que ceux-ci à participer aux programmes de traitement, contrairement aux attentes. Le message véhiculé dans l'approche dite «ABC» (abstinence, fidélité au partenaire, utilisation du préservatif) que promeuvent de nombreuses campagnes de lutte contre le VIH/sida, accentue, dans certains cas, la stigmatisation, les épouses séropositives étant injustement accusées de liaisons extraconjugales (pour plus de détails, voir chapitre 3 sur la prévention du VIH/sida).

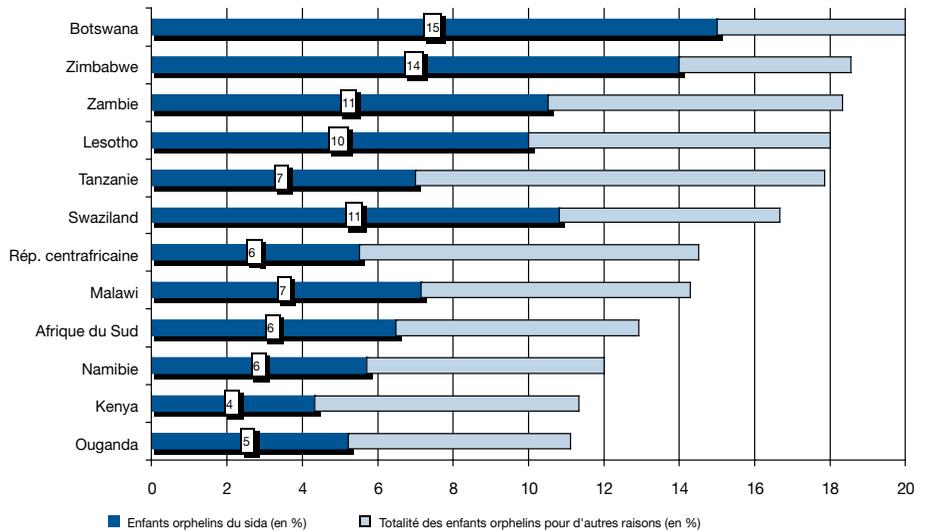
### ***Le nombre d'orphelins a augmenté***

Ce sont les enfants qui sont les plus vulnérables aux contrecoups du VIH/sida. La mort jeune et en grand nombre des parents modifie les structures sociales (CVGA, 2004 d, e). Il en résulte une augmentation rapide du nombre d'orphelins. On estime à 841 000 le nombre d'enfants d'Afrique subsaharienne devenus orphelins en 1990, suite à la mort, à cause du sida, de l'un des parents ou des deux à la fois. En 2005, ils étaient plus de 12 millions – soit 13 fois plus en l'espace d'une décennie seulement (UNICEF, 2006). Selon les prévisions, ce nombre augmentera encore avant de se stabiliser. Ce sont généralement des mécanismes familiaux traditionnels qui permettent de prendre en charge les orphelins, par exemple en les absorbant dans des structures familiales existantes (CVGA, 2004 d, e). Or, ces structures de protection, que sont les familles étendues et les communautés, se trouvent sous forte tension du fait du nombre croissant d'orphelins dont elles s'efforcent de prendre soin. Elles n'en assument pas moins le lourd fardeau de cette obligation. La perspective d'une augmentation rapide du nombre de ménages dirigés par des enfants ne s'est pas réalisée. Mais peu de soutien extérieur a été fourni aux familles pour leur permettre de s'acquitter de cette tâche sociale essentielle (Foster, 2005).

“ Le nombre total d'orphelins et la proportion d'orphelins du sida augmenteront dans les prochaines années ”

**Figure 1.7**

*Les orphelins du sida sont de plus en plus nombreux*



*Source: UNICEF, ONUSIDA et USAID, 2004*

Les enfants orphelins du sida représentent une part de plus en plus importante du nombre d'orphelins en général (figure 1.7). Cependant, dans la moitié des pays d'Afrique subsaharienne, ils représentent plus de 20 % de la totalité des orphelins et, dans 10 de ces pays, ce pourcentage atteint 40 % (Tadria 2004). Le nombre total d'orphelins et la proportion d'orphelins du sida augmenteront dans les prochaines années. On estime que l'Afrique comptera 16 millions d'orphelins en 2010. Ces tendances ont des incidences directes sur la pauvreté qui se perpétue de génération en génération et elles constituent un défi immense pour les responsables de l'élaboration des politiques (encadré 1.2).

### **Encadré 1.2**

#### *Comment prendre en charge les orphelins*

- Améliorer la capacité des familles et des communautés de répondre aux besoins psychosociaux des orphelins et des autres enfants vulnérables est important pour protéger les enfants qui sont séropositifs ou qui vivent dans des familles touchées par le VIH/sida et pour leur garantir un avenir durable.
- Renforcer la capacité des familles et des communautés de faire face aux difficultés économiques peut réduire la vulnérabilité des orphelins face à la pauvreté et aux traumatismes psychosociaux.

- Le placement dans des établissements spécialisés peut se révéler essentiel pour les enfants qui n'ont pas de famille proche pour prendre soin d'eux, en particulier dans le cas de ceux qui sont séropositifs. La prise en charge par les communautés locales permet de lutter contre la stigmatisation, de dispenser une éducation communautaire et de renforcer les capacités.
- Surveiller la situation des orphelins, qu'ils soient placés dans des établissements spécialisés, des familles d'accueil ou qu'ils vivent dans des familles dont le chef est un enfant, est très important pour leur protection et leur bien-être.

### *Le VIH/sida modifie la composition des ménages*

À mesure que la structure de la population change, la taille et la composition des ménages évoluent également. Parfois, les ménages ruraux touchés par un décès tentent de compenser cette perte en demandant aux membres de la famille installés en ville de revenir à la campagne. Les incidences du décès d'un adulte sur la composition du ménage dépendent du rôle que jouait le défunt au sein du ménage. Dans les zones rurales du Kenya, par exemple, la taille des ménages a davantage tendance à diminuer à la mort des femmes adultes; en effet, en pareil cas, les garçons sont envoyés chez d'autres membres de la famille tandis que les filles sont placées ou amenées à se marier. En revanche, le décès d'un homme adulte entraîne généralement une réduction moindre, bien que sensible, de la taille du ménage (Yamano et Jayne 2004). Les veufs ont plus de chances de se remarier que les veuves (Mather et autres 2004).

Les études montrent qu'à la suite de la mort d'un adulte d'âge mûr, les ménages peuvent se présenter sous les formes suivantes:

- Ménages dirigés par des personnes âgées qui se chargent des jeunes enfants;
- Ménages de grande taille comprenant des enfants recueillis ou des orphelins étrangers à la famille;
- Ménages au sein desquels des groupes d'enfants sont pris en charge, officiellement ou non, par des voisins;
- Ménages se limitant à un adulte (homme ou femme) sans enfants;
- Ménages dirigés par une femme (de plus en plus nombreux);
- Ménages dont le chef est un enfant, au sein desquels des enfants plus âgés (ou de jeunes adultes) se chargent de leurs frères et sœurs;
- Ménages dissous dont les membres sont dispersés.

Au Sénégal, où le taux de prévalence du VIH est faible, on constate que les ménages ont tendance à se disperser avant et après le décès d'un homme chef de famille atteint par le virus (Niang et Van Ufford, 2002). Une conséquence de la pandémie est l'apparition d'un nombre croissant de ménages dirigés par des femmes,

lesquels constituent une des catégories les plus pauvres en Afrique. Il importe de faire remarquer que les veuves du sida sont plus jeunes que les veuves en général et, par conséquent, qu'elles ont souvent des enfants à charge dont elles doivent s'occuper et qui ne peuvent contribuer aux travaux agricoles ou à d'autres activités génératrices de revenus (Topouzis 2004). Dans tout le continent africain, l'évolution de la composition des ménages est telle qu'elle a des incidences à long terme sur les moyens de subsistance et sur la réduction de la pauvreté, la productivité et les stratégies de développement nationales. Les dirigeants politiques qui pensaient que les ménages africains, de par leurs caractéristiques, seraient à même d'absorber l'impact du VIH et du sida, seront vraisemblablement amenés à reconnaître que la modification de la composition des ménages compromet fortement la capacité de réaction de ceux-ci face à cette tâche, en l'absence d'une aide complémentaire.

Des données d'enquêtes synthétisées par l'Unicef (2006) montrent que les ménages qui prennent en charge des orphelins ont des taux de dépendance plus importants que ceux des autres ménages et les enquêtes menées à Blantyre au Malawi et dans 21 districts au Zimbabwe, montre que par rapport aux autres enfants, les orphelins ont systématiquement moins de biens matériels élémentaires comme une couverture, des chaussures ou deux ensembles d'habits.

## Principaux moteurs de la pandémie de VIH et de sida

Les variations des taux de prévalence du VIH et du sida entre les différents pays d'Afrique subsaharienne ne peuvent simplement s'expliquer par la date à laquelle la maladie y est apparue. Les taux de prévalence sont restés stables (et, dans certains cas, faibles) dans plusieurs pays où la maladie est apparue depuis longtemps, alors qu'ils ont connu une augmentation fulgurante dans d'autres pays où elle n'est apparue que récemment. Ces variations ne s'expliquent pas non plus entièrement par les différents sous-types de VIH-1 en présence (Morison et autres 2001). Selon une thèse répandue supposée expliquer les taux de prévalence élevés dans les pays d'Afrique australe, cela tiendrait aux comportements sexuels qui y sont caractéristiques, à savoir qu'un nombre élevé d'hommes comme de femmes y ont des partenaires multiples. Cette explication a été contestée au motif que la pratique consistant à avoir des partenaires multiples est répandue dans d'autres pays, que ce soit en Afrique ou dans le reste du monde, et ce parmi des populations au sein desquelles les taux de prévalence du VIH ne sont pas aussi élevés. Là encore, ce facteur ne peut à lui seul expliquer les variations des taux de prévalence du VIH entre les différentes régions d'Afrique subsaharienne (Caraël 1995), et il convient à cet égard de prendre en compte un ensemble d'éléments interdépen-

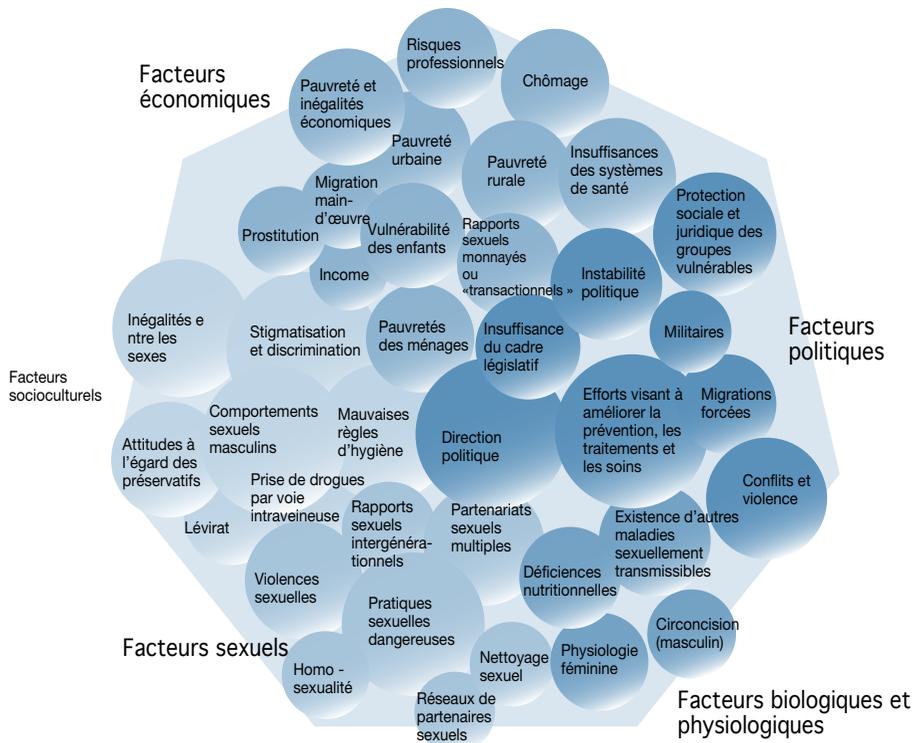
dants (Buvé et autres 2001). Parmi eux, la circoncision, la présence d'autres maladies sexuellement transmissibles (dont la prévalence peut dépendre de facteurs tels que la sensibilisation du public, le coût du dépistage et des traitements et les possibilités d'accès à ceux-ci), la précocité des premiers rapports sexuels chez les filles et le fait d'avoir des partenaires multiples (figure 1.8).

Toutefois, d'un point de vue général, on ignore encore quelles sont les raisons précises de ces variations de la situation épidémiologique en Afrique. Pour bien comprendre et juguler la pandémie, et en atténuer les conséquences, il est nécessaire de mener davantage de recherches pluridisciplinaires et d'instaurer un dialogue entre les sociologues, les dirigeants politiques, les entreprises, les autorités religieuses, les organisations non gouvernementales et les personnes atteintes du VIH/sida. Cela exige une bonne gouvernance et une direction avisée des affaires publiques, s'agissant de déterminer quelles sont les personnes qu'il convient de consulter et comment les ressources sont allouées, ainsi qu'une volonté politique, puisqu'il s'agit aussi d'oser soulever des questions délicates, de s'intéresser aux facteurs qui contribuent à la propagation de la pandémie et d'en parler ouvertement, ainsi que d'amener toutes les composantes de la société à lutter contre ce fléau.

La présente section porte sur certains des principaux moteurs de la pandémie de sida en Afrique. Ceux-ci entrent dans quatre grandes catégories: les facteurs biologiques et physiologiques, les facteurs socioculturels, les facteurs économiques et les facteurs politiques. Il convient toutefois de faire remarquer que, premièrement, tous ces facteurs sont interdépendants et indissociables et sont intimement liés à la dynamique des structures politiques, économiques et sociales. Deuxièmement, on ne peut déterminer avec certitude dans quelle mesure chaque catégorie de facteurs influe sur la propagation et l'aggravation de la pandémie.

**Figure 1.8**

**Facteurs multiples contribuant à la pandémie de VIH**



## Facteurs biologiques et physiologiques

La physiologie féminine rend les femmes plus vulnérables. La physiologie féminine rend les femmes plus vulnérables que les hommes à la transmission du VIH/sida lors de rapports vaginaux non protégés (encadré 1.3). Le risque pour les jeunes femmes et les jeunes filles d'être infectées lors de rapports sexuels non protégés avec un homme atteint par le virus est particulièrement élevé, étant donné qu'à leur âge la paroi du col utérin n'est pas encore complètement formée (ONUSIDA/OMS 2004). Ainsi, lorsqu'un nombre important de jeunes femmes et de jeunes filles ont des rapports sexuels à risque avec des hommes porteurs du virus, des facteurs physiologiques et sociologiques peuvent s'associer et augmenter de façon significative le risque de propagation du VIH.

## Encadré 1.3

### *Les femmes et les jeunes filles: données essentielles*

- La probabilité pour les femmes et les jeunes filles de contracter le VIH lors d'un seul rapport sexuel non protégé est deux fois plus élevée.
- Les femmes et les jeunes filles dépendent du bon vouloir de leur partenaire pour se protéger de l'infection; souvent, elles ne peuvent choisir de s'abstenir d'avoir des rapports sexuels ou insister pour que leur partenaire utilise un préservatif.
- Les femmes et les jeunes filles sont moins touchées par les campagnes de prévention, notamment parce qu'elles ont moins de possibilités d'être scolarisées, que leur taux d'alphabétisation est moins élevé et que leur position sociale et économique est plus faible.
- La charge que représentent les travaux ménagers et la prise en charge des membres de la famille atteints par la maladie est plus lourde pour les femmes et les jeunes filles.
- Les femmes et les jeunes filles ont parfois un accès limité aux soins et aux traitements.

**Source:** CVGA, 2004d.

Les autres maladies sexuellement transmissibles augmentent les risques de contracter le VIH/sida. Il semblerait que les forts taux d'infection par le virus de l'herpès simplex du type 2 (HSV-2) constituent l'un des facteurs qui caractérisent la pandémie en Afrique australe: le fait d'être infecté par le HSV-2 augmente la probabilité de contracter le VIH, et inversement (Weiss, Quigley et Hayes 2000; Del Mar et autres 2002). Des taux d'infection par le HSV-2 très élevés ont été constatés dans plusieurs pays où les taux de prévalence du VIH sont importants, dont l'Afrique du Sud, la Tanzanie et le Zimbabwe (Hayes et autres 1998, McFarland et autres 1999, Auvert et autres 2001, Baeten et autres 2005). La propagation du HSV-2 et d'autres maladies sexuellement transmissibles est notamment due au fait que ces maladies sont répandues tant chez les hommes que chez les femmes mais que les systèmes de santé ne sont pas en mesure de correctement les identifier ou les traiter. Plusieurs études menées en Afrique ont montré que les taux de traitement des maladies sexuellement transmissibles avaient diminué après que les soins de santé sont devenus payants en application de réformes structurelles.

La circoncision réduit les risques de contracter le VIH/sida. Des données récentes (analysées plus en détail au chapitre 3) montrent indiscutablement que la circoncision joue un rôle important dans la protection contre le VIH.

## Facteurs socioculturels

En Afrique, comme dans d'autres régions du monde, les normes et valeurs culturelles ont une incidence sur l'épidémie, à divers égards et de différentes manières. Toutefois, en Afrique, bon nombre de facteurs culturels qui influent sur l'épidémie et sur la riposte sont spécifiques au continent.

Aussi est-il nécessaire de connaître et de comprendre ces facteurs et normes culturels spécifiques pour lutter contre l'épidémie. Le débat et l'action concernant certaines questions que de nombreuses sociétés et collectivités ont du mal à aborder constituent un obstacle important. Au nombre des questions sensibles, il y a lieu de citer: l'inégalité entre les sexes, les droits en matière de sexualité et la santé en matière de procréation, le commerce du sexe et l'orientation sexuelle. Ces facteurs culturels, qui sont déterminants dans la propagation du virus, constituent également des obstacles majeurs à l'accès aux interventions, ce qui limite l'efficacité de la riposte à l'épidémie au niveau national.

La culture joue un rôle essentiel dans les comportements suivants:

### **Inégalités entre les sexes**

Les normes culturelles accentuent la dépendance sociale et économique des femmes, les empêche de convaincre leur partenaire d'adopter des pratiques sexuelles sans risque, entraînent le mariage précoce de jeunes filles, poussent parfois les femmes à troquer leur sexe pour survivre, les rendent plus exposées à la violence physique, en particulier la violence sexuelle, et remettent en cause leur amour-propre. L'autonomisation des femmes et des jeunes filles est indispensable pour assurer la riposte à l'épidémie,.

### **Déni d'héritage et rituel de purification de la veuve**

Certains pays ont entrepris une réforme de leur législation dans ce domaine, complétée par des initiatives visant la participation de chefs de groupes ethniques ou de chefs traditionnels. En 2005, par exemple, la Zambie a modifié son code pénal, qui condamne désormais les pratiques culturelles préjudiciables telles que le rituel de purification des veuves.

### **Polygamie**

La polygamie est considérée comme l'un des principaux facteurs de propagation du VIH en Afrique, les taux les plus élevés de l'infection à VIH étant souvent enregistrés dans les zones où la polygamie est très répandue. Toutefois, aucune

donnée probante ne vient corroborer ce constat. Au Ghana, la prévalence du VIH est plus faible dans le nord, où 44 % des mariages sont polygames. La polygamie permet l'existence d'un réseau sexuel fermé, présentant moins de risques d'introduction du VIH.

## **Violence familiale, viol conjugal y compris**

Les femmes mariées sont très exposées à l'infection à VIH lorsque les normes culturelles tolèrent les comportements licencieux des hommes ou permettent à ces derniers de contrôler l'activité sexuelle au sein des couples mariés. Les femmes sont obligées d'avoir des rapports sexuels à tout moment, dans des conditions risquées (par exemple, les hommes mariés qui ont des rapports sexuels avec d'autres femmes, qui contractent des IST et exigent d'avoir des relations sexuelles sous l'emprise de l'alcool). Le traumatisme causé par les rapports sexuels qui ont lieu sous la contrainte accroît les risques de transmission du VIH. Certains pays ont pris des mesures juridiques contre ce type de comportement (au Zimbabwe, par exemple, la loi sur les délits sexuels dispose que les rapports sexuels sans consentement mutuel au sein d'un couple marié constituent un viol).

## **Marginalisation de certaines populations**

Les normes culturelles et les valeurs religieuses peuvent attiser la discrimination et les tabous politiques et sociaux qui permettent au VIH de prendre racine dans la société en marginalisant certaines populations qui sont particulièrement exposées, notamment les professionnel(le)s du sexe et les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes. Les normes culturelles et les croyances religieuses qui promeuvent la justice sociale, l'intégration et le respect des autres pourraient être davantage mises à profit afin de contrecarrer la discrimination et l'exclusion sociale.

## **Droit à la propriété et à l'héritage**

Dans de nombreuses cultures, la veuve n'a pour ainsi dire pas le droit de revendiquer les biens de famille, ceux-ci étant confisqués par la famille du mari. Outre qu'il s'agit là d'une violation des droits de l'homme et de la dignité de l'individu, de telles pratiques traditionnelles contrarient la sécurité économique des femmes et entretiennent le cercle vicieux de la pauvreté et des comportements sexuels à risque.

## Pratiques préjudiciables telles que les mutilations génitales féminines

Les pratiques traditionnelles occasionnant l'excision et les mutilations génitales peuvent entraîner des infections pendant et après l'ablation, notamment l'infection à VIH, en cas d'activité sexuelle avant la cicatrisation de la plaie. Au Mali et au Sénégal, entre autres pays, des mesures juridiques ont été prises afin d'abolir les pratiques traditionnelles préjudiciables.

## Pratiques sexuelles

Certaines pratiques et préférences sexuelles (hommes âgés à la recherche de jeunes femmes ou de jeunes filles, pratique de rapports sexuels sans lubrification dans certaines cultures, par exemple) favorisent les risques d'infection à VIH.

Si certaines normes et pratiques culturelles sont susceptibles de favoriser la transmission du VIH et limiter l'accès à la prévention, il faut reconnaître que d'autres pratiques traditionnelles peuvent avoir un impact positif dans le cadre de la riposte au sida. On a constaté, par exemple que la circoncision, pratique séculaire de certaines cultures et collectivités réduit les risques de transmission du VIH chez les hommes.

Par conséquent, si les normes et valeurs culturelles constituent d'importants facteurs qu'il faut comprendre et prendre en considération dans la riposte au sida, notre analyse de cette dynamique doit être précise et nuancée pour être efficace.

Dans les paragraphes qui suivent, nous examinons certains de ces facteurs sociaux les plus spécifiques, en nous inspirant directement des conclusions des différentes réunions interactives que la CVGA a organisées dans un certain nombre de pays africains.

*Les normes et attitudes sexuelles masculines contribuent à la propagation de la pandémie.*

*«Dans nos sociétés, notre culture permet aux hommes d'exiger d'avoir des rapports sexuels non protégés, à tout moment, et la femme ne peut pas refuser même si elle sait qu'il est infecté. Il faut que cela change».*

*Participant, réunion interactive de la CVGA:  
Botswana.*

Les normes, attitudes et comportements sexuels masculins à l'égard des femmes constituent un des principaux facteurs de propagation de la pandémie. Nombreux sont les hommes qui tirent parti de leur condition sociale, de leurs revenus et de leur accès à d'autres ressources pour obtenir en échange, contre de l'argent

ou sous la contrainte, des rapports sexuels avec des femmes ou des jeunes filles. Ils invoquent pour justifier leur comportement les valeurs culturelles et sociales qui les encouragent à avoir des partenaires multiples. Les femmes qui sont mariées ou qui entretiennent une relation à long terme avec des hommes ayant des partenaires multiples peuvent contracter le VIH en raison du comportement sexuel de leur partenaire, sur lequel elles n'exercent, dans le meilleur des cas, qu'un contrôle très limité. À mesure que la pandémie du VIH/sida gagne du terrain, on constate un nombre croissant de cas chez les couples sérodifférents, généralement lorsqu'un homme séropositif transmet le virus à son épouse, laquelle n'a pas d'autre partenaire sexuel. Pour de nombreuses femmes, le mariage et la fidélité ne constituent pas une protection contre le VIH.

*Les relations sexuelles avec des partenaires multiples augmentent les risques de contracter le VIH/sida.*

«*Nos sociétés polygames acceptent que l'homme ait des partenaires multiples alors que la femme doit rester fidèle à un seul homme*». Participant, réunion interactive de la CVGA: Éthiopie.

Les données recueillies en Côte d'Ivoire, au Kenya, au Lesotho, en Tanzanie et en Zambie montrent que la probabilité de contracter le VIH augmente considérablement lorsque les hommes ou les femmes ont des relations sexuelles avec des partenaires multiples dans un laps de temps réduit (Cohen 2004). Cela tient notamment au fait que la charge virale du VIH (et par conséquent son pouvoir infectant) est plus élevée dans les semaines qui suivent immédiatement la contamination, ce qui augmente également la probabilité de contracter le virus pour toute personne ayant des relations sexuelles durant cette période avec la personne concernée (Halperin et Epstein 2004). En effet, une étude indique qu'en Afrique subsaharienne, plus de la moitié des cas de transmission du virus de l'homme à la femme surviennent dans les six semaines suivant la contamination de l'homme (Pilcher et autres 2004). En Afrique australe et en Afrique de l'Est, il semble que les relations sexuelles avec des partenaires multiples augmentent la probabilité de contamination des jeunes femmes par rapport aux jeunes hommes, alors que ces derniers déclarent avoir davantage de partenaires que les jeunes femmes (Glynn et autres 2001).

*Les rapports de force entre hommes et femmes rendent les femmes plus vulnérables au VIH/sida.*

«*Les femmes font confiance à leurs partenaires masculins, alors que ce sont eux qui introduisent le virus dans les foyers*». Participant, réunion interactive de la CVGA: Cameroun.

Il existe un lien étroit entre l'appartenance sexuelle et les risques liés au VIH. Les femmes et les jeunes filles, en particulier, sont exposées à de nombreux facteurs de risque liés au VIH, qui ne découlent pas de leurs choix personnels mais sont profondément ancrés dans le tissu social et les réalités matérielles propres à leur société. Dans certains pays, les mariages précoces des jeunes femmes et des jeunes filles à des hommes plus âgés augmentent considérablement les risques de contamination par le VIH (Pisani 2003). La probabilité que les hommes plus âgés soient déjà porteurs du virus est plus forte, en particulier dans les pays où l'on constate des taux de prévalence élevés du VIH. À Kisumu (Kenya), on a observé que parmi les femmes de moins de trois ans plus jeunes que leur mari, aucune n'était séropositive, tandis que la moitié de celles qui étaient au moins 10 ans plus jeunes que leur mari étaient porteuses du virus (Glynn et autres 2001). De même, une femme qui a des rapports sexuels rémunérés à un jeune âge avec un homme plus âgé risque de contracter le VIH et, lorsqu'elle se marie à un homme légèrement plus âgé qu'elle, de le transmettre à son tour à celui-ci.

*Les rapports sexuels rémunérés sont un facteur important dans la propagation du VIH.*

*«Je crois que l'émancipation économique des femmes serait beaucoup plus efficace pour lutter contre le VIH/sida que les campagnes de sensibilisation et d'information. Les femmes économiquement émancipées sont davantage en mesure de négocier avec leurs partenaires et n'ont pas à se tourner vers les rapports sexuels rémunérés. Participant, réunion interactive de la CVGA: Cameroun.*

Les rapports sexuels rémunérés sont des rapports sexuels en dehors du mariage avec un homme en échange d'argent, de cadeaux ou de faveurs. Pour les femmes, il s'agit souvent de rapports avec un ou plusieurs partenaires masculins plus âgés, rapports qui peuvent durer des mois ou des années. Pour de nombreuses femmes, ces rapports constituent soit un moyen de survivre dans des circonstances difficiles, soit une possibilité d'acquérir des biens matériels, d'accéder à un emploi ou à l'enseignement, ou encore de leur donner une impression de sécurité dont elles ne pourraient bénéficier par d'autres moyens (ONUSIDA 2004b; Longfield et autres 2004). Poussées par la pauvreté et aspirant à une vie meilleure, nombreuses sont les femmes et les jeunes filles qui sont amenées à avoir des rapports sexuels en échange de biens, de services, d'argent, d'un logement ou d'autres produits de première nécessité (Gregson et autres 2002, Luke et Kurz 2002). Ainsi, les études font apparaître une proportion relativement importante de femmes ayant déclaré qu'elles avaient accepté de l'argent, des biens ou des services en échange de rapports sexuels. Les rapports sexuels rémunérés reflètent par conséquent dans le même temps la situation économique généralement supérieure des hommes et un meilleur accès aux ressources. Dans les zones urbaines en particulier, ces rap-

ports interviennent dans le contexte d'une culture de la consommation encouragée de manière agressive et de contrastes extrêmes entre abondance et pauvreté. La sexualité, la survie et la consommation en sont venues à être étroitement liées (Delius et Walker 2002).

En général, ce sont des hommes plus âgés qui disposent des revenus ou des ressources susceptibles d'être échangés contre des rapports sexuels. La probabilité que les femmes contractent le VIH est non seulement plus élevée, mais les rapports d'inégalité et de dépendance qui caractérisent ce type de relations entravent en outre considérablement leur capacité de se protéger de la contamination par le virus (Gregson et autres 2002). Dans les régions où les taux de prévalence sont élevés, les jeunes femmes qui sont amenées à entretenir de tels rapports sont exposées à un risque important de contracter et de transmettre le virus du VIH.

*Le commerce du sexe contribue à la pandémie de VIH.*

*«Nos filles s'installent en ville dans l'espoir d'y trouver une vie meilleure et de nouveaux horizons, mais elles sont souvent réduites à vendre leur corps pour survivre». Participant, réunion interactive de la CVGA: Cameroun.*

Le commerce du sexe est à la fois la cause et la conséquence d'inégalités très diverses. On s'accorde depuis longtemps à reconnaître qu'il est un élément moteur de la pandémie de VIH et de sida. Même lorsque les taux de prévalence sont dans l'ensemble relativement faibles dans un pays donné, ils peuvent se révéler très élevés parmi les professionnelles du sexe. Au Ghana, le taux de prévalence du VIH chez les adultes atteignait un peu plus de 3 % pour l'ensemble du pays en 2003. En revanche, à Accra, la capitale, il était compris entre 15 % chez les clients des professionnelles itinérantes du sexe et 32 % chez leurs compagnons (Coté et autres 2004). Selon les estimations, pas moins des deux tiers des nouveaux cas de VIH constatés au Kenya en 1989 concernaient les professionnelles du sexe et leurs clients, et en 1998, environ 45 % des nouveaux cas étaient encore la conséquence du commerce du sexe (Pisani et autres 2003). Des études menées entre 1998 et 2002 dans les zones urbaines d'autres pays ont fait apparaître des taux particulièrement élevés de contamination chez les professionnelles du sexe, atteignant 74 % en Éthiopie et 50 % en Afrique du Sud, ce qui confirme que même dans les pays où les taux de prévalence sont élevés, le commerce du sexe reste un facteur important de propagation de la pandémie (ONUSIDA 2002).

*Les rapports sexuels entre personnes de générations différentes augmentent la vulnérabilité des jeunes filles face au VIH.*

*«Les jeunes filles ont des partenaires plus âgés qui peuvent leur procurer des biens matériels auxquels elles n'auraient autrement pas accès, tandis que les hommes pensent à tort que la probabilité que les jeunes femmes soient séropositives est plus faible». Participant, réunion interactive de la CVGA: Forum pour le développement de l'Afrique, Éthiopie.*

Les rapports sexuels entre personnes de générations différentes concernent le plus souvent des hommes plus âgés et des jeunes femmes, avec pour ces dernières un risque plus important de contracter le VIH. Un rapport établi en 2000 par ONU-SIDA indique que les jeunes femmes et les jeunes filles africaines ont des rapports sexuels à un âge de plus en plus précoce. Dans certaines régions d'Afrique du Sud, de Tanzanie et de Zambie, entre 10 et 60 % des personnes interrogées sur un échantillon d'enfants et d'adolescents ont déclaré avoir déjà eu des rapports sexuels dès l'âge de 10 ans. Bon nombre d'entre eux étaient des jeunes femmes qui ont indiqué qu'outre le fait d'avoir eu des rapports sexuels à un âge précoce, elles entretenaient une relation avec un homme d'au moins 10 ans plus âgé.

Plusieurs raisons expliquent cette situation, notamment le fait que les hommes plus âgés recherchent des jeunes femmes et des jeunes filles, pensant que la probabilité que celles-ci soient porteuses du VIH est plus faible. Par ailleurs, certaines jeunes femmes et jeunes filles recherchent des hommes plus âgés qui ont les moyens de prendre en charge certains de leurs besoins en échange de rapports sexuels, étant donné que les hommes plus âgés sont généralement sexuellement actifs depuis de nombreuses années et sont susceptibles d'avoir des rapports avec d'autres partenaires à haut risque, les conséquences pour les jeunes femmes et les jeunes filles concernées peuvent se révéler catastrophiques.

## **Pauvreté et autres facteurs économiques**

Bien que le lien entre la pauvreté et la transmission du VIH soit complexe, il se peut que bon nombre des facteurs qui font que de nombreux Africains (en particulier des femmes et des jeunes filles) sont prédisposés à être davantage touchés par le VIH soient aggravés par la pauvreté (Farmer, Connors et Simmons 1996; Kim et autres 2000; Namposya-Serpell 2000; Sachs 2001; Poku 2002; Whiteside 2002; Poku et Whiteside 2004). Qui plus est, les conséquences du VIH et du sida contribuent à la paupérisation.

*La migration du travail facilite la propagation du VIH/sida.*

*«Les itinéraires empruntés par les chauffeurs routiers sont appelés les “autoroutes du sida”, et on peut constater que les taux de prévalence du virus sont beaucoup plus élevés le long des autoroutes qui mènent au littoral». Participant, réunion interactive de la CVGA: Mozambique.*

Le manque de perspectives économiques dans de nombreuses régions rurales en Afrique pousse depuis longtemps les hommes (et un nombre croissant de femmes) à migrer vers les centres urbains et autres pôles d'emploi à la recherche de travail, en particulier en Afrique australe où, en raison des migrations temporaires ou saisonnières, les migrants sont régulièrement amenés à voyager pour retrouver leurs familles, ce qui facilite vraisemblablement la propagation rapide du VIH. En Afrique du Sud, par exemple, on a constaté que le taux de prévalence du VIH était deux fois plus élevé (26 %) chez les travailleurs migrants que chez les autres travailleurs (Crush 2001, Lurie et autres 2003). Les migrations à grande échelle, dans le contexte de la paupérisation, des profondes inégalités socioéconomiques et des bouleversements sociaux, semblent être un terrain idéal pour la propagation du VIH/sida et d'autres maladies sexuellement transmissibles (Kark 1949; Myer, Morroni et Susser 2003). Des taux de prévalence très élevés ont été constatés dans les zones proches des principales voies de communication, aux postes frontière, à proximité des bases militaires ainsi que des exploitations minières et agricoles (OIM, 2003).

### **La vulnérabilité économique des femmes augmente la probabilité qu'elles contractent le VIH/sida.**

*«Lorsqu'un homme laisse sa femme au village pour aller travailler pendant quelques mois à la mine, où il a une petite amie, et que sa femme a elle-même un ou deux amants qui l'aident à se procurer de la nourriture et d'autres articles ménagers parce que son mari n'envoie pas assez d'argent, cette situation est très propice à la propagation du VIH».*

*Participant, réunion interactive de la CVGA: Botswana.*

L'effet conjugué de l'écart entre les hommes et les femmes et des inégalités socioéconomiques semble être particulièrement fâcheux en Afrique australe, où les possibilités d'acquisition de revenus sont très réduites pour les femmes sans instruction ou peu instruites, et où elles sont par conséquent largement tributaires des fonds envoyés par leur partenaire ou par d'autres membres de la famille. Ainsi, au moins une étude récente montre que les femmes restées dans l'arrière-pays rural ont parfois recours à des rapports sexuels rémunérés pour survivre. En Afrique du Sud, parmi les couples sérodifférents recensés dans la province du Kwazulu-Natal, 20 % des femmes étaient séropositives, tandis que leurs maris, des travailleurs migrants, étaient séronégatifs (Bachmann et Booysen 2003). Les données empi-

riques recueillies dans le sud du Mozambique semblent aller dans le même sens (Lurie et autres 2003).

Une étude menée à Mandeni (Afrique du Sud) a établi une corrélation convaincante entre les taux de prévalence exceptionnellement élevés du VIH, le caractère généralisé du commerce du sexe et les pertes d'emplois dans l'industrie du textile et de l'habillement (laquelle employait essentiellement des femmes), après la suppression des droits de douane et des subventions (Hunter 2002). En Zambie et au Zimbabwe, ce secteur a également connu une forte baisse de l'emploi, ce qui a aggravé la paupérisation des femmes et a sans doute accéléré la propagation de la pandémie de VIH/sida.

## Facteurs politiques

### ***La réticence des dirigeants facilite la propagation du VIH/sida.***

*«En Afrique, compte tenu de tous les problèmes auxquels nous devons faire face, nous avons appris à faire peu de cas de notre existence. Nous devons prendre le sida au sérieux et faire comprendre à nos dirigeants que négliger ce problème revient à nous tuer». Participant, réunion interactive de la CVGA: Maroc.*

Malgré certaines exceptions notables, les initiatives menées en faveur de la lutte contre le VIH et le sida aux niveaux politique, religieux, économique et social se sont révélées limitées, fragmentaires ou incohérentes. Jusqu'à récemment, la plupart d'entre elles se caractérisaient par une réticence à admettre la réalité de la pandémie, à aborder ses aspects liés à la sexualité et à mobiliser les ressources nécessaires à la mise en œuvre de campagnes de prévention efficaces. De nombreux observateurs, dans la plupart des États et dans les organisations internationales, sont convaincus que la propagation du sida en Afrique aurait pu être freinée, si les dirigeants africains avaient adopté une attitude plus audacieuse et plus franche dès le début de la pandémie. En l'absence d'une action ferme dès l'apparition du fléau, les campagnes de prévention n'ont pas bénéficié de l'appui politique nécessaire pour assurer leur crédibilité, susciter un soutien favorable dans l'opinion publique et mobiliser les ressources nécessaires.

Ce n'est pas seulement le manque d'encadrement qui permet à la pandémie de se propager de manière incontrôlée. C'est aussi le manque d'attention portée aux facteurs essentiels qui sont responsables de la pandémie et de ses conséquences sélectives pour certains groupes de la population. Les mesures prises au niveau national manquaient de discernement à l'égard de certaines approches privilégiées et financées par les institutions internationales et bilatérales. De même, les pro-

grammes nationaux n'ont pas tiré parti de la profusion de connaissances formelles et informelles en la matière, de sorte à impliquer et à motiver l'opinion publique (Projet Objectifs du Millénaire 2005). Trop souvent, ces programmes n'ont pas suffisamment tenu compte des connaissances dont les pays étaient dépositaires et ont ainsi été par trop influencés par la position des organismes de financement extérieur.

## Conclusion

La transmission du VIH découle des facteurs et de la dynamique tendant à faciliter ou à limiter la propagation du virus, qui peuvent aussi bien être d'ordre physiologique ou biologique que socioéconomique ou politique. Comme on le verra dans les chapitres suivants, bon nombre de ces facteurs sont partiellement pris en considération par les autorités nationales, en concertation avec les entreprises, les organisations de la société civile et la communauté des donateurs. Toutefois, les interactions entre ces différents facteurs ajoutent à la complexité de la tâche consistant à lutter efficacement contre le VIH et le sida et rendent d'autant plus difficiles les progrès en matière de prévention et d'atténuation des conséquences de la pandémie. Malgré cela, de précieux enseignements ont été acquis et sont susceptibles de servir d'exemples. C'est ainsi qu'il est essentiel que les dirigeants politiques, à tous les niveaux et dans tous les secteurs, agissent sur les divers facteurs qui ont des incidences sur la pandémie, de même qu'il importe d'orienter précisément les mesures à prendre pour s'attaquer aux causes de sa propagation.

