



**Le point sur
l'épidémie
de SIDA :
Décembre 1998**



Tableau récapitulatif de l'épidémie d'infection à VIH/SIDA dans le monde, décembre 1998

Nouveaux cas d'infection à VIH en 1998	Total	5,8 millions
	Adultes	5,2 millions
	<i>Femmes</i>	<i>2,1 millions</i>
	Enfants <15 ans	590 000
Nb de personnes vivant avec le VIH/SIDA	Total	33,4 millions
	Adultes	32,2 millions
	<i>Femmes</i>	<i>13,8 millions</i>
	Enfants <15 ans	1,2 million
Décès dus au SIDA en 1998	Total	2,5 millions
	Adultes	2,0 millions
	<i>Femmes</i>	<i>900 000</i>
	Enfants <15 ans	510 000
Nb total de décès dus au SIDA depuis le début de l'épidémie	Total	13,9 millions
	Adultes	10,7 millions
	<i>Femmes</i>	<i>4,7 millions</i>
	Enfants <15 ans	3,2 millions

Anatomie de l'épidémie

□ Récapitulatif au niveau mondial

Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) estiment que fin 1998, le nombre de personnes vivant avec le VIH (le virus responsable du SIDA) atteindra 33,4 millions, soit 10 % de plus qu'il y a un an seulement. Aucun pays n'est parvenu à juguler l'épidémie. Presque tous ont enregistré de nouveaux cas en 1998 et, dans bien des endroits, l'épidémie échappe à tout contrôle.

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 bilan des entreprises : le SIDA n'a jamais représenté un aussi grand péril pour le développement.

D'après les nouvelles estimations de l'ONUSIDA/OMS, 11 hommes, femmes et enfants ont été infectés toutes les minutes en 1998, soit près de 6 millions de personnes au total. Un dixième des personnes concernées avaient moins de 15 ans, ce qui porte à 1,2 million le nombre d'infections chez les enfants. On pense que la plupart d'entre eux ont été infectés par leur mère avant ou pendant la naissance, ou lors de l'allaitement maternel.

On peut réduire la transmission de la mère à l'enfant en donnant des antirétroviraux aux femmes enceintes séropositives et des substituts du lait maternel après l'accouchement, mais le but ultime doit être la prévention chez les jeunes femmes pour éviter qu'elles ne soient infectées au départ. Malheureusement, s'agissant de l'infection à VIH, les femmes sont en passe d'arriver à égalité avec les hommes : alors qu'en 1997, elles représentaient 41 % des adultes infectés dans le monde, elles représentent aujourd'hui 43 % des personnes de plus de 15 ans qui vivent avec le VIH/SIDA. Rien ne laisse présager un renversement de tendance.

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 grave 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, plus que pour n'importe quelle autre année jusqu'à présent.

□ Le SIDA et le tableau des maladies infectieuses

D'après les récentes estimations de l'OMS, le paludisme tue plus d'un million de personnes par an. En 1998, 2,5 millions de personnes au total sont mortes du SIDA. Ces deux maladies figurent parmi les cinq premières causes de mortalité dans le monde. Toutefois, il faut tenir compte de la dynamique de ces maladies. Alors qu'en 1954, des millions de personnes mouraient déjà du paludisme, l'épidémie de SIDA est encore en pleine gestation : le nombre de décès augmente d'année en année et 16 000 personnes viennent chaque jour grossir les rangs des séropositifs.

La tuberculose, qui se situe au deuxième rang des maladies infectieuses les plus meurtrières, progresse elle aussi, en grande partie à cause de l'épidémie d'infection à VIH. Les sujets dont le système immunitaire est affaibli par le VIH sont la proie des microbes, dont le bacille de la tuberculose. Les infections qu'ils contractent (ainsi que certains cancers) sont à l'origine des maladies récurrentes que l'on désigne par SIDA quand elles sont à un stade avancé et qui finissent par causer la mort. Environ 30 % des décès dus au SIDA ont pour cause directe la tuberculose.

Non seulement les sujets immunodéprimés par le VIH attrapent plus facilement le bacille tuberculeux, mais beaucoup en sont porteurs depuis l'enfance. Dans un cas comme dans l'autre, la probabilité que la tuberculose devienne active et potentiellement mortelle est beaucoup plus grande chez les sujets doublement infectés par le VIH et le bacille tuberculeux que chez les porteurs du bacille VIH-négatifs. A l'échelle planétaire, des millions de personnes cumulent déjà les deux infections, et les cas de co-infection risquent de se multiplier rapidement dans les pays en développement compte tenu de la proportion considérable de porteurs du bacille tuberculeux dans la population générale (30 % environ) et des quelque 6 millions de nouveaux cas d'infection à VIH par an. Pour combattre cette double épidémie, il faut à la fois améliorer le dépistage et le traitement de la tuberculose – que le sujet soit infecté ou non par le VIH, on peut guérir la tuberculose avec des antibiotiques – tout en renforçant les programmes de prévention du SIDA pour éviter les nouvelles infections par le VIH.

□ Aperçu par région

Soixante-dix pour cent des personnes qui ont été infectées par le VIH cette année vivent en **Afrique subsaharienne**. C'est aussi dans cette région que sont survenus les quatre cinquièmes de tous les décès dus au SIDA en 1998.

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.¹ Pourtant, l'Afrique subsaharienne n'abrite qu'un dixième de la population mondiale.

Le nombre d'Africains touchés par l'épidémie est gigantesque. Depuis que le virus a commencé à se propager, 34 millions d'Africains vivant au sud du Sahara auraient été infectés. Quelque 11,5 millions d'entre eux sont morts ; un quart étaient des enfants. On estime qu'en 1998, le SIDA a tué 2 millions d'Africains, ce qui représente 5 500 deuils par jour. Malgré le nombre de décès, les Africains vivant avec le virus sont plus nombreux que jamais : 21,5 millions d'adultes et un million d'enfants.

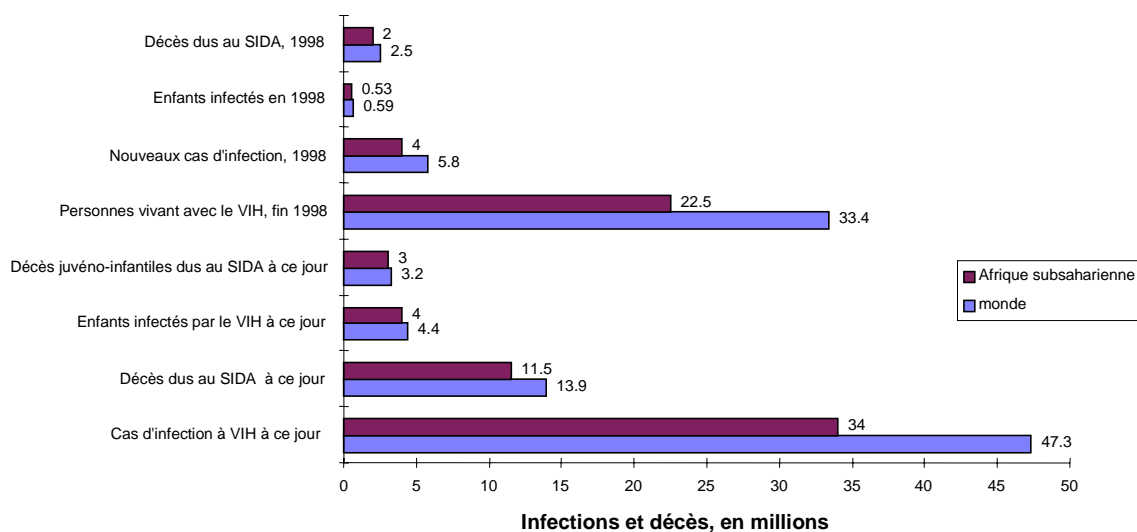
Aucun pays d'Afrique n'a échappé au virus, mais certains sont bien plus lourdement frappés que d'autres. La majeure partie des nouveaux cas d'infection reste concentrée dans l'est et surtout dans le sud du continent.

Les pays les plus gravement touchés dans le monde sont en majorité situés en Afrique australe. Au Botswana, en Namibie, au Swaziland et au Zimbabwe, entre 20% et 26% des personnes âgées de 15 à 49 ans seraient séropositives ou malades du SIDA. L'Afrique du Sud, où le taux d'infection à VIH était inférieur à celui de ses pays voisins au début des années 1990, est malheureusement en

¹ L'ONUSIDA désigne par orphelins du fait du SIDA les personnes qui, avant l'âge de 15 ans, ont perdu leur mère ou leurs deux parents à cause du SIDA.

train de rattraper son retard : on estime qu'un nouveau cas d'infection sur sept enregistré en Afrique cette année s'est produit dans ce seul pays. Le Zimbabwe est particulièrement touché. Le pays compte 25 sites de surveillance où le sang prélevé sur les femmes enceintes est testé anonymement dans le but de déterminer les taux d'infection à VIH. D'après les dernières données, qui remontent à 1997, la prévalence du VIH n'était inférieure à 10% que sur deux de ces sites. Sur les 23 sites restants, entre 20% et 50% des femmes enceintes étaient infectées. Au moins un tiers de ces femmes risquent de transmettre l'infection à leur enfant.

Estimations des cas d'infection à VIH et des décès dus au SIDA dans le monde et en Afrique subsaharienne



Les autres parties du continent sont loin d'être indemnes. En Côte d'Ivoire, à Djibouti, au Kenya et en République centrafricaine, un adulte sur dix, parfois plus, est séropositif. D'une manière générale, cependant, l'Afrique occidentale est moins touchée que l'Afrique australe ou orientale. Dans certains pays d'Afrique centrale, les taux d'infection sont restés relativement stables. Dans certains cas, les taux sont stables parce que la prévention a démarré tôt et s'est poursuivie de manière régulière, par exemple au Sénégal. Mais là où les pratiques sexuelles à moindre risque ont été beaucoup moins encouragées, on comprend mal les raisons de cette stabilité relative. Des travaux de recherche sont en cours pour expliquer les différences entre les épidémies selon les pays. Ces études portent sur les facteurs pouvant entrer en ligne de compte comme les différents réseaux de partenaires sexuels, le recours au préservatif avec différents partenaires et le traitement des autres maladies sexuellement transmissibles (MST), qui favorisent la transmission du VIH par voie sexuelle si elles ne sont pas soignées.

La progression du VIH sur le **continent asiatique**, surtout dans le sud et l'est, retient de plus en plus l'attention. Certes, les taux restent faibles par rapport à d'autres régions, mais les Asiatiques sont déjà bien plus de 7 millions à être infectés et le virus gagne rapidement du terrain dans les populations nombreuses de l'Inde et de la Chine.

L'Inde offre un exemple intéressant des changements qui surviennent dans le tableau de l'infection à VIH.

- On pensait il y a peu encore que dans la deuxième population du monde, l'infection à VIH était concentrée chez les prostitué(e)s des villes et leurs clients ainsi que chez les

consommateurs de drogue par injection présents dans quelques états. D'après les dernières données de surveillance par réseau sentinelle dans les services prénatals, dans au moins cinq états de l'Inde, plus de 1 % des femmes enceintes habitant en milieu urbain sont infectées.

- On pensait que les zones rurales, où vivent 73 % des 930 millions d'habitants que compte le pays, étaient relativement épargnées par l'épidémie. Là aussi, de nouvelles études montrent que, par endroits, l'infection à VIH est malheureusement devenue courante dans les villages comme dans les villes. Une enquête sur un échantillon aléatoire de ménages du Tamil Nadu a révélé récemment que 2,1 % de la population adulte vivant à la campagne étaient infectés, contre 0,7 % de la population urbaine. D'après les résultats de l'étude, il y aurait déjà près d'un demi-million de séropositifs dans cet état de 25 millions d'habitants. Etant donné que près de 10 % des sujets de l'étude étaient atteints de blennorragie, de syphilis ou d'une autre maladie sexuellement transmissible, les conditions sont particulièrement propices à la propagation du VIH.
- Le virus est solidement implanté dans la population générale, notamment chez les femmes qui ne prennent d'autre risque que d'avoir des relations sexuelles avec leur mari. Une étude réalisée sur quelque 400 femmes soignées dans les services MST de Pune a révélé que 93 % d'entre elles étaient mariées et que 91 % n'avaient de rapports sexuels qu'avec leur mari. Or toutes ces femmes avaient une MST et, ce qui est plus difficile à admettre, 13,6 % d'entre elles étaient séropositives.

Statistiques et caractéristiques de l'épidémie de VIH/SIDA par région, décembre 1998

Région	Début de l'épidémie	Adultes et enfants vivant avec le VIH/SIDA	Nouveaux cas d'infection à VIH chez les adultes et les enfants	Taux de prévalence chez les adultes ²	Pourcentage de femmes parmi les adultes séropositifs	Principaux modes de transmission ³ chez les adultes
Afrique subsaharienne	fin années 70 - début années 80	22,5 millions	4,0 millions	8,0 %	50 %	Hétéro
Afrique du Nord et Moyen-Orient	fin années 80	210 000	19 000	0,13 %	20 %	ID, Hétéro
Asie du Sud et du Sud-Est	fin années 80	6,7 millions	1,2 million	0,69 %	25 %	Hétéro
Asie de l'Est et Pacifique	fin années 80	560 000	200 000	0,068 %	15 %	ID, Hétéro, Homo
Amérique latine	fin années 70 - début années 80	1,4 million	160 000	0,57 %	20 %	Homo, ID, Hétéro
Caraiïbes	fin années 70 - début années 80	330 000	45 000	1,96 %	35 %	Hétéro, Homo
Europe orientale et Asie centrale	début années 90	270 000	80 000	0,14 %	20 %	ID, Homo
Europe occidentale	fin années 70 - début années 80	500 000	30 000	0,25 %	20 %	Homo, ID
Amérique du Nord	fin années 70 - début années 80	890 000	44 000	0,56 %	20 %	Homo, ID, Hétéro
Australie et Nouvelle-Zélande	fin années 70 - début années 80	12 000	600	0,1 %	5 %	Homo, ID
TOTAL		33,4 millions	5,8 millions	1,1 %	43 %	

² Proportion d'adultes (âgés de 15 à 49 ans) vivant avec le VIH/SIDA en 1998, d'après les statistiques démographiques de 1997.

³ Hétéro : transmission hétérosexuelle ; homo : transmission entre hommes homosexuels ; ID : transmission par l'injection de drogue.

En Europe orientale comme **en Amérique latine et aux Caraïbes**, l'infection touche surtout les groupes marginalisés, mais ne se limite pas à eux.

En Amérique latine, le mode de propagation du VIH est presque le même que dans les pays industrialisés. Les hommes qui ont des rapports non protégés avec d'autres hommes et les consommateurs de drogue par injection qui s'échangent leurs aiguilles sont les premières cibles de l'infection. D'après les études, pas moins de 30 % des hommes homosexuels seraient infectés au Mexique et près de la moitié des toxicomanes en Argentine et au Brésil. La transmission du virus à l'occasion de rapports hétérosexuels devient plus fréquente, surtout au Brésil, mais c'est aux Caraïbes qu'elle est la plus répandue. A Haïti et sur un site de surveillance en République dominicaine, le taux de prévalence atteignait 8 % chez les femmes enceintes.

Le VIH continue de se propager à une vitesse vertigineuse 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 270 000 séropositifs. Pour le moment, le pays le plus touché reste l'Ukraine, mais la Fédération de Russie, le Bélarus et la Moldova ont tous trois enregistré une très forte hausse ces dernières années. Une fois que le VIH s'infiltré dans les communautés de consommateurs de drogue, le risque de transmission par voie intraveineuse ou sexuelle est évident étant donné que, comme on le sait, les toxicomanes et les prostitué(e)s forment des populations qui se recoupent, et que les autres maladies sexuellement transmissibles sont en très forte augmentation. En Fédération de Russie, par exemple, le taux de syphilis est monté en flèche, passant de 10 cas environ pour 100 000 habitants à la fin des années 1980 à plus de 260 cas pour 100 000 dix ans plus tard.

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. Par exemple, d'après les chiffres publiés récemment, le taux de décès aux Etats-Unis en 1997 était le plus bas enregistré depuis 10 ans et presque inférieur des deux tiers au taux enregistré deux ans plus tôt seulement, avant que les associations thérapeutiques ne soient largement utilisées. Cependant, étant donné que l'infection continue de se propager tandis que les associations antirétrovirales gardent les séropositifs en vie, la proportion de personnes qui vivent avec le VIH a en fait augmenté, d'où une demande accrue de soins. Pour des raisons moins évidentes, ce phénomène exige des pays un effort supplémentaire en matière de prévention.

En 1998, pas plus l'Amérique du Nord que l'Europe occidentale n'est parvenue à réduire le nombre de nouveaux cas d'infection. La cadence impressionnante de propagation du virus constatée les premiers temps s'est ralentie dans la deuxième moitié des années 1980 grâce aux campagnes de prévention : alors qu'elle était pratiquement nulle, la proportion d'hommes homosexuels qui utilisent un préservatif est désormais bien supérieure à 50 %. Mais depuis dix ans, le taux de nouveaux cas d'infection est demeuré stable au lieu de continuer à baisser. Pendant la seule année 1998, près de 75 000 personnes ont été infectées, ce qui porte à presque 1,4 million le nombre total de personnes vivant avec le VIH en Amérique du Nord et en Europe occidentale.

De toute évidence, ces pays ont réussi à mettre un frein à l'épidémie, mais elle n'est pas maîtrisée pour autant. A ce stade, la tâche en matière de prévention est plus considérable que jamais. D'une part, les initiatives de prévention ont déjà porté leurs fruits dans les groupes faciles à atteindre comme les communautés d'homosexuels blancs, en général instruits et bien organisés. D'autre part, les cas d'infection à VIH sont de plus en plus concentrés dans les couches les plus pauvres de la population. Aux Etats-Unis, par exemple, le VIH représente un risque beaucoup plus grand pour les Américains d'origine africaine. Bien qu'ils ne représentent que 13 % de la population américaine,

les Afro-Américains pâtissent exagérément de la pauvreté, du chômage et du manque d'accès aux services de santé. L'infection à VIH est aujourd'hui huit fois plus courante chez les Afro-Américains que chez les blancs. Selon les Centers for Disease Control and Prevention (CDC), la prévalence du VIH chez les hommes noirs atteindrait 2 %, et le SIDA est devenu la première cause de mortalité chez les 25–44 ans. Chez les femmes noires de la même tranche d'âge, le SIDA est la deuxième cause de mortalité. Le gouvernement fédéral vient d'annoncer une nouvelle aide de 156 \$ millions aux minorités pour réduire la transmission du VIH par l'injection de drogue et par voie sexuelle et pour permettre aux séropositifs d'avoir accès aux thérapeutiques antirétrovirales.

*

On trouvera des renseignements plus précis sur les caractéristiques de l'infection à VIH suivant les régions ainsi que les estimations, fin 1997, du nombre de cas d'infection à VIH et de décès dus au SIDA dans 170 pays dans le document ONUSIDA/OMS intitulé *Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA – juin 1998*.⁴ Ces estimations par pays sont les plus récentes dont on dispose.

Une crise qui dépasse le cadre de la santé

□ L'épidémie n'est plus invisible

Pendant longtemps, on a parlé du SIDA comme d'une épidémie invisible. En effet, le VIH progresse dans la population sans qu'on le remarque pendant de nombreuses années avant que l'infection ne se transforme en un SIDA symptomatique causant des maladies à répétition, puis la mort. Le virus s'est propagé ainsi furtivement pendant des années avant qu'on n'enregistre un nombre significatif de décès dus au SIDA.

Dans les pays industrialisés, les militants anti-SIDA ont alerté l'opinion publique de bonne heure. Mais dans le monde en développement, où vivent la plupart des hommes et des femmes séropositifs, ce n'est que maintenant, vingt ans après le début de l'épidémie, que les répercussions du SIDA le révèlent au grand jour.

Dans les pays où l'épidémie est arrivée à "maturité" – l'Ouganda en Afrique orientale, la Zambie et le Zimbabwe en Afrique australe, par exemple – les dégâts que fait le SIDA sont flagrants. Certains médecins rapportent que les trois quarts des lits des services hospitaliers de pédiatrie sont occupés par des enfants séropositifs. Des millions d'adultes sont morts. La plupart ont laissé derrière eux des orphelins, ou un partenaire infecté qui a besoin d'être soigné. Leurs familles font tout pour trouver l'argent nécessaire à leurs obsèques et les employeurs doivent former d'autres travailleurs pour les remplacer.

□ Anéantissement des acquis du développement

Les conséquences tant visibles qu'invisibles de l'épidémie mettent gravement en péril le développement.

Recul de l'espérance 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. A cause du nombre supplémentaire de décès dus au SIDA chez les enfants et chez les jeunes adultes, cet indicateur est dans le rouge. D'après

⁴ Le rapport est disponible sur Internet à l'adresse <http://www.unaids.org/unaids/document/epidemo/june98/global%5Freport/index.html>

un tout récent rapport établi par la Division de la Population des Nations Unies, en collaboration avec l'ONUSIDA et l'OMS, l'épidémie anéantira les précieux acquis du développement en faisant reculer l'espérance de vie.

Les effets sur l'espérance de vie sont proportionnels à la gravité de l'épidémie au plan local. Au Botswana, par exemple, où plus de 25 % des adultes sont infectés, les enfants qui naîtront au début de la prochaine décennie auront une espérance de vie à peine supérieure à 40 ans. Sans le SIDA, ils auraient pu espérer vivre jusqu'à 70 ans. Comment s'étonner dès lors qu'entre 1996 et 1997, le Botswana ait reculé de 26 places dans le classement des pays selon l'indice de développement humain, qui tient compte de la richesse, du taux d'alphabétisation et de l'espérance de vie ?

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.

Diminution des chances de survie de l'enfant

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 juvéno-infantile 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.

On prévoit par exemple qu'en 2005–2010, en Afrique du Sud, 61 nouveau-nés sur 1000 mourront avant un an. Sans le SIDA, le taux de mortalité infantile n'aurait pas dépassé 38 pour 1000. En Namibie, ce taux atteindra 72 pour 1000 alors que s'il n'y avait pas eu l'épidémie de SIDA, il n'aurait sans doute été que de 45 pour 1000.

Les enfants au bord du gouffre

La situation des orphelins au Zimbabwe illustre dans toute sa gravité une autre conséquence de l'épidémie sur le développement. Dans ce pays, où plus du quart des 5,5 millions d'adultes sont infectés par le VIH, des centaines de milliers d'enfants sont déjà au bord du gouffre.

Le gouvernement estime que dans deux ans, 2400 Zimbabwéens mourront chaque semaine du SIDA. Il s'agira principalement de jeunes adultes parvenus à l'âge où l'on fonde une famille. Ce qui est plus grave encore, c'est que le SIDA fera davantage de victimes parmi les femmes célibataires dont l'enfant, à leur mort, restera sans parent : une étude réalisée récemment dans une zone agricole a montré que les mères célibataires, dont beaucoup sont devenues veuves à cause du SIDA, ont deux fois plus de risques d'être infectées par le VIH que les femmes mariées.

Dès 1992, une étude dans la troisième ville du Zimbabwe, Mutare, avait révélé que plus de 10 % des enfants de la zone étudiée étaient orphelins et que près d'un ménage sur cinq avait recueilli des orphelins. Un dénombrement effectué en 1995 dans la même zone a montré que la proportion d'orphelins était proche de 15 %.

Le nombre d'enfants ayant besoin d'être pris en charge augmente alors même que les familles encore indemnes capables de s'en occuper se font de plus en plus rares. Quelque 45 % des

personnes qui s'occupent d'orphelins sont des grands-parents ; la plupart n'ont pas de revenus propres et ne peuvent recueillir qu'un nombre limité d'enfants sans faire appel à une aide extérieure. Dans le cadre d'un programme d'aide aux orphelins, s'est présenté le cas d'une grand-mère de 80 ans qui vivait dans une seule pièce avec 12 enfants. Un autre programme a reçu une demande d'aide de la part d'un veuf ayant déjà neuf mineurs à charge et qui venait de recueillir encore trois de ses petits-enfants. D'après une étude sur les ménages dont le chef de famille est un adolescent ou un enfant (certains n'ont que 11 ans), ceux-ci avaient dans leur immense majorité perdu père et mère, mais la plupart avaient d'autres parents en vie. Dans 88 % des cas, cependant, les parents restants ont déclaré qu'ils ne voulaient pas s'occuper des orphelins.

Les enfants eux-mêmes s'inquiètent du sort des orphelins et comprennent combien il est important d'aider les enfants dans le besoin. La majorité des enfants interrogés dans le cadre d'une étude estimaient que les orphelins deviendraient des délinquants si on ne subvenait pas à leurs besoins. Beaucoup pensaient qu'ils finiraient dans la prostitution ou dans les rues. Ils craignaient aussi, à juste titre, que les orphelins ne soient maltraités et exploités par leurs parents : le nombre de filles victimes d'agressions sexuelles a en effet tellement augmenté ces dernières années au Zimbabwe qu'on a créé un service spécial dans un grand hôpital de Harare et lancé une initiative pour rendre les tribunaux plus accueillants pour les enfants. Rien que dans un district rural du Zimbabwe, une étude a recensé 400 cas d'abus sexuels sur des enfants, dont un quart étaient des filles de moins de 12 ans, et au moins 10 % des orphelins.

Baisse des résultats d'entreprise à cause du SIDA

Le SIDA compromet aussi le développement économique. Dans les pays africains durement touchés, l'épidémie décime les effectifs restreints de travailleurs qualifiés et de gestionnaires et sape l'économie. Etant donné la fluctuation d'un grand nombre d'économies de la région, il est difficile de déterminer avec précision l'impact du VIH sur les économies à l'échelon national. On voit bien toutefois que les entreprises commencent à souffrir.

Au Zimbabwe, par exemple, les primes d'assurance vie ont quadruplé en deux ans en raison des décès dus au SIDA. Certaines sociétés disent que leurs dépenses de santé ont doublé. Plusieurs indiquent que les coûts liés au SIDA vont jusqu'à absorber le cinquième de leurs recettes. En Tanzanie et en Zambie, de grandes entreprises ont révélé que les coûts engendrés par la maladie et les décès associés au SIDA dépassaient leurs bénéfices pour l'année. Au Botswana, les entreprises estiment que les coûts liés au SIDA, qui représentent actuellement moins de 1 % des sorties en salaires, grimperont en flèche d'ici six ans pour atteindre 5 %, à cause de la hausse rapide du taux d'infection observée depuis quelques années.

L'infection à VIH – une menace pour les jeunes

La campagne mondiale "Avec les jeunes, en campagne contre le SIDA" a été en partie lancée pour parer à la menace d'infection qui pèse sur les jeunes de moins de 25 ans. Les jeunes de 15–24 ans sont touchés de manière disproportionnée par le VIH/SIDA. Près de la moitié des nouveaux cas surviennent dans cette tranche d'âge, c'est-à-dire quand commence la vie sexuelle. En 1998, environ 3 millions de jeunes ont été infectés, soit plus de cinq garçons et filles par minute, chaque jour de l'année. A mesure que le VIH progresse dans l'ensemble de la population, les jeunes sont de plus en plus infectés. Au Malawi par exemple, une étude a récemment révélé que le taux annuel d'infections nouvelles à VIH atteignait 6 % chez les adolescentes alors qu'il était inférieur à 1 % chez les femmes de plus de 35 ans.

Cependant, la campagne est aussi révélatrice du pouvoir des jeunes. L'avenir de l'épidémie est entre leurs mains. Leur comportement aujourd'hui et celui qu'ils garderont tout au long de leur vie sexuelle, déterminera le cours de l'épidémie demain. Les jeunes continueront à prendre exemple sur les autres jeunes mais leur comportement dépendra aussi dans une large mesure de l'information, de l'apprentissage et du soutien que leurs aînés voudront bien leur accorder.

Les études montrent que quand ils sont informés, éduqués et encadrés, les jeunes ont des comportements sexuels moins risqués. Au Sénégal, 40 % des femmes de moins de 25 ans et 65 % des hommes utilisaient, en 1997, un préservatif avec des partenaires occasionnels contre moins de 5 %, hommes et femmes confondus, au début de la décennie. En fait, quand on leur en donne la possibilité, les jeunes se protègent souvent mieux que les adultes. Selon une étude menée en 1996 au Chili, ce sont les jeunes de 15 à 18 ans qui utilisent le plus le préservatif ; on observe la même tendance au Brésil et au Mexique.

Dans les pays développés, les comportements sexuels à moindre risque deviennent aussi la norme. Plusieurs études menées en Europe occidentale font apparaître qu'environ 60 % des jeunes utilisent un préservatif lors de leur premier rapport sexuel, soit six fois plus qu'au début des années 1990. Aux Etats-Unis, ou bien ils s'abstiennent, ou bien ils utilisent un préservatif, ce qui est de plus en plus le cas. En ce qui concerne les lycéens, 63 % des garçons indiquaient en 1997 qu'ils avaient utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport, contre 55 % six ans plus tôt. En ce qui concerne les filles, le pourcentage d'utilisation du préservatif relevé pour la même période était de 51 % contre 38 %.

Des jeunes fugueurs dans les rues du Brésil

Le Brésil est un pays de contraste marqué à la fois par une grande richesse et une pauvreté écrasante dont les jeunes ont du mal à sortir. Près du tiers des quelque 31 millions de Brésiliens de 15 à 24 ans sont issus de familles qui vivent en dessous du seuil de pauvreté. Un adolescent sur 12 termine sa scolarité et la plupart des autres – la moitié des garçons et les trois-quarts des filles – restent sans travail. Dans l'ensemble du pays, environ deux millions de jeunes de 15 à 19 ans ne travaillent pas et ne vont pas non plus à l'école.

Sous-éduqués et sous-employés, ces jeunes sont des proies faciles pour les adultes qui vendent de la drogue ou monnaient des rapports sexuels ou, en fait, qui ne veulent rien payer. Les études menées à São Paulo, la plus grande ville du Brésil, indiquent qu'une fille sur cinq a fait l'objet d'une agression sexuelle dans sa propre famille ou dans sa communauté.

Les filles qui ont été victimes d'un abus sexuel ont plus de chances de traîner dans les rues, se livrer à la prostitution et se retrouver sur la liste d'attente de l'infection à VIH. Les communautés pauvres du nord-est du Brésil essaient de pallier ce risque en repérant les filles exposées à des violences ou à des abus sexuels dans leur propre foyer. Elles sont invitées à rejoindre des associations de soutien où on leur apprend à gagner leur vie et à se défendre contre la violence et la coercition. Sur les 850 filles qui ont bénéficié de cette aide, aucune n'a jusqu'à présent été retrouvée dans le circuit de la prostitution ou dans les bandes qui traînent dans les rues. Alors que les taux d'infection à VIH atteignent jusqu'à 17 % chez les professionnelles du sexe plus pauvres de quelques grandes villes, le fait de proposer aux jeunes femmes une autre alternative que de vivre dans la rue est un bon moyen pour les protéger contre l'infection à VIH.

Toutefois, il reste beaucoup à faire. Aux Etats-Unis, par exemple, 3 millions d'adolescents contractent chaque année une maladie sexuellement transmissible, ce qui est la preuve évidente d'un comportement à risque. Dans les pays en développement où la probabilité de rencontrer un partenaire infecté est grande, les taux d'infection à VIH chez les jeunes sont souvent beaucoup plus élevés.

La plus grande vulnérabilité des jeunes a plusieurs explications – ils ne savent rien du VIH ou des maladies sexuellement transmissibles ou s'ils en ont entendu parler, ils ne savent pas comment éviter l'infection. Ceux qui sont informés seront peut-être incapables de se procurer des préservatifs ou d'en parler librement avec leur partenaire. Les filles en particulier n'oseront pas refuser un rapport sous la contrainte. Selon une grande enquête réalisée en République démocratique du Congo, près du tiers des jeunes femmes ont reconnu qu'elles avaient eu leur premier rapport sexuel sous la contrainte de leur partenaire. Des statistiques similaires sur la coercition ont été relevées dans de nombreuses parties du monde.

Or, c'est à l'adolescence que l'on fait généralement l'expérience non seulement de la sexualité sous différentes formes mais aussi de la drogue. Sans parler du risque d'infection à VIH associé à l'échange de seringues, il est connu que l'alcool et d'autres drogues peuvent affecter le comportement sexuel et augmenter chez les jeunes le risque d'infection par le VIH ou d'autres MST. L'abus d'alcool, par exemple, ôte leurs inhibitions, les rend plus agressifs et en même temps moins aptes à retenir une information importante sur la prévention du SIDA et à prendre des décisions en matière de protection.

Même si les jeunes changent plus tard de comportement, les conséquences d'une toxicomanie à cet âge peuvent être irréversibles, comme nous le montrent les données recueillies aussi bien en Asie qu'en Europe de l'Est. Au Myanmar, plus de 60 % des jeunes qui se piquent sont déjà infectés par le VIH – en fait, ils représentent le seul groupe de toxicomanes dans lequel la prévalence de l'infection à VIH a continué à augmenter constamment depuis le début des années 1990. Au Bélarus, plus des quatre cinquièmes des infections à VIH déclarées touchent des adolescents qui consomment des drogues. En Lituanie, plus de la moitié des infections à VIH déclarées chez des usagers de drogue par injection frappent des jeunes de moins de 25 ans. Même s'ils arrêtent de se droguer, ils resteront infectés et mourront prématurément.

Quel est le moteur de l'épidémie ?

L'épidémie de SIDA s'est développée très différemment selon les régions et les populations. On ne comprend pas toujours bien pourquoi l'épidémie flambe dans certains pays alors que les taux d'infection restent stables pendant des années dans les pays voisins. Manifestement, plusieurs facteurs déterminent la forme de l'épidémie. Les personnes qui quittent leur milieu – pour échapper à des agressions ou simplement chercher du travail – sont particulièrement exposées à l'infection. Celles dont la vie quotidienne est stressante ou dangereuse peuvent ne pas se préoccuper des risques à long terme de l'infection à VIH. D'autres – réfugiés ou autres qui se trouvent dans des situations de conflit – ne seront peut-être pas en mesure de se protéger de l'exposition au VIH ni même de décider ou non d'avoir des rapports sexuels. Enfin, la honte qui est toujours liée au VIH les empêche de se protéger et de protéger les autres, de se faire soigner ou de demander un soutien.

Les différents exemples ci-après illustrent les facteurs qui concourent à la propagation de l'épidémie.

□ La solitude : Les travailleurs migrants d'Afrique du Sud

La population mondiale est de plus en plus mobile. On se déplace pour toutes sortes de raisons mais quand on quitte son domicile (et souvent sa famille), c'est sans doute avant tout pour trouver du travail.

L'Afrique du Sud illustre particulièrement bien le phénomène. L'industrie minière prospère attire des travailleurs qui viennent non seulement des régions rurales du pays mais aussi des pays voisins où les possibilités d'emploi sont limitées et les salaires plus bas. Il est difficile d'évaluer le nombre des personnes qui viennent en Afrique du Sud ou dans la région pour trouver du travail. Il y a plus d'une dizaine d'années, 2,5 millions de Sud-Africains étaient enregistrés comme travailleurs migrants et ce nombre a probablement augmenté. Cette année, plus d'un demi-million de personnes viendront grossir encore la population urbaine.

A Carltonville, située au cœur des mines d'or, vivent 88 000 mineurs dont 60 % sont des migrants venus d'autres parties de l'Afrique du Sud ou de pays voisins : Lesotho, Malawi et Mozambique. Ces mineurs représentent des salaires. Environ 18 millions de dollars des Etats-Unis leur sont versés tous les mois. Les salaires attirent dans la ville toutes sortes de biens et de services dont, bien sûr, la drogue et la prostitution. Entre 400 et 500 professionnels du sexe offrent leurs services aux mineurs. Et la drogue et la prostitution propagent le VIH.

La ville est devenue le point chaud de la province de Gauteng en termes de VIH. Environ 22 % des adultes sont infectés par le VIH, un niveau supérieur des deux-tiers à la moyenne nationale. Une enquête restreinte sur les professionnels du sexe a révélé que les trois-quarts sont séropositifs tandis qu'un mineur sur cinq le serait. Ce chiffre est probablement sous-estimé car il n'inclut pas ceux qui, trop malades pour travailler, ont quitté les mines.

Pourquoi les taux d'infection sont-ils aussi élevés chez les mineurs ? La plupart sont installés dans des dortoirs avec d'autres hommes, souvent à plusieurs centaines de kilomètres de leur famille. Ils mènent eux aussi une vie dangereuse. Dans les mines d'or sud-africaines, les mineurs ont une chance sur quarante d'être tués par un éboulement et une sur trois d'être gravement blessés. A titre de comparaison, les risques associés à une infection lente à VIH peuvent sembler bien lointains.

Bien sûr, les risques d'infection à VIH ne concernent pas seulement les mineurs ou leurs partenaires à proximité des mines. La plupart des travailleurs migrants retournent régulièrement chez eux. De plus en plus, ils ramènent le virus dans leur foyer et dans leur communauté d'origine. Dans le district rural de Hlabisa, dans la province du Kwazoulou/Natal, environ 60 % des ménages comptent un ou plusieurs hommes migrants. Une étude révèle que les rapports sexuels en dehors du couple sont admis comme étant quasiment inévitables dans les familles séparées, et ce pour les deux sexes. Dans cette communauté, les taux d'infection à VIH progressent d'une façon dramatique, la prévalence chez les femmes enceintes allant jusqu'à atteindre 26 % contre 4 % cinq ans seulement plus tôt. Une étude menée en 1995 a montré que 13 % des femmes dont les partenaires passaient moins du tiers de leur temps à la maison étaient infectées. Aucun cas n'a été relevé chez les femmes dont les maris ou partenaires réguliers étaient présents plus des deux-tiers du temps.

□ Les conflits : Les survivants du Rwanda

Avant l'agitation politique du milieu des années 1990, le Rwanda avait fait l'objet de plus d'études sur l'épidémie de VIH que la plupart des autres pays en développement. Le tableau de

l'infection relevé dans ce pays était habituel : taux élevés dans les régions urbaines (plus de 10 % de femmes enceintes) et taux beaucoup plus faibles dans les régions rurales où vivait la grande majorité de la population (un peu plus de 1 %).

Non seulement les problèmes politiques de ces dernières années ont interrompu la surveillance mais ils ont aussi modifié les caractéristiques de l'épidémie. En 1997, une enquête bien ciblée sur l'ensemble de la population a fait ressortir qu'il n'y a plus guère de différence entre les villes et les campagnes, les taux d'infection dépassant légèrement 11 % dans les deux cas. Chez les adolescents, ils sont en réalité plus élevés en milieu rural qu'en ville et effroyablement élevés : chez les jeunes de 12, 13 et 14 ans, on dénombrait déjà un taux d'infection par le VIH de 4 %.

Cette évolution peut être en grande partie imputée aux déplacements massifs de population pendant et après le conflit ethnique. Les trois-quarts environ des 4 700 enquêtés de 1997 avaient vécu ailleurs au cours des trois années précédentes, ce qui traduit une mobilité étonnamment élevée pour ce pays essentiellement rural. Ceux qui s'étaient réfugiés ailleurs pendant le conflit enregistraient des taux d'infection plus bas que ceux qui étaient restés au Rwanda. Ceux qui ont regagné le Rwanda sont pour la plupart revenus récemment d'Ouganda et de Tanzanie, deux pays où les campagnes de prévention de l'infection à VIH sont assez énergiques.

Chez ceux qui ont indiqué avoir passé les années du conflit dans des camps de réfugiés, le taux de prévalence était de 8,5 %. La plupart d'entre eux provenaient de zones rurales où, avant la guerre, le taux de prévalence ne dépassait pas 1,3 %. Ce taux aurait donc été multiplié par six dans les camps. Le surpeuplement, la violence, le viol, le désespoir et la nécessité de se prostituer pour survivre sont autant de facteurs qui ont sans doute contribué à ce fantastique bond en avant de l'infection.

Les guerres et les conflits armés créent des conditions propices à la propagation de l'infection à VIH. Les viols – dans les camps de réfugiés et en dehors – ont certainement joué un rôle dans la propagation du virus au Rwanda. Environ 3,2 % des femmes ont reconnu avoir été violées, plus de la moitié pendant le conflit lui-même. Deux cinquièmes étaient des adolescentes ; 17 % des femmes violées étaient VIH-positives, alors que ce taux était de 11 % chez les femmes non violées. Chez les femmes violées, la probabilité d'avoir un herpès génital, une autre MST, était trois fois plus grande que chez les non-violées.

□ Le danger : Les soldats du Cambodge

Après des décennies d'agitation politique et de guerre civile, l'infrastructure du Cambodge est largement détruite. Qu'il s'agisse de l'éducation, de la santé ou des moyens de transport, il faut pratiquement tout reprendre à zéro à mesure que la paix revient. Pendant ce temps, les soldats cambodgiens, dont beaucoup sont des adolescents sans éducation, continuent à se battre contre les rebelles Khmers rouges au nord-ouest du pays. Ils sont exposés aux combats, au paludisme et aux mines, et le risque fait partie de leur vie.

On peut comprendre alors que bon nombre d'entre eux considèrent le sexe comme une source de réconfort et non comme un risque particulier. Le risque d'infection à VIH, qui dans tous les cas ne les tuera pas avant une dizaine d'années, peut paraître infime à leurs yeux. "Les jeunes de l'armée régulière sont en première ligne parce qu'ils n'ont reçu aucune éducation et n'ont rien à manger chez eux" dit un médecin militaire. "Ils n'ont aucune idée de ce que sera leur avenir. Ils vivent au jour le jour."

Or, les risques d'infection à VIH ne sont pas du tout négligeables. Une étude sur le comportement montre que plus du tiers des soldats cambodgiens est allé dans une maison de passe pas plus tard que le mois précédent, dont un bon nombre d'hommes mariés dans l'armée et la police qui sont séparés de leur femme et de leurs enfants pendant de longues périodes. En 1998, environ 43 % des professionnel(le)s du sexe dans les maisons de passe du Cambodge étaient VIH-positifs et la prévalence de l'infection à VIH se situait autour de 7 % dans l'armée.

Un soldat sur cinq reconnaît qu'il ne fréquente pas seulement des prostituées mais qu'il a aussi des petites amies – souvent des serveuses ou “entraîneuses” qui vantent différentes marques de bière dans les restaurants ou les boîtes de nuit. Ces entraîneuses et les soldats qui les accompagnent font une distinction entre leur relation et un acte sexuel dans une maison de passe : en effet, 8 % à peine utilisent des préservatifs avec leurs petites amies, un taux dérisoire. Or, plus de 20 % des entraîneuses étaient VIH-positives en 1998.

Pour réduire les comportements à risque et le nombre de nouvelles infections, l'armée cambodgienne a formé un certain nombre de soldats concernant le VIH et les autres MST, en les aidant à faire passer le message de prévention aux autres soldats. Ce système, auquel on a donné le nom d'éducation par les pairs, donne satisfaction dans l'armée car, comme l'a dit un officier, “les soldats vivent, combattent et meurent ensemble. Ils ont les mêmes problèmes et les mêmes habitudes. Ce ne sont pas des intellectuels mais ils sont très pragmatiques et sont capables de suivre l'exemple de leurs camarades”.

Bien que le programme d'éducation par les pairs en soit encore à ses débuts, on constate déjà une réduction de l'exposition au risque d'infection à VIH chez les soldats cambodgiens. Aujourd'hui, 63 % des soldats qui vont dans une maison de passe utilisent des préservatifs – 16 % de plus qu'en 1997 – et le nombre de ceux qui y étaient allés le mois précédant l'enquête a chuté de 40 %, ce qui représente une baisse remarquable en une seule année.

□ La stigmatisation : Honte, silence et exclusion

La stigmatisation se mesure difficilement : pour les personnes infectées par le VIH, c'est un regard méprisant qui leur est lancé au marché ; la famille et les amis qui refusent de leur rendre visite, de s'occuper d'eux, ou même de les toucher ; ce sont leurs enfants maltraités ou la perte de leur emploi sous un faux prétexte. Cette stigmatisation est un véritable obstacle à la prévention et aux soins. Dans bon nombre des pays les plus touchés, les responsables et les simples citoyens – même ceux que l'épidémie affecte le plus – continuent souvent à détourner les yeux à cause du rejet, de la discrimination et de la honte liés au SIDA.

La stigmatisation, et la peur qu'elle engendre, accélèrent la propagation du VIH car un comportement à risque peut perdurer de crainte qu'un changement ne soit interprété comme l'aveu d'une infection. Pour ne pas avoir à admettre qu'il est infecté, un homme marié n'abordera pas la question du préservatif avec sa femme. La peur d'afficher son état pourra empêcher une femme infectée de donner des substituts de lait maternel à son bébé pour éviter la transmission du virus.

La stigmatisation touche les deux sexes. Cependant, les conséquences peuvent être plus graves pour une femme qui risque d'être battue et même chassée par son mari si elle révélait sa séropositivité – même si c'est lui qui lui a transmis le virus. Une femme infectée par le VIH peut aussi être accusée d'être responsable de la mort de ses enfants et, de ce fait, privée de soins.

“Le VIH/SIDA est parmi nous”

L'Afrique du Sud qui, en 1998, regrouperait à elle seule 10 % des nouveaux cas d'infection, a décidé elle aussi de s'efforcer de briser le tabou et de faire toute la lumière sur la catastrophe humaine du SIDA.

"Pendant trop longtemps nous avons fermé les yeux en tant que nation, espérant que la vérité n'était pas celle-là", a dit le vice-président sud-africain M. Thabo Mbeki dans un message au pays en octobre 1998. "Pendant longtemps, nous avons laissé le virus de l'immunodéficience humaine se propager... Nous avons parfois enterré des hommes et des femmes sans savoir qu'ils étaient morts du SIDA. Et parfois même, quand nous le savions, nous préférons nous taire."

"Aujourd'hui, la moitié de nos jeunes risquent de ne pas arriver à l'âge adulte. Leur éducation n'aura servi à rien", a-t-il ajouté. "L'économie connaîtra une croissance négative. Il y aura de nombreux malades qui ne pourront pas être pris en charge par ceux qui resteront en bonne santé. Notre rêve en tant que nation sera brisé."

Lançant un appel aux Sud-Africains pour qu'ils changent leur "façon de vivre et d'aimer", M. Mbeki a préconisé l'abstinence, la fidélité et l'utilisation du préservatif et a demandé instamment que chacun fasse preuve de compassion et rejette toute attitude discriminatoire à l'égard des personnes déjà infectées ou affectées par le VIH. Ce discours a été retransmis à la télévision et tous les Sud-Africains ont été invités à interrompre le travail pour l'écouter. Plusieurs sociétés privées ont donné un jour de congé à leurs employés. Les drapeaux des bâtiments officiels étaient en berne et les chefs religieux, organisations de jeunes, syndicalistes, associations féminines et dirigeants d'entreprise se sont engagés à soutenir le Partenariat du Président contre le SIDA.

Là où le VIH suscite généralement un sentiment de honte et une stigmatisation, la plupart des gens ne veulent tout simplement pas savoir s'ils sont infectés, même lorsque les services de conseil et le dépistage leur sont offerts. Quant à l'infime minorité de ceux qui savent qu'ils sont infectés, ils en parlent rarement aux autres, même dans des associations de soutien anonymes. Au Zimbabwe par exemple, dans la ville de Mutare, les tests de surveillance montrent que près de 40 % des femmes enceintes sont infectées par le VIH, et sans doute autant d'hommes. On estime à 30 000 le nombre probable des adultes vivant avec le VIH à Mutare. Pourtant, il n'existe qu'une association de soutien dans cette ville et elle ne compte que 70 membres. Or, le nombre de ceux qui ont peur d'avoir été infectés est beaucoup plus élevé : certains trouveront un soutien auprès de leur partenaire ou de leur famille mais beaucoup devront faire face seuls à l'infection.

On continuera donc à garder le silence même lorsque les personnes infectées sont malades et meurent. Comme le SIDA est le nom donné à tout un ensemble de pathologies qui se développent chez les immunodéprimés, les malades et ceux qui les soignent préfèrent parfois se dire qu'il s'agit simplement d'une tuberculose, d'une diarrhée ou d'une pneumonie. L'Afrique australe fournit à cet égard un exemple révélateur. Une étude sur les programmes de soins à domicile a montré que moins d'une personne sur 10 soignant à domicile des malades infectés par le VIH reconnaît que ceux-ci ont le SIDA. Les malades eux-mêmes en parlent à peine plus et plusieurs ont dit aux enquêteurs qu'ils n'avaient jamais parlé de leur séropositivité, pas même à la personne qui s'occupait d'eux. Ce silence forcé est difficile à supporter pour le malade. Il peut aussi être pénible pour ceux qui les soignent, surtout s'il s'agit d'enfants ou d'adolescents. S'ils ne savent pas que leur parent souffre d'une maladie mortelle, ils ne pourront se préparer à leur disparition ni admettre son caractère inéluctable, malgré tous les soins qu'ils lui prodigueront. A leur chagrin et à la perte d'un être cher risque donc de s'ajouter un sentiment d'échec.

Les dirigeants de certains pays ont parlé et reparlé du SIDA ouvertement et sans détours en cherchant à le démystifier ; ils ont essayé d'encourager la discussion sur la sexualité sans risque partout, à l'école comme dans les entreprises. C'est dans ces pays – dont l'Ouganda est sans doute l'exemple le mieux connu parmi les pays en développement – que les plus grands progrès ont été enregistrés non seulement pour limiter le nombre de nouvelles infections mais aussi pour assurer le bien-être de ceux qui vivent déjà avec le virus.

Notes sur les estimations de l'ONUSIDA/OMS

Les chiffres fournis dans le présent rapport sur le VIH et le SIDA ont été établis à partir de l'information dont l'ONUSIDA et l'OMS disposent à ce jour. Ils sont provisoires. L'OMS et l'ONUSIDA, conjointement avec des experts de programmes nationaux de lutte contre le SIDA ou d'institutions de recherche, revoient constamment ces chiffres afin de les mettre à jour à mesure qu'ils disposent de nouvelles connaissances concernant l'épidémie et que les méthodes d'estimation progressent.

Les connaissances sur l'épidémie progressent, non seulement parce que nous sommes mieux renseignés sur la propagation du VIH (par exemple par une meilleure surveillance sentinelle) mais aussi parce que nous connaissons mieux les facteurs qui favorisent ou empêchent la propagation du virus (par exemple l'évolution de l'infection dans différentes régions, son impact sur la fécondité et les effets d'une meilleure thérapie). Grâce à ces nouvelles connaissances et aux progrès méthodologiques, des estimations actualisées sur l'incidence, la prévalence et la mortalité sont possibles.

Compte tenu de ces facteurs, les estimations pour 1998 ne peuvent être comparées directement aux estimations faites en 1997 ou avant, ni avec celles qui pourront être publiées ultérieurement. Alors qu'elles sont surtout fondées sur les modèles de pays, établis pour les estimations de l'année précédente et publiés dans le *Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA – juin 1998*, celles de décembre 1998 tiennent compte des ajustements à la hausse ou à la baisse qui ont été faites dans certains pays à la lumière des données mises à jour.

Ces estimations sont publiées pour aider les gouvernements, les organisations non gouvernementales et tous ceux qui soutiennent la lutte contre le SIDA à évaluer la situation de l'épidémie dans leurs pays respectifs et à surveiller l'efficacité des efforts considérables déployés dans les domaines de la prévention et des soins par tous les partenaires.

Pour plus de renseignements, veuillez contacter Anne Winter, ONUSIDA, Genève, (+41.22) 791.4577, téléphone mobile (+41 79) 213.4312, Lisa Jacobs, ONUSIDA, Genève, (+41 22) 791.3387 ou Michel Aublanc, Conseils Relations Presse, Paris, 01.69.286.286, téléphone mobile 06.08.719.795. Pour en savoir davantage sur le Programme, consulter l'Internet (<http://www.unaids.org>).

Estimations mondiales à fin 1998 Adultes et enfants

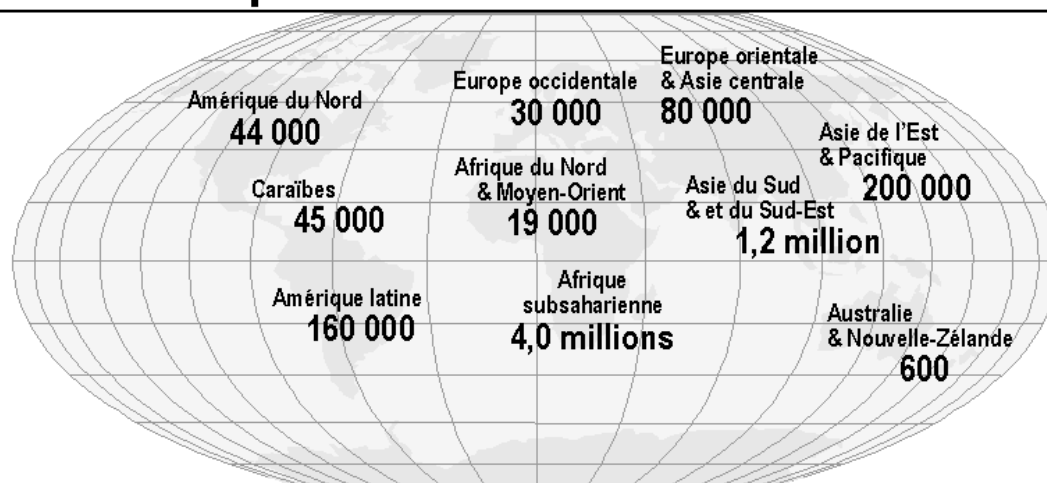
- Personnes vivant avec le VIH/SIDA **33,4 millions**
- Nouveaux cas d'infection en 1998 **5,8 millions**
- Décès dus au VIH/SIDA en 1998 **2,5 millions**
- Total des décès dus au VIH/SIDA **13,9 millions**



WAD-FR 1998



Nombre d'adultes et d'enfants infectés par le VIH en 1998 – Estimations



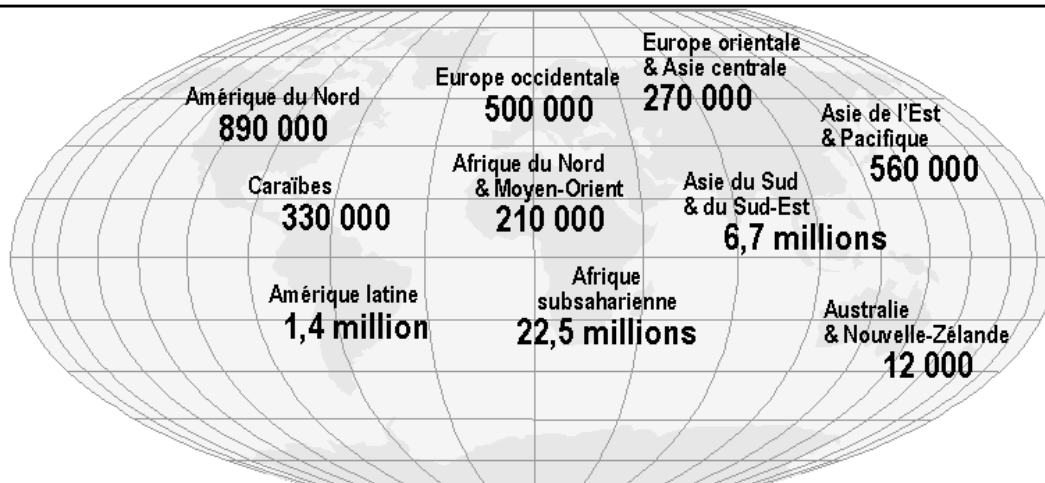
Total : 5,8 millions



WAD-FR 1998



Adultes et enfants vivant avec le VIH/SIDA Estimations à fin 1998



WAD-FR 1998



Nombre estimatif de nouveaux cas d'infection à VIH chez les jeunes

- Chaque jour, environ 7 000 jeunes âgés de 10 à 24 ans contractent l'infection à VIH, soit cinq par minute
- Chaque année, environ 1,7 million de cas d'infection à VIH chez les jeunes en Afrique
- Chaque année, près de 700 000 cas d'infection à VIH chez les jeunes en Asie et dans le Pacifique



WAD-FR 1998

