

**COLLOQUE INTERNATIONAL JEUNES CHERCHEURS
« DEMOGRAPHIE ET SOCIETES »**

Université de Paris X Nanterre(CERPOS).

Sujet:

LE VIH/SIDA EN AFRIQUE AUSTRALE:

Présenté par Dr. Dr. Ignatiana **SHONGEDZA.**

LE POSTER.

INFECTIONS VIH/SIDA: PERSPECTIVE EN AFRIQUE AUSTRALE.

Notes explicatives concernant le poster . Ce poster comprend 11 graphiques et 13 tableaux. Chacun d'entre eux apporte un message concernant les différentes variables liées à l'épidémies de VIH/SIDA dans le monde et en Afrique australe. Les 11 graphiques et les 13 tableaux considérés ensemble présentent un poster informatif sur l'ampleur, l'impact et les tendances récentes de la propagation du VIH/SIDA dans le monde et en Afrique australe. Le premier graphique présente le taux de prévalence du VIH/SIDA dans quinze pays ou le nombre estimatif de personnes vivant avec le VIH/SIDA est le plus élevé dans le monde. Certains montrent l'impact de l'épidémie dans un pays, sans tenir compte de la taille de la population. La figure 2 présente le Virus de l'Immunodéficience Humaine ou VIH/HIV. Le deuxième graphique montre l'estimation du taux de prévalence du VIH chez l'adulte (15-49 ans), fin 1999 en Afrique australe. Le tableau 6 permet de mieux comprendre l'importance des ressources nécessaires pour prendre en charge et soutenir ceux qui sont infectés par le VIH. Le troisième graphique indique les cas de SIDA déclarés à l'Organisation mondiale de la santé. Le quatrième nous montre l'évolution du nombre de cas nouveaux déclarés entre 1991 et 1998 en Afrique australe seulement. Le figure « modèle écoculturel » nous montre un *modèle* explicatif à travers la pluridisciplinarité des sciences sociales. Finalement il y a une série de tableaux contenant des chiffres récents déclarés à l'Organisation mondiale de la santé qui sont suivis de quatre graphiques en camembert, ces derniers ayant pour seul but de montrer l'impact visuel des chiffres présentés précédemment.

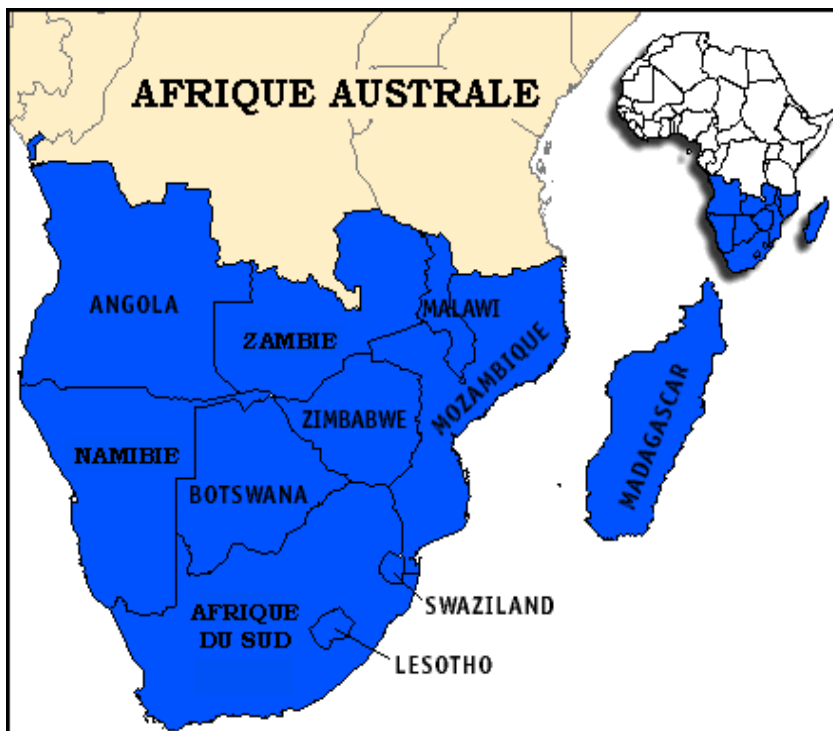
REGION DE L' AFRIQUE AUSTRALE.

Les sept pays d'Afrique australe étudiés sont: l' Afrique du Sud, le Botswana, le Mozambique, le Malawi le Lesotho/Swaziland, le Zambie et le Zimbabwe. Population de la région : environ 99,6 millions. Superficie de l'Afrique australe 3 867 570 km²

Tableau 1.

Pays	Population en millions
Afrique du Sud	43,6
Botswana	1,6
Mozambique	19,4
Malawi	10,5
Lesotho	2,2
Swaziland	1,1
Zambie	9,8
Zimbabwe	11,4
Total	99,6

Région de l' Afrique australe . Fig. 1.



I.METHODOLOGIE.

A partir des plusieurs questions posées dans nos hypothèses nous cherchons à faire connaître l'ampleur de ce fléau, VIH/SIDA, dans différents pays de l'Afrique australe sans faire d'analyse aux niveaux individuel et institutionnel, celle-ci étant faite au niveau des données générales. Cela a nécessité un recueil de données provenant de différents organismes tels que L'ONUSIDA l'UNICEF le PNUD le FNUAP le PNUCID l'UNESCO l'OMS BANQUE MONDIALE et les DHS (EDS) des pays concernes.

Si la méthode critique reste la plus appropriée à ce type de recherche pour le « poster », une véritable réflexion sur la méthodologie interdisciplinaire en science sociale apparaît encore nécessaire pour analyser les variables démographiques dans ces travaux d'ou la nécessité de s'appuyer sur un model socio-ethnologique pour l'analyse des comportements.

A. QUESTIONS SOULEVEES.

Comment le VIH/SIDA évolue-t-il sous l'effet de l'acculturation, c'est-à-dire du changement du modèle écosocial et l'impact des cultures, des traditions, des religions dans les facteurs contextuels de la transmission du VIH/SIDA?

- 1) Quel rôle jouent les facteurs sociaux, démographiques économiques et les migrations dans la propagation du VIH/SIDA?
- 2) Pourquoi certaines catégories de la population sont-elles plus vulnérables ?
- 3) Quels sont les modèles scientifiques qui essaient de décrire le VIH/SIDA et son évolution?

Pourquoi les femmes sont-elles montrées du doigt comme source du mal pour la propagation du VIH/SIDA alors que le slogan pour la campagne mondiale contre le SIDA dit « les hommes font la différence »

INTRODUCTION.

GENERALITES SUR L'AFRIQUE SUB-SAHARIENNE ET LE FLEAU.

Aujourd'hui, on estime à 36 millions le nombre des personnes vivant avec le VIH dans le monde. En 2001, on estime que 2,3 millions d'Africains sont morts du SIDA.

En 2000, quelque 5,3 millions de personnes ont été infectées dans le monde, dont 600 000 enfants. Au cours de la décennie à venir, en l'absence d'un traitement antirétroviral et d'une prise en charge efficaces, ces personnes rejoindront les rangs de ceux qui sont déjà morts du SIDA-dont 4,3 millions d'enfants qui n'ont jamais pu célébrer leur quinzième anniversaire. Depuis la première notification des manifestations cliniques du SIDA en juin 1981, quelque 22 millions de personnes sont mortes du SIDA. Selon le rapport commun de L'ONUSIDA UNICEF. PNUD FNUAP PNUCID UNESCO. OMS BANQUE MONDIALE, les campagnes de prévention touchent des millions de personnes, mais trop de jeunes leur échappent encore. Des enquêtes récentes dans 17 pays montrent que plus de la moitié des adolescents interrogés étaient incapables de citer un seul des moyens par lesquels ils pouvaient se protéger du VIH/SIDA. Chaque mois de retard pris par une campagne de grande envergure qui permettrait de lutter contre cette épidémie terrifiante entraîne 440 000 infections de plus. Des antirétroviraux et des traitements des infections opportunistes plus efficaces sont mis au point, mais il restent hors de portée de la majorité.

En Afrique sub-saharienne le SIDA a tué 2,3 millions d'Africains en 2001. Au cours de l'année écoulée, on estime que 3,4 millions de nouvelles infections se sont produites en Afrique subsaharienne, ce qui signifie que 28,1 millions d'Africains vivent aujourd'hui avec le virus. S'ils ne disposent pas d'un traitement et d'une prise en charge appropriés, la plupart d'entre eux ne survivront pas à la décennie. Des données récentes recueillies dans des dispensaires prénataux montrent que plusieurs régions de l'Afrique australe ont maintenant rejoint le Botswana, avec des taux de prévalence chez les femmes enceintes dépassant 30%. En Afrique de l'Ouest, cinq pays au moins connaissent des épidémies graves, avec des taux de prévalence chez l'adulte supérieurs à 5%.

LE HIV/SIDA EN AFRIQUE AUSTRALE.

INTRODUCTION.

Dans sept pays d'Afrique australe, (Botswana, Swaziland, Zimbabwe, Lesotho, Zambie, Afrique du Sud, Namibie), un adulte sur cinq est porteur du HIV/Sida. Au niveau statistique et ce, depuis 1980, l'espérance de vie est passée de 65 à 39 ans au Zimbabwe. Au Malawi, elle ne dépasse pas 37 ans. Soulignons ici que certains chefs d'états sont mal informés de la gravité de ce fléau. Ils ont donc tendance à minimiser la part de déduction logique et d'analyse scientifique inhérente aux réels problèmes. Les difficultés économiques sont à la base même de la propagation de la maladie. En effet, ils poussent les femmes à des comportements sexuels inadéquats. S'ensuit que la transmission du HIV/Sida, dans ces pays est étroitement liée aux modalités et à l'organisation sociale des comportements sexuels, doublées de problèmes économiques et de l'inexistence de politiques financières gouvernementales.

DEVELOPPEMENT.

"Les autorités manquent de ressources pour affronter l'épidémie, pour toute l'Afrique sub-Saharienne, les budgets disponibles ne dépassent guère 350 millions de dollars. Il en faudrait dix fois plus seulement pour prodiguer les soins de base" (1).

Ainsi, trois traits principaux se dégagent des rapports de préventions et de soins:

- a) En premier lieu, l'éducation de masse sur le HIV/Sida et l'éducation des preneurs de décisions sur ce dernier.
- b) Les facteurs personnel et sociaux, à savoir les problèmes économiques. Ces facteurs, contrairement aux facteurs socioculturels, sont directement liés à l'individu: exemple, la dépendance économique des femmes auprès de leurs maris. En effet, lorsque ces derniers ne peuvent assumer financièrement la vie du foyer, elles tendent à contracter des relations sexuelles extra-conjugales pour subvenir aux besoins de la famille. Pour ce qui est des jeunes filles à la campagne, elles ont pour objectif premier de se rendre en ville à la recherche d'un emploi. En cas d'échec, elles se lancent dans la prostitution. Naturellement, la situation économique précaire a un impact sur le comportement sexuel de leurs enfants, avec une tendance certaine à la prolifération de la prostitution. Il y a donc une étroite relation entre problèmes économiques et développement de la prostitution.
- c) Les facteurs socioculturels et institutionnels dans les programmes de lutte contre la propagation sexuelle du HIV/Sida, sont liés. L'attachement aux valeurs traditionnelles où la sexualité est perçue comme un devoir familial via la procréation s'inscrit de la même façon comme un vecteur de propagation du Sida. Ce n'est qu'à partir de ces données largement identifiées dans ces populations qu'il y a tout lieu d'entrevoir l'espoir de solutions.

En Afrique australe, comme dans le reste du continent, l'espérance de vie avait régulièrement augmenté entre les années 1950 et la fin des années 1980. Les citoyens de ces pays pouvaient, en moyenne, espérer vivre jusqu'à leur 58ème anniversaire. En association avec d'autres revers socio-économiques, le SIDA inverse ces tendances. Aujourd'hui, on peut s'attendre à ce qu'un enfant né entre 2005 et 2010 meure avant l'âge de 45 ans. Les effets de l'épidémie se propagent des ménages sur l'ensemble de la société. Dans 15% des cas, les enfants sont retirés de l'école afin de pouvoir s'occuper des membres de la famille qui sont malades et pour suppléer au revenu. Presque partout, l'augmentation du fardeau de la prise en charge et du travail pèse sur les femmes, notamment les femmes jeunes et âgées.

La police et la justice s'effilochent au fur et à mesure de l'augmentation des décès dus à l'épidémie parmi les personnels. Les forces armées semblent avoir des taux particulièrement élevés d'infection, tout comme certains secteurs économiques particuliers, notamment les mines, les transports et la construction.

Déjà, des entreprises dans des zones très touchées observent une augmentation des taux d'absence pour maladie et des coûts élevés d'assurance maladie et de soins médicaux, alors qu'un accroissement vertigineux des coûts de recrutement et de formation des nouveaux personnels font chuter la productivité et amenuisent les marges bénéficiaires. La productivité et la compétitivité sont compromises, décourageant les nouveaux investisseurs. Dans certains cas, l'impact peut être suffisamment grave pour troubler l'ordre public et contribuer à l'instabilité sociale à l'avenir. Dans certains pays, les systèmes de santé perdent jusqu'à un quart de leur personnel à cause de l'épidémie.

Le secteur de l'enseignement est également fortement touché. Les enseignants ne peuvent être formés assez rapidement pour remplacer leurs prédécesseurs décédés de maladies liées au VIH. En 1999 seulement, on estime à 860 000 le nombre d'enfants ayant perdu leurs maîtres pour cause de SIDA en Afrique subsaharienne. Pourtant le droit à l'éducation et la nécessité de diffuser des informations vitales concernant l'épidémie demeurent sans réponses. Selon une étude portant sur 35 pays en développement, les hommes et les femmes sans instruction ont une probabilité cinq fois plus élevée de ne rien savoir de la maladie que ceux qui ont reçu une éducation post-primaire. L'épidémie est en faite multiple, chacune de ces épidémies s'adaptant aux conditions locales.

De nombreux spécialistes de la démographie pensent que le sida aura un effet négatif de 0,2 % à 1 % sur la population Afrique Sub Saharienne. Plusieurs études donnent des projections démographiques (cf. tableaux 2 à 4). Cependant, il faut admettre que le sida aura un impact sur la population par structure d'âge et par sexe.

LE MODELE ECOCULTUREL.

Le modèle écoculturel différencie deux niveaux principaux d'analyse: d'une part le niveau groupal ou collectif, et d'autre part le niveau individuel. Ce modèle va nous aider à comprendre l'impact des variables socioculturelles sur la majorité des comportements des individus face à la transmission et la propagation du VIH/SIDA. Nous avons recours à la pluridisciplinarité des sciences sociales (ethnologie, sociologie, psychologie etc) pour comprendre et expliquer le phénomène de la transmission de ce fléau.

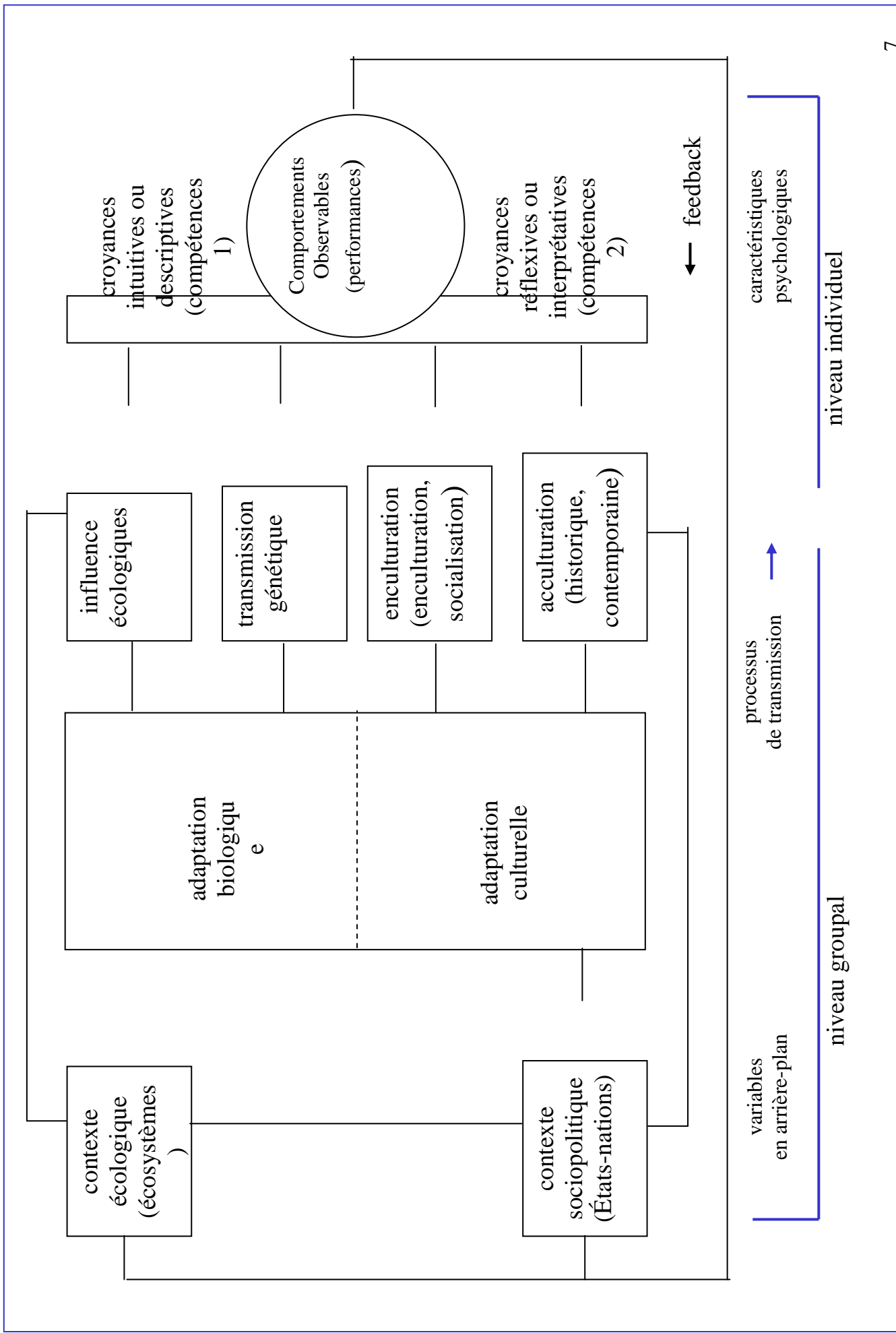
Des sous-ensembles de déterminants de la transmission du VIH/SIDA apparaissent ainsi:

D'une part les déterminants de l'exposition au virus d'autre part les déterminants de la transmission elle-même. Ils sont de nature psychosociale ou d'origine biologique. Certains déterminants ont un effet direct quant à l'exposition ou à la transmission, d'autres ne sont considérés que comme indirects ne faisant en fait qu'influer sur des déterminants directs.

Le but principal de ces distinctions est de mettre de l'ordre dans les facteurs influençant la transmission du VIH. Ils sont en général présentés mélangés et sont mis souvent au même niveau pour leur rôle dans la transmission. Citons par exemple: la pauvreté, la culture, les pratiques sexuelles, l'utilisation de préservatifs ou les souches virales. On considère que ce sont les variables groupales ou collectives qui influencent fondamentalement les caractéristiques psychologiques individuelles. Le modèle écoculturel que l'on présente maintenant, proposé initialement par John Berry, découle de l'idéologie de l'universalisme culturel (voir Berry, Poortinga, Segall et Dasen, 1992 ; Segall, Dasen, Berry et Poortinga, 1990; Troadec, 1998).

Ce modèle va nous aider à comprendre l'impact des variables socioculturelles sur la majorité des comportements et des déterminants de la transmission du VIH/SIDA.

LE MODELE ECOCULTUREL



1) LES VARIABLES CONTEXTUELLES.

Le premier groupe de variables envisagé dans le modèle écoculturel rend compte des caractéristiques d'une population humaine particulière (niveau groupal ou collectif). Ce sont, d'une part, les contextes écologiques (ou écosystèmes) et, d'autre part, les contextes sociopolitiques (ou États-nations).

Quelques unes de ces variables indirectes ou contextuelles sont :

- a) le type d'économie et les conditions économiques.
- b) l'organisation et le contexte social.
- c) l'ethnie, la religion.
- d) le lieu de résidence.
- e) les relations homme-femme.
- f) les comportements.
- g) la mobilité et les migrations.

Source : Colloque International : Science sociales et Sida en Afrique Bilan et Perspective : Communication volume 1 : Systèmes d'échanges sexuels et transmission du VIH/Sida dans le contexte africain.page113.

Benoît FERRY CEPED-ORSTOM.

2) LES VARIABLES DIRECTES LIEES A LA TRANSMISSION DU VIH/SIDA.

Selon Benoit Ferry, les variables liées à la transmission pouvait se classer dans les catégories suivantes. Elles constituent les déterminants directs de la transmission du VIH,

- a) Type de pratique sexuelle vaginale, anale.
- b) Utilisation de préservatif.
- c) Circoncision masculine, ou chez les femmes, faire élargir les "labia-manora", le contraire de l'excision (en générale dans des tribus d'Afrique australe).
- d) Le "drysex"(l'introduction de substances dans le vagin pour en provoquer l'assèchement ou la contraction afin d'accroître le plaisir masculin.)
- e) Présence de MST et type du souche virale du VIH. Le VIH sous forme latente peut être activé par des stimulations extérieures telle une infection par le virus de Herpès virus, par cytomégalovirus ou autre agent infectieux entraînant une réplication virale intense.
- g) Utilisation de seringues et d'aiguilles non stériles ou transfusion sanguine.

Source : Colloque International : Science sociales et Sida en Afrique Bilan et Perspective : Communication volume 1 : Systèmes d'échanges sexuels et transmission du VIH/Sida dans le contexte africain.page113.

Benoît FERRY CEPED-ORSTOM.

Selon Benoit Ferry les variables contextuelles rappelons-le n'ont pas d'effet direct sur la transmission du VIH, elles ne font qu'influer sur les variables directes. Elles sont considérées trop souvent comme des facteurs majeurs de la transmission et de la dynamique de l'épidémie. Ce ne sont pas le niveau d'éducation ou les conditions économiques par exemple qui déterminent le niveau de transmission du VIH. En effet ce n'est pas en élevant le niveau d'éducation ou le revenu que l'on diminuera la transmission. L'influence de ces deux facteurs sera médiatisée par les variables directes, principalement la façon dont l'éducation et le revenu impliqueront tel type de comportement sexuel ou tel autre.

LES FEMMES.

La place de la femme dans la société africaine, sa sous-instruction, sa soumission, sa dépendance économique et psychologique par rapport à l'homme, sont des facteurs à prendre en compte dans le développement de l'épidémie, facteurs bien cernés dans l'extrait suivant de l'ONUSIDA.

« L'impact socioculturel joue un rôle primordial dans la propagation du VIH/SIDA, car par leur soumission elles courent un risque tout particulier de contracter le VIH car elles n'ont pas le pouvoir de décider où, quand et si les rapports sexuels auront lieu. Mais les croyances et les attentes culturelles accentuent aussi la vulnérabilité des hommes, et cela est peut-être moins souvent reconnu. Partout dans le monde, les hommes ont en moyenne davantage de partenaires sexuels que les femmes. Il y a donc de bonnes raisons de faire participer pleinement les hommes à la lutte contre le SIDA. Les hommes ne doivent pas être vus comme des problèmes, mais comme faisant partie de la solution. Il faut par contre s'efforcer d'encourager les actions et les comportements positifs. Les actions des hommes, comme celles des femmes, sont prisonnières des croyances et des attentes traditionnelles et influencées par des convictions culturelles et des normes sociales qui les séparent. »

Source : **ONUSIDA 2001. revue « Les hommes font la différence » page 6.**

LES SOURCES.

« Les estimations relatives au nombre des personnes vivant avec le VIH/SIDA à la fin de 1999 ont été préparées par le Groupe de travail ONUSIDA/OMS sur la surveillance mondiale du VIH/SIDA et des IST, en collaboration avec les programmes nationaux de lutte contre le SIDA et plusieurs experts et institutions nationaux et internationaux. Pour calculer la modification proportionnelle observée entre 1994 et 1999, les estimations ONUSIDA/OMS relatives à la prévalence du VIH à la fin de 1999 ont été comparées aux estimations publiées par l'OMS à la fin de 1994. (Relevé épidémiologique hebdomadaire 1995; 70:353-360). Pour les pays dont les systèmes de surveillance offrent suffisamment d'informations pour élaborer des modèles de l'évolution de l'épidémie, il a été tenu compte de ces données supplémentaires pour calculer la modification proportionnelle. »

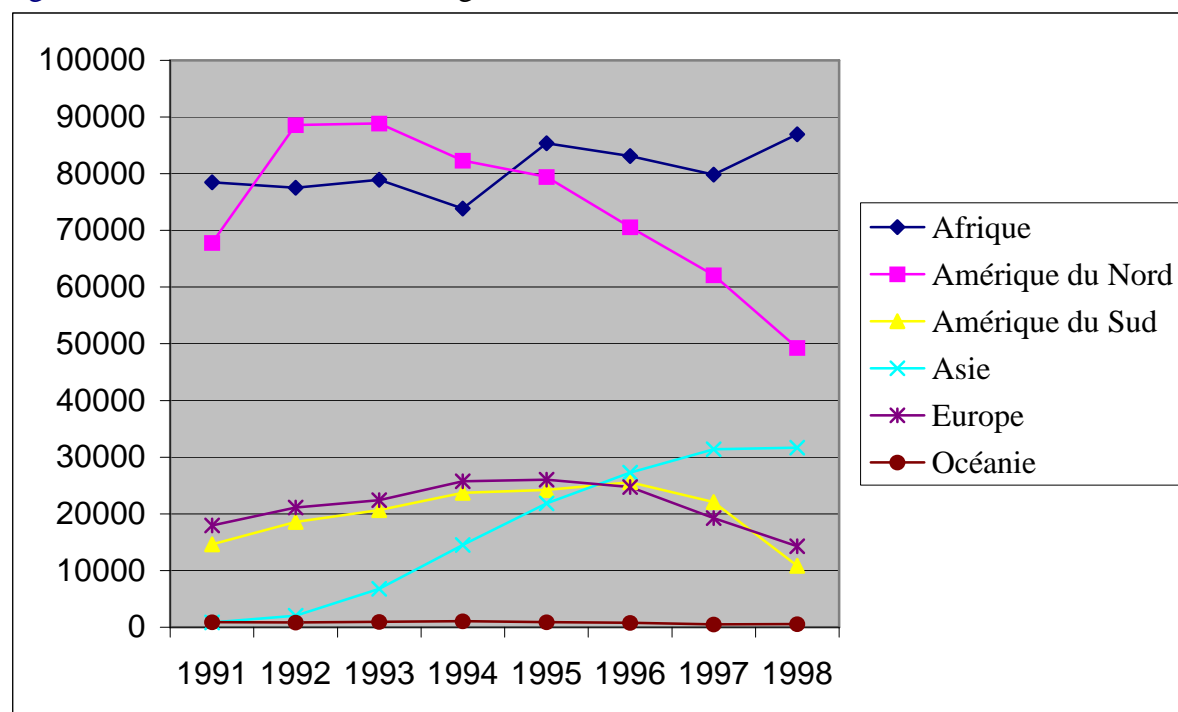
Source : **Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) 2001.**

Tableau 2.
Cas de SIDA déclarés à l'Organisation mondiale de la santé.

Régions	Nombre total de cas déclarés jusqu'au 1990	Nombre de cas nouveaux déclarés en :								Nombre total cumulé
		1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	
Afrique	150923	78476	77540	78918	73851	85352	83117	79814	86947	795121 ¹
Amérique du Nord	222147	67833	88580	88851	82348	79421	70586	62093	49287	817345 ¹
Amérique du Sud	30620	14617	18605	20651	23698	24239	25584	22089	10829	191929 ¹
Asie	1045	847	2059	6778	14499	21842	27295	31405	31667	141476 ¹
Europe	45683	17929	21120	22438	25725	26012	24744	19232	14269	218063 ¹
Océanie	2978	915	875	934	1058	918	804	523	544	9567 ¹

Source : ANNUAIRE STATISTIQUE Quarante-quatrième édition Nations Unies. Janvier 2001.

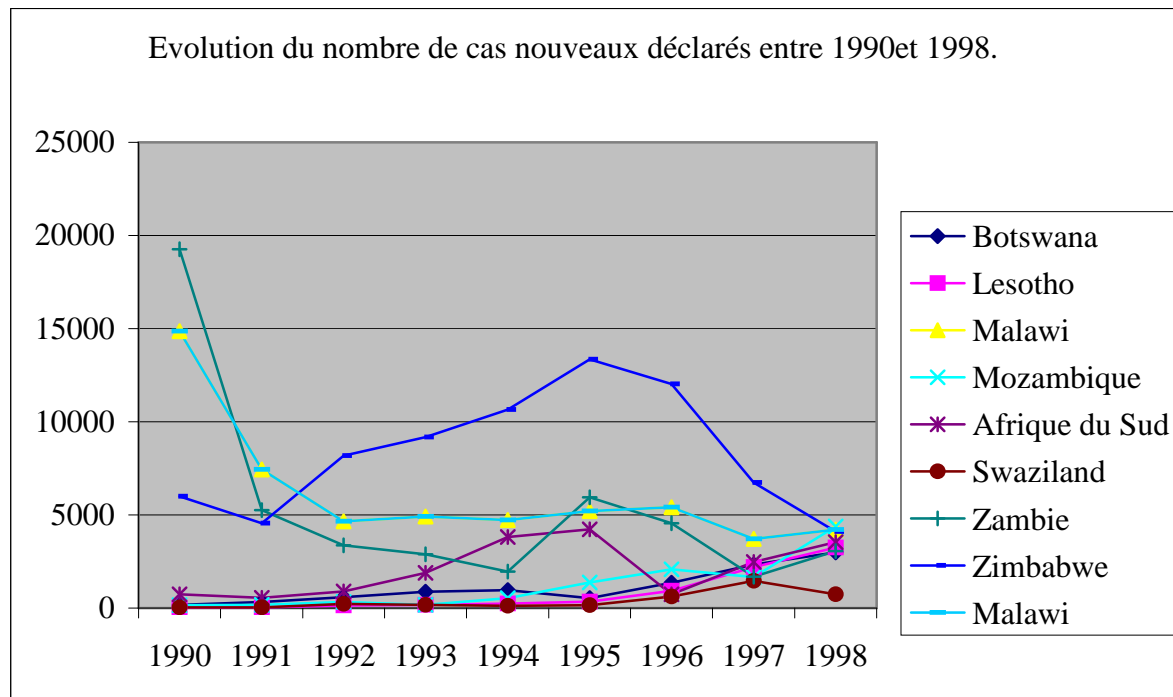
Fig. 3. Cas de SIDA déclarés à l'Organisation mondiale de la santé.



Cas de SIDA déclarés. Tableau 3.

Pays ou zone	Nombre total de cas déclarés jusqu'au 1990	Nombre de cas nouveaux déclarés en :							
		1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Afrique									
Botswana	168	320	590	870	968	535	1364	2335	2992
Lesotho	23	29	139	166	238	341	936	2203	3242
Malawi	14861	7439	4655	4916	4732	5209	5406	3705	4203
Mozambique	162	178	322	164	534	1380	2086	1661	4376
Afrique du Sud	734	549	887	1882	3816	4219	738	2478	3536
Swaziland	30	31	216	165	120	154	613	1466	733
Zambie	19267	5264	3376	2894	1963	5950	4552	1676	3064
Zimbabwe	5994	4557	8180	9174	10647	13356	12029	6732	4113

Fig. 4. Evolution du HIV/SIDA. Nombre de cas nouveaux déclarés entre 1990 et 1998.



Source : ANNUAIRE STATISTIQUE Quarante-quatrième édition Nations Unies. janvier 2001.

L'Afrique australe est la région où la hausse du taux d'adultes (15-49 ans) vivant avec le sida a été particulièrement rapide entre 1982 et 1997. Le niveau d'infection est passé entre 0-0,5 % en 1987 à 16-32 % en 1997 (ONUSIDA, 1999).

Au Swaziland, la prévalence du VIH parmi les femmes en consultations prénatales en 2000 se situait entre 32,2% dans les zones urbaines et 34,5% dans les zones rurales ; au Botswana, les chiffres correspondants étaient de 43,9% et 35,5%. Dans certaines zones de l'Afrique du Sud par exemple dans la province du KwaZulu-Natal ce chiffre était de 36,2% en 2000.

Au moins 20% des personnes entre 15 et 49 ans sont infectées dans sept pays d'Afrique australe. Dans toute la région, les pays élargissent et améliorent leur action. Dans une nouvelle étude conduite en Zambie, les hommes et les femmes des zones urbaines rapportent une diminution de l'activité sexuelle, moins de partenaires multiples et une utilisation plus régulière du préservatif. Ceci correspond à des données précédemment recueillies montrant que la prévalence du VIH est en baisse parmi les citoyens en Zambie, en particulier parmi les jeunes femmes entre 15 et 24 ans. Selon le Ministre sud-africain de la santé, la prévalence du VIH parmi les femmes en consultations prénatales a atteint 24,5% en 2000. Environ 1 Sud-Africain sur 9 (soit 4,7 millions de personnes) vit avec le VIH/SIDA. On note pourtant quelques signes encourageants de tendances positives qui semblent s'instaurer parmi les adolescents, chez lesquels les taux de prévalence ont légèrement baissé depuis 1998. Des progrès sont également accomplis dans le domaine du traitement et de la prise en charge. En Afrique australe, le Botswana relativement prospère est devenu le premier pays à commencer de fournir les médicaments antirétroviraux par l'intermédiaire de son système de santé public, grâce à une augmentation de son budget de santé et à des réductions du prix des médicaments négociées avec les compagnies pharmaceutiques.

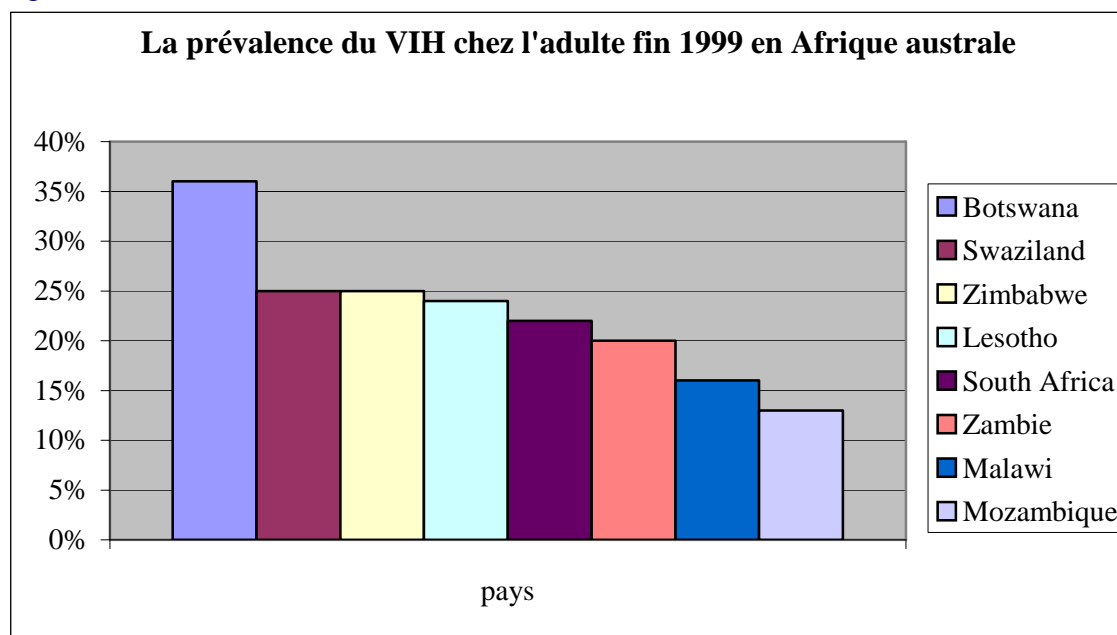
Tableau 4.

Estimation du taux de prévalence du VIH chez l'adulte (15-49 ans), fin 1999. Afrique australe.

Botswana	36%
Swaziland	25%
Zimbabwe	25%
Lesotho	24%
South Africa	22%
Zambie	20%
Malawi	16%
Mozambique	13%

Estimations fin 2000 **Source** : ONUSIDA UNICEF. PNUD .FNUAP .PNUCID UNESCO. OMS BANQUE MONDIALE Programme national de lutte contre le SIDA.

Fig. 5.



Estimations fin 2000 **Source** : ONUSIDA UNICEF. PNUD .FNUAP .PNUCID UNESCO. OMS BANQUE MONDIALE Programme national de lutte contre le SIDA

Au Zimbabwe, l'ensemble de dépenses occasionnées par le sida par rapport aux dépenses de santé du gouvernement risque d'atteindre plus de 60 % en 2005. En Ethiopie, en 1991, le budget de la santé du sida représentaient 26 millions \$ US. Il sera de 155 millions \$ US en 2015. 99 % des sommes dépensées contre le sida concerne 5 % de la population touchée dans les pays occidentaux. « 95% des séropositifs vivent dans les pays en développement. Moins de 4% ont accès aux traitements. » *Source :Le Monde mardi 9 juillet 2002.*

LES TROIS SCENARII.

Les travaux de recherche entrepris par l'ANRS-ORSTOM, l'ONUSIDA, l'OMS, l'UNICEF et les autres institutions permettent de comprendre clairement les *paramètres multiples* de la maladie (sociaux, démographiques, politiques, économiques). Trois scénarii peuvent être envisagés :

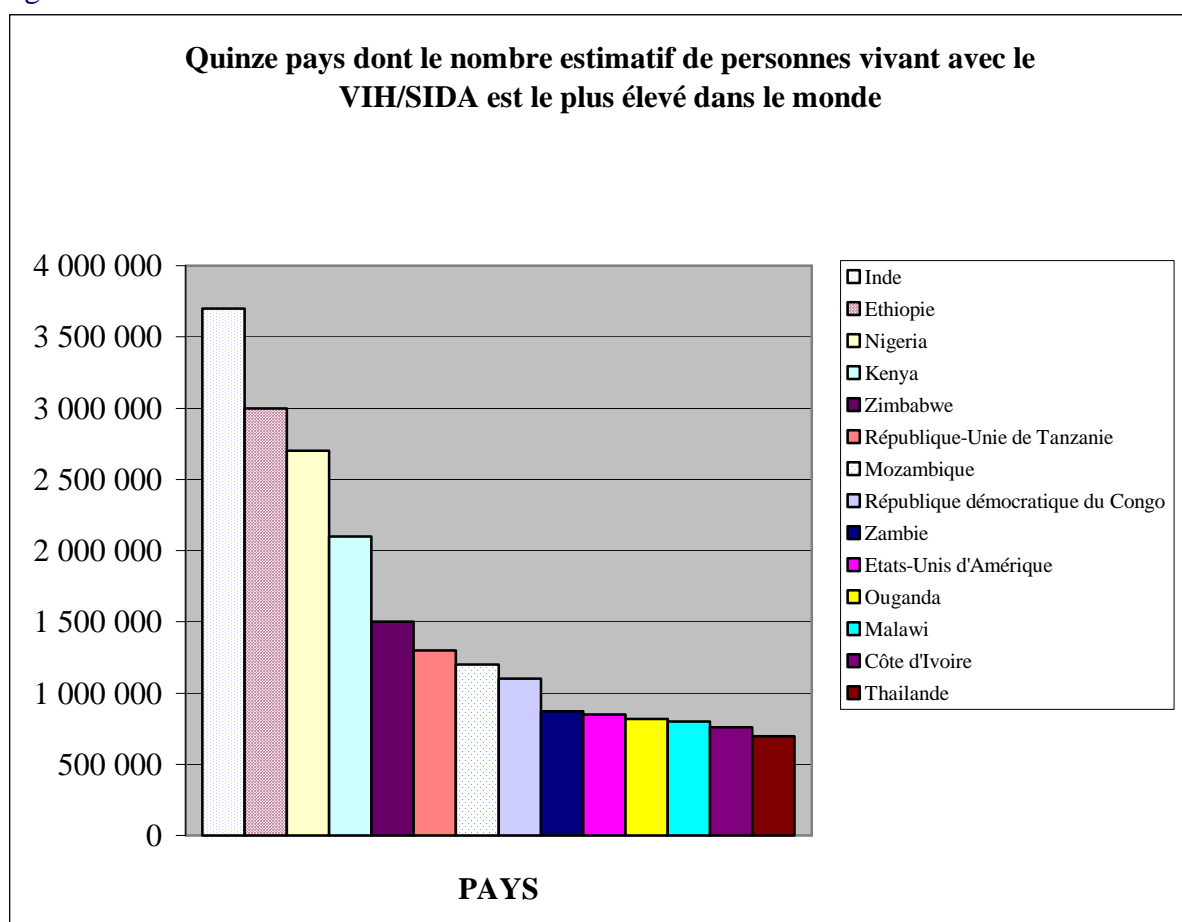
scénario	Français	Anglais
I	Feu de brousse (scénario pessimiste)	Low variant
II	Feu de paille (ou sida contenu)	Medium variant
III	Feu éteint (scénario optimiste).	High variant

Tableau 5. Quinze pays dont le nombre estimatif de personnes vivant avec le VIH/SIDA est le plus élevé dans la monde.

Kenya	2 100 000
Zimbabwe	1 500 000
République-Unie de Tanzanie	1 300 000
Mozambique	1 200 000
République démocratique du Congo	1 100 000
Zambie	870 000
Etats-Unis d'Amérique	850 000
Ouganda	820 000
Malawi	800 000
Côte d'Ivoire	760 000
Thaïlande	695 000

Estimations fin 2000; **Source** : ONUSIDA UNICEF. PNUD .FNUAP .PNUCID UNESCO. OMS BANQUE MONDIALE Programme national de lutte contre le SIDA

Fig. 6.



Estimations fin 2000; **Source** : ONUSIDA UNICEF. PNUD .FNUAP .PNUCID UNESCO. OMS BANQUE MONDIALE Programme national de lutte contre le SIDA

Région de l' Afrique australe.

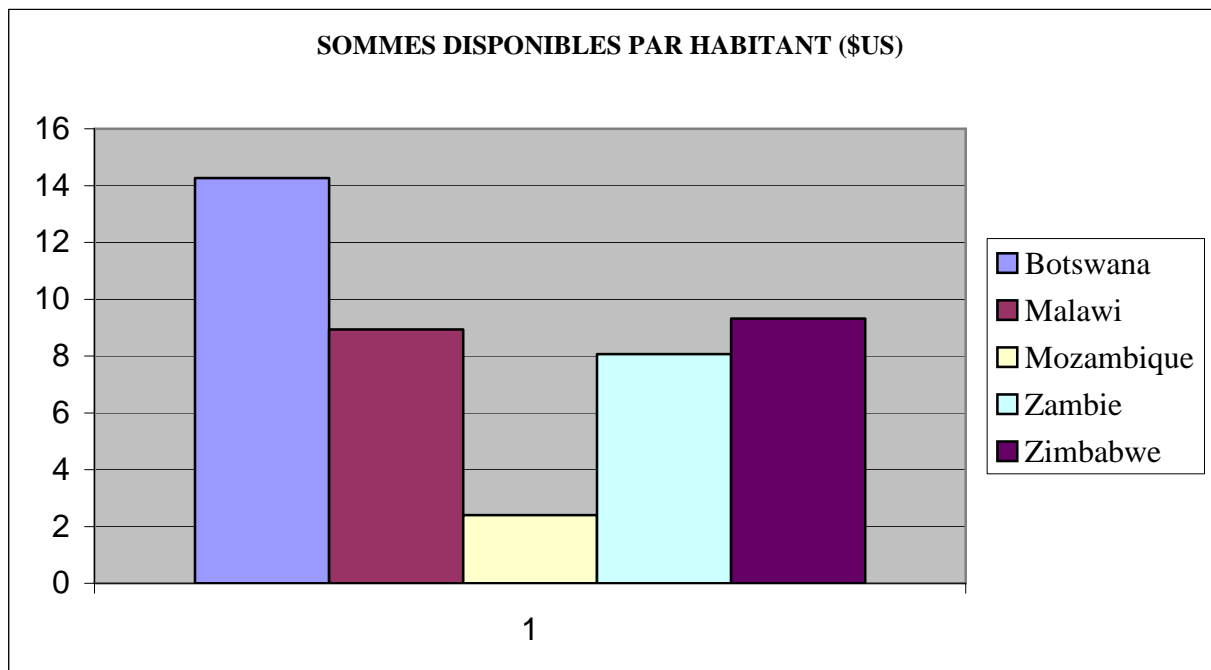
Région de l' Afrique australe.

Tableau 6. Coût du sida dans les 9 pays en Afrique au sud du Sahara les plus touchés avec ou sans le sida.

Pays	Pourcentage des 15/49 ans vivants avec le sida	Espérance de vie (ans)		Sommes disponibles par habitants (\$ US)
		Avec le sida	Sans le sida	
Afrique du sud	13	47	64	nc
Botswana	25	41	70	14,27
Kenya	12	40	53	13,43
Malawi	15	40	53	8,94
Mozambique	14	38	53	2,40
Namibie	20	41	64	8,00
Rwanda	13	41	51	27,63
Zambie	19	42	60	8,07
Zimbabwe	26	41	66	9,32

Source : Newsweek, 17/01/2000

Fig. 7. Estimations du coût du sida en Afrique au Sud du Sahara.



Source : Newsweek, 17/01/2000.

Tableau 7. Projections suivant les trois scénarii de la pandémie du sida.

		Scénario I		Scénario II		Scénario III	
		Feu de brousse		Feu de paille (sida contenu)		Feu éteint	
Situations	16-36 %						
	8-16 %						
2-8 %							
0,5-2 %							
0-0,5 %							
		1997	2020	1997	2020	1997	2020
Source United Nations, World Population Prospects the 1998	Taux de mortalité infantile dans les 29 pays les plus touchés	70 pour 1000 en 2010-2015		65 pour 1000 en 2010-2015		62,5 pour 1000 en 2010-2015	
	Taux de croissance de la population des 29 pays les plus touchés	2,1 % en 2005		2,3 % en 2025		2,4 % en 2005	
	Espérance de vie à la naissance des 29 pays	49,5 ans (2010-2015) 5,9 (hommes) 7,9 (femmes)		58 ans (2010-2015) 10,2 (hommes) 13,3 (femmes)		60,4 ans (2010-2015) 11,2 (hommes) 14,2 (femmes)	
	Nombre de décès des 29 pays les plus touchés (en milliers)	44383 (2005-2010) 42548 (2010-2015)		?		32304 (2005-2010) 32826 (2010-2015)	
	Nombre de décès dus au VIH (en milliers)	66100 (2020)		46500 (2020)		30800 (2020)	
(Source :Murray et Lopez, 1997)							

Tableau 8. Indicateurs de connaissances et de comportement.

PAYS	Jeunes adultes (15-24) qui ne savent pas qu'une personne apparemment saine peut être infectée par le VIH/SIDA (%)		Valeur médiane de l'âge lors des premiers rapports sexuels, pour les jeunes adultes (20-24)		Pratiques sexuelles à risques signalées au cours de l'année écoulée par adultes de 15-49 ans (%)			Notification du recours au préservatif par les adultes (15-49) au cours de plus récent rapport sexuel à risque (%)			
	Femmes	Année	Homme	Femme	Année	Homme	Femme	Année	Homme	Femme	Année
Lesotho	53,9	2000				52,6	28,4	1989			
Malawi	16,7	2000	17,7	17,1	2000	36,9	9,4	2000	38,9	28,7	2000
Mozambique	62,1	1997		16,0	1997	59,4		1997			
Zambie	25,3	2000	16,0	16,6	1996	43,2	29,3	1998	30,1	17,6	1998
Zimbabwe	26,0	1999	19,5	18,9	1999	42,5	16,0	1999	70,2	42,0	1999

Source: Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA 2002.

Tableau 9. Prévalence de l'infection à VIH (%), populations choisies.

PAYS	Femmes en consultations pré-natales principales zones urbaines			Femmes en consultations pré-natales en dehors des principales zones urbaines			Patients avec IST - principales zones urbaines			Professionnelles du sexe - principales zones urbaines		
	Année	Médian e	Max.	Année	Médian e	Max.	Année	Médian e	Max.	Année	Médian e	Max.
Afrique du Sud	2000	24,3	8,7	36,2	2000	22,9	11,2	29,7	2000	64,3	64,3	64,3
Botswana	2000	44,9	39,1	55,8	2001	34,8	25,8	50,9	2000	53,2	46,0	60,4
Lesotho	2000	42,2	42,2	42,2	2000	19,0	12,3	26,0	2000	65,2	65,2	65,2
Malawi	2001	20,1	18,6	28,5	2001	16,1	4,5	35,8	1996	54,8	54,8	54,8
Mozambique	2000	14,4	13,0	15,7	2000	10,6	4,0	31,2	1999	15,1	15,1	15,1
Swaziland	2000	32,3	32,3	32,3	2000	34,5	27,0	41,0	2000	48,9	48,9	48,9
Zambie	2001	30,7	30,7	30,7	1996	13,0	5,2	31,0	1991	59,7	59,7	59,7
Zimbabwe	2000	31,1	30,0	33,5	2000	33,2	13,0	70,7	1995	71,1	71,0	71,2

Source: Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA 2002

Tableau 10.

Zones d'incertitude entourant les estimations.

	Adultes et enfants vivant avec VIH/SIDA fin 2001		Nombre de décès chez les adultes (15-49), 2001		Nombre de décès chez les enfants (0-15), 2001	
	Estimation inférieure	Estimation supérieure	Estimation inférieure	Estimation supérieure	Estimation inférieure	Estimation supérieure
PAYS						
Total mondial	30000000	50000000	1800000	3000000	440000	720000
Afrique subsaharienne	22000000	35000000	1300000	2300000	380000	650000
Afrique du Sud	4000000	6000000	280000	420000	26000	48000
Botswana	260000	390000	17000	26000	3900	5900
Lesotho	230000	480000	13000	28000	3100	6500
Malawi	720000	1100000	48000	72000	16000	24000
Mozambique	860000	1500000	50000	80000	1000	25000
Swaziland	130000	200000	7600	11000	2000	3000
Zambie	930000	1400000	70000	110000	22000	34000
Zimbabwe	1800000	2700000	120000	190000	35000	52000

Source: Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA 2002.

Tableau 11. Estimation du taux de prévalence du VIH (%) chez les jeunes (15-24), fin 2001.

	Femmes		Hommes	
	Estimation inférieure	Estimation supérieure	Estimation inférieure	Estimation supérieure
PAYS				
Total mondial	1	1,78	0,59	1,05
Afrique subsaharienne	6,41	11,39	3,13	5,56
Afrique du Sud	20,51	30,76	8,53	12,79
Botswana	29,99	44,98	12,86	19,29
Lesotho	24,75	51,4	11,31	23,49
Malawi	11,91	17,87	5,08	7,62
Mozambique	10,56	18,78	4,41	7,84
Swaziland	31,59	47,38	12,18	18,27
Zambie	16,78	25,18	6,45	9,68
Zimbabwe	26,4	39,61	9,9	14,85

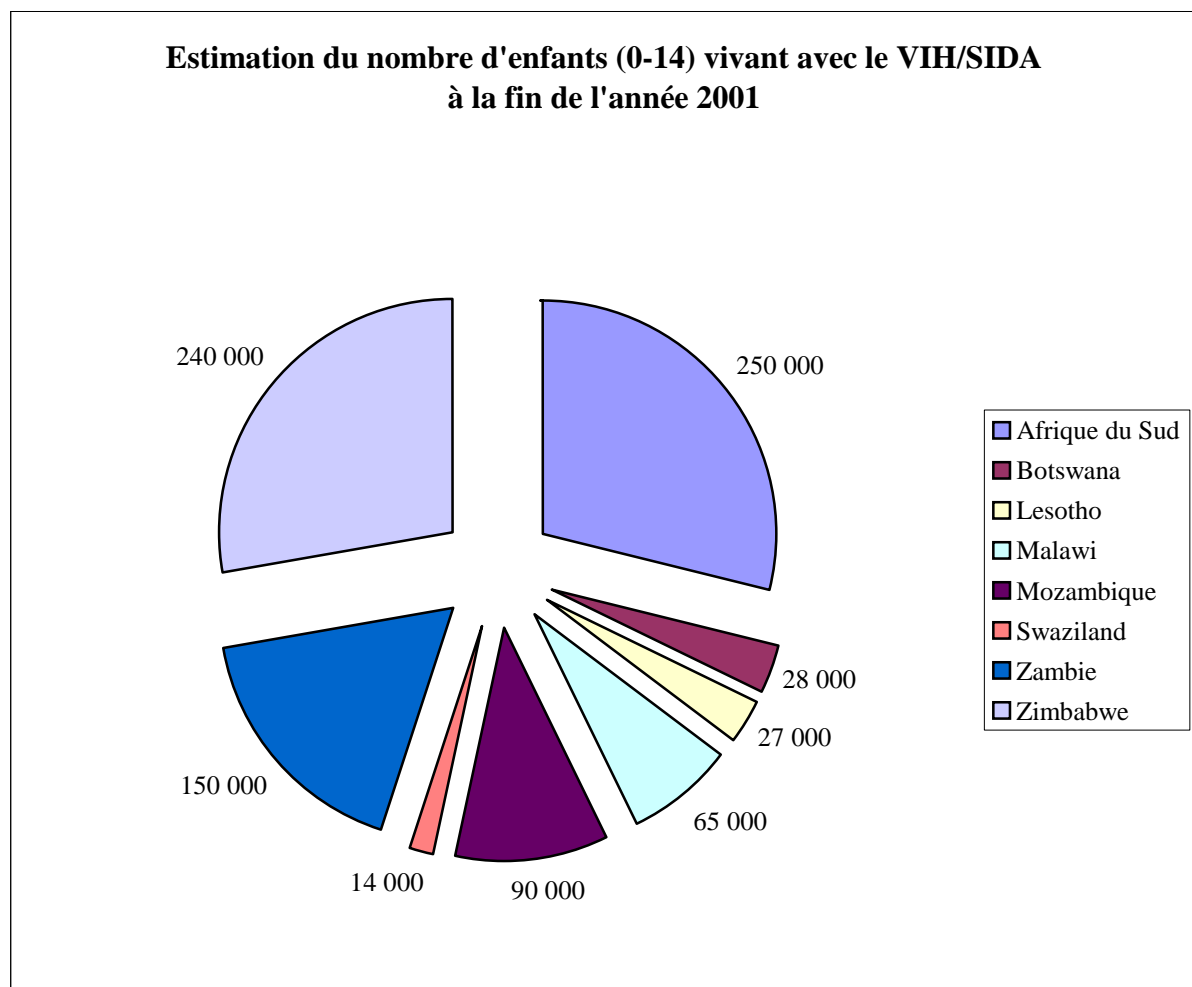
Source: Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA 2002.

Tableau 13.

Estimation de nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA à la fin de l'année 2001.

PAYS	Adultes et enfants (Fig.)	Adultes (15-49) (Fig.)	Femmes (15-49) (Fig.)	Enfants (0-14) (Fig.)	Taux chez les adultes %
Total mondial	40 000 000	37 100 000	18 500 000	3 000 000	1,2
Afrique subsaharienne	28 500 000	26 000 000	15 000 000	2 600 000	9
Afrique du Sud	5 000 000	4 700 000	2 700 000	250 000	20,1
Botswana	330 000	300 000	170 000	28 000	38,8
Lesotho	360 000	330 000	180 000	27 000	31,1
Malawi	850 000	780 000	440 000	65 000	15
Mozambique	1 100 000	1 000 000	630 000	90 000	13
Swaziland	170 000	150 000	89 000	14 000	33,4
Zambie	1 200 000	1 000 000	590 000	150 000	21,5
Zimbabwe	2 300 000	2 000 000	1 200 000	240 000	33,7

Fig. 8.



Source: Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA 2002.

Fig. 9. Source: Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA 2002.

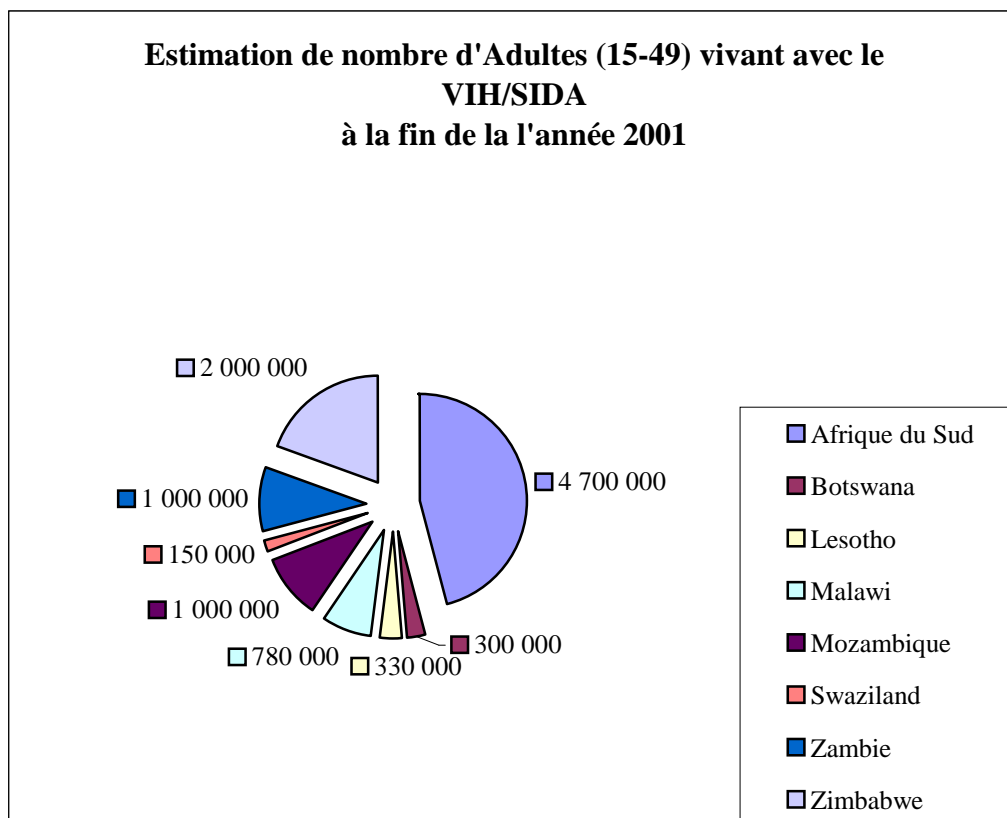


Fig. 10. Source: Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA 2002.

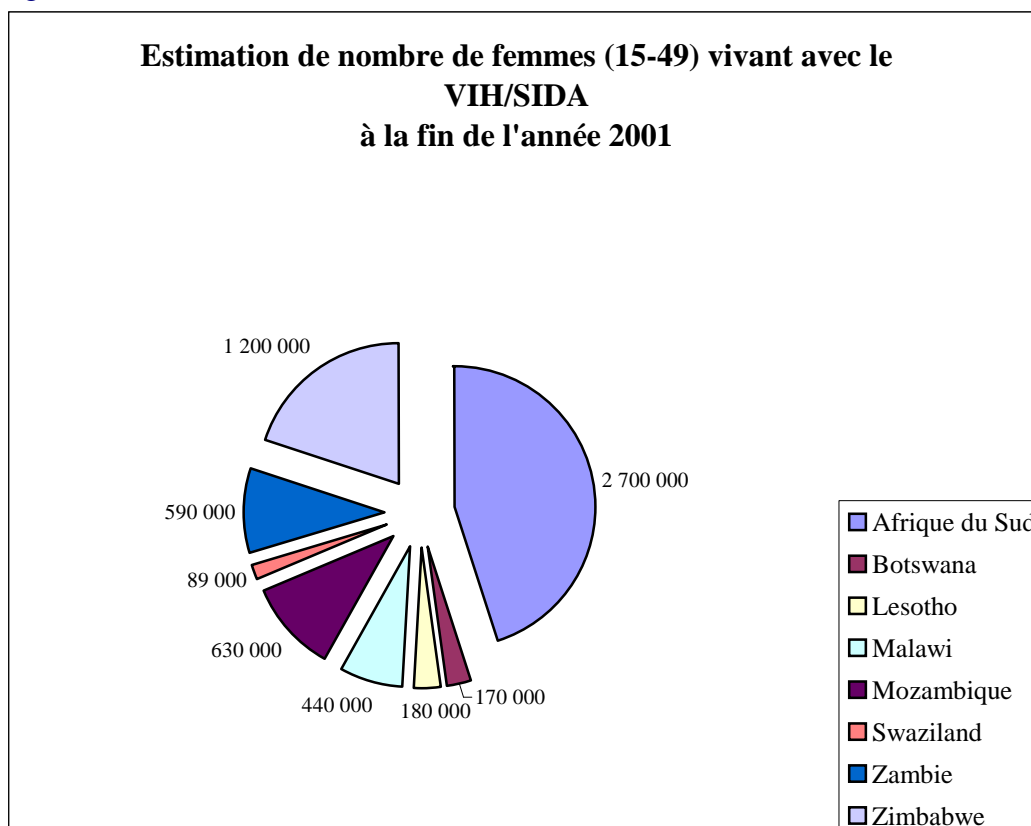
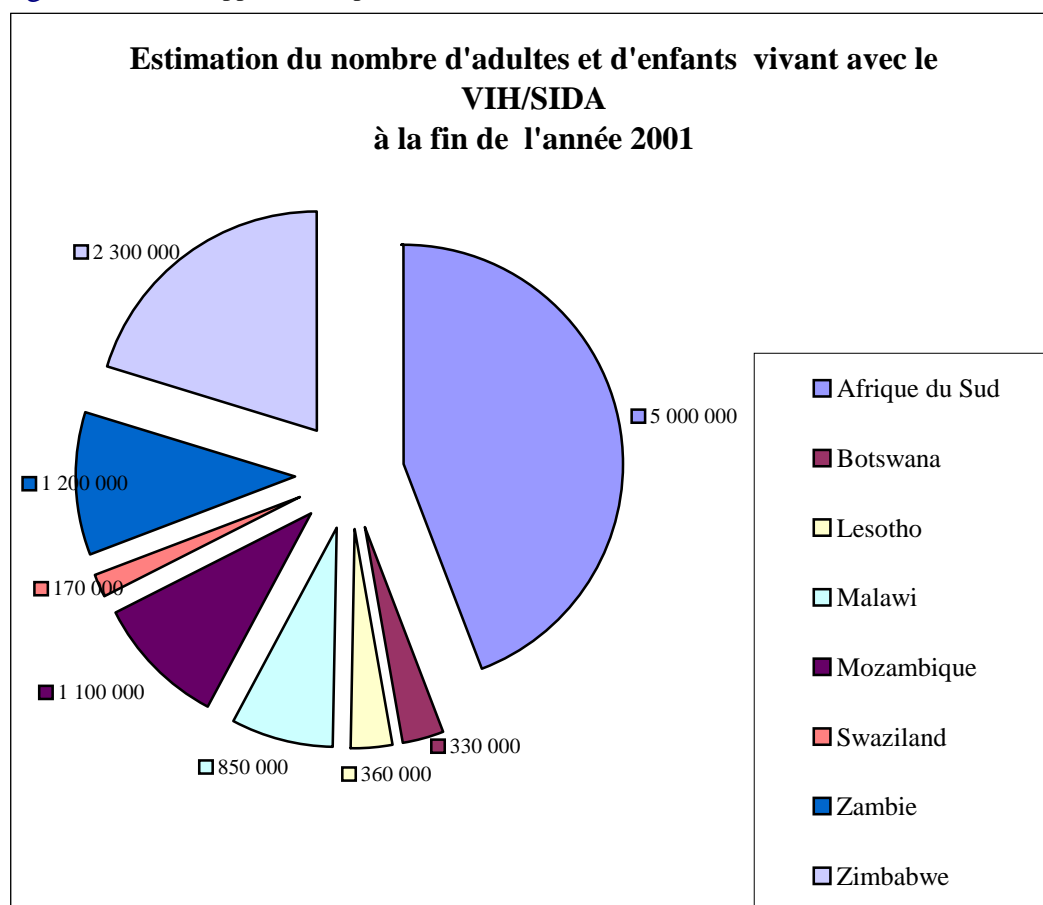


Fig. 11. Source: Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA 2002.



L'Afrique du Sud est un pays minier qui peut être considéré comme une grande agglomération grâce à la concentration des migrants de toute l'Afrique australe d'où ce chiffre important de gens atteints du HIV/SIDA.

CONCLUSION.

En général les femmes illettrées connaissent mal leur corps pour ne pas savoir la différence entre l'utérus et l'estomac mais encore beaucoup ignorent comment le VIH/SIDA se transmet. Une plaisanterie chez les jeunes dis que SIDA signifie « Syndrome Inoffensif pour Décourager les Amoureux ». Mais ils disent le SIDA se trouve dans les préservatifs. Ces croyances se rapprochent de celles qui sévissent dans les campagnes reculées, où l'on croit qu'une relation sexuelle avec une vierge peut guérir la maladie. D'où une épidémie de viols... et de nouvelles victimes du sida." [Cybersciences : L'Afrique du Sud malade du sida](#) [Cybersciences : La circoncision contre le sida](#). [Les grands dossiers : Le virus VIH](#) Répertoire annoté de sites relatifs au sida XIIIth International Aids Conference.

Que peut-on faire pour éduquer les femmes et les hommes, en particulier les jeunes, afin de promouvoir l'égalité dans les relations entre les hommes et les femmes, et d'encourager les hommes à accepter leurs responsabilités en matière de sexualité, de reproduction et d'éducation des enfants ? Si l'on veut améliorer le statut des femmes et les aider à se protéger, il faut s'assurer la coopération des hommes. En d'autres termes, les activités de prévention du VIH orientées vers les hommes bénéficieront de facto aux femmes.

LES SOLUTIONS POSSIBLES.

L'éducation des hommes et des femmes doit être encouragée à travers, des activités destinées à renforcer et à effacer les stéréotypes sexuels et à encourager l'égalité et l'équité entre les sexes et le genre. Il faut changer le discours des manuels scolaires, valorisant les garçons plus que les filles, et par ce biais influencer sur la manière dont sont élevés les garçons .

Il faut encourager les hommes à s'exprimer, avec leurs partenaires, sur le sexe et renforcer la capacité des femmes à décider quand, où et si l'activité sexuelle aura lieu.

Pour finir il faut soutenir les actions au niveau gouvernemental et non gouvernemental destinées à réduire chez les hommes la violence et tout spécialement la violence en matière sexuelle. Tout ceci passe par les campagnes d'information adaptées aux réalités locales, campagnes nationales mais aussi campagnes de proximité dont les instances administratives et sociales villageoise ou des quartiers sont les meilleurs relais. Si nous élisons les chefs d'Etats démocratiquement c'est pour qu'ils nous gouvernent. Nous gouverner veut dire parmi les priorités, veiller sur notre santé. S'ils ne comprennent pas ce que veut dire VIH/SIDA, il conviendrait de leur apprendre pragmatiquement les causes de cette maladie, les préventions et les traitements appropriés, les conséquences terribles de toute retard dans les politiques de santé visant à combattre ce fléau.