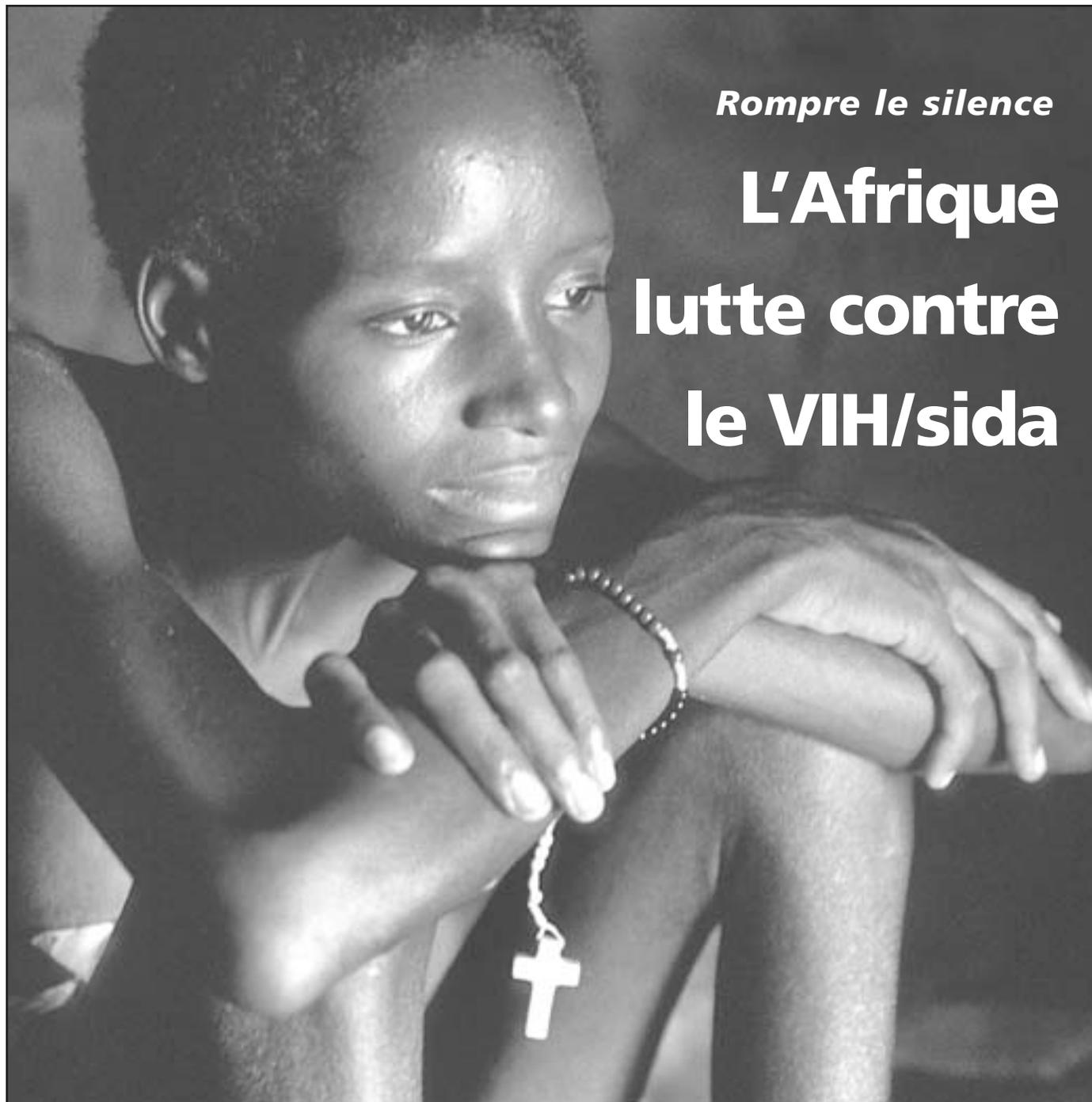


AFRIQUE RENOUVEAU

Anciennement 'Afrique Relance'

Département de l'information des Nations Unies RÉÉDITION Février 2006



Rompre le silence

L'Afrique lutte contre le VIH/sida

Das Fotoarchiv / Friedrich Stark

Au sommaire

Entretien avec le Secrétaire général de l'ONU... 4-6

Le rôle des hommes... 7-11

Les femmes : le visage du sida... 12-14

L'accès aux médicaments 15-21

Les réussites exemplaires 22-28

Les orphelins du sida 29-31

Sommaire:

Vue d'ensemble et introduction	3	Les traitements anti-sida progressent	18
'Le sida est la véritable arme de destruction massive'	4	<i>Le nombre de personnes traitées aux antirétroviraux augmente rapidement</i>	
<i>Le Secrétaire général de l'ONU appelle à un renforcement de l'action</i>		L'offensive du Botswana contre le sida	22
Lutte contre le sida : le rôle des hommes	7	<i>Un programme de distribution à grande échelle de médicaments, qui a valeur de test</i>	
<i>Des campagnes menées en Afrique visent à modifier les comportements masculins</i>		Le Sénégal, un modèle de réussite	25
La prévention du sida à l'armée	9	<i>La mobilisation précoce et l'engagement politique ont enrayé la progression du VIH</i>	
<i>L'ONU fait participer les casques bleus à la guerre contre le sida</i>		L'Ouganda fait reculer le sida	27
Les femmes : le visage du sida en Afrique	12	<i>Mobilisation, éducation et transparence — éléments clés des progrès accomplis</i>	
<i>Il faut redoubler d'efforts face aux taux élevés d'infection des femmes</i>		Les orphelins du sida : la "crise silencieuse" de l'Afrique	29
Grande campagne anti-sida	15	Le coût économique et social du sida	32
<i>Le financement des soins demeure toutefois inférieur aux besoins</i>		<i>L'Afrique australe est particulièrement touchée dans sa croissance économique</i>	
		Carte de la prévalence du VIH en Afrique	36

La revue *Afrique Renouveau* est publiée en anglais et en français par la Division de la communication stratégique du Département de l'information des Nations Unies et bénéficie du soutien du PNUD, de l'UNICEF et d'UNIFEM. Toutefois son contenu ne reflète pas nécessairement les vues des Nations Unies ou des organisations soutenant la publication. Le contenu de cette publication peut être reproduit librement, en précisant la source. Merci de nous en adresser une copie.

Prière d'adresser toute correspondance au
Rédacteur, Afrique Renouveau
Bureau S-955, Nations Unies, New York 10017, E.-U.
Tél : (212) 963-6857 Fax : (212) 963-4556
e-mail : africarenewal@un.org

Abonnez-vous à *Afrique Renouveau*

Vous pouvez vous abonner à l'année à titre individuel (\$20) ou institutionnel (\$35). Veuillez envoyer un mandat international ou un chèque (en dollars des Etats-Unis) tiré sur une banque des E.-U., et libellé à l'ordre des Nations Unies, à la Distribution à l'adresse indiquée ci-dessus. Un certain nombre d'abonnements gratuits sont disponibles pour les personnes n'ayant pas les moyens de payer l'abonnement. Veuillez en formuler la demande par écrit et l'adresser au Rédacteur.

Rédactrice en chef
Julie I. Thompson

Rédacteur
Ernest Harsch

Reporter
Gumisai Mutume
Michael Fleshman

Assistante de rédaction
Marian Aggrey

Réalisation
Parvati McPheeters

Assistante administrative
Shelly Edelsburg

Distribution
Atar Markman

**Consultez notre site Web :
www.un.org/AR**

Tragédie et espoir : le combat de l'Afrique contre le VIH/sida

Voilà une vingtaine d'années que les premiers cas d'une maladie mystérieuse qui détruit les défenses naturelles de l'organisme ont été signalés aux Etats-Unis. Depuis, la progression du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), qui rend ses victimes vulnérables à un ensemble de maladies regroupées sous l'appellation de "syndrome d'immunodéficience acquise" (sida), a entraîné une véritable crise sanitaire à l'échelle mondiale. Mais c'est en Afrique subsaharienne, la région la plus pauvre et la moins développée du monde, que l'urgence du VIH/sida a pris des proportions véritablement tragiques, mettant en danger non seulement la vie des personnes qui en sont atteintes, mais également la trame sociale, économique et politique de la société.

Les chiffres mêmes sont effroyables. À la fin de l'année 2004, d'après les estimations du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), deux tiers des 40 millions de personnes vivant avec le virus dans le monde étaient des Africains. Environ 3 millions des 5 millions de nouvelles infections ayant eu lieu en 2004 se sont également produites en Afrique subsaharienne, où les taux d'infection sont sept fois supérieurs à la moyenne mondiale. Dans certains pays, jusqu'à 40 % de la population adulte est séropositive. Dans une région où près de la moitié de la population vit avec moins d'un dollar par jour, à peine une personne sur cent ayant besoin des médicaments antirétroviraux susceptibles de lui sauver la vie a les moyens de se les procurer. Pour les autres, il ne reste que la certitude d'une mort lente — 2,3 millions de décès pendant la seule année 2004 — et d'un avenir sombre et précaire pour les millions d'orphelins qui subsistent.

Cette réédition spéciale d'*Afrique Renouveau* présente certaines évolutions importantes de la lutte de l'Afrique contre la maladie et met l'accent sur les efforts déployés par les Africains et leurs partenaires internationaux pour enrayer la progression du virus. Certains articles portent sur le rôle des hommes en matière de prévention, la lutte contre la transmission du VIH dans l'armée et la conjonction effroyable de la famine et du VIH/sida en Afrique australe. D'autres sont consacrés aux effets négatifs de la pandémie sur le développement, à la détresse des orphelins du sida et aux efforts visant à faire baisser le prix des soins et traitements pour les rendre accessibles aux pauvres. Des initiatives africaines sont également présentées, notamment les campagnes de prévention efficaces menées au Sénégal et en Ouganda et le programme novateur du Botswana visant à fournir soins et traitements à tous ses citoyens séropositifs. Un article consacré à deux programmes de traitement sans précédent, l'un mené par l'Organisation mondiale de la santé et l'autre par le Gouvernement américain, examine la situation actuelle et les possibilités décisives qui se présentent aujourd'hui.

Bien qu'ils restent déplorablement insuffisants, les budgets consacrés aux programmes de prévention et de traitement du VIH/sida sont en hausse. Les dirigeants politiques africains sont aujourd'hui plus nombreux à s'investir personnellement dans la lutte contre le sida. Une société civile africaine dynamique, engagée et indépendante, ayant de plus en plus à sa tête des personnes vivant avec le VIH/sida, a pris forme pour galvaniser la lutte, combattre les préjugés et la discrimination et donner à la maladie un visage humain. L'opposition réductrice qui a longtemps existé entre le financement des programmes de traitement ou le financement des programmes de prévention semble avoir été résolue au profit d'une approche globale alliant information, prévention et soins et traitement. Ces nouvelles données sont autant de raisons d'espérer, même si, pour beaucoup, il est déjà trop tard.

À mesure que se dissipent progressivement le silence et le refus de voir la réalité qui ont longtemps entouré la crise du VIH/sida en Afrique, les observateurs cherchent désespérément des mots qui puissent en exprimer l'immensité. Certains établissent un parallèle avec des atrocités politiques des temps modernes, comparant la pandémie à une "arme de destruction massive" ou à un "holocauste" africain. D'autres se tournent vers l'histoire, en établissant des analogies entre le sida et la peste qui a décimé l'Europe médiévale ou les fléaux de l'Antiquité. Parfois, les descriptions sont très personnelles et émouvantes, par exemple lorsque le Secrétaire général de l'ONU, Kofi Annan, relate son expérience au chevet d'une mère alitée et mourante. A d'autres moments, c'est la colère qui domine : certains dénoncent un monde qui a passé une dizaine d'années à se disputer sur des règles commerciales et des brevets médicaux pendant que le nombre de morts atteignait les dizaines de millions.

Cette édition spéciale consacrée au VIH/sida a un objectif plus modeste : rendre compte de la voie dans laquelle s'est engagée l'Afrique en cette période de possibilités multiples. De la direction que nous allons tous prendre à ce stade dépend probablement l'avenir du continent.

'Le sida est la véritable arme de destruction massive'

Le Secrétaire général de l'ONU appelle à un renforcement de l'action

Le 28 novembre, la British Broadcasting Corporation (BBC) a mis en ligne un entretien radiophonique avec le Secrétaire général de l'ONU, Kofi Annan, sur la lutte contre le VIH/sida. On peut écouter cet entretien à <http://news.bbc.co.uk/2/hi/africa/3244564.stm>. Cet entretien important a été retranscrit ci-dessous dans son intégralité. Par souci de clarté, il a été légèrement révisé (et traduit). Le Secrétaire général a répondu aux questions de Mme Carrie Gracie dans le cadre de l'émission "The Interview" de la radio BBC World Service. L'entretien est reproduit avec la permission de la BBC.

BBC : Je vais commencer par vous poser des questions sur l'ennemi à combattre. Quand avez-vous compris pour la première fois à quel point le sida était un ennemi redoutable ?

Annan : Je crois que c'était en discutant de la question avec l'Organisation mondiale de la santé [OMS] et l'ONUSIDA [Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida] et en considérant les chiffres et les statistiques de même que les effets catastrophiques que la maladie avait dans de nombreux pays africains, ainsi que l'attitude des dirigeants. Nous avons besoin de la mobilisation des dirigeants à tous les niveaux. Mais le plus important, c'était d'amener les présidents et les premiers ministres à prendre position. Or ce n'était pas le cas. J'ai pensé que nous devions faire tout ce que nous pouvions pour les sensibiliser au problème et pour les faire agir.

BBC : Avez-vous été sur le terrain parler aux personnes atteintes du sida ?

Annan : Je suis allé sur le terrain parler aux personnes atteintes du sida... J'ai vu la situation de

certaines régions d'Afrique, où j'ai rendu visite dans des villages à des malades du sida; on voit une grand-mère et beaucoup de petits enfants mais aucune mère, aucun père... J'ai également perdu des amis très proches, dont certains travaillaient ici à l'ONU, et cela aussi est très marquant. Pour moi, il ne s'agit pas de statistiques. J'ai vu les souffrances et la douleur que cause la maladie. Ce qui est plus difficile encore, c'est de voir une personne allongée là, en train de mourir, et qui sait que quelque part dans le monde il existe des médicaments qui pourraient la sauver, mais qu'elle ne peut pas avoir parce qu'elle est pauvre et vit dans un pays pauvre. Où est notre humanité commune ? Comment lui expliquer que dans certaines régions du monde le sida est une maladie qui peut être traitée, avec laquelle on peut vivre et fonctionner, mais que dans sa situation particulière, c'est une condamnation à mort. C'est très difficile...

BBC : Et quelles explications lui donnez-vous ?

Annan : Vous essayez d'expliquer ce que vous essayez de faire et ce que vous essayez d'amener

les gouvernements à faire pour accroître l'assistance fournie – non seulement dans les domaines du traitement, de la prévention et de l'éducation, mais également en faisant participer les jeunes et les associations de femmes. Cela n'arrange pas forcément les choses pour la personne malade, mais au moins elle sait ainsi que des mesures sont envisagées, que des mesures vont être prises. Si cela ne lui sauve pas la vie, cela sauvera la vie d'autres personnes. C'est en soi une consolation, mais ce n'est pas suffisant. C'est pourquoi je suis assez satisfait de l'approche [du Directeur général de l'OMS, Lee Jong Wook] qui consiste à

essayer de distribuer des médicaments anti-sida à 3 millions de personnes en cinq ans. Aujourd'hui nous avons 300 000 personnes qui prennent ces médicaments.

BBC : Il s'agit de l'initiative de l'Organisation mondiale de la santé ?

Annan : Oui.

BBC : Cela s'appelle "Trois d'ici à cinq". Trois millions d'ici à l'année 2005.

Annan : Oui.

BBC : Nous y reviendrons dans quelques instants, mais je voudrais d'abord savoir quelle est votre réaction lorsque vous vous trouvez face à ces gens qui vous demandent : "Pourquoi est-ce que je ne peux pas avoir ces médicaments ?"

Annan : C'est extrêmement difficile et je peux vous dire que j'ai vraiment essayé de toutes mes forces. Vous savez peut-être que j'ai rencontré plusieurs fois les présidents des sept plus grandes entreprises pharmaceutiques afin de faire baisser le prix de ces médicaments – de leur faire comprendre que bien que je respecte et approuve les droits de propriété intellectuelle, il est extrêmement difficile de refuser aux pauvres l'accès aux médicaments. Nous devons pouvoir concilier les deux. Et ils ont réduit une partie des prix. Dans certains cas, comme la névirapine, elle est distribuée gratuitement dans certains pays.

BBC : C'est le médicament contre la transmission de la mère à l'enfant chez les femmes enceintes ?

Annan : Exactement. C'est d'ailleurs à mon avis le plus cruel de tous les moyens de transmission. Alors il faut faire pression et essayer d'obtenir le plus possible de progrès. Et les gouvernements commencent à se mobiliser. En ce qui concerne les personnes qui sont en difficulté, vous pouvez parfois leur apporter une aide, mais cela n'est pas toujours le cas. Dans d'autres situations, vous ne pouvez pas leur apporter une aide immédiate.

Je suis révolté, je suis abattu, je me sens



impuissant du fait que je vis dans un monde où nous avons les moyens, nous avons les ressources nécessaires pour aider tous ces patients, mais ce qui manque, c'est la volonté politique. Comment mobiliser cette volonté politique pour leur venir en aide ? Et bien sûr, quelqu'un comme moi qui essaie de représenter les pauvres et ceux qui n'ont pas les moyens de s'exprimer a alors l'impression d'échouer, de ne pas en faire assez.

BBC : Et pourtant, que pouvez-vous faire de plus ?

Annan : Je pense que nous devons continuer à mobiliser la société pour qu'elle joue un rôle. Nous devons amener les dirigeants à prendre position contre la discrimination, contre les préjugés qui entourent la maladie. Nous avons besoin de ressources, nous avons besoin de ressources pour aider ces gens. Nous disposons d'un budget relativement faible. Nous estimons que d'ici à 2005, nous aurons besoin dans le monde de 10 milliards de dollars par an pour combattre la maladie.

BBC : Mais cet argent n'arrive pas, n'est-ce pas ? Le Fonds mondial [de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme] a pu distribuer 2 milliards de dollars sur deux ans. Vous êtes très loin du but. Avez-vous le sentiment d'un échec de votre part ?

Annan : Il y a un échec de ma part et l'indifférence de ceux qui ont le pouvoir et les moyens financiers – l'indifférence de ceux qui devraient mobiliser la volonté politique d'agir... [Nous devons] augmenter le montant des contributions au Fonds mondial, qui a à ce jour octroyé des subventions à environ 93 pays. Où que j'aille, j'entends dire à quel point cela a été utile et, bien sûr, que tout le monde a besoin d'aide supplémentaire. Si nous n'obtenons pas les sommes nécessaires et si le Fonds mondial échoue, ce serait une mise en cause très grave des dirigeants du monde actuel.

BBC : Et comment vous y prenez-vous ? Imaginons que je suis George Bush et que je suis assis en face de vous. Je viens d'annoncer que je vais affecter 15 milliards de dollars sur cinq ans à la lutte contre le sida, mais je vais n'en donner qu'une petite partie aux Nations Unies et le reste, je vais le distribuer moi-même à droite, à gauche. Comment allez-vous me convaincre ?

Annan : Je vais vous expliquer que si vous voulez partir de rien et mettre en place vous-même les structures et les mécanismes administratifs nécessaires, manifestement, vous n'allez pas pouvoir dépenser quelque 3 milliards de dollars en un an. Mais si vous passez par les structures que le Fonds

Le Secrétaire général, Kofi Annan (à gauche), visite le Centre de santé Matola au Mozambique. Au centre : l'Envoyé spécial du Secrétaire général pour le VIH/sida en Afrique, Stephen Lewis.



Nations Unies / Eskinder Debebe

mondial et le système des Nations Unies ont déjà mises en place, vous devriez pouvoir utiliser la plus grande partie de cette somme pour venir en aide aux populations défavorisées qui en ont besoin, aujourd'hui et non demain. Et je vous encouragerais également à verser la plus grande partie possible de cette somme au Fonds mondial. Au départ, ils avaient dit qu'ils alloueraient un milliard de dollars au Fonds et je me suis dit : "Si c'est un milliard de dollars au départ, ce n'est pas si mal". Mais ensuite j'ai appris que c'était un milliard de dollars réparti sur cinq ans.

BBC : Nous avons parlé de ce que vous attendez des pays développés. Parlons maintenant de la mobilisation des pays où l'épidémie se manifeste.

Quel est le problème ? Pourquoi n'y a-t-il pas plus de mobilisation ?

Annan : Certains refusent d'en parler pour des raisons culturelles. Dans un certain cas, un dirigeant africain était sur le point de faire un discours – je ne veux pas le nommer pour ne pas le mettre dans l'embarras – et, dans le discours qui avait été préparé à son intention, on lui demandait d'encourager les

jeunes et la population à utiliser des préservatifs pour se protéger. Il a dit : "Je ne peux pas prononcer le terme de 'préservatif', je suis le père de la nation. Vous ne pouvez pas me demander d'encourager les jeunes à avoir de multiples partenaires sexuels." Mais cela sauve des vies.

BBC : Et c'est ce que vous lui avez dit ?

Annan : Oui... J'ai parlé à un autre dirigeant africain qui était également complètement opposé à l'utilisation de préservatifs et disait : "Monsieur le Secrétaire général, nous ne voulons pas vous associer au terme de préservatif. Vous ne devriez même pas prononcer ce mot ni en parler". Je lui ai dit : "Monsieur le Président, j'ai même écrit au

pape à ce sujet, pour envisager de coopérer avec l'église catholique dans les domaines de la prévention, de l'éducation, des traitements et des soins." Et il m'a regardé en disant : "Monsieur le Secrétaire général, lorsqu'il s'agit de préservatifs, le pape et moi sommes exactement du même avis." Et je lui ai répondu : "Monsieur le Président, mais votre peuple est en train de mourir. Il s'agit de sauver des vies humaines et c'est une question de la plus haute importance – Dieu comprendra."

BBC : Et avez-vous réussi à le faire changer d'avis ?

Annan : Non, et c'est ce qui est frustrant. Ce sont les difficultés par lesquelles on doit parfois passer. Et ensuite si je vais voir des patients mourant du sida et qu'ils me demandent : "Aidez-nous – faites en sorte que notre président et les dirigeants nous aident." On ne peut pas leur dire quelle est l'attitude de leur président.

BBC : Seraient-ils mis en cause pour des raisons humanitaires ou pouvez-vous invoquer, pour les convaincre, leurs propres intérêts ?

Annan : Les deux à la fois. Pour des raisons humanitaires – et morales – et dans leur propre intérêt. En fait, il s'agit d'un problème de sécurité dans certains de ces pays. C'est-à-dire que dans certains des pays de l'Afrique australe, le sida nous prive non seulement du présent mais également de l'avenir. Il tue une partie des hommes et des femmes les plus productifs. Des écoles perdent des enseignants. Des hôpitaux perdent des docteurs. La fonction publique est dépeuplée.

Auparavant, il s'agissait de former des gens et des fonctionnaires. Maintenant, dans certains de ces pays, il pourrait s'agir de reconstituer les effectifs ou même de faire venir des gens de l'extérieur. La maladie décime les forces de sécurité et la police. C'est un très grave problème, pas seulement en Afrique. La maladie se propage très rapidement en Asie, en Europe de l'Est et dans les Caraïbes, et même dans ce pays-ci, elle gagne du terrain. Ceux qui croient que l'épidémie de sida

est finie s'illusionnent. C'est l'une des plus graves épidémies que le monde ait jamais connues et nous devons absolument la prendre très au sérieux.

BBC : *C'est très difficile, n'est-ce pas, car beaucoup des populations les plus touchées par le sida sont déjà très marginalisées. Les populations qui sont marginalisées n'ont pas la possibilité de s'exprimer. Si leur gouvernement ne s'exprime pas pour elles, qui va le faire ?*

Annan : C'est la véritable question. C'est pour cette raison que je parle de ce sujet aussi souvent que possible. Mais je pense qu'il faut aussi [faire participer] la société civile. Les ONG sont des partenaires très efficaces et contribuent à mettre parfois dans l'embarras les gouvernements et à les inciter à faire ce qui doit être fait.

Nous avons vu à l'oeuvre les associations de femmes à l'échelle locale, qui sont très importantes, à cause de la féminisation du sida en Afrique à l'heure actuelle. Plus de 50 % des personnes séropositives sont des femmes et ce sont souvent d'innocentes victimes. Il faut vraiment donner aux femmes les moyens de se prendre en charge et de faire participer les jeunes. Et j'ai vu dans les pays où la campagne est organisée par le chef d'État qu'elle se répercute à tous les niveaux, jusque dans les villages mêmes.

Au Sénégal, par exemple, ils utilisent même des griots – les griots sont les dépositaires de la tradition orale – pour raconter l'histoire [du sida], et en parler aux gens. Nous leur avons rendu visite il y a quelques années et ma femme a demandé à une griotte : "Êtes-vous gênée de parler franchement de sexualité et de toutes ces choses aux gens, dans leur village ?" La griotte a répondu : "Il s'agit de la mort. Il n'y a pas à être gêné face à la mort. Il n'y a pas à être gêné d'essayer de sauver des vies." Et c'est ce type de mentalité que j'espère voir chez les dirigeants africains et les dirigeants du monde dont les peuples sont menacés. Je veux qu'ils adoptent l'attitude de cette griotte sénégalaise que nous avons rencontrée. C'était une véritable source d'inspiration.

BBC : *Etes-vous en train de gagner la guerre ?*

Annan : Eh bien, je voudrais pouvoir être de cet avis, mais je ne le suis pas. Je ne suis vraiment pas en train de gagner la guerre. Je ne suis pas en train de gagner la guerre car je crois que les dirigeants de la planète ne s'investissent pas suffisamment. Je demande également aux communautés et aux sociétés du monde entier de s'investir dans la lutte. Elles ne peuvent pas laisser à leurs seuls dirigeants le soin de la faire.

BBC : *Donc dans un sens vous vous adressez aux gens sans passer par les gouvernements.*

Annan : Je m'adresse aux gens sans passer par les gouvernements. Ils doivent s'engager dans cette lutte. Ils ne doivent pas avoir peur de s'ex-

Des militants du groupe AIDS Therapeutic Treatment Now manifestent à Durban (Afrique du Sud) en faveur de la distribution de médicaments antirétroviraux.



AFP / Getty Images / Rajesh Jantilal

primer. Ils ne doivent pas avoir peur de mettre leur gouvernement au défi de lutter contre l'épidémie. C'est de leur vie qu'il s'agit. C'est de la vie de leurs enfants, de leurs soeurs, de leur mère et de leurs frères et père. Et ils ont le droit d'exiger de l'aide. Ils ont le droit d'exiger qu'agissent les dirigeants, dont la principale responsabilité consiste après tout à garantir la sécurité et le bien-être de leur peuple... J'espère également que le monde se réveillera... Pour les habitants de certains des pays dont nous parlons, le sida est la véritable arme de destruction massive, et que faisons-nous pour y remédier ?

BBC : *Certains estiment que l'on est tragiquement passé à côté d'une possibilité d'action. Que le monde s'apprêtait à lutter énergiquement contre le sida. Mais, le 11 septembre, les tours jumelles se sont effondrées, le Pentagone a été attaqué et le monde entier a changé. Ça a été le début de la guerre contre le terrorisme. Voyez-vous les choses de la même façon ?*

Annan : Je formulerais les choses ainsi : j'espère que si nous n'avions pas eu le 11 septembre, beaucoup plus de ressources auraient été allouées au sida. Mais je n'en suis pas sûr. Je n'en suis pas sûr car j'ai vu d'autres situations dans lesquelles la mobilisation n'a pas eu lieu.

BBC : *À ce sujet, votre envoyé spécial pour le sida en Afrique, Stephen Lewis, a qualifié d'obscènes les sommes consacrées à la guerre en Irak et à la guerre contre le terrorisme et a évoqué le chiffre de 200 milliards de dollars, qu'il a comparé au budget annuel de la lutte contre le sida – en tout peut être 3 milliards de dollars. Est-ce obscène ?*

Annan : Je pense personnellement que nous devons lutter contre toutes ces menaces. Le terrorisme et les armes de destruction massive constituent ce que j'appelle des menaces directes, des menaces directes car les gens pensent immédiatement à des effusions de sang et à la guerre. Mais les menaces indirectes – la pauvreté, l'épidémie de sida, la dégradation de l'environnement – sont également parmi nous. Et dans de nombreuses

sociétés, elles causent beaucoup plus de dégâts que les terroristes et nous devons lutter contre toutes ces menaces. Nous n'avons pas le choix. Nous n'avons pas d'autres possibilités.

BBC : *Nous avons évoqué le fait de s'adresser aux gens sans passer par leur gouvernement. Qu'aimeriez-vous dire à propos du sida à tous les auditeurs du BBC World Service ? Que doivent-ils faire pour se rendre utiles ?*

Annan : Je voudrais leur dire que nous nous trouvons en face d'une très grave épidémie, une épidémie qui anéantit des sociétés et des pays. Et les dirigeants de ces pays – s'ils veulent avoir un pays à diriger à l'avenir et un pays qui ait un avenir – feraient mieux de faire attention à cette épidémie. Ils feraient mieux de faire attention aux jeunes, aux segments vulnérables de la société, notamment aux femmes qui n'ont pas de moyens d'action, qui sont souvent maltraitées et souvent victimes de la violence, ce qui fait également progresser l'épidémie de sida.

Les [dirigeants] devraient s'exprimer sur le sujet. Ils devraient rompre le silence et dissiper les préjugés et la discrimination qui entourent la maladie. Lorsqu'il s'agit du sida, le silence équivaut à la mort. Et s'ils ne prennent pas la parole et n'aident pas leur peuple, ils auront ces morts sur leur conscience.

BBC : *D'après les estimations, 3 millions de personnes sont mortes du sida cette année – dont 2 millions en Afrique. En tant qu'Africain, ressentez-vous cela comme une injustice ?*

Annan : C'est pire que cela. Je le ressens en effet comme une injustice, mais cela témoigne également d'une incroyable indifférence que l'on n'aurait pas crue possible au XXI^e siècle.

BBC : *Et comment serons-nous jugés par les générations à venir pour cette "incroyable indifférence" ?*

Annan : Durement, très durablement, et je ne crois pas que nous aurons aucun argument à notre décharge. ■

Lutte contre le sida : le rôle des hommes

Des campagnes menées en Afrique visent à modifier les comportements masculins

Par Vincent Nwanma

Lagos

Comme d'autres pays africains, le Nigéria se caractérise par une "société patriarcale", constate M. Owei Lakemfa, l'un des dirigeants de la fédération syndicale Nigeria Labour Congress (NLC). "Les hommes se croient libres d'avoir autant de femmes ou de petites amies qu'ils le souhaitent" et contribuent ainsi pour beaucoup à la propagation du VIH/sida. Dans ces conditions, explique-t-il, la fédération centrale de syndicats du Nigéria estime "qu'il faut accorder une place importante aux hommes" dans la lutte contre la maladie.

M. Ubon Akpan, qui travaille dans les médias au Nigéria, est du même avis. Il souligne le pouvoir démesuré qu'exercent les hommes sur les femmes dans la vie économique, politique et familiale : "L'homme a la supériorité financière, ainsi que l'appui de la tradition." Dans de nombreuses sociétés africaines, indique-t-il, l'adultère est considéré comme "un crime pour les femmes", tandis que les hommes ont le droit de "s'afficher" en compagnie de multiples compagnes.

D'après Mme Nkechi Nwankwo, du Women Leadership Group, organisation non gouvernementale (ONG) nigérienne, il est possible de modifier les comportements masculins en s'appuyant sur certains aspects de la culture traditionnelle. Si les hommes exercent un pouvoir considérable sur les femmes dans les cultures africaines traditionnelles, ces mêmes normes sociales obligent également les hommes à s'occuper de leur femme, de leurs enfants et d'autres membres de la famille. "Les hommes dignes de ce nom protègent les femmes du VIH/sida" : tel était le slogan imprimé sur les tee-shirts que portaient les participants à un atelier organisé par cette ONG à Jos (Nigéria), à l'intention des professionnels des médias du Nigéria et du Ghana.

Au Zimbabwe, un autre groupe, connu sous le nom de Padare/Enkundleni, estime qu'il est possible de modifier les rôles et les comportements masculins en usage, en dialoguant plus librement avec les femmes et en amenant les hommes à porter sur la situation un regard critique. Fondé à l'origine par un groupe d'amis de sexe masculin, Padare se compose maintenant de 13 groupes d'hommes répartis aux quatre coins du Zimbabwe, comme l'a expliqué M. Jonah Gokova à *Afrique Relance* à New York. Cette organisation a reçu en octobre l'un des "Prix de leadership africain" du Hunger Project, une ONG internationale basée aux Etats-Unis.

"Il est l'heure de relever le défi et de commencer à définir qui nous sommes et à nous encourager les uns les autres à donner une image positive de la masculinité qui ne dépende pas de l'oppression ou du mauvais traitement des femmes", ajoute M. Gokova. Padare ne se contente pas de mettre en question les préjugés sexistes ; l'organisation combat également le VIH/sida, en posant aux hommes la question suivante : "En quoi les hommes ont-ils contribué à perpétuer les idées reçues qui conduisent les femmes à assumer les plus lourdes responsabilités face au VIH et au sida ?"

Ces exemples d'actions positives cadrent tout à fait avec la campagne intitulée "Les hommes font la différence" du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) et d'autres organisations de lutte contre le sida. Leur objectif est de compléter les programmes de prévention destinés aux femmes et aux filles en faisant directement appel à la participation des hommes. D'après un rapport de l'ONUSIDA

publié en mai 2000*, "L'heure est venue de commencer à considérer les hommes non comme une source de problèmes, mais comme l'un des éléments de la solution".

Préconiser l'usage des préservatifs

Puisque les femmes ont peu de pouvoir de négociation en ce qui concerne les relations sexuelles, au Nigéria, le NLC adopte une approche très concrète, en essayant de convaincre ses nombreux adhérents de sexe masculin d'utiliser des préservatifs. La

fédération syndicale ne prêche pas, explique M. Lakemfa. Elle ne dit pas non plus à ses adhérents de "ne pas faire ceci ou cela". Elle cherche plutôt à les aider à comprendre les risques et les questions qui se présentent. "Tout ce qu'on peut faire, c'est aider un homme à parvenir à ses propres conclusions et à prendre ses propres décisions."

Le NLC compte environ 5 millions de membres. Il regroupe les syndicats de tous les secteurs industriels du Nigéria, ainsi que des enseignants et du personnel non enseignant des établissements scolaires et universitaires et des employés des pouvoirs publics locaux. "La plupart de nos adhérents sont des hommes", observe M. Lakemfa, en ajoutant que, par sa taille et sa composition, le NLC est "particulièrement bien placé" pour faire passer le message anti-sida auprès du plus grand nombre.

Dans le cadre de sa campagne de lutte contre la propagation du VIH/sida, le NLC a organisé plusieurs réunions de dirigeants syndicaux, coordonnées par des membres du personnel s'occupant à plein temps de la campagne de lutte contre le sida. "La stratégie consiste à faire en sorte que les dirigeants syndicaux soient suffisamment éclairés et organisés et à les laisser mobiliser leurs propres adhérents", explique M. Lakemfa. Par exemple, lors d'un rassemblement contre le sida, organisé le 16 octobre 2001 à Abuja, la capitale, le NLC a invité les dirigeants syndicaux des différents Etats et les a chargés d'organiser des rassemblements similaires dans les capitales de 36 Etats. Ensuite, d'autres rassemblements et manifestations auront lieu dans les 778 bureaux que compte le NLC auprès des pouvoirs publics locaux du Nigéria.

*Pour plus d'information sur la campagne de l'ONUSIDA intitulée "Les hommes font la différence", consultez le site Web <www.unaids.org/wac/2001/index.html>. Dans la plupart des pays africains, l'ONUSIDA a des conseillers qui peuvent aider des groupes locaux à participer à la campagne.

L'émancipation des femmes : une condition indispensable

Dans la lutte contre le sida, il est nécessaire d'intensifier les efforts pour "combattre les stéréotypes et les comportements sexistes ainsi que les inégalités entre les sexes en ce qui concerne le VIH/sida, en encourageant la participation active des hommes et des garçons", d'après la Déclaration d'engagement adoptée lors de la session extraordinaire que l'Assemblée générale des Nations Unies a consacrée à l'épidémie, du 25 au 27 juin dernier. Parallèlement, "l'émancipation des femmes" est indispensable pour réduire leur vulnérabilité face au VIH/sida.

Il s'agit plus précisément "d'éliminer toutes les formes de discrimination, et toutes les formes de violence contre les femmes et les filles, y compris les pratiques traditionnelles et coutumières néfastes, les sévices, le viol et autres formes de violence sexuelle, les voies de fait et la traite des femmes et des filles". La déclaration aborde également la discrimination en matière d'héritage. Dans de nombreuses régions d'Afrique, aucune disposition juridique ne donne droit aux femmes d'hériter des terres et des biens de leur mari défunt. Les veuves sont donc souvent très pauvres. Des réformes juridiques s'appuyant sur des mécanismes de mise en œuvre contribueraient pour beaucoup à empêcher l'engrenage de la pauvreté, qui ne fait qu'accroître les risques de contamination des femmes et des enfants.

Au Zimbabwe, l'association Padare/Enkundleni a plus de mal à promouvoir l'utilisation des préservatifs. "Il y a une prise de conscience importante, explique M. Gokova, mais, pour un homme marié, il est très difficile d'accepter d'utiliser un préservatif avec sa femme, car les préservatifs sont [associés] aux prostituées". C'est l'une des idées reçues qu'il faut combattre, dit-il, si l'on veut obtenir des résultats dans le cadre de la campagne de l'ONUSIDA.

D'après l'ONUSIDA, "dans de nombreuses cultures, concevoir un enfant est considéré comme une preuve de masculinité. Cette attitude proscrit quasiment tout usage des préservatifs, ce qui multiplie les risques de transmettre le virus au sein de la famille et éventuellement à la prochaine génération, par la transmission de la mère à l'enfant".

Les messagers du changement

La Planned Parenthood Federation of Nigeria (PPFN), organisation affiliée à l'International Planned Parenthood, participe également à la campagne menée en direction des hommes. Elle recrute des "agents" communautaires, chargés de parler aux hommes des régions rurales de sexualité, de santé et de planification familiale. Ces agents sont par exemple des tailleurs, des barbiers ou des membres d'autres professions et reçoivent de la PPFN une formation en matière de sexualité et de santé de la reproduction et transmettent ensuite leurs connaissances à d'autres hommes, dans l'exercice de leur métier.

"L'idée est la suivante : à mesure que des clients viennent les voir dans leur boutique, les agents les informent et leur vendent également des kits de santé", explique M. David Omorebokhae, responsable de la communication à la PPFN. Le programme part du principe selon lequel les agents recrutés "connaissent les hommes de leur communauté qui courent des risques et peuvent leur recommander de modifier leurs pratiques sexuelles et d'utiliser des contraceptifs".

La fédération vend aux agents des contraceptifs qui peuvent être obtenus sans ordonnance. Les agents les revendent ensuite à leurs clients, en touchant à titre incitatif une commission de 25 %.

Cibler les chauffeurs routiers

La PPFN met actuellement au point une autre campagne s'adressant plus particulièrement aux chauffeurs routiers. "Ils sont responsables, en grande partie, de la propagation du VIH/sida", déclare M. Omorebokhae. Le premier cas de sida signalé au Nigéria – en 1986 – a été détecté chez un camionneur. L'ONUSIDA considère que les chauffeurs routiers qui parcourent de longues distances sont particulièrement exposés aux risques de l'épidémie. En raison de leur métier, ils sont loin de chez eux pendant plusieurs jours ou semaines d'affilée et changent souvent de région, en ayant des relations sexuelles avec différentes femmes au cours de leur trajet.

Lancé en octobre 2001, le programme de la PPFN vise à recruter et à former des chauffeurs routiers afin qu'ils informent leurs collègues de l'importance des préservatifs et d'autres aspects de la prévention du sida. Ce programme concerne dans un premier temps les Etats suivants : Edo, Kano, Niger et Jigawa. Par la suite, des spectacles de théâtre communautaire seront organisés aux principaux relais routiers. En plus de son rôle éducatif, le programme vise donc également à fournir aux chauffeurs routiers des loisirs autres que la fréquentation des prostituées qui exercent leur métier le long des grands axes routiers.

Au Zimbabwe, des programmes similaires sont organisés par le National Employment

des résultats si "nous pouvons prêcher davantage et mieux enseigner la finalité du mariage. Nous devrions arriver à expliquer aux hommes que cette finalité n'est pas seulement sexuelle". L'église rappelle que, d'après la Bible, les hommes doivent respecter leur femme et bien les traiter.

Nécessité d'un dialogue

Le Dr Eze mentionne le cas d'un couple dont le mari était séropositif et dont la femme, séronégative, tenait à avoir des relations sexuelles sans préservatif afin de concevoir un autre enfant. Face à des réactions aussi complexes, l'ONUSIDA et les autres acteurs de la campagne doivent s'efforcer de favoriser le dialogue sur la

Un agent d'information explique à des chauffeurs routiers du Zimbabwe comment utiliser correctement un préservatif.



Jafifa Photos

Council for the Transport Operating Industry, en collaboration avec des chauffeurs routiers.

La participation des églises

A Surulere, dans la banlieue de Lagos, l'église de l'Assemblies of God d'Ikate organise le dimanche soir des programmes visant à informer ses 2 000 fidèles des dangers du VIH/sida. Elle invite des intervenants extérieurs, comme par exemple le Dr Dickson Eze de l'hôpital universitaire de Lagos, qui a récemment expliqué aux paroissiens que les hommes transmettaient beaucoup plus souvent le VIH aux femmes que l'inverse.

"Nous voulons sensibiliser les gens en invitant des experts à venir parler de cette maladie mortelle", explique le révérend Samuel Oshodipe, pasteur de l'église. Si le programme éducatif s'adresse à tous les fidèles, ce sont les jeunes qui sont visés en priorité.

Toutes les personnes qui souhaitent se marier dans cette église sont maintenant tenues de se soumettre à un test de dépistage du VIH, "pour qu'aucune partie innocente ne se retrouve sans le savoir dans une situation difficile", ajoute le révérend Oshodipe. Celui-ci sait que la campagne ne sera pas facile, mais estime qu'elle obtiendra

sexualité et les questions familiales, entre les hommes et les femmes et au sein de ces deux groupes. Ils souhaitent que les hommes, les femmes, les enfants et d'autres membres de la communauté discutent librement et franchement de questions qui étaient auparavant considérées comme étant du ressort exclusif des hommes. Pour promouvoir ce dialogue, il faut faire preuve de diplomatie et renoncer à toute récrimination, disent-ils, puisque ni les hommes ni les femmes ne peuvent être tenus responsables de la propagation de la maladie.

Avec leurs enfants en particulier, les pères doivent, d'après Mme Nwankwo du Women Leadership Forum, apprendre à écouter afin d'ouvrir le dialogue sur des questions relatives à la sexualité qui ont longtemps été considérées comme tabous. Ils doivent aussi savoir que "ordonner à leurs enfants de se taire n'est pas une solution".

Il faut également trouver des moyens d'aider les femmes à négocier avec leur partenaire pour avoir des relations sexuelles protégées, ajoute Mme Nwankwo. L'amélioration de l'éducation sera à cet égard décisive, car les femmes "ne savent souvent pas comment procéder". Avant tout, conclut-elle, il faut encourager les femmes "à s'affirmer". ■

La prévention du sida à l'armée

L'ONU fait participer les casques bleus à la guerre contre le sida

Par **Michael Fleshman**

Il est désormais généralement admis que la pandémie du VIH/sida constitue, comme l'affirme le Secrétaire général Kofi Annan dans son rapport destiné à la session extraordinaire de l'Assemblée générale sur le sida, "le plus formidable défi au développement de notre époque". Les responsables politiques de la planète préconisent de plus en plus de partir en "guerre" contre la maladie meurtrière, en faisant valoir que le sida a fait plus de victimes en Afrique que tous les récents conflits du continent réunis.

Mais il y a de bonnes raisons de croire que la guerre elle-même contribue à la propagation rapide du virus sur le continent. D'après le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), les conflits entraînent des bouleversements économiques et sociaux : déplacement forcé des populations, pertes des moyens de subsistance, séparation des familles, effondrement des services de santé et d'éducation, et augmentation considérable du nombre de viols et de la prostitution. Tous ces éléments favorisent la propagation rapide du VIH et d'autres maladies infectieuses. Qu'il s'agisse de personnel combattant ou de casques bleus, les militaires risquent également de contracter ou de transmettre le virus.

Le 10 janvier 2000, le Conseil de sécurité de l'ONU a attiré l'attention de la communauté internationale sur la corrélation qui existe entre la guerre et la pandémie, à l'occasion d'un débat sans précédent sur le danger que représente le sida pour l'Afrique. Après avoir pour la première fois consacré l'une de ses sessions à une question de santé, le Conseil a adopté en juillet la résolution 1308, dans laquelle il a déclaré que le VIH/sida "risque de nuire à la stabilité et à la sécurité", et prié le Secrétaire général de prendre les mesures nécessaires pour renforcer les programmes d'information et de prévention du VIH/sida destinés au personnel des opérations de maintien de la paix, avec le concours du Département des opérations de maintien de la paix de l'ONU. A la quatrième réunion du Conseil consacrée à la question du VIH/sida en janvier dernier, le responsable de l'ONUSIDA, le Dr Peter Piot, a salué en ces termes cette initiative : "Le simple fait que le Conseil de sécurité considère le sida comme un problème majeur constitue une prise de position très importante."

Impact incertain

Il reste à déterminer dans quelle mesure les conflits contribuent à la propagation du VIH. Les

—
Les
armées
africaines
et les
casques
bleus
s'efforcent
d'enrayer
la pro-
gression
du sida
dans leurs
rangs.
—



AMM / Santos Finosse

conditions qui favorisent les risques de contamination en zones de guerre compliquent également la compilation d'informations fiables sur les taux de séropositivité et l'analyse des modes de transmission de la maladie. Toutefois, les rares données disponibles sont préoccupantes. C'est ainsi qu'une étude menée par l'organisation non-gouvernementale Civil-Military Alliance to Combat HIV/AIDS, auprès d'un contingent nigérian de retour d'une mission de maintien de la paix en Afrique de l'Ouest, a révélé des taux de séropositivité plus de deux fois supérieurs à ceux de l'ensemble de la population. L'étude constate par ailleurs que les risques d'infection d'un soldat sont multipliés par deux pour chaque année passée en zone de guerre, ce qui semble indiquer un lien direct entre participation au combat et transmission du virus.

Selon le Chef du service médical du Département des opérations de maintien de la paix de l'ONU, le Dr Christen Halle, le problème tient en partie au fait que les conflits tendent à rapprocher deux groupes à haut risque – les professionnelles du sexe et les hommes de 15 à 24 ans : "Parmi les réfugiés et les personnes déplacées, il est courant d'observer une augmentation du nombre de prostituées, car les femmes de ces groupes pensent qu'elle n'ont pas d'autre moyen de faire vivre leurs familles."

L'armée contribue elle aussi à créer une dynamique tout aussi dangereuse parmi les soldats. "La culture militaire tend à accentuer certains comportements masculins", fait valoir le Dr Halle, dans la mesure où elle soustrait des milliers de jeunes gens en plein âge d'activité sexuelle aux

règles de conduite qui leur étaient imposées par leurs familles et la société, leur inculque le goût du risque et un sentiment d'invincibilité, et idéalise l'agressivité et l'inflexibilité. Cette mentalité se retrouve dans le comportement sexuel des soldats et les mène souvent à aller voir des prostituées.

Une étude effectuée auprès d'un contingent hollandais de retour d'une mission de maintien de la paix de cinq mois au Cambodge indiquait que 45 % des soldats avaient eu des rapports sexuels avec des prostituées ou autres membres de la population locale pendant leur mission. Il serait donc surprenant, indique le Dr Halle, que les 18 conflits violents qui se déroulent actuellement en Afrique et ont entraîné le déploiement de dizaines de milliers de soldats et le déplacement de quelque huit millions de réfugiés ne contribuent pas en grande partie à la propagation du VIH : "Il y a tout un contexte (dans les zones de combat) qui facilite la propagation des maladies infectieuses, y compris des maladies sexuellement transmissibles."

Taux de séropositivité élevés

Le comportement du personnel militaire hollandais au Cambodge ne fait que confirmer sur le plan statistique l'une des vérités de la vie militaire, à savoir que, depuis qu'il y a des guerres, les soldats ont toujours trouvé le moyen d'avoir des rapports sexuels et, inévitablement, de transmettre des maladies par voie sexuelle. Jusqu'à récemment, ces maladies étaient considérées comme un moindre mal de la vie de soldat – souvent traitées avec un clin d'oeil complice des supérieurs et une forte dose d'antibiotiques. Mais puisque des données indiquent que les taux de



séropositivité augmentent fortement chez les militaires et les policiers africains, les gouvernements du continent, l'ONU et la communauté internationale sont amenés à prêter une plus grande attention à la question, et à élaborer de nouveaux programmes d'information et de prévention.

Même en temps de paix, estime l'ONUSIDA, les taux de séropositivité sont de deux à cinq fois plus élevés chez les soldats que dans l'ensemble de la population. Pendant les missions dans des zones de combat, les taux de séropositivité chez les militaires peuvent être jusqu'à 50 fois supérieurs à ceux de la population civile de leurs pays. Lorsque, en 1993, la Civil-Military Alliance to Combat HIV/AIDS a commencé à élaborer des programmes d'information et de prévention du VIH avec le concours des chefs des armées africaines, les militaires refusaient tout simplement de reconnaître l'existence de la maladie. "Pendant des années, on nous a répété que le sida ne concernait que les homosexuels et les drogués du monde occidental, se souvient le Dr Rodger Yeager, administrateur associé de cette ONG. Ce n'est que lorsque le sida a commencé à affaiblir la capacité d'une armée à déployer des forces bien entraînées et dotées du personnel et du matériel nécessaires que l'Etat-major en question a changé de tactique et s'est demandé ce qu'il fallait faire..."

Pour les soldats et policiers déjà séropositifs, la réponse est qu'il n'y a pas grand-chose à faire. Les armées d'Afrique, comme les Etats qu'elles défendent, n'ont pas les moyens de fournir aux malades les médicaments salvateurs. Selon le Dr Yeager, la quasi-totalité des armées africaines ont adopté en théorie les meilleures politiques de dépistage volontaire et de suivi psychologique, mais peu en réalité sont capables d'offrir ce type de services. Rien ne prouve non plus que les soldats se soumettront volontairement aux tests de dépistage, compte tenu de l'opprobre qui entoure le sida dans de nombreux pays et du risque de mise à pied en cas de séropositivité.

Les responsables militaires africains et la communauté internationale ont plutôt axé leurs efforts sur la prévention de la maladie, en élaborant des méthodes d'information et de prévention du sida qui sont ensuite incorporées dans les programmes nationaux de formation militaire. En Ouganda, le Président Yoweri Museveni, a déclaré, lors du Forum pour le développement de l'Afrique de décembre (voir *Afrique Relance* de janvier 2001), que l'armée de son pays a mis en place de strictes mesures de non-discrimination à l'égard des soldats séropositifs. L'ancien chef de guérilla, à qui l'on attribue généralement le succès qu'a obtenu l'Ouganda en réduisant de moitié le nombre de nouveaux cas de séropositivité, a souligné que le personnel militaire séropositif était autorisé

à rester dans l'armée aux postes demandant le moins d'efforts physiques, aussi longtemps que leur santé le leur permettait.

Certains pays africains ont déjà commencé à consacrer une partie de leurs maigres ressources aux programmes d'éducation anti-sida destinés au personnel militaire. En février, les Ministres de la défense et de la santé du Burkina Faso ont rencontré les principaux chefs militaires burkinabé pour convenir d'un plan d'action anti-sida dans l'armée, l'un des volets du programme national de lutte contre la pandémie. Ce plan, élaboré d'après une série d'études confidentielles portant sur l'épidémie dans l'armée, recommande entre autres :

- que l'on réduise de 5 % par an le nombre de nouveaux cas de séropositivité VIH chez les soldats par le biais de programmes d'information et de prévention ;
- que l'on vérifie que les nouvelles recrues sont séronégatives ;
- que l'on offre le dépistage volontaire, anonyme et confidentiel au personnel militaire ;
- que l'on propose des services de conseils et que l'on fournisse des médicaments génériques aux soldats malades ;
- que l'on apporte une aide sociale et économique aux familles des soldats malades ou morts du sida.

Le coût total du plan pour 2001 est estimé à 178 millions de francs CFA (soit 250 000 dollars). Son financement devrait être assuré par le Programme des Nations Unies pour le développement, la Banque mondiale, une douzaine de donateurs bilatéraux et plusieurs associations nationales de lutte

anti-sida. Le colonel Ali Traoré, Commandant en chef de l'armée burkinabé, s'est engagé à intégrer la lutte contre le sida au plan annuel de défense.

Dans d'autres pays d'Afrique, l'armée commence également à bénéficier d'une aide bilatérale. En octobre, par exemple, le Département américain de la défense a lancé un projet de 10 millions de dollars, Leadership and Investment in Fighting Epidemics (LIFE), qui vise à appuyer les campagnes de prévention du sida de ses partenaires militaires africains. Selon le Directeur stratégique du projet, David Hamon, les Etats-Unis s'efforcent essentiellement de "former des formateurs" en matière de prévention, de fournir une assistance technique à l'élaboration de stratégies de formation et de financer la recherche sur la prévalence et la transmission de la maladie dans l'armée.

Les casques bleus propagent-ils le virus?

Les politiques et attitudes des Etats membres vis-à-vis du sida, en particulier des Etats qui fournissent les plus gros contingents à l'ONU, jouent un rôle déterminant dans la lutte que l'Organisation mène contre la maladie parmi les forces de maintien de la paix. Ce sont les Etats qui entraînent et équiper les soldats mis à la disposition de l'ONU, et le Département des opérations de maintien de la paix de l'ONU ne peut qu'émettre des avis sur les programmes anti-sida de ces Etats, sans imposer sa volonté. Le problème a pris de l'importance, à mesure que certains se sont demandé si l'ONU elle-même ne contribuait pas involontairement à la propagation du virus dans le monde. "J'ai le regret de dire que le sida est

"Porte-parole et artisans" de la lutte contre le sida

Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida a réuni du 11 au 13 décembre dernier à Stockholm un groupe d'experts chargés d'examiner les directives actuelles du Département des opérations de maintien de la paix de l'ONU en matière de lutte contre le sida et de recommander des améliorations dans ce domaine. Les experts ont conclu que le personnel de maintien de la paix devrait jouer le rôle "de porte-parole et d'artisans potentiels" de la lutte contre le VIH/sida, et proposé que toutes les stratégies de l'ONU dans ce domaine soient orientées en ce sens. A l'issue de leurs travaux, les experts ont formulé les recommandations suivantes:

La formation : Les Nations Unies devraient définir des normes minimales de formation en matière de HIV/sida, à l'usage des pays contributeurs de contingents et du personnel de formation de l'ONU avant le déploiement des troupes sur le terrain. Le nombre des équipes d'aide à la formation de l'ONU devrait être augmenté, puisque les missions de maintien de la paix se sont multipliées. L'accent sera mis sur la "formation des formateurs". Les programmes d'éducation et de formation destinés au personnel des missions devraient se poursuivre pendant et après le déploiement sur le terrain.

Codes de conduite : L'ONU devrait encourager l'élaboration de codes de conduite actualisés et obligatoires à l'usage des troupes, qui aborderaient tous les aspects des relations avec les populations locales, en mettant l'accent sur la prévention du VIH/sida. Les chefs de mission seraient habilités à ordonner le rapatriement de casques bleus en cas de violations graves du code.

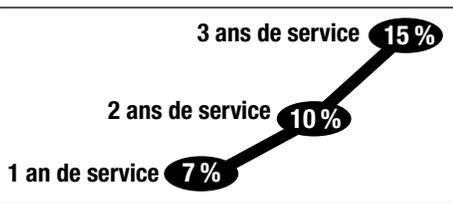
Dépistage : En raison de la complexité du problème, le Directeur exécutif de l'ONUSIDA et le Secrétaire général adjoint de l'ONU chargé des opérations de maintien de la paix devraient constituer d'urgence un groupe d'experts chargés d'analyser et de formuler une série de propositions sur le dépistage du VIH.



propagé, entre autres, par le personnel des opérations de paix”, a affirmé l’ancien Ambassadeur des Etats-Unis à l’ONU, Richard Holbrooke, devant le Conseil de sécurité en janvier 2000.

Alors que les chercheurs ont tendance à confirmer ces propos, le manque de données empêche

Prévalence du virus VIH parmi les soldats nigériens (compte tenu des années de service dans les forces de maintien de la paix)



Source : Adefolalu A. 3e Congrès pan-africain des forces armées et des services médicaux de la police, 1999, Pretoria.

d’évaluer avec précision l’ampleur du problème. Seuls quelques cas ont été officiellement recensés à ce jour, et le moyen le plus fiable d’évaluer les risques de transmission – le dépistage volontaire des troupes avant et après le déploiement sur le terrain – n’est préconisé que par quelques pays.

Les préoccupations exprimées à ce sujet sont justifiées. “Nous déplaçons de très nombreux jeunes gens par-delà les frontières et les continents, dit le Dr Halle. Des soldats originaires de pays peu touchés par le virus sont déployés dans des zones à haut risque et vice-versa. C’est à nous d’assurer que l’ONU n’introduit pas le virus du sida dans l’environnement local. Un pays contributeur de troupes ne devrait pas non plus risquer de rapporter le virus chez lui en fin de mission.”

L’objection principale au dépistage obligatoire du personnel de maintien de la paix relève du respect des droits de l’homme. “On ne peut pas forcer quelqu’un à subir un test qui risque de l’empêcher d’exercer le métier qu’il a choisi, dit le Dr Halle. Tant que les Etats contributeurs de troupes ne s’engageront pas à renoncer aux pratiques discriminatoires à l’encontre des soldats séropositifs, il sera difficile de changer de politique.”

La position actuelle du Département des opérations de maintien de la paix, définie par l’Assemblée générale, consiste à encourager fortement les Etats membres à offrir des services de conseils et de dépistage volontaire et confidentiel à leur personnel militaire, et à renforcer l’information et la prévention au sein de leurs programmes nationaux de formation militaire.

L’un des principaux obstacles au dépistage volontaire reste le coût des tests. “Les Africains sont les premiers à réclamer le dépistage volontaire,

mais en même temps ils en dénoncent le coût élevé, constate le Dr Halle. La volonté y est, les programmes sont en place. Ce qui manque, c’est l’argent.” Il semblerait que les pays industrialisés soient disposés à financer des tests de dépistage organisés par l’ONU, mais, même dans cette hypothèse, il reste de graves problèmes à régler en matière de droits de l’homme et d’éthique. “D’une certaine façon, il vaut mieux que les résultats des tests de dépistage nous soient communiqués à nous plutôt qu’aux autorités du pays d’origine du soldat, constate le Dr Halle. De cette façon, on peut s’assurer qu’il n’y aura pas de discrimination... La question de la confidentialité est un enjeu important dans ces cas.” Comme pour la plupart des questions relatives au dépistage du VIH, il n’y a pas d’accord entre les Etats membres sur le dépistage des soldats de la paix par l’ONU. Au cours de discussions préliminaires, certains pays ont insisté pour que les résultats positifs du dépistage de leurs ressortissants soient communiqués aux autorités nationales.

L’accent sur la prévention

Alors que le débat sur le dépistage se poursuit, l’ONU est en train de développer considérablement ses programmes d’information et de prévention destinés au personnel civil et militaire des missions de paix. A la veille de la réunion du Conseil de sécurité du 19 janvier dernier, l’ONUSIDA et le Département des opérations de maintien de la paix de l’ONU ont paraphé un accord de coopération qui entérine leur volonté commune de “donner au personnel de maintien de la paix les moyens d’être les portes-paroles et les artisans de la sensibilisation et de la prévention du VIH”. La brochure d’une cinquantaine de pages du Département des opérations de maintien de la paix sur le VIH/sida sera simplifiée pour être distribuée sous forme de dépliant de poche à chaque soldat. Le dépliant sera imprimé dans les langues officielles de l’Organisation, ainsi que dans les langues des principaux pays contributeurs de troupes ; il sera en outre adapté aux normes et sensibilités culturelles des lecteurs.

Conformément aux recommandations d’une réunion d’experts de l’ONUSIDA consacrée au VIH et au maintien de la paix, qui s’est tenue à Stockholm en décembre dernier (voir encadré p.19), des centres régionaux seront constitués, dont deux en Afrique, afin d’intensifier la coopération internationale dans ce domaine. En sa qualité de Directeur médical du Département des opérations de maintien de la paix, le Dr Halle a été chargé de coordonner toutes les activités menées par le Département contre la maladie. Les missions de l’ONU compteront désormais dans leurs rangs des responsables chargés de veiller à l’intégration des

programmes de sensibilisation et de prévention à tous les niveaux des activités de maintien et de consolidation de la paix, à la diffusion de ces programmes auprès du personnel des missions et des agents humanitaires et à l’intensification de la coopération avec les organismes locaux et les associations de la société civile internationale. Entretemps, les préservatifs sont désormais distribués à plus grande échelle, non seulement dans les tentes médicales, mais dans tous les points de rassemblement des troupes – toilettes, réfectoires, bars et centres de loisirs. Cette nouvelle stratégie a été mise à l’essai en mars en Sierra Leone.

Changer les mentalités

Pour le Dr Halle, si l’on veut réduire les taux de séropositivité parmi le personnel militaire de l’ONU, le plus difficile n’est pas d’élaborer du matériel de formation, mais de faire évoluer certaines mentalités, qui se traduisent par des comportements risqués et intolérables, en particulier vis-à-vis des femmes et des enfants. C’est pourquoi l’initiative du Département de maintien de la paix en matière de VIH/sida est autant dictée par la résolution 1325 du Conseil de sécurité, qui souligne les droits des femmes et des enfants en cas de conflit, que par la résolution 1308 portant sur le VIH et les conflits. Le viol et la prostitution sont souvent considérés comme des conséquences inévitables des guerres, “mais, dit le Dr Halle, ces actes ne devraient pas être tolérés, pas plus en temps de guerre qu’en temps de paix”.

En faisant évoluer les mentalités, le Département espère modifier le comportement des soldats de la paix dans les zones de mission, et aussi “en faire les porte-parole et les artisans de la lutte contre le VIH dans leurs pays respectifs. Nous nous efforçons de former des casques bleus responsables – par la manière dont ils manient les armes et remplissent leur mission, mais aussi par la qualité des rapports qu’ils établissent avec la population sur le terrain et dans leurs pays”.

A cette fin, l’ONU peut surtout compter sur le soutien des chefs religieux qui accompagnent les soldats sur le terrain. Car, au-delà de toutes les différences d’ordre culturel ou politique, certains principes élémentaires sont reconnus par tout le monde. “Je ne m’attends pas à ce qu’un imam musulman encourage l’utilisation du préservatif, pas plus qu’un père catholique. Ce que je suis en droit d’espérer en revanche, et cela ils le respectent, c’est de parler de la manière de traiter les personnes qui nous entourent, surtout les plus vulnérables, les femmes et les enfants. Si on fait cela dans le cadre de la Déclaration universelle des droits de l’homme, dans le cadre d’une morale mondiale, alors on aura fait quelque chose pour enrayer l’épidémie”, conclut le Dr Halle. ■

Les femmes : le visage du sida en Afrique

Il faut redoubler d'efforts face aux taux élevés d'infection des femmes

Trois quarts des Africains séropositifs âgés de 15 à 24 ans sont des femmes. Ce chiffre effarant, que vient de publier l'ONUSIDA, explique la préoccupation croissante des organismes internationaux, des gouvernements africains et des militants de la lutte contre le sida face à la 'féminisation' de l'incidence du sida en Afrique. Il a également suscité le lancement d'une campagne visant à aider les jeunes femmes africaines à faire face à la maladie.

Par **Michael Fleshman**

Il est des jours où Mary Mwasi ne sait pas d'où elle puisera la force de se lever. Mais la maladie, la fatigue et le désespoir ne servent ni à nourrir les enfants ni à aller chercher de l'eau ; aussi se lève-t-elle pour entamer une autre matinée sous le soleil du Kenya. "Je dois trouver de la nourriture pour les enfants, jour après jour", a-t-elle déclaré à un conseiller de l'organisation américaine de bienfaisance World Vision. "La vie est difficile. Sans l'aide d'âmes charitables, nous ne pouvons pas manger."

A l'instar de bien d'autres habitants de Ghaza, un village situé près de la ville portuaire de Mombasa, Mme Mwasi est porteuse du VIH, le virus qui cause le sida. Au moins un de ses trois enfants est aussi séropositif et les autres sont souvent malades – de la maladie ou de la malnutrition, elle ne peut en être sûre. Il y a deux ans, son mari est parti à la recherche d'un emploi et n'est plus revenu ; elle en est donc réduite à vivre sur les terres de ses beaux-parents – craignant qu'ils découvrent son état et qu'ils la chassent. Ses seuls moyens financiers, elle les tire de quelques poulets, qu'elle garde en réserve pour acheter des médicaments pour les enfants.

Elle sait qu'elle n'a plus d'espoir. Sa préoccupation, ce sont les enfants. "Selon un dicton de chez nous, 'Lorsque l'eau est renversée, on ne peut plus la ramasser', a-t-elle dit au conseiller. Je ne pensais pas à autant de choses auparavant, autant de préoccupations. J'essaie de tout remettre à Dieu."

Alors que le VIH/sida entre dans sa troisième décennie catastrophique, le sort de Mary Mwasi est devenu tragiquement courant en Afrique de l'Est et en Afrique australe, régions les plus touchées par la pandémie mondiale. L'Afrique subsaharienne, région appauvrie, qui compte 10 % de la population mondiale, abrite deux tiers des séropositifs

du globe. Or, ce n'est que récemment que les médecins, les gouvernements et le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA)* ont réalisé que le sida a, à l'échelle mondiale, un visage africain, mais aussi qu'il concerne de plus en plus la femme africaine. Face à l'augmentation des taux d'infection, les scientifiques et chercheurs s'emploient à en comprendre les causes et à concevoir de nouvelles politiques.

Les jeunes femmes risquent 'l'extinction'

L'urgence de la situation est évidente. En juillet, l'ONUSIDA a annoncé que les femmes représentaient une part disproportionnée – 57 % – des séropositifs âgés de 15 à 49 ans. Dans le groupe des 15 à 24 ans, elles représentent 75 %, fait remarquer la Directrice adjointe de l'ONUSIDA, Kathleen Cravero. "C'est un chiffre effarant", a-t-elle déclaré à *Afrique Renouveau*. "Les jeunes

femmes sont en fait pratiquement en train de devenir, sous nos yeux, une espèce menacée d'extinction en Afrique du fait de cette épidémie."

Ces taux astronomiques tiennent en partie à des causes biologiques, poursuit-elle. L'organisme des femmes risque plus d'être infecté par le virus de l'immunodéficience humaine que celui des hommes. C'est particulièrement le cas des jeunes filles sexuellement actives, dont l'organisme continue de se développer.

La progression de l'épidémie est un autre facteur. C'est en Afrique que le virus a commencé à se propager, ce qui a exposé davantage de personnes à l'infection pendant plus longtemps que partout ailleurs dans le monde.

Amener les femmes à sortir de leur réserve

Bien qu'elle risque d'être rejetée par sa communauté, voire d'être lapidée, Yinka Jegede-Ekpe, âgée de 19 ans, a tout de même annoncé à ses compatriotes nigériens qu'elle était séropositive. Dans un pays où les femmes ne peuvent pas s'exprimer en public, elle a également créé un groupe pour encourager ses compatriotes à se faire entendre, à lutter contre l'exclusion et à sensibiliser l'opinion.

"L'organisation a été créée pour amener les femmes à sortir de leur réserve car nous avons été prises dans ce carcan pendant trop longtemps", a déclaré Mme Yinka Jegede-Ekpe, âgée maintenant de 25 ans, à *Afrique Renouveau* à New York, en septembre. "Nous

pensons que les femmes devraient s'exprimer et faire connaître leurs préoccupations concernant le taux de prévalence du VIH ainsi que les questions relatives au traitement." Trop souvent, les voix des rares femmes assez courageuses pour participer à des rencontres mixtes n'ont pu s'élever au-dessus de celles des hommes, dit-elle. C'était donc les hommes qui parlaient en leur nom de questions qui concernaient au premier chef les femmes.

"Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à être infectées en Afrique. Ce sont elles qui s'occupent des malades, fait remarquer la militante. La question de la prévention de la transmission de la mère à



UNICEF / C-1698 / Plozzi

“Mais cela tient beaucoup plus à la position sociale et économique des femmes, a ajouté Mme Cravero. C’est ce qui arrive lorsque les pays n’accordent pas l’attention voulue à l’impact du VIH/sida sur les femmes.”

Face à l’avenir

En janvier 2003, le Secrétaire général de l’ONU, Kofi Annan, a demandé à la Directrice générale du Fonds des Nations Unies pour l’enfance (UNICEF), Carol Bellamy, de mettre sur pied une équipe spéciale sur les femmes et le VIH/sida qui serait chargée d’examiner les liens existant entre la propagation de la maladie et la situation socio-économique des femmes en Afrique australe. Composée de 27 membres, l’équipe comprenait notamment la Ministre namibienne de la santé, Libertina Amathila, le Vice-Président du Malawi, Justin Malewezi, Mme Terezinha da Silva, responsable de l’organisation non gouvernementale mozambicaine Forum Mulher, et la parlementaire sud-africaine Ruth Bengu.

Le rapport de l’équipe spéciale (Facing the Future Together), publié en juillet 2004, examine à la fois les causes des taux d’infection élevés chez les femmes et le poids socio-économique de la pandémie sur les femmes dans les foyers et la communauté. Il fait ressortir les manquements aussi bien des gouvernements de la région que de la commu-

nauté internationale, qui privilégient les hommes dans la conception des programmes sur le VIH/sida ou dans l’adoption de ce que les auteurs qualifient d’approches “prétendument” neutres en matière de sensibilisation au VIH/sida, de prévention et de traitement.

Seule une approche “sexospécifique” tenant compte des effets de la maladie sur les femmes et les hommes permettra de réduire les taux d’infection, indique le rapport.

Les chercheurs ont établi une corrélation nette entre la discrimination fondée sur le sexe et l’incidence disproportionnée du VIH/sida chez les femmes et les filles dans six domaines :

- Programmes de prévention ;
- Education ;
- Violence ;
- Droits des femmes en matière de propriété et d’héritage ;
- Soins prodigués à domicile et dans la communauté ;
- Accès aux soins et traitements.

L’équipe a noté que dans certains pays d’Afrique australe, les femmes adultes sont toujours

juridiquement des mineures et ne peuvent être propriétaires de terres ou d’autres biens ni en hériter. Cette situation contribue considérablement à la paupérisation des veuves et orphelins du sida et montre combien il est urgent de procéder à une réforme des lois et de faire respecter les droits des femmes.

Le rapport appelle l’attention sur le fait que les gouvernements et les donateurs ne peuvent continuer à compter sur le travail non

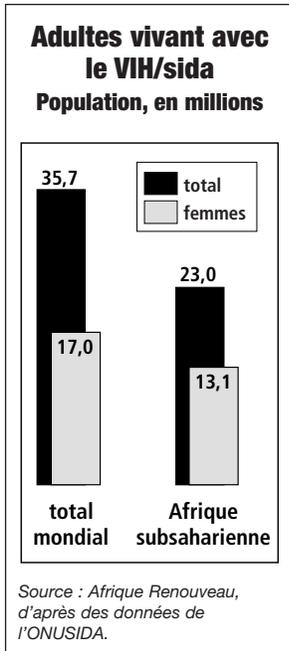
rémunéré des femmes pour offrir des soins aux malades et aux orphelins à domicile et dans la communauté. L’équipe spéciale a engagé les donateurs à mettre en place des systèmes de modestes subventions et des programmes de formation à l’intention des prestataires de soins et a appelé à l’élaboration d’une “charte du volontaire” définissant les droits fondamentaux et les obligations des femmes et des hommes qui s’efforcent de répondre aux besoins des malades.

Il est également indiqué dans le rapport qu’à mesure que les antirétroviraux et autres médicaments qui prolongent la vie seront plus largement disponibles en Afrique, les programmes de traitement doivent être structurés et surveillés de manière à garantir que les femmes y aient accès sur un pied d’égalité.

Haro sur les “papas gâteaux”

L’une des plus importantes conclusions de l’équipe spéciale a été le lien établi entre les taux d’infection particulièrement élevés chez les jeunes femmes et le fait qu’elles aient des relations sexuelles avec des hommes plus âgés, les “papas gâteaux”, contre de l’argent et des cadeaux.

A mi-chemin entre les relations amoureuses et la prostitution, ces rapports sexuels “contractuels” intergénérationnels contribuent pour beaucoup à l’épidémie dans l’Afrique australe appauvrie et constituent une cible pour les programmes de sensibilisation et de prévention, dit Mme Cravero. “Il y a un cycle d’infection qui va des hommes âgés aux jeunes filles. Celles-ci, à leur tour, infectent leurs petits amis un peu plus âgés qu’elles, lesquels en prenant de l’âge transmettent l’infection aux jeunes filles qu’ils commencent à voir. Si on peut briser ce pont des rapports sexuels intergénérationnels, on pourrait réduire



l’enfant ne concerne pas nécessairement les hommes. Ce sont les femmes qui doivent savoir comment protéger leurs enfants.”

En 2001, Mme Jegede-Ekpe s’est associée à d’autres femmes pour créer la National Community of Women Living with AIDS, une organisation qui sensibilise les femmes à leurs droits et leur donne des informations sexospécifiques sur le VIH/sida. Dotée d’un personnel et de moyens financiers insuffisants, l’organisation ne mène des activités que dans l’Etat de Lagos, quand bien même elle entend avoir une audience nationale.



Mme Yinka Jegede-Ekpe

Africain Renouveau / Mdufune

Se faire entendre n’a pas été facile. Lorsque Mme Yinka Jegede-Ekpe a révélé sa séropositivité alors qu’elle était encore à l’institut de formation en soins infirmiers, le directeur a tenté de l’expulser. Ses collègues de dortoir lui ont interdit l’accès aux toilettes et l’ont assignée aux tâches serviles. Elle a toutefois lutté pour poursuivre ses études. Ayant appris qu’elle avait été infectée du fait des pratiques non hygiéniques de son dentiste, Mme Jegede-Ekpe s’est battue pour faire changer les pratiques dentaires.

La lutte a porté ses fruits, comme en témoignent les changements qui, à ses yeux, interviennent dans les communautés de Lagos. “A présent, si un homme vient à la tribune et tente de parler au nom des femmes et des enfants, je suis sûre qu’une femme parmi la foule se lèvera pour dire, ‘S’il vous plaît, ne parlez pas en mon nom alors que je suis là.’”

Le Prix Reebok des droits de l’homme 2004 a été décerné à Mme Jegede-Ekpe à New York pour le courage dont elle a fait preuve en amenant son pays à changer d’attitude face au VIH/sida. Son organisation s’emploie actuellement à mettre en place un fonds de crise pour les femmes et un fonds d’affectation spéciale pour l’éducation des orphelins.

l'impact de l'épidémie sur les jeunes filles."

L'équipe spéciale fait remarquer que les rapports sexuels intergénérationnels étant motivés par la pauvreté et la société de consommation, la solution à long terme consiste à assurer une croissance économique soutenue propre à offrir davantage de possibilités de carrière et d'éducation aux jeunes femmes. Pour l'heure, le rapport appelle à axer explicitement les efforts sur les programmes de prévention et de sensibilisation aux dangers des rapports sexuels intergénérationnels et demande que les dirigeants politiques, religieux et communautaires fassent en sorte que les hommes âgés n'exploitent pas les femmes pauvres à des fins sexuelles.

Au-delà des stratégies classiques

L'augmentation des taux d'infection chez les femmes remet aussi en question la stratégie de prévention – très appréciée – axée sur l'abstinence, la fidélité et l'utilisation du préservatif. Cette stratégie passe pour avoir considérablement réduit les taux d'infection en Ouganda. Toutefois, des recherches récentes faisant état de taux d'infection élevés chez les femmes africaines mariées et fidèles – ainsi que les inégalités entre les sexes et ce que Mme Cravero appelle "l'épidémie" de violence sexuelle – indiquent que pour de nombreuses femmes, cette stratégie n'est pas adaptée à la réalité.

"Dans le monde entier, note-t-elle, les femmes, en particulier les jeunes, ne sont pas en mesure de s'abstenir. Elles ne sont pas en mesure d'exiger la fidélité de leurs partenaires. Dans de nombreux cas, elles sont en fait fidèles à leurs partenaires mais ce sont les partenaires infidèles qui les infectent." De même, selon les chercheurs, les femmes engagées dans des relations contractuelles ou de dépendance ne sont souvent pas en mesure de contraindre leurs partenaires à utiliser le préservatif ou sont peu disposées à soulever la question par crainte d'être rejetées ou battues.

"Une femme victime de violence ou craignant la violence ne va rien négocier, et encore moins exiger la fidélité ou l'utilisation du préservatif, poursuit Mme Cravero. Son principal objectif est de terminer la journée sans être battue. Les stratégies effectives de prévention à l'intention des femmes consistent notamment à réduire la violence contre les femmes, à protéger les droits des femmes en matière de propriété et d'héritage et à leur assurer l'accès à l'éducation."

Une coalition mondiale

L'ampleur et la complexité de la crise du

VIH/sida en Afrique ont enfin suscité une prise de conscience des vulnérabilités et besoins des femmes africaines. Mais l'augmentation continue des taux d'infection chez les femmes à l'échelle mondiale nous rappelle à la triste réalité : si des mesures doivent être prises d'urgence en Afrique, le problème dépasse de loin les frontières du continent.

En février 2004, un groupe d'organisations internationales et d'organisations non gouvernementales des droits de la femme et de la lutte contre le VIH, dont le Directeur de l'ONUSIDA, Peter Piot, et la Directrice exécutive du Fonds des Nations Unies pour la population, Thoraya Obaid, ont lancé un réseau informel, la Coalition mondiale sur les femmes et le sida. L'objectif de

Les femmes vivant avec le VIH/sida ont besoin de plus de soins.

la coalition est d'appeler l'attention de la communauté internationale sur la 'féminisation' de l'épidémie du sida et de mobiliser davantage de volonté politique et de ressources financières en vue de trouver des solutions pratiques et efficaces.

Dirigée par un comité directeur de 28 membres, la coalition se fonde sur six principes essentiels :

- Les femmes ne sont pas des victimes ;
- Les jeunes femmes et les filles courent un risque particulier ;
- De nombreuses femmes qui risquent fort d'être infectées n'ont pas elles-mêmes de comportements à haut risque, situation qualifiée de "paradoxe du faible risque et de la vulnérabilité élevée" ;
- Les facteurs contribuant à la vulnérabilité des femmes peuvent être contrôlés par un engagement et des ressources suffisants ;
- La participation des femmes vivant avec le VIH/sida est un facteur clé du succès ;
- Il faut également associer les garçons aux efforts visant à réduire l'impact du VIH/sida sur les femmes.

Malgré son mandat mondial et ses grands principes d'unité, explique Mme Cravero, la coalition entend promouvoir des solutions pratiques à des problèmes spécifiques, notam-



Jorgen Schulte / Peter Arnold

ment les droits des femmes en matière de propriété et d'héritage, leur accès aux soins et aux traitements, la protection contre la violence et la mise au point de nouvelles techniques de prévention, dont les mousses antivirales et les préservatifs féminins, sur lesquelles les femmes peuvent exercer un contrôle.

Mme Cravero reconnaît que la solution à la crise de l'infection des femmes au VIH passe par la transformation profonde de la situation économique et sociale des femmes. Toutefois, cette transformation peut être perçue à la fois comme un objectif à long terme et comme un "processus quotidien". En appuyant les efforts entrepris par les femmes elles-mêmes et en mettant l'accent sur les solutions législatives, politiques et opérationnelles concrètes à court terme dans les domaines essentiels, conclut-elle, "nous pouvons réduire la violence contre les femmes, améliorer leur chance de terminer leurs études et remettre en question les lois discriminatoires. Même si nous ne transformons pas immédiatement la place de la femme dans la société, nous pouvons améliorer la vie des femmes et des filles." ■

* Pour plus d'informations concernant l'ONUSIDA et ses activités de lutte contre la maladie, consultez le site www.unaids.org.

Grande campagne anti-sida

Le financement des soins demeure toutefois inférieur aux besoins

Par **Michael Fleshman**

Il y a dix ans environ, la mise au point d'un traitement efficace contre le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) qui cause le sida n'a fait qu'aggraver l'écart entre les riches et les pauvres de la planète. Alors que les habitants des pays riches pouvaient bénéficier des nouvelles thérapeutiques coûteuses – les antirétroviraux – et continuer à vivre, les populations des pays pauvres mouraient par millions d'une mort lente et pénible.

Face à cette "situation d'urgence sanitaire mondiale", le Directeur général de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le Dr Lee Jong-wook, a lancé la campagne mondiale 3x5, visant à offrir des antirétroviraux à trois millions de personnes, dont deux millions en Afrique, d'ici la fin 2005.

On estime qu'environ six millions de personnes dans le monde ont besoin de ce type de thérapie, prescrite uniquement en phase avancée. Il s'agit d'un engagement à long terme, car le traitement ne guérit pas du VIH/sida et doit être administré à vie. "Il faudra changer notre façon de penser et d'agir si l'on veut offrir des antirétroviraux aux millions de personnes qui en ont besoin", déclare le Dr Lee. "Continuer comme avant n'est plus tenable ; car cela revient à regarder mourir des milliers de personnes tous les jours."

Pour 30 millions d'Africains séropositifs, il s'agit d'une question de vie ou de mort. Le virus, qui attaque les défenses naturelles du corps humain, a été le plus meurtrier en Afrique subsaharienne, où la pauvreté, l'insuffisance des systèmes de santé publique, la crainte de l'ostracisme et le coût élevé du dépistage et des soins ont facilité la propagation quasi-incontrôlée de la maladie. L'ONU estime que seules 100 000 personnes reçoivent un traitement antirétroviral, sur les quatre millions d'Africains au moins qui en ont besoin.

La campagne 3x5 sera calquée sur les mesures d'urgence prises par l'OMS contre l'épidémie du SARS, une maladie respiratoire extrêmement contagieuse qui a été rapidement enrayerée l'an dernier par une concertation mondiale. Des experts techniques de l'OMS seront ainsi dépêchés dans les pays touchés

Des militants anti-sida en Afrique du Sud : les traitements antirétroviraux offrent un certain espoir pour l'avenir.



AFP / Getty Images / Ragsah Jantlial

par l'épidémie pour aider les autorités locales à ouvrir des centres de dépistage, de distribution et de soins. L'OMS se propose par ailleurs de créer une série de protocoles de traitement standard simplifiés, des systèmes de formation pour 100 000 agents sanitaires supplémentaires et un centre d'échange d'informations sur la qualité des médicaments, leur disponibilité et leurs prix.

Il s'agit d'un projet extrêmement ambitieux, destiné à multiplier par 10 en deux ans le nombre de personnes recevant des antirétroviraux. C'est aussi une victoire pour l'Afrique, estime Milly Katana, directrice du service de défense des intérêts des malades au sein de l'organisation non gouvernementale Health Rights Action Group, en Ouganda. Jointe à son domicile de Kampala, Mme Katana, qui siège également au Conseil du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, a déclaré à *Afrique Relance* que "pendant des années nous avons soutenu devant les donateurs, les sociétés pharmaceutiques multinationales et même certaines fondations privées et ONG que ce traitement pouvait marcher. Et nous avons entendu toutes les raisons pour lesquelles ça ne marcherait pas". A présent, le débat n'est plus de savoir s'il faut soigner les populations défavorisées, mais comment le faire. "C'est un accomplissement majeur", constate-t-elle. "La campagne 3x5 est une victoire pour les efforts et le combat des populations de l'Afrique atteintes du VIH/sida."

Un traitement 'doit être réalisable'

Mais est-ce faisable? Interrogé par *Afrique Relance* début février à New York, le directeur de la campagne 3x5, le Dr Paolo Teixeira, a volontiers reconnu l'ampleur des obstacles techniques, financiers et politiques : "Il faudra un effort extraordinaire, un effort sans précédent, de tous les acteurs concernés, si l'on veut que le nombre d'habitants de pays pauvres [recevant des antirétroviraux] passe de 300 000 à trois millions en deux ans. Pour ce faire, gouvernements, société civile, donateurs, institutions multilatérales, sociétés pharmaceutiques, ONG, et même l'OMS doivent unir leurs efforts comme jamais auparavant... Nos objectifs sont ambitieux mais réalisables, a-t-il poursuivi. Ils doivent l'être. Pensez à toutes les vies qui sont en jeu."

Le Dr Teixeira, l'un des fondateurs du programme modèle de traitement au Brésil avant d'entrer à l'OMS, cite plusieurs facteurs favorables à un accès plus large aux traitements :

- *Le prix des médicaments.* Les pressions exercées par les populations atteintes du VIH/sida et la concurrence des fabricants de versions génériques bon marché de médicaments antirétroviraux brevetés ont fait baisser le prix des traitements au cours des dernières années – de 12 000 à 15 000 dollars par an à 300 dollars par an dans les pays en développement. Un accord récemment passé entre des fabricants de produits génériques et l'ancien président américain

Bill Clinton pourrait faire baisser encore le prix du traitement à 140 dollars par an, soit moins de 40 centimes par jour.

- *Une volonté politique plus affirmée.* Après des années de déni, de plus en plus de dirigeants africains et d'autres régions en développement s'investissent dans la lutte nationale contre le VIH/sida.
- *Des exemples de réussite.* Le succès enregistré par l'Ouganda dans la diminution sensible des taux d'infection à VIH grâce à des programmes dynamiques d'éducation et de prévention confirme que la maladie peut être enrayerée même dans les pays très pauvres. Les programmes pilotes de Médecins sans frontières et d'autres ONG confirment que le VIH/sida peut être traité dans des pays sans services sanitaires de pointe.
- *Meilleure technologie.* La mise au point d'une pilule unique qui contient trois des composants les plus importantes du traitement antirétroviral a permis de réduire considérablement le coût des programmes et de les simplifier. La production de ce nouveau comprimé, assortie de meilleures méthodes de dépistage, de suivi et de diagnostic, a éliminé de nombreux obstacles techniques à l'administration du traitement dans les pays en développement.

"Nous savons que faire, nous savons comment le faire et nous savons que c'est faisable", précise le Dr Teixeira. "Ce n'est maintenant qu'une question de volonté."

Au rythme actuel, l'OMS prévoit que le nombre de personnes recevant un traitement antirétroviral dans les pays en développement passera de 300 000 à 935 000 d'ici la fin 2005. La campagne 3x5 vise à augmenter ce chiffre de deux millions de personnes, ce qui, selon le Dr Teixeira, exigerait cinq milliards de dollars supplémentaires sur les deux prochaines années. La mobilisation de ces fonds ne fait que commencer, précise-t-il.

Un programme américain crucial

Dans une étude détaillée sur les sources de financement de la lutte contre le VIH/sida dans le monde, la chercheuse Jennifer Cates, responsable de la politique anti-VIH au Henry J. Kaiser Family Foundation aux Etats-Unis, révèle qu'environ la moitié du financement total des programmes VIH/sida dans les pays en développement en 2003 s'est faite sous la forme d'aide publique bilatérale au développement. La contribution des pays en développement représente 25 % du total, le reste étant

fourni par des donateurs multilatéraux comme le Fonds mondial ou la Banque mondiale, des donateurs privés et des institutions de l'ONU (voir tableau ci-dessous). Toutefois, note-t-elle, "même si toutes ces sources de financement sont en hausse constante depuis plusieurs années et que la tendance semble se

"Il faudra un effort extraordinaire, un effort sans précédent, de tous les acteurs concernés si l'on veut que le nombre de malades des pays pauvres recevant des antirétroviraux passe de 300 000 à environ trois millions en deux ans seulement ... Nos objectifs sont ambitieux mais réalisables."

— Dr Paolo Teixeira,
Directeur de la campagne 3x5



Afrique Relance / Michael Fashman

poursuivre, le financement demeure nettement inférieur aux besoins de l'ONUSIDA (Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida), sans même tenir compte des frais de lancement et de fonctionnement de la campagne 3x5".

Le financement des antirétroviraux est passé à la vitesse supérieure le 23 février, lors du lancement à Washington par les autorités américaines du President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR). Avec ce projet, les Etats-Unis s'engagent à verser sur une période de cinq ans 15 milliards de dollars pour fournir des antirétroviraux à deux millions de personnes de 14 pays de l'Afrique et des Caraïbes, dont l'Afrique du Sud, le Botswana, la Côte d'Ivoire, l'Ethiopie, le

Kenya, le Mozambique, l'Ouganda, la Namibie, le Nigéria, le Rwanda, la Tanzanie, la Zambie, de même que Haïti et le Guyana.

De l'avis des observateurs, les Etats-Unis devront consacrer environ cinq milliards de dollars dans les cinq prochaines années au financement de programmes bilatéraux existants contre le VIH/sida dans environ 100 pays et se sont engagés à verser au moins 200 millions de dollars par an au Fonds mondial. Le lancement du PEPFAR représente un nouvel engagement d'environ neuf milliards de dollars, montant que le directeur du programme, Randall Tobias, a décrit "comme le plus important jamais investi par un pays dans une initiative en matière de soins de santé". Un tiers du financement, soit cinq milliards de dollars, sera réservé à la promotion de l'abstinence sexuelle.

M. Tobias, ancien président de la société pharmaceutique Eli Lilly, a annoncé par ailleurs que la première tranche de ce montant, soit 335 millions de dollars, financera les soins antirétroviraux administrés à 137 000 malades sur cinq ans. Le budget du PEPFAR, de 2,4 milliards de dollars en 2004, correspond pratiquement au montant total des dépenses mondiales engagées en 2002 contre le VIH/sida dans les pays en développement.

Aide bilatérale, besoins mondiaux

En théorie, le PEPFAR devrait permettre d'atteindre l'objectif de la campagne : soigner deux millions de personnes de plus, bien que sur une période plus longue. Les autorités de l'OMS saluent ce projet comme une étape importante vers la réalisation des objectifs de la campagne. De nombreux commentateurs, toutefois, dont l'Envoyé spécial du Secrétaire général de l'ONU pour le VIH/sida en Afrique, Stephen Lewis, expriment des doutes quant à l'efficacité de la réponse bilatérale à la pandémie mondiale, plaidant plutôt pour un soutien accru au Fonds mondial.

Il ne fait pas de doute que les programmes de soins et de prévention continueront à bénéficier de sources de financement bilatérales, a déclaré M. Lewis à *Afrique Relance*, précisant que "chaque centime versé à ce titre était particulièrement apprécié. Mais, les programmes bilatéraux présentent de graves inconvénients. Car ils permettent aux pays donateurs de choisir les bénéficiaires, excluant ainsi des pays qui ont pourtant un besoin urgent d'aide". Dans

Sources de financement de la lutte contre le VIH/sida dans le monde en 2003 (en millions de dollars E.-U.)

Gouvernement américain, aide bilatérale	852
Autres gouvernements, aide bilatérale	1 163
Fonds mondial (VIH/sida seulement)	547
Organismes des Nations Unies	350
Banque mondiale (équivalence en dons)	120
ONG/donateurs privés	200
Gouvernements des pays atteints (sources nationales)	1 000
Total	4 232*

*Dépenses prévues ; les dépenses réelles s'élèvent à 3 600 millions de dollars

Source : Kaiser Family Foundation.

le cadre du PEPFAR, certains pays les plus touchés par l'épidémie comme le Swaziland, le Lesotho, le Malawi et le Zimbabwe sont ainsi privés d'assistance financière.

“Très souvent, poursuit-il, le donateur aura tendance à vouloir décider de l'utilisation des dons, qui ne correspond pas forcément aux politiques nationales ... Mais le Fonds mondial suit un processus ancré à l'échelon national, auquel participent tous les acteurs concernés.”

Un autre problème potentiel tient à la coordination des actions du PEPFAR et de la campagne 3x5 sur des questions aussi vitales que l'achat des médicaments. A l'heure actuelle, le principal traitement antirétroviral distribué par la campagne 3x5, le comprimé à triple combinaison, n'est disponible qu'auprès de fournisseurs de produits génériques bon marché. Les militants craignent que les Etats-Unis, qui désapprouvent les changements proposés au sein de l'Organisation mondiale du commerce pour rendre les produits génériques moins chers et plus accessibles, n'aient l'intention de n'utiliser que des médicaments brevetés et onéreux produits par des sociétés américaines.

Les autorités américaines dénoncent ce procès d'intention, faisant valoir que les clauses du PEPFAR autorisent expressément détenteurs de brevets et fabricants de génériques à répondre aux appels d'offre. D'autres critiques estiment que certaines clauses du PEPFAR pourraient interdire l'achat de médicaments génériques, les Etats-Unis continuant à plaider en faveur de mesures restrictives de protection des brevets dans le cadre de négociations commerciales régionales et bilatérales.

Certaines sociétés pharmaceutiques américaines doutent de l'innocuité et de la qualité du comprimé à triple combinaison. Bien que l'OMS ait donné son feu vert, certains laboratoires estiment que le produit risque d'accroître la résistance médicamenteuse aux antirétroviraux actuels et d'encourager la contrefaçon. Une réunion de coordination stratégique est prévue à ce sujet cette année entre de hauts responsables du Gouvernement américain et de l'OMS.

Trouver les ressources

Cependant, même avec le PEPFAR, le montant des dépenses mondiales contre le VIH/sida dans les pays en développement restera très inférieur aux besoins croissants. Selon l'ONUSIDA, au moins 8,3 milliards de dollars sont nécessaires cette année, 10,7 milliards le seront en 2005 et près de 15 milliards en 2007. Le traitement antirétroviral devant être suivi à vie, le lancement de programmes comme le PEPFAR et la campagne 3x5 feront augmenter la demande.

Le Fonds mondial est une source

éventuelle de ressources supplémentaires. Lancé en 2001, cet organisme de financement multilatéral censé intensifier la lutte mondiale contre le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose a alloué à ce jour 2,1 milliards de dollars sous forme de dons pluriannuels à 121 pays, dont 750 millions environ aux programmes contre le VIH/sida en Afrique. le Dr Richard Feacham, directeur général du Fonds, a déclaré en septembre à la presse que l'organisme serait le vecteur “majeur” de financement des efforts de la campagne 3x5.

Le Fonds n'a toutefois pas réussi à obtenir des annonces de contributions de plusieurs milliards de dollars indispensables à une mul-

865 millions de dollars à 24 pays africains.

Mais même ces prêts à très faible intérêt doivent être remboursés, et certains pays endettés ont rechigné à emprunter davantage pour financer leurs programmes anti-VIH/sida. Dans ses estimations des dépenses mondiales dans ce domaine, l'ONUSIDA calcule la différence entre les sommes allouées et les sommes à rembourser et obtient ainsi “l'équivalent-dons” des financements de la Banque mondiale. Ces montants ajustés s'élevaient à 95 millions de dollars en 2002 et à 120 millions en 2003.

Les mesures d'allègement de la dette adoptées dans le cadre de l'Initiative en faveur des

—
*Un autre
cercueil
imputable
au sida : y
aura-t-il
assez d'ar-
gent pour
enrayer les
effets mor-
tels de la
pandémie?*
—



Jake Price

tiplication rapide des traitements antirétroviraux. Selon Mme Cates, l'allocation de fonds se heurte à des problèmes techniques, 164 millions de dollars seulement étant parvenus en décembre 2003 aux projets approuvés.

Bien que 60 % des dons du Fonds mondial soient consacrés au financement des programmes contre le VIH/sida, seule une partie de ces fonds est réservée aux soins. Sans une augmentation considérable des contributions, le Fonds mondial ne sera en mesure de fournir un traitement antirétroviral qu'à 240 000 personnes d'ici la fin 2005 – soit 8 % environ des objectifs de la campagne 3x5.

La Banque mondiale a également accru son soutien aux programmes de soins et de prévention. Depuis 1986, année où elle a commencé à consentir des prêts dans ce domaine, la Banque a affecté 2,2 milliards de dollars à la lutte contre l'épidémie dans plus de 50 pays. Cela comprend l'établissement en juin 2001 d'un fonds d'un milliard de dollars pour l'Afrique, le Programme plurinational de lutte contre le VIH/sida, qui a, à ce jour, approuvé des prêts à conditions libérales et des dons de

pays pauvres très endettés ont aussi permis de dégager de l'argent. La Banque signale en effet que 24 pays africains ayant bénéficié à titre divers de ces mesures ont pu augmenter le budget de leurs programmes de lutte contre le VIH/sida. Toutefois, une association de militants, Jubilee USA Network, fait remarquer que même après la réduction de leur dette, les gouvernements africains dépensent en moyenne 14 dollars par personne et par an au titre du remboursement de la dette, contre cinq dollars pour les soins de santé.

“A l'heure actuelle, les trésoreries publiques du monde occidental devraient faire couler l'argent à flot, souligne M. Lewis. Mais il y a un énorme écart, de plusieurs milliards de dollars, entre ce que les gouvernements sont disposés à dépenser et les véritables besoins dans ce domaine. Pourtant, des millions de vies humaines dépendent de ces milliards de dollars.” Si la campagne 3x5 ne parvient pas à mobiliser les ressources nécessaires, ce sera, conclut-il, “une tragédie sans pareil, et une défaillance persistante et étonnante de la part des pays riches de la planète”. ■

Les traitements anti-sida progressent

Le nombre de personnes traitées aux antirétroviraux augmente rapidement

Par **Michael Fleshman**

Lorsqu'un journaliste a rencontré pour la première fois Bongani, âgé de sept ans, dans un bidonville misérable des environs de Johannesburg, en 2003, l'enfant était en train de mourir. Il était trop faible pour aller à l'école, chétif et épuisé par la diarrhée. Il était manifestement, comme ses parents décédés, porteur du virus de l'immunodéficience humaine qui provoque le sida. Il était tout aussi évident qu'il serait bientôt enterré dans

ments antirétroviraux qui attaquent le virus et contribuent ainsi à réduire sensiblement le nombre de décès provoqués par le sida. Pendant des années, leur coût prohibitif avait considérablement freiné leur usage en Afrique. Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) a estimé qu'en 2002, seuls 50 000 Africains environ avaient pu en bénéficier, sur les quatre millions qui en avaient besoin. Mais avec la baisse du coût de ces médicaments, à la suite des appels lancés pour en généraliser l'accès et de la concurrence des versions génériques de médicaments brevetés, les dimensions politiques et économiques du traitement anti-sida ont finalement évolué.

En décembre 2003, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a annoncé le lancement d'une campagne sans précédent visant à administrer un traitement antirétroviral avant la fin de 2005 à trois millions de personnes vivant avec le VIH/sida dans les pays en développement : la Campagne "3x5". Deux mois plus tard, les Etats-Unis lançaient leur propre programme ambitieux : le plan d'aide d'urgence à la lutte contre le sida (PEPFAR) du Président américain, une initiative sur cinq ans, dotée d'une quinzaine de milliards de dollars, visant à offrir des antirétroviraux à deux millions de personnes et à prévenir sept millions de nouveaux cas d'infection d'ici à 2008 dans 15 pays, dont 12 en Afrique.

hausse rapide confirme la validité de la Campagne "3x5" de l'OMS que certains critiques avaient jugée "irresponsable" et irréaliste.

Ces résultats semblent par ailleurs démentir les prévisions selon lesquelles les programmes de traitement seraient impossibles à coordonner avec des fonds multilatéraux et bilatéraux et ne feraient qu'alourdir les systèmes de santé déjà trop sollicités des pays les plus touchés. L'Afrique du Sud, le Nigéria et l'Inde comptent plus de 40 % du nombre total de personnes ayant encore besoin de traitements antirétroviraux, et les experts estiment qu'un effort particulier dans ces trois pays entraînerait en peu de temps des progrès considérables en matière d'accès au traitement.

A l'occasion d'une conférence de presse qui s'est tenue au Forum économique mondial de Davos le 26 janvier, le Directeur général de l'OMS, le Dr. Lee-Jong-wook, a souligné que cette réussite était surtout attribuable aux efforts des pays en développement. "Nous saluons les pays qui nous prouvent qu'il est possible de dispenser et de généraliser ce traitement, même dans les conditions les plus défavorables", a-t-il dit, avant d'ajouter que "l'accès au traitement anti-sida progresse tous les jours grâce au travail dévoué des médecins, des infirmières, des agents sanitaires et des personnes qui vivent avec le VIH et le sida, qui oeuvrent souvent dans des conditions difficiles pour faire du rêve d'un traitement universel une réalité". Les représentants de l'OMS affirment qu'au rythme actuel les objectifs fixés par la Campagne "3x5" pourraient être atteints.

Ce constat optimiste est cependant tempéré par les deux milliards de dollars qui manquent pour atteindre l'objectif : soigner trois millions de personnes aux antirétroviraux d'ici la fin de l'année. Cette somme fait partie des six milliards de dollars supplémentaires qu'il faut mobiliser, selon l'ONUSIDA, pour financer l'intégralité des programmes anti-VIH/sida dans les régions en développement. La campagne en faveur du traitement antirétroviral est freinée dans de nombreux pays par une grave pénurie d'équipement et de personnel médical qualifié et par des controverses permanentes autour des prix et des brevets des médicaments. "Si ces questions et d'autres aussi pressantes ne sont pas réglées rapidement, de nombreuses personnes qui vivent avec le VIH/sida dans les pays en développement n'auront jamais accès aux traitements permettant de survivre ou



Un couple reçoit un traitement antirétroviral au Cap (Afrique du Sud).

une tombe minuscule à côté des siens, comme quelque 370 000 Sud-Africains morts de la maladie cette année-là.

Mais quand le journaliste, Martin Plaut de la BBC, est revenu l'année suivante, il a trouvé Bongani en bonne santé, souriant, absorbé par ses devoirs d'écolier. "La transformation est remarquable", a-t-il écrit en décembre.

Cette transformation, et la survie de Bongani et d'un nombre croissant de personnes qui vivent avec le VIH et le sida en Afrique, s'explique par l'accès aux médica-

Un objectif "irréaliste" mais proche

Les premiers résultats sont encourageants. En janvier 2005, l'OMS, à laquelle se sont joints des représentants du Gouvernement américain, de l'ONUSIDA et du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ont annoncé que le nombre de personnes recevant un traitement antirétroviral dans les pays en développement avait augmenté de 75 % en 2004 pour dépasser 700 000, dont 325 000 en Afrique subsaharienne. De l'avis de nombreux experts en santé publique, cette

risquent de ne pas survivre bien longtemps après le début du traitement”, affirme l’association non gouvernementale Médecins sans frontières (MSF).

Cette association et d’autres groupes de lutte contre le sida soulignent aussi que les 700 000 personnes actuellement traitées aux antirétroviraux ne représentent que 12 % environ des six millions de personnes des pays en développement qui en ont besoin. L’épidémie faisant 8 000 victimes par jour et plus de cinq millions de nouveaux cas d’infection ayant été enregistrés l’an dernier seulement, MSF estime que “les perspectives globales sont sombres... et que l’OMS... et d’autres institutions devraient tirer la sonnette d’alarme”.

“Une formidable détermination”

Qu’on juge le verre à moitié plein ou à moitié vide, l’offre croissante de médicaments anti-sida en Afrique est une très bonne nouvelle. Bien que les Africains qui reçoivent des médicaments prolongeant la vie ne représentent encore que 8% de ceux qui en ont besoin – le traitement antirétroviral n’étant prescrit qu’aux malades en phase terminale – la moyenne du continent masque des progrès considérables dans certains pays.

Au Botswana, deuxième pays au monde pour les taux d’infection au VIH, 50 % des malades bénéficient de traitements antirétroviraux, principalement grâce à la décision sans précédent prise en 2002 par les autorités de fournir gratuitement des antirétroviraux dans le cadre du système de santé public.

L’Ouganda, dont la campagne de prévention anti-sida est d’ores et déjà considérée comme un modèle d’efficacité, fournit à présent un traitement antirétroviral à 40 % des quelque 114 000 personnes qui en ont besoin. Au Cameroun, selon l’OMS, la volonté politique des dirigeants, assortie d’une aide financière accrue et d’une baisse sensible des prix des médicaments, a permis à quelque 12 000 personnes de suivre ce type de traitement. Les autorités ont l’intention de tripler ce chiffre d’ici à la fin 2005.

Globalement, estime l’OMS dans son rapport de décembre 2004 sur la Campagne 3x5, les antirétroviraux sont à présent disponibles dans plus de 700 endroits de la région. L’étude indique que les patients africains sont autant, sinon plus, enclins que ceux des pays développés à respecter la stricte posologie quo-

tidienne. Cette observation a surpris les critiques qui prétendaient que le manque de discipline des patients du continent accélérerait l’apparition de souches virales résistantes aux médicaments.

L’OMS indique par ailleurs qu’hommes et femmes bénéficient quasiment du même accès aux antirétroviraux dans le cadre des nouveaux programmes anti-sida en Afrique. Cela signifie que les femmes, qui représentent environ 57 % de la population séropositive du continent, sont sous-représentées dans certains pays ; ces statistiques ont toutefois apaisé, du moins pour le moment, les craintes de voir les femmes exclues des programmes de soins anti-sida au niveau national.

Les succès des premiers stades de la campagne en faveur du traitement antirétroviral s’expliquent par la convergence d’un certain nombre de facteurs, comme l’allocation de nouvelles ressources par le Fonds mondial et le Gouvernement américain, l’assistance technique et le dynamisme de la Campagne 3x5 de l’OMS et le nouveau sentiment d’urgence de certains gouvernements et de la société civile du continent, estime Stephen Lewis, Envoyé spécial de l’ONU pour le VIH /sida. Ancien diplomate canadien connu pour ses critiques des mesures prises par les donateurs et les gouvernements africains face à la pandémie, M. Lewis a déclaré à *Afrique Renouveau* qu’au cours des derniers mois “il y a eu un énorme changement en mieux” parmi les dirigeants et responsables sanitaires du continent : “C’est le jour et la nuit. Il y a une formidable déter-

mination à atteindre les objectifs de la Campagne 3x5.”

La raison de ce changement brutal, précise-t-il, est que la présence du VIH/sida dans les pays les plus touchés ne peut plus être ignorée. Pour certains responsables politiques, “il y a la crainte de voir leur pays se désintéresser, l’impression que tous les indicateurs économiques reculaient, depuis l’espérance de vie aux niveaux de pauvreté, en passant par les taux de mortalité infantile et maternelle, ajoutez-t-il. Cela a fait dire aux dirigeants : Mon Dieu, il nous faut enrayer cette tendance”. Dans les régions les plus touchées, “l’omniprésence de la mort est presque incroyable. Ces pays sont engagés dans une lutte sans merci, et tout le monde en est maintenant conscient”.

Au Botswana, deuxième pays au monde pour son taux d’infection au VIH, environ 50 % des personnes qui en ont besoin suivent un traitement antirétroviral.

Développer une infrastructure

Malgré les progrès, d’importants obstacles subsistent. Le principal est l’absence d’équipement sanitaire – hôpitaux et cliniques, centres d’analyse et laboratoires, personnel médical qualifié – pour administrer les puissants traitements antirétroviraux aux millions de patients. Bien que, selon M. Lewis, l’Afrique ait déjà la possibilité de prodiguer ce traitement à deux fois plus de personnes qu’actuellement, “le besoin de développer l’infrastructure est immense, et il y a une volonté implacable et farouche d’y arriver”.

Un autre problème, selon une récente étude de l’OMS et d’autres organisations sanitaires internationales, est “l’exode inéluctable” de professionnels de la santé africains vers des emplois mieux rémunérés à l’étranger. L’étude souligne qu’il y a plus de médecins malawiens qui exercent leur métier dans la ville britannique de Manchester qu’au Malawi, alors que la Zambie, l’un des pays les plus touchés par le VIH dans le monde, a perdu 550 des 600 médecins formés depuis l’indépendance pour cause de départ à l’étranger.

Le Malawi et ses partenaires de développement ont réagi à cette grave pénurie de personnel en proposant de meilleures rémunérations et conditions de travail aux professionnels de la santé et une formation à une nouvelle catégorie d’agents sanitaires capables d’administrer le traitement antirétroviral et d’offrir des services de santé de base.

Accès au traitement antirétroviral dans les pays les plus touchés					
Pays	Population adulte avec VIH ¹	Taux d’infection de la population adulte	Nombre de personnes qui ont besoin de traitement ²	Nombre de personnes qui suivent le traitement ³	Pourcentage sous traitement
Swaziland	190 000	38,8	36 500	5 750	16
Botswana	330 000	37,3	75 000	37 500	50
Lesotho	300 000	28,9	56 000	2 750	5
Zimbabwe	1 600 000	24,6	295 000	8 250	3
Afrique du Sud	5 100 000	21,5	837 000	55 000	7
Namibie	200 000	21,3	32 000	9 250	28

¹ Fin 2003. ² Fin 2004. ³ Fin 2004, moyenne entre estimations basse et haute.
Source : ONU Afrique Renouveau d’après les données de l’ONUSIDA et l’OMS.

Toutefois, la remise sur pied des systèmes de santé rudimentaires de l'Afrique prendra du temps, alors que, pour des millions de personnes en phase terminale de sida, le temps est compté. "De l'avis quasi général, le plus grand défi a trait à l'infrastructure", déclare le Dr. Mark Dybul, coordinateur adjoint du programme américain anti-sida dans le monde et responsable médical du Programme PEPFAR. Le programme américain, le Fonds mondial et l'OMS s'efforcent donc "d'aider les nouveaux patients en traitement, tout en créant une nouvelle infrastructure. Car il serait faux d'affirmer à mon avis que tous les [nouveaux] traitements ont été dispensés dans le cadre d'infrastructures existantes".

Une petite clinique financée par le PEPFAR en Namibie, explique-t-il, avait les ressources suffisantes pour soigner plusieurs centaines de malades. "Désormais, l'établissement peut traiter jusqu'à 2 000 patients. Ils peuvent à présent retirer des malades des listes d'attente pour les soigner, parce qu'ils ont construit de nouvelles installations pour répondre aux nouveaux besoins."

L'appui financier, l'aide technique, les médicaments et l'équipement peuvent venir de l'extérieur, explique le Dr. Dybul à *Afrique Renouveau*, mais pour que le programme se développe, il faudra disposer de moyens à l'intérieur des pays. "A commencer par la formulation d'une stratégie nationale des gouvernements et des sociétés civiles des pays touchés. Nous les aiderons dans cette voie... Nous devons [tous] faire plus, et on n'y est pas encore... mais le développement de l'infrastructure a été spectaculaire l'an dernier."

Le programme américain à lui seul a permis de soigner quelque 155 000 personnes de

plus en huit mois à peine dans les 15 pays bénéficiaires : le Botswana, la Côte d'Ivoire, l'Éthiopie, le Kenya, le Mozambique, la Namibie, le Nigéria, l'Ouganda, le Rwanda, la Tanzanie, la Zambie, Haïti, le Guyana et le Vietnam. De l'avis du Dr. Dybul, le programme devrait atteindre le seuil des 500 000 patients d'ici à juin 2006.

"Je crois qu'il y a de nombreuses idées fausses sur les antirétroviraux", dit le Dr. Dybul. "Ce qui coûte cher dans le traitement, ce ne sont pas les médicaments... mais les frais relatifs à l'encadrement et à la formation du personnel, ainsi que l'équipement de laboratoire et son fonctionnement."

Le Dr. Dybul estime que sur les 1 500 à 2 500 dollars par an et par personne que coûte le traitement antirétroviral en Afrique, les médicaments ne représentent que 300 à 600 dollars. "Le débat autour du coût des médicaments n'est à notre avis qu'un leurre, dit-il. Ce n'est pas le véritable problème."

Polémiques sur les brevets et coûts

Pourtant, les polémiques autour de l'innocuité, de la source et du coût des médicaments anti-sida se poursuivent. Contrairement à l'avis du Dr. Dybul, l'OMS estimait en décembre dernier que "le coût élevé des médicaments antirétroviraux continuait de freiner la généralisation du traitement et des soins anti-sida". Les coûts de la prochaine génération de médicaments anti-sida qu'il faudra produire à mesure que s'accroît la résistance du virus aux médicaments actuels "demeurent excessivement élevés dans la plupart des régions du monde", remarque l'OMS. L'organisation prévient qu'il faut agir maintenant pour maîtriser les coûts à venir.

Pendant plus de 10 ans après la mise au point des premiers antirétroviraux à la fin des années 1980, leur coût élevé et la complexité de leur posologie ont mis ces médicaments qui prolongent la vie hors de la portée de la plupart des gens, à l'exception d'une infime minorité très riche ou très chanceuse des pays pauvres. A 10 000, voire 15 000 dollars par an, le traitement antirétroviral était simplement inabordable. Les efforts déployés par l'ONUSIDA pour négocier des réductions de prix pour les pays en développement ont eu un succès limité et les principaux laboratoires pharmaceutiques du Nord ont globalement refusé d'autoriser des versions génériques à bas prix de leurs produits brevetés.

En 2001, toutefois, la société pharmaceutique indienne Cipla a lancé un médicament générique novateur qui réunissait trois des substances antirétrovirales les plus efficaces en une seule pilule, connue sous le nom de comprimé à triple dose fixe. Non seulement il était plus facile à administrer que ses concurrents brevetés – deux pilules par jour au lieu de six ou plus pour certains remèdes brevetés – mais il a été proposé dès le départ pour la somme inouïe de 350 dollars par an. A l'issue d'une enquête de deux ans menée par le programme OMS de préqualification des médicaments, le comprimé a été certifié sûr et analogue sur le plan médical aux originaux brevetés, jouissant ainsi d'une large popularité. Avec un prix aujourd'hui réduit à 140 dollars par an, le comprimé s'est avéré être l'élément central de la campagne 3x5 et a permis de généraliser les traitements antirétroviraux.

Le PEPFAR exige cependant que ses clients n'utilisent que des médicaments certifiés par la Food and Drug Administration (FDA), chargée de veiller à l'innocuité des médicaments commercialisés aux Etats-Unis. Cela signifie en pratique que le programme ne s'approvisionne qu'en produits brevetés, surtout auprès de fournisseurs américains. Les représentants de PEPFAR soutiennent que cette politique est nécessaire pour assurer l'innocuité et la qualité des médicaments et soulignent qu'un certain nombre de produits antirétroviraux génériques avaient été retirés de la liste pré-approuvée de l'OMS en raison de certains problèmes liés aux procédures de validation. Ils précisent par ailleurs que les fabricants étrangers d'antirétroviraux génériques

Les appels en faveur de l'expansion du traitement anti-sida ont contribué à accélérer le lancement de programmes de thérapie antirétrovirale.



AP Photo / Themba Hatetebe



adoptée il y a 20 ans à tous les pays à l'exception de ceux les moins avancés, dans le cadre de l'Accord de l'Organisation mondiale du commerce sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (TRIPS), a suscité l'inquiétude des militants et des autorités sanitaires. Il est ainsi plus difficile pour l'Inde et d'autres principaux pays exportateurs de produits pharmaceutiques génériques de fournir des rétroviraux peu coûteux et d'autres médicaments essentiels aux pays en développement.

La génération actuelle de

Fabrication de médicaments génériques anti-sida en Afrique du Sud. Les règles commerciales entraveront-elles cette production ?

sont encouragés à soumettre leurs produits à la FDA dans le cadre d'une procédure spéciale d'évaluation accélérée.

A ce jour, toutefois, aucun des médicaments à triple dose utilisés prioritairement dans les traitements à l'étranger n'a reçu l'aval de la FDA. Selon l'office général de comptabilité des Etats-Unis, le PEPFAR dépense donc à peu près deux fois plus en achat d'antirétroviraux que les programmes de traitement qui utilisent des médicaments génériques. L'agence estime en outre que ces coûts risquent de s'élever à des centaines de millions de dollars au cours des cinq années d'existence de l'Initiative PEPFAR, réduisant ainsi le nombre de personnes susceptibles d'être soignées.

Fin janvier, la FDA a approuvé le premier produit générique antirétroviral, un composé de deux comprimés administrés deux fois par jour. Par ailleurs, les demandes d'homologation d'autres génériques, dont le comprimé à triple dose fixe, sont à l'étude. Les partisans du traitement antirétroviral saluent cette évolution, mais font valoir que le refus des Etats-Unis d'adopter le comprimé à triple dose qui a leur préférence contraint les pays participants à recourir à des circuits d'approvisionnement et des systèmes de traitement disparates, compliquant ainsi l'expansion des soins.

Règles commerciales contraignantes

Par ailleurs, la reconduction, le 1er janvier 2005, de la clause de protection de brevets

médicaments antirétroviraux expérimentaux échappe à la nouvelle réglementation sur les brevets, note Brook Baker, Professeur à l'Université Northeastern (Etats-Unis) et membre d'une association de promotion des traitements, Health Gap. "Le problème viendra de la prochaine génération d'antirétroviraux en cours de développement, car l'Accord TRIPS empêchera la concurrence des génériques qui avait abouti à la baisse des prix par le passé", prévoit-il.

En août 2003, le Conseil TRIPS de l'OMS, instamment prié, notamment par les pays africains, de créer une dérogation aux nouvelles règles pour cause de santé publique, a conclu un accord visant à autoriser l'exportation de médicaments génériques en cas d'urgence de santé publique. Toutefois la dérogation est limitée et le processus complexe. A ce jour, aucun pays n'a tenté d'y avoir recours.

M. Baker note par ailleurs que les négociateurs américains cherchent à obtenir, lors des pourparlers commerciaux régionaux et bilatéraux, une protection des brevets plus importante que ne le prévoient les dispositions de l'OMC. Ces accords "TRIPS plus", notait l'an dernier Richard Feacham, Directeur du Fonds mondial de lutte contre le sida, ont pour conséquence "soit de faire monter les prix [des médicaments], soit de prévenir leur baisse", réduisant ainsi davantage l'offre de médicaments abordables.

Le Canada a récemment modifié sa régle-

mentation en matière de brevets pour permettre au secteur pharmaceutique d'avoir recours à la dérogation de l'OMC, mais, selon Richard Elliot, Directeur de la recherche juridique et des politiques du Réseau juridique canadien VIH/sida et membre du Conseil ministériel sur le sida, les dispositions de ces lois sont également complexes et restrictives. A ce jour, a-t-il déclaré à *Afrique Renouveau*, aucune société canadienne n'a sollicité une licence d'exportation dans le cadre de la nouvelle loi.

Peu de ressources, beaucoup de besoins

L'expansion rapide des programmes de traitement anti-sida s'est accompagnée de besoins aussi pressants de nouvelles ressources. Car même si la Campagne 3x5 et le programme américain poursuivent des objectifs à court terme, ils créent des obligations à long terme vis-à-vis des millions de personnes suivant ces traitements, qui doivent se prendre à vie. A son lancement en 1996, notait récemment l'ONUSIDA, les dépenses mondiales consacrées à l'ensemble des initiatives contre le VIH/sida dans les pays à revenus faibles et intermédiaires étaient de l'ordre de 300 millions de dollars. L'an dernier, selon la Kaiser Family Foundation de Washington, ces dépenses dépassaient six milliards de dollars.

Pourtant même ce chiffre impressionnant ne représente, rappelle M. Lewis de l'ONU, que la moitié des 12 milliards de dollars qui sont nécessaires cette année, de l'avis de l'ONUSIDA, à l'expansion des programmes de traitement et aux besoins d'éducation, de prévention, de conseils et de recherche. Le Fonds mondial à lui seul a besoin cette année d'un milliard de dollars, précise-t-il. "Il manque 60 millions de dollars à l'OMS pour un dernier effort décisif dans la Campagne 3x5. Je ne comprends pas l'attitude des pays occidentaux qui augmentent leurs contributions au compte-gouttes, car, pendant ce temps, le nombre de victimes est effarant."

L'ONUSIDA estime que d'ici à 2007, 20 milliards de dollars seront nécessaires à la lutte contre le sida. M. Lewis invite les gouvernements des pays riches à annoncer de nouveaux engagements substantiels à l'occasion de la prochaine réunion du Groupe des Huit. "On a plus d'argent maintenant, mais dans quelques années nous en serons à nouveau à nous battre pour quelques dollars. Les coûts des futurs médicaments sont très, très élevés. Il faudra les négocier à la baisse et trouver le moyen de produire des génériques."

"Partout, il y a des difficultés", reconnaît-il. "Mais il y a aussi un élan irrésistible. J'en vois des manifestations partout en Afrique. La volonté de réussir est formidable." ■

L'offensive du Botswana contre le sida

Un programme de distribution à grande échelle de médicaments, qui a valeur de test

Par Roman Rollnick

Les planchers immaculés, les techniciens en blouse blanche et le matériel électronique du laboratoire Botswana-Harvard HIV Reference situé à Gaborone sont à des années-lumière des villages poussiéreux et des baraques de mineurs surpeuplées qui sont en première ligne du combat désespéré que mène le Botswana contre le virus du sida. Pourtant, combler l'écart entre les ressources de cette clinique moderne et les quelque 40 % de la population infectée par le virus mortel constitue précisément l'objectif de ce pays qui entend offrir des soins complets à toute sa population séropositive. En janvier, le Botswana est devenu le premier pays à distribuer à tous ceux qui en ont besoin des antirétroviraux et d'autres médicaments, onéreux mais efficaces, dans le cadre de son régime de santé publique.

Il s'agit d'une expérience coûteuse et ambitieuse, que de nombreux experts de la santé ont jugée irréalisable en Afrique. Pourtant, pour les quelque 330 000 adultes de ce pays qui sont séropositifs, l'accès aux antirétroviraux et aux services de soins, de consultation et de suivi médical est une question de vie ou de mort. Ce vaste territoire peu densément peuplé a les taux d'infection

effrayant. C'est une crise de très grande ampleur."

Mais ce n'est pas seulement la vie des habitants du Botswana qui est en jeu. Depuis des années, en effet, des experts de la santé, appuyés par de nombreux pays donateurs, organismes et la puissante industrie pharmaceutique, affirment que la pauvreté et le manque d'infrastructures empêchent de distribuer des médicaments contre le sida à l'ensemble des populations séropositives des pays en développement. Plutôt que de gaspiller de l'argent en tentant vainement de soigner ceux qui sont déjà malades, estiment-ils, il vaut mieux consacrer ces maigres ressources à la prévention de nouvelles infections grâce aux programmes éducatifs et de prévention.

Les militants rétorquent que les projets pilote ont montré qu'il était possible de mettre en place des programmes de soins dans les pays en développement, et que seule une stratégie alliant à la fois soins et prévention pourrait enrayer la propagation du virus. Beaucoup soulignent de surcroît que l'hostilité aux programmes de soins à grande échelle relève plus de préoccupations mercantiles ayant trait aux droits d'exploitation des brevets que de doutes réels sur leur faisabilité.

Le Botswana est le premier pays d'Afrique à tenter une telle expérience. En cas de réussite, ceux qui préconisent d'étendre les programmes de soins à grande échelle au reste du continent et aux autres régions en développement seront confortés dans leur position. En revanche, un échec affaiblirait considérablement les appels lancés en faveur d'un plus grand accès des populations pauvres aux traitements anti-sida. Bien que le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) affirme depuis longtemps que la lutte contre la pandémie passe à la fois par les soins et par la prévention, moins de 30 000 des quelque 29 millions d'Africains atteints du sida ont accès aux médicaments antirétroviraux, qui ont permis de réduire sensiblement les taux de mortalité dans les pays riches. (voir p. 7).

Des progrès lents mais constants

De l'avis des experts, s'il est un pays d'Afrique subsaharienne capable de mettre en œuvre un programme composé à la fois de soins préventifs et de traitements anti-sida, c'est bien le Botswana. Contrairement à beaucoup de ses voisins, en effet, ce pays a connu plusieurs décennies de paix ininterrompue et une prospérité relative depuis son indépendance en 1966. Son gouvernement est généralement considéré comme l'un des plus

efficaces et compétents du continent, et le revenu moyen annuel de ses habitants, estimé à 3 300 dollars, figure parmi les plus élevés.

Pourtant les obstacles restent immenses. De nombreux Botswanais sont des travailleurs saisonniers, employés la plupart du temps dans l'Afrique du Sud voisine, mais ayant une ferme et une famille

dans leur pays. Les saisonniers sont particulièrement vulnérables aux risques d'infection car, une fois loin de chez eux, ils ont davantage tendance à fréquenter des prostituées et à avoir d'autres partenaires sexuels occasionnels. Souvent infectés à leur insu et peu désireux de subir un test de dépistage ou de consulter un médecin en raison des préjugés que suscite la maladie, ils sont

considérés comme des vecteurs importants de la transmission du virus.

De plus, ceux qui souhaitent consulter des services médicaux ont du mal à en trouver. En dehors du secteur privé, les patients séropositifs sont orientés vers les deux seuls hôpitaux publics, l'un à Gaborone, l'autre dans le nord, à Francistown. Il y a bien deux autres hôpitaux régionaux, plus petits, mais la plupart des soins de santé publics sont dispensés dans des cliniques locales ne proposant que des services de base.

La National AIDS Coordinating Agency (NACA) s'est engagée officiellement dans le programme national de lutte contre le sida en janvier dernier. Le docteur Banu Khan, coordinatrice nationale de l'organisme, a précisé à *Afrique Relance* que le gouvernement s'est fixé comme objectif d'offrir son traitement antirétroviral à 19 000 malades dans la première année d'un programme de 27,5 millions de dollars. Ce programme prévoit de fournir à tous les malades qui en ont besoin des médicaments anti-sida, et ce toute leur vie durant. Le Ministère de la santé a estimé que le coût des médicaments, des examens et des consultations s'élèverait à environ 600 dollars par an et par personne. Dans les cinq premières années du programme, la Fondation Gates se propose de verser 50 millions de dollars pour aider le Botswana à renforcer son système de soins de santé primaires, alors que Merck, grande société pharmaceutique américaine, fera don de médicaments antirétroviraux d'un même montant. Le reste du budget, soit 100 millions de dollars, sera pris en charge par les pouvoirs publics.

"Au mois de juin de cette année, nous avions un millier de personnes inscrites au programme", raconte le docteur Khan. "A présent, 500 d'entre elles suivent le traitement, alors que les autres

Epidémie du sida au Botswana, 2001	
Population	1,6 million
Population adulte (15-49 ans)	762 000
Population adulte séropositive	300 000
Pourcentage d'adultes séropositifs	38,8 %
Femmes adultes séropositives	170 000
Hommes adultes séropositifs	130 000
Enfants séropositifs (0-14 ans)	28 000
Adultes séropositifs plus âgés (> 50 ans)	2 000
Nombre total de décès (2001)	26 000
Orphelins du sida (0-14 ans)	69 000
Espérance de vie (1987)	63 ans
Projection de l'espérance de vie (2005)	37 ans

Source : Afrique Relance ONU, d'après des données d'ONUSIDA et de la Banque mondiale.

au VIH les plus élevés du monde (voir tableau). L'an dernier seulement, environ 26 000 habitants – sur une population totale de moins de 1,6 million – sont morts de maladies liées au sida. "Nous sommes menacés d'extinction", a déclaré l'an dernier le Président Festus Mogae à la tribune de l'Assemblée générale. "Le nombre de victimes est

passent des tests pour déterminer le traitement qui leur convient le mieux". Le docteur Khan juge ces chiffres "décevants" mais note toutefois un intérêt croissant pour le programme. D'après la NACA, les patients volontaires représentent un "bon échantillonnage" de personnes instruites et d'habitants des zones rurales plus pauvres, certains venant des régions éloignées et arides du Kalahari dans l'ouest et le nord-ouest du pays.

D'après les premières indications, la NACA a conclu que très peu de patients ont du mal à s'adapter à la complexité des thérapeutiques antirétrovirales. Les experts de la santé se demandaient si des patients pauvres ou sans

programme qui vise à réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant et à maintenir les mères séropositives en vie. Depuis le démarrage de ce projet-pilote, 2 000 femmes seulement ont suivi des traitements contre des maladies liées au sida. "Certes, nous n'avons ouvert des sites-pilote qu'il y a deux ans, mais le taux de participation des mères laisse malgré tout à désirer. Il est faible et doit augmenter. Nous avons des problèmes ici, et celui de l'exclusion n'est pas le moindre", explique le docteur Khan. D'après les autorités médicales, le taux de participation des femmes enceintes n'est que de 11 à 20 %.

"La condition des femmes par rapport à celle des hommes est un autre problème", poursuit-elle. De nombreuses femmes n'ont en effet pas la possibilité de prendre des décisions en matière de sexualité et subissent toute leur vie l'autorité du mari, de la famille de celui-ci, ou d'autres parents. "Comment examiner une personne qui n'en a pas la permission ?", demande-t-elle.

"Ensuite, parmi celles qui participent au programme, certaines rentrent dans un village isolé avec du lait maternisé pour leurs nourrissons et sont considérées avec méfiance parce qu'elles n'allaitent pas. Les mères se soucient aussi de savoir qui s'occupera de leurs nourrissons si elles meurent. Mais la thérapie antirétrovirale est

Un jeune patient séropositif à l'hôpital Princess Marina, qui dispose du laboratoire de recherches contre le sida le plus avancé d'Afrique.



© Don McCullin / Contact Press Images

éducation arriveraient à suivre un programme strict de médication à vie. C'est donc là un aspect important de l'initiative médicale du Botswana. A l'instar des "Alcooliques anonymes", la NACA anime un "système d'entraide" qui encourage chaque participant à former des liens privilégiés avec une autre personne, qui veille à ce qu'il suive le traitement. A leur tour, ces participants incitent d'autres personnes estimant avoir besoin d'aide à se faire connaître.

Cibler les mères

La participation des femmes au programme constitue une priorité absolue car elles représentent plus de la moitié des adultes séropositifs. Le docteur Khan souligne que la NACA est très préoccupée par la faible adhésion des mères à un

désormais à la disposition de ces mères et de leurs nourrissons, et j'espère que la participation sera dorénavant plus forte."

Le Botswana compte à présent 16 centres de consultation et de tests de dépistage volontaires réservés aux mères, un par district. Il s'agit de centres indépendants où les problèmes de santé sont abordés dans le respect du secret médical. "Par exemple, à la fin de l'an dernier, nous avons organisé une conférence pour personnes séropositives, qui a attiré 500 malades. Après, ils sont rentrés chez eux et ont formé des groupes de soutien pour lutter contre les préjugés", continue le docteur Khan.

La coordinatrice affirme que la NACA a besoin de toute urgence de davantage de personnel qualifié. "Nous avons constaté que si une

infirmière qualifiée s'occupe de nombreux malades dans une clinique rurale, elle n'aura plus le temps d'accueillir un par un les patients séropositifs. Nous essayons donc de créer un réseau de conseillers non spécialisés, par exemple de travailleurs sociaux. Pour cela, on n'a pas forcément besoin d'infirmières et nous prévoyons d'embaucher 500 conseillers. Nous espérons aussi qu'ils contribueront à réduire l'ostracisme dont sont victimes les personnes séropositives."

Mme Khan ajoute que les personnes infectées, qu'elles soient issues des milieux urbains instruits ou des communautés rurales, savent de plus en plus que les autorités leur offrent un traitement gratuit à vie. "Ces gens-là participent volontairement au programme. Il n'y a pas de contrainte. On leur conseille de rester optimistes, on leur parle de prévention, de l'importance de suivre le traitement même s'ils se sentent mieux. Et, lorsqu'ils rentrent chez eux, ils répandent ce message positif."

Une grave pénurie de personnel

La NACA emploie à présent 10 médecins à plein temps à l'hôpital Princess Marina de Gaborone, et cinq dans chacun des autres hôpitaux. Dans toutes les régions, les patients sont aussi examinés dans des centres de santé plus petits, notamment dans des dispensaires mobiles. Cas unique pour un pays africain, souligne la NACA, pratiquement personne n'est éloigné de plus de huit kilomètres d'un dispensaire. Même dans les régions les plus isolées du Kalahari, la plupart des habitants ne se trouvent qu'à une quinzaine de kilomètres d'un centre de santé. Ces centres établissent le traitement à suivre, dirigent le malade vers un hôpital ou l'y conduisent en ambulance s'il y a lieu.

Mme Catherine Sozi, un docteur ougandais formé en Grande-Bretagne, qui travaille dans le bureau de l'ONUSIDA à Pretoria (Afrique du Sud), estime que le Botswana est capable de maintenir son programme national de traitement à vie contre le sida. "Le pays souffre en revanche d'une grave pénurie de médecins, d'infirmières et de conseillers en santé", dit-elle, se référant à une récente étude de l'ONUSIDA. "On n'a pas eu le temps de calculer le nombre d'agents de santé supplémentaires dont le programme a besoin, mais il est considérable. En supposant qu'un médecin passe une heure avec chaque nouveau participant à un tel programme, il faudra compter au moins 20 médecins à plein temps rien que pour superviser 10 000 participants inscrits en trois mois."

La pénurie de médecins, de pharmaciens, d'infirmières et de conseillers est aggravée par le fait que plus de 90 % des médecins au Botswana sont des étrangers qui ne parlent pas le setswana. Les conseillers sont également recrutés à l'étranger et ont besoin d'une période d'adaptation à la culture locale. Beaucoup d'entre eux ne font qu'un bref séjour dans le pays, ce qui accentue le besoin de formation et de supervision constante pour garantir la qualité des soins. On

redoute aussi qu'une fois formées et diplômées, les infirmières cherchent des emplois mieux rémunérés à l'étranger.

Les autorités ont entrepris de recruter 200 nouveaux médecins en provenance d'Afrique du Sud, de Cuba et d'autres pays, pour administrer le programme antirétroviral. "En échange de la prise en charge de leurs frais de voyage et de logement, beaucoup travaillent bénévolement", explique le docteur Khan. "Ils savent que le gouvernement est résolu à lutter contre la maladie."

La pénurie de pharmaciens en dehors des principaux hôpitaux est un autre problème. L'ONUSIDA a constaté que les rares préparateurs en pharmacie que compte le pays sont chargés aussi de la gestion des stocks et de la distribution des médicaments à l'hôpital et dans les dispensaires environnants. "On doit les aider à préparer un traitement aussi délicat que le traitement antirétroviral", dit le docteur Sozi. Parce que le Botswana devra dépendre pendant plusieurs années encore de professionnels de la santé étrangers, l'ONUSIDA recommande aux autorités

Le laboratoire sera également appelé à mener des recherches sur la mise au point de nouveaux médicaments, dont un vaccin anti-sida. "La souche virale au Botswana est manifestement différente de celles rencontrées en Occident", précise le docteur Max Essex, président de l'Institut du sida de Harvard. "Personne ne peut dire si un vaccin contre le VIH-1B (en cours de mise au point), qui est la variété la plus répandue en Europe et aux Etats-Unis, sera également efficace contre le VIH-1C." Des scientifiques de l'institut redoutent que des souches comme le VIH-1C

se montrent encore plus résistantes aux médicaments si l'on ne surveille pas rigoureusement les participants au programme antirétroviral. C'est pourquoi, le "réseau d'entraide", qui favorise le suivi du traitement, a la même importance dans la lutte contre le sida que l'affectation de ressources supplémentaires à la formation de nouvelles équipes médicales.

Associer traitement et prévention

Les autorités botswanaises assortissent le nouveau programme de traitement médical d'une

Le nouveau programme de traitement se double d'une campagne d'information à plus grande échelle et plus directe, s'inspirant en partie de l'exemple de l'Ouganda.



Les jeunes militants botswanais jouent un rôle clé dans les programmes d'éducation et de prévention du sida.

locales de leur offrir des programmes d'information sur la culture, la politique de la santé et les coutumes locales. En outre, le personnel médical actuel devrait être encouragé à suivre des cours intensifs sur le traitement antirétroviral.

Le nouveau laboratoire Botswana-Harvard de l'hôpital Princess Marina se charge des examens médicaux, du suivi et de la surveillance de la "peste botswanaise du sida", comme on l'appelle ici. Premier de ce type en Afrique, le laboratoire, avec un personnel de 50 personnes, est équipé de séquenceurs génétiques et de trieurs de cellules sanguines qui permettent aux chercheurs de suivre la propagation du VIH, surtout de la souche virale VIH-1C qui prédomine en Afrique.

campagne d'information à plus grande échelle et plus directe, s'inspirant en partie de l'exemple de l'Ouganda, qui a réussi à enrayer la propagation du VIH grâce à une campagne d'éducation de longue durée. Le Président Mogae est résolu à faire connaître le programme de traitement gratuit – par le biais de campagnes radiophoniques et d'affichage, ou par le bouche à oreille.

M. Edmund Dladla, coordinateur national du Botswana Network of People Living With HIV/AIDS a salué le rôle de premier plan du président. "Toute personne en âge de travailler, qui a un emploi et un certain niveau d'instruction en parle. Et tout le monde se pose des questions sur les effets du sida, pas seulement sur leurs

proches, mais aussi sur le pays tout entier. Les gens ont peur."

"Pendant une dizaine d'années, observe-t-il, jusqu'à la fin des années 90, on niait tout, on mettait la crise sur le dos des étrangers. Après, lorsqu'on en a saisi l'ampleur, on a commencé à agir. Aujourd'hui, je dirais que les autorités sont très ouvertes, proactives et responsabilisées. Notre pays est le plus avancé d'Afrique dans la lutte contre le sida, et, croyez-moi, je n'aurais pas dit ça il y a à peine trois ans."

Participation des employeurs

Le secteur privé du Botswana participe également à l'effort. Il y a trois ans, des tests effectués sur les 6 000 membres du personnel du principal employeur du pays, la société d'exploitation des gisements diamantifères Debswana, ont révélé qu'un bon tiers des employés âgés de 24 à 40 ans étaient séropositifs. Avec un chiffre d'affaires annuel de l'ordre de 1,8 milliard de dollars, et une pénurie de personnel qualifié, la société a décidé de mettre sur pied son propre programme de lutte contre la maladie.

"On s'est rendu compte qu'il nous fallait agir très vite car les diamants sont la base de notre économie", explique Tsetsela Fantan, directrice du programme de l'entreprise. Debswana s'est engagé à fournir un traitement gratuit à chaque employé séropositif et à sa femme légitime, alors que les autorités prendraient en charge les autres partenaires et leurs enfants. Le gouvernement a également demandé aux principales banques, sociétés de transport et même aux stations d'essence de proposer à leur personnel de meilleurs soins de santé et des services de consultation et de traitement du VIH.

Le laboratoire Botswana-Harvard est un autre exemple des partenariats entre secteurs public et privé que le gouvernement cherche à instaurer. Le gouvernement a alloué trois millions de dollars à ce projet, auxquels viendront s'ajouter le financement des Fondations Gates et Merck, du fabricant de médicaments Bristol-Myers Squibb, de l'Institut du sida de Harvard et d'autres organismes.

"Ce programme commun a pour objet de montrer les avantages d'une action globale et multisectorielle qui vise à améliorer la qualité des soins des personnes séropositives dans un pays aux ressources limitées", explique le docteur Clement Chela, du Botswana Comprehensive HIV/AIDS Partnership. Le fait que la thérapie antirétrovirale soit maintenant gratuitement mise à la disposition de tous encourage les gens à en bénéficier. "Le programme que nous avons mis en place ici peut fonctionner dans d'autres pays d'Afrique, et, avec un soutien financier extérieur, il peut être maintenu dans la durée", ajoute-t-il. ■

Le Sénégal, un modèle de réussite

La mobilisation précoce et l'engagement politique ont enrayeré la progression du VIH

Par **Mamadou Mika Lom**
Dakar

Le Sénégal est l'un des pays que l'on cite en exemple en matière de lutte contre le sida en Afrique. Depuis le premier cas dépisté en 1986, le taux de prévalence de la maladie chez les adultes s'est maintenu entre 1,77 et 1,74 %. Sur une population totale de 9 millions, on compte environ 80 000 adultes et enfants porteurs du virus. Le succès du Sénégal à cet égard s'explique par la riposte précoce contre la maladie, par une vigoureuse action de prévention et de prise en charge des malades du sida ainsi que par la mobilisation de la population à tous les niveaux, notamment des enseignants, des soldats, des femmes, des chefs religieux et des organisations non gouvernementales (ONG). La longue expérience démocratique du Sénégal et la liberté de la presse nationale ont également permis de débattre ouvertement du problème et de publier sans difficulté des informations concernant la maladie.

En 1970, avant même la mise en évidence du premier cas de sida dans le pays, l'État avait déjà institué une politique transfusionnelle dont les dispositions ont été renforcées à partir de 1986 par le dépistage systématique des dons de sang. Par ailleurs, pour mieux prévenir la propagation de la maladie chez les prostituées, les autorités sanitaires ont très tôt établi à l'intention de ces dernières un système de prise en charge socio-sanitaire et mis en place un programme de lutte contre les maladies sexuellement transmissibles. La confiance a très tôt régné entre les experts médicaux et les responsables du Gouvernement qui, persuadés de l'enjeu, ont accepté d'allouer des moyens conséquents au financement de la

lutte contre la maladie et ont ensuite créé un comité national de lutte contre le sida, en octobre 1986.

Conscientes cependant que toutes ces initiatives auraient une portée limitée si elles ne s'accompagnaient pas d'autres mesures, les autorités sanitaires ont lancé en 1988 une campagne nationale qui visait les femmes et les jeunes adolescents, notamment dans les milieux scolaires. Des modules de formation sur le rapport possible entre le sida et les autres maladies sexuellement transmissibles ont été introduits dans les programmes scolaires. Ces groupes à leur tour ont servi de relais à l'action de sensibilisation menée auprès des autres groupes particulièrement vulnérables et à risque, tels que les prostituées et les travailleurs migrants.

Le Sénégal est également parmi les premiers pays d'Afrique à avoir profité de la possibilité d'accéder aux médicaments antirétroviraux pour soigner les personnes porteuses du virus. Le coût moyen des médicaments nécessaires au traitement des malades a été réduit de 90 %. En outre, le chef de l'État, Abdoulaye Wade, s'est engagé à doubler l'enveloppe budgétaire consacrée au programme de distribution d'antirétroviraux, qui va ainsi passer de 250 millions de francs CFA à 500 millions de francs CFA par an (environ 700 000 dollars).

Éducation par les pairs

En appui à ces programmes, les interventions ont

Profil : Le sida au Sénégal

Personnes vivant avec le VIH/sida (1999)	79 000
dont :	
femmes (15 à 49 ans)	40 000
hommes (15 à 49 ans)	35 700
enfants	3 300
Taux de prévalence du VIH chez les adultes (%)	1,8
Nombre estimatif de décès dus au sida en 1999	7 800
Enfants ayant perdu un parent ou les deux	42 000

Source : *ONUSIDA, Commission économique de l'ONU pour l'Afrique, Le sida en Afrique : situation par pays, 2000.*

été décentralisées à tous les niveaux, de nombreux projets de sensibilisation étant mis en place à l'échelle des organisations communautaires, et notamment des associations culturelles et sportives et des groupes de femmes. Des centres pour adolescents ont été créés dans différentes régions et encouragent l'usage de préservatifs et l'éducation "par les pairs". Il s'agit d'une forme d'éducation à travers laquelle les jeunes bien informés sur le sida parlent aux autres jeunes.

Pour Mlle Ami Seck, lycéenne membre de l'Association sportive et culturelle de Louga, "cette méthode a l'avantage de contourner l'obstacle des tabous sexuels" et la réticence qu'éprouvent les adolescents à aborder devant des adultes les questions liées à la sexualité. D'après elle, "entre jeunes, on peut se permettre de tout se dire, en se regardant les yeux dans les yeux, sans aucun scrupule". Selon la formule ainsi adoptée dans les établissements scolaires, "les enseignants parlent aux élèves et ces derniers, à leur tour, parlent aux jeunes de leur âge et aux membres de leurs associations de quartiers". On a recours à la même méthode chez les groupes de femmes.

Les chefs religieux au cœur du dispositif

Le Sénégal compte environ 95 % de musulmans et 4 % de chrétiens. Les autorités religieuses, aussi bien musulmanes que chrétiennes, se sont engagées de pied ferme dans la lutte contre le sida. Elles ont organisé des ateliers et des colloques, dont le plus important a été le colloque international sur le thème "Religion et sida", qui s'est tenu à Dakar en 1997, avec la participation de représentants de communautés religieuses (bouddhistes, chrétiens, musulmans, etc.), venus

Ministre de la santé et sidologue

Le Dr Awa Marie Coll Seck, spécialisée dans la recherche sur le VIH/sida et d'autres maladies infectieuses a été nommée le 12 mai au poste de Ministre de la santé et de la prévention du Sénégal. Elle prend depuis longtemps une part active aux activités d'éducation et de prévention du sida et collabore avec le Comité national de lutte contre le sida du Sénégal depuis sa formation en 1986. En 1989, elle a créé une organisation non gouvernementale qui a pour but de mettre en lumière la vulnérabilité particulière des femmes face au sida et a dirigé ce groupe jusqu'en 1996. Elle est ensuite devenue membre du personnel du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) à Genève, avant d'assumer ses nouvelles fonctions de ministre. La nomination du Dr Seck est remarquable à plusieurs égards. Jusqu'à récemment, il était rare que des professionnels de la santé parviennent effectivement à des postes de ministres, positions qui sont habituellement réservées aux personnalités politiques influentes. Comme plusieurs autres ministres de la "société civile" du nouveau gouvernement, formé au lendemain des élections législatives du 29 avril, elle n'appartient à aucun parti. Le gouvernement dont elle fait partie se compose de six femmes - chiffre record - dont l'une est le Premier Ministre Mame Madior Boye.

du monde entier. Les dirigeants musulmans se sont toujours refusés à parler de préservatifs et ont préféré mettre l'accent dans leurs sermons sur la fidélité et l'abstinence, comme moyens les plus efficaces de prévention de la maladie. Toutefois, ils ne rejettent pas la possibilité qu'un couple utilise des préservatifs si l'un des époux est séropositif. Ils ont également combattu efficacement la discrimination à l'égard des personnes victimes de la maladie, dont certaines avaient été, au départ, rejetées par leur proche famille et leur communauté. Le plus important, souligne M. Bamar Guèye, coordonnateur de l'ONG islamique Jamra ("Braises" en arabe), c'est de changer le comportement des populations. "Nous avons toujours insisté sur la qualité morale de l'individu dans nos messages", estime-t-il. C'est l'ONG Jamra qui a réussi à mobiliser les califes (chefs religieux) des principales confréries religieuses islamiques du Sénégal en vue de débattre franchement du problème du sida.

Sida Service, une autre ONG à caractère religieux mais d'obédience chrétienne, s'est également beaucoup investie dans la lutte contre le sida. C'est la seule ONG à avoir créé un centre de dépistage gratuit et anonyme du sida au Sénégal.

Paul Sagna, Secrétaire exécutif de Sida Service, reconnaît que son association ne rejette pas l'utilisation du préservatif comme moyen de prévention mais conseille plutôt "l'abstinence et la fidélité".

Rejet des pratiques culturelles risquées

Selon Mme Bineta Bocoum, une des responsables du bureau régional de l'éducation pour la santé à Louga (région ayant un fort taux de personnes séropositives), il est très difficile à l'heure actuelle "de dire oui, des hommes ou des femmes, est plus touché par la maladie au Sénégal". Mme Bocoum, qui est également membre actif de la Société de femmes contre le sida en Afrique – association de lutte contre le sida – ajoute qu'il est très hasardeux de préciser les taux de séropositivité chez les prostituées. Si les prostituées "officielles" sont bien surveillées et très sensibilisées en ce qui concerne la maladie, d'autres exercent le métier de façon plus clandestine. Toutefois, il est, à son avis, assez réconfortant de constater que les informations sur la maladie sont largement vulgarisées par les ONG et les associations de femmes, de jeunes et de religieuses.

Néanmoins, bon nombre des pratiques culturelles répandues au Sénégal risquent de favoriser la propagation du VIH. Il y a notamment le levirat, pratique qui oblige un homme à prendre

Coopérative de femmes au Sénégal : les associations locales jouent un rôle essentiel dans la diffusion de l'information sur le sida.



Banque mondiale / Curt Carnemark

pour femme la veuve de son frère défunt, ou le sororat qui oblige une femme à se marier avec l'époux de sa sœur défunte. La polygamie et l'excision (mutilation génitale féminine) sont également très répandues. Heureusement, la participation des autorités religieuses à l'action de sensibilisation au sida a contribué à réduire de telles pratiques. Comme le soulignent à présent certaines de ces autorités, on ne devrait obliger personne à se marier si cela implique "le risque d'en mourir".

Des soldats bien équipés

Les soldats de l'armée sont considérés comme les plus grands utilisateurs de préservatifs au Sénégal. Des dispositions particulières ont en effet été prises pour sensibiliser les troupes en vue d'empêcher la propagation du sida. La réussite à ce niveau est liée au fait que le Dr Souleymane Mboup, médecin colonel de l'armée sénégalaise, participe de près à la recherche sur le sida. Il a même contribué aux travaux visant à isoler le VIH-2, une forme particulière du virus mise en évidence au Sénégal, et il a reçu plusieurs distinctions pour ses travaux de recherche. Les généraux de l'armée sénégalaise sont souvent formés par des médecins militaires pour servir de relais à l'action de sensibilisation des troupes et de leurs familles. A chaque mission de maintien de la paix à laquelle participent des contingents sénégalais, souligne une source médicale militaire, "les troupes sont bien sensibilisées à la maladie et dotées de préservatifs en quantités suffisantes". Les militaires en mission subissent régulièrement des examens et des tests de dépistage, indique la même source.

Dans les entreprises privées, l'accent est mis sur la prévention. C'est particulièrement le cas dans les grandes entreprises du pays, comme les

Industries chimiques du Sénégal, un centre d'extraction et de traitement du phosphate situé à Thiès, ou encore la Compagnie sucrière sénégalaise, une plantation et une raffinerie de sucre située à Saint-Louis. Selon M. Papa Nalla Fall, membre du patronat sénégalais, "tout est mis en œuvre pour protéger les travailleurs contre la maladie". "L'entreprise n'étant pas un élément isolé de la société, explique M. Fall, il est alors nécessaire d'agir sur l'environnement immédiat de l'employé et au-delà, sur toute la communauté à laquelle il appartient, afin d'éviter à l'entreprise d'éventuelles pertes de temps et d'argent."

M. Fall a participé aux travaux du Forum africain sur le développement, qui a été organisé en décembre 2000 par la Commission économique pour l'Afrique de l'ONU et a accordé beaucoup d'importance à la crise du sida. Il a plaidé à ce forum en faveur de la réduction de la dette des pays en développement, qui leur permettrait de se consacrer à la lutte contre le sida. De retour au Sénégal, il a mis en place, avec d'autres collègues du patronat du secteur privé sénégalais, une série de séminaires portant sur l'importance de la diffusion de l'information sur le sida au sein des entreprises.

Stabilité du taux de séropositivité

Au cours des 17 années qui se sont écoulées depuis le dépistage du premier cas de sida au Sénégal, le taux de séropositivité est demeuré stable. Sur les 80 000 Sénégalais qui vivent avec le virus, 3 000 environ sont des enfants. Au départ, il y avait environ quatre fois plus d'hommes séropositifs que de femmes mais la proportion est maintenant d'à peu près un homme pour une femme. Selon les experts médicaux, les prostituées, ou "travailleuses du

suite page 31

L'Ouganda fait reculer le sida

Mobilisation, éducation et transparence — éléments clés des progrès accomplis

Par **Fred Kirungi**

Kampala

Les taux de séropositivité VIH sont en diminution constante en Ouganda depuis 1993. Pour preuve, le taux de séropositivité parmi les femmes enceintes du pays n'était plus que de 10 % en 1999, selon les dernières statistiques du Programme de contrôle du sida (ACP) administré par le Ministère de la santé ougandais, alors qu'il était passé de 24 % en 1989 à 30 % en 1992. Parmi les patients du plus grand hôpital ougandais, le Mulago, qui sont atteints de maladies sexuellement transmissibles, le taux de séropositivité a chuté de 44,2 % en 1989 à 23 % 10 ans plus tard.

Le Dr Joshua Musinguzi, Chef par intérim du Programme national de lutte anti-sida, attribue ce

autorités entendaient ainsi prévenir la propagation du VIH, établir des mécanismes de prise en charge des personnes infectées et de leurs familles, et se donner les moyens d'endiguer l'épidémie. "Tout notre programme se fonde sur l'information, l'éducation et la communication. Il nous fallait sensibiliser les gens au problème et traduire cette sensibilisation par un changement de comportement", explique le Dr Musinguzi. Dans ses principaux messages, le Programme conseillait l'abstinence sexuelle, la fidélité et l'utilisation du préservatif. "Du coup, il y a plus de personnes qui utilisent des préservatifs et moins de rapports sexuels sans lendemain", se réjouit le médecin.

Quelque 80 millions de préservatifs ont été distribués l'an dernier dans le cadre du Programme. Ce chiffre devrait atteindre 120 millions cette

presse. En outre, des dépliants et affiches ont été distribués et des panneaux éducatifs posés dans tout le pays. Mais en raison de la portée limitée de ces efforts, notamment dans les zones rurales, le Programme a aussi fait appel aux administrations et aux services sociaux locaux.

"On a surtout sollicité l'aide du réseau des Conseils locaux pour faire passer nos messages dans chaque village, et pour s'assurer que les mesures de lutte contre le sida étaient bien prises et appliquées au niveau local", dit le Dr Musinguzi.

Le système des Conseils locaux est une structure administrative hiérarchique, allant des villages aux départements. A chaque niveau, on trouve un comité exécutif composé de neuf membres élus, qui comprend des responsables de la santé, des questions féminines et de la jeunesse. Le Programme a offert des cours de formation aux membres des Conseils départementaux, voire même communaux, qui à leur tour ont transmis leur savoir aux collègues des niveaux inférieurs. "L'idée était de les encourager à définir et à appliquer leurs propres stratégies", explique le Dr Musinguzi.

Les campagnes éducatives menées par les Conseils locaux dans les villages ne sont pas directement subventionnées par les pouvoirs publics. Ceux-ci fournissent en revanche du matériel d'information, des préservatifs et proposent, dans certains cas, des services de dépistage du virus. Depuis 1996, année qui marque le début de la politique de décentralisation, 65 % des recettes fiscales perçues sont allouées au niveau communal et servent en partie à financer des activités anti-sida à l'échelon local.

En outre, le Programme fait appel à des troupes théâtrales, des écoles, des églises, des mosquées et organisations locales. "Grâce à la politique de transparence face au sida, la lutte contre l'épidémie concerne tout le monde. Eglises, mosquées, écoles, armée, et même les sociétés du secteur privé ont établi leurs propres programmes dans ce domaine", explique le Dr Musinguzi.

Lutter contre l'exclusion

Cette transparence a largement contribué à dissiper l'opprobre qui entourait la maladie et à inciter les personnes séropositives à se joindre au combat. C'est par exemple le cas de la Buwolomera Development Association (BUDEA), groupement formé en octobre 2000 dans le département d'Iganga, à quelque 120 kilomètres à l'est de la capitale Kampala. Il se compose de



Equipe de secours mobile auprès d'un jeune malade du sida à Kampala: de nombreux secteurs de la société ougandaise participent à la lutte contre le sida.

succès aux quatre facteurs suivants : la détermination des dirigeants politiques, la transparence au sujet de la pandémie, la participation de tous les secteurs de la société à la lutte contre la maladie et la politique gouvernementale de décentralisation. En s'engageant lui-même dès le départ dans ce combat, le Président Yoweri Museveni "a encouragé les autres dirigeants politiques à faire de même", affirme le Dr Musinguzi à *Afrique Relance*.

Un départ énergique

En 1986, année de l'arrivée au pouvoir de M. Museveni, le Gouvernement a lancé le Programme national de contrôle anti-sida, véritable fer de lance de la lutte contre la pandémie. Les

années, contre seulement quatre millions en 1990. Un rapport publié en juin 2000 signale d'ailleurs une hausse de l'utilisation de préservatifs dans le pays. A Kampala, 51 % des personnes interrogées en 1998 ont affirmé avoir recours aux préservatifs, contre 42 % en 1995. Le rapport indique également une légère diminution de la proportion des partenaires sexuels de rencontre, qui passe de 14,1 % en 1995 à 13,7 % en 1998. En revanche, l'utilisation des préservatifs avec des partenaires de rencontre a augmenté considérablement, de 58 % à 76 %.

Les conseils locaux

Selon le Dr Musinguzi, des campagnes d'information anti-sida ont été menées dans le cadre du Programme à la radio, à la télévision et dans la

Sean Sprague



55 membres, dont 43 femmes, tous séropositifs. A l'origine, il y a eu à la fois leur désir de se reconforter mutuellement et d'empêcher les autres membres de la communauté de connaître le même sort, explique la Présidente, Florence Kumunhyu. "On se rend visite et on s'entraide sur le plan financier et moral. Comme on est tous séropositifs, on comprend nos problèmes et les effets de la maladie mieux que quiconque", précise-t-elle.

Les membres du groupement visitent écoles, églises et mosquées pour transmettre leur message. Ils font également du porte-à-porte. "Les gens prennent une personne séropositive plus au sérieux. Dans ce sens, le fait d'être porteur du virus est plutôt un atout", dit-elle.

Le groupement ne reçoit aucune subvention extérieure, s'appuyant uniquement sur le travail de ses membres pour financer leurs activités d'éducation et de soins à domicile. "On élève des poules, on cultive la terre et on fait de l'artisanat pour collecter de l'argent", précise Mme Kumunhyu.

Coordination à grande échelle

Au départ, les membres du groupement faisaient partie de la Integrated Development Activities and AIDS Concern (IDAAC), une importante organisation non-gouvernementale. Etablie il y a une dizaine d'années, cette ONG est désormais présente dans les trois départements de l'est du pays.

"On est allés dans les villages pour inviter les habitants à se faire tester. On a aussi prodigué à nos membres des soins à domicile et des conseils", explique le révérend Jackson Muteeba, administrateur du programme de l'IDAAC. Mais à mesure que le nombre de ses membres augmentait, l'ONG avait du mal à offrir ses services. "On a donc encouragé nos membres à former des associations locales pour s'entraider. Les mesures d'intervention sont plus efficaces et plus durables lorsqu'elles sont prises au niveau le plus bas, dans nos propres maisons", observe-t-il. Aujourd'hui, cette ONG, qui compte plus de 4 500 patients séropositifs, offre des services de formation et de conseils à ses organismes affiliés. Au total, plus de 1 500 ONG et associations locales participent aux efforts contre le sida en Ouganda.

Selon le Dr Musinguzi, c'est l'engagement des différents secteurs de la société ougandaise qui a été à l'origine de la formation de la Commission ougandaise sur le sida (UAC) en 1992, chargée de

coordonner les activités de lutte contre le sida. Le Chef des services de recherche et des programmes de la Commission, le Dr John Rwomushana, explique que dans le cadre de l'approche multi-sectorielle adoptée en 1993, la lutte contre la maladie a été élargie à d'autres secteurs de façon à englober la lutte contre la pauvreté, l'analphabétisme et la maltraitance des enfants, ainsi que la lutte contre des pratiques culturelles comme la polygamie et la transmission héréditaire de l'épouse, qui contribuent à accroître les risques de contamination.

Au total, la Commission estime à 181 millions de dollars le coût du programme de lutte contre le sida pour les cinq prochaines années. Le Gouvernement y contribuera à hauteur de 60 à 88 millions, la différence devant être prise en charge par les ONG et les bailleurs de fonds.

Sensibilités culturelles

"Nos campagnes d'éducation n'ont pas seulement abordé la question du sida et les problèmes de santé qui s'y rattachent, mais aussi les pratiques culturelles dangereuses, explique le Dr Rwomushana. La lutte contre le VIH s'inscrit dans le cadre des politiques d'éducation et d'élimination de la pauvreté dans le pays."

Comment combattre la pandémie et les comportements qui contribuent à sa propagation sans pour autant heurter les susceptibilités culturelles et religieuses ? Tel a été l'un des enjeux les plus délicats de la campagne. "On a sollicité la participation de tout le monde pour éviter d'entrer en conflit avec les différents groupes sociaux et religieux, dit le Dr Rwomushana. Le fait que le Président de la Commission, Halem Imana, soit un évêque catholique à la retraite témoigne de cette volonté d'inclusion."

La promotion et la distribution de préservatifs ont en particulier posé problème. De très nombreuses associations religieuses s'y sont opposées, contraignant le Programme et la Commission à mener initialement une campagne relativement discrète. Le problème a maintenant été résolu.

"Notre position est d'encourager les groupes soucieux de moralité à promouvoir des moyens de prévention qui correspondent à leurs convictions,

Profil : le sida en Ouganda

Personnes vivant avec le VIH/sida (1999) :	823 000
dont :	
femmes (15-49 ans)	420 000
hommes (15-49 ans)	350 000
enfants	53 000
Taux de prévalence du VIH chez les adultes (%)	8,3
Nombre estimatif de décès dus au sida en 1999	110 000
Enfants ayant perdu un parent ou les deux	1 700 000

Source : ONUSIDA, Commission économique de l'ONU pour l'Afrique, Le sida en Afrique : situation par pays, 2000.

sans pour autant nuire au travail de ceux qui recommandent des moyens de prévention qu'ils désapprouvent", précise le Dr Rwomushana.

Des défis importants à l'horizon

Malgré tous ces succès, de graves problèmes demeurent. L'un des plus sérieux est le nombre croissant des orphelins du sida. Selon la Commission ougandaise sur le sida, 1,9 million d'enfants ont perdu un de leurs parents ou les deux, à cause du sida. "Il s'agit de leur donner un logement, de la nourriture et une éducation", explique le Dr Rwomushana, chargé de formuler une stratégie nationale d'aide à ces orphelins.

Un autre défi de taille consiste à réduire le taux de prévalence relativement élevé du VIH parmi les filles de 15 à 19 ans. Un rapport de la Commission de mars 2001 indique que les filles avaient six fois plus de risques d'être séropositives que les garçons du même âge. Le Dr Musinguzi attribue ce phénomène au syndrome du "vieux satyre", faisant allusion aux hommes plus âgés et relativement prospères qui ont des rapports sexuels avec des adolescentes. "Il faut s'attaquer à ce problème d'une manière plus globale, en offrant aux filles la possibilité de suivre des études plus longues et en leur donnant les moyens de dire non à ces hommes", estime-t-il.

Mme Anne Akia Sydlar, rédactrice de *Straight Talk*, mensuel gratuit qui s'adresse aux adolescentes, est du même avis : "Les filles sont les proies faciles de ce type d'hommes car elles n'ont aucun pouvoir de négociation. Notre magazine s'efforce de leur apprendre des techniques de négociation et de communication."

Si ces obstacles sont importants, le Dr Rwomushana estime qu'ils ne sont pas insurmontables pour autant. "Avec la participation de tous, on a réussi à réduire les taux de séropositivité. Il n'y aura pas de complaisance, et la situation ne pourra que s'améliorer", conclut-il. ■

"Les mesures d'intervention sont plus efficaces et plus durables lorsqu'elles sont prises au niveau le plus bas, dans nos propres maisons."

— Rév. Jackson Muteeba

Les orphelins du sida : la “crise silencieuse” de l’Afrique



Banque mondiale

Par **Michael Fleshman**

A la tragédie des 17 millions de personnes mortes du sida en Afrique viennent s’ajouter 12 millions d’enfants orphelins. Traumatisés par la mort de leurs parents, stigmatisés par la maladie qui les a touchés de près et souvent réduits à une misère terrible après le décès du chef de famille, ces orphelins toujours plus nombreux — qui, selon la définition, ont perdu soit l’un de leurs parents soit les deux — pèsent d’un lourd poids sur la famille élargie traditionnelle et surchargent les systèmes sanitaire et éducatif des pays les plus durement touchés. Le problème est particulièrement grave en Zambie où, selon l’Agency for International Development des Etats-Unis (USAID), le nombre d’orphelins a atteint plus de 1,2 million en 2000 (c’est-à-dire un enfant zambien sur quatre). Sur ce nombre, 930 000 ont perdu au moins un parent à cause du sida.

Loger, alimenter, éduquer et procurer de l’affection à ces enfants est un devoir moral mais aussi un élément essentiel du développement futur de l’Afrique, a déclaré à *Afrique Relance* M. Stephen Lewis, Envoyé spécial des Nations Unies pour le VIH/sida en Afrique. “Nous devons faire des efforts herculéens pour ces enfants si nous ne

voulons pas les perdre. Sinon, prévient-il, nous courons à la catastrophe. Vous avez une société où les enfants ne sont pas scolarisés et ne peuvent donc pas occuper d’emploi, même les plus simples, une société où une grande partie de la population peut avoir des réflexes antisociaux en raison de ses conditions de vie très difficiles. Vous avez une génération d’enfants qui seront plus vulnérables face à l’exploitation et à la maladie car ils n’auront pas conscience de leur valeur.”

Les besoins des orphelins du sida sont immédiats — il faut les nourrir — et s’inscrivent également dans la durée — il faut les éduquer, les encadrer et leur prodiguer des soins jusqu’à la fin de l’adolescence. S’adressant aux responsables des pays industrialisés du Groupe des huit, réunis à Gênes en juillet 2001, le Secrétaire général de l’ONU, Kofi Annan, a demandé que les

ressources nécessaires soient fournies “pour aider tous ceux dont les vies ont été dévastées par le sida, particulièrement les orphelins”. Le nombre d’orphelins du sida excède 13 millions, a-t-il dit, “et leur nombre ne cesse de croître”.

Renforcer la famille

Toutefois, en Zambie et dans d’autres pays très durement touchés par la pandémie, l’institution traditionnelle qui prend en charge les enfants vulnérables, la famille élargie, commence à s’effondrer sous la double pression de la pauvreté et de la maladie.

Renforcer la famille, dit Carol Bellamy, Directrice générale du Fonds des Nations Unies pour l’enfance (UNICEF), est le seul moyen de répondre à la crise dans la pratique. “Il n’existe pas suffisamment d’orphelinats dans le monde pour prendre ces enfants en charge, dit-elle. Nous devons renforcer la famille élargie.” Mais une étude approfondie, réalisée en 1999, sur ce qu’un chercheur a baptisé la “crise silencieuse” des orphelins de la Zambie, démontre la difficulté pratique d’une telle entreprise.

Le problème est en partie financier. La pandémie est à la fois une cause et une conséquence de l’aggravation de la pauvreté dans le

pays, mais aussi de la hausse de la dette extérieure, problèmes qui poussent les familles au bord du gouffre et empêchent les pouvoirs publics de remédier à la crise des orphelins. Le revenu par habitant, qui n’était que de 490 dollars en 1990, a chuté à 330 dollars à la fin de la décennie, et le règlement du service de la dette occupait l’année dernière une part du budget national supérieure à la santé et l’éducation réunies.

Pour de nombreux enfants, la perte des parents est synonyme de misère, de fin de scolarité et de rejet par la famille et les voisins. En dépit du nombre croissant de décès, quasiment la moitié des orphelins zambiens vivent dans un foyer où survit un parent, en général la mère. Mais le taux élevé de séropositivité au sein des couples mariés signifie que nombre d’enfants perdent rapidement leurs deux parents et se retrouvent à la charge de leur famille élargie. Environ 40 % de ces enfants sont élevés par les grands-parents, 30 % par leurs oncles et tantes.

Les conséquences peuvent être dévastatrices pour les familles. Une femme de 70 ans qui élève ses quatre petits enfants a expliqué aux chercheurs : “depuis que l’on m’a amené ces enfants, je souffre. Je suis trop vieille pour les élever correctement. Je ne peux pas cultiver... et la nourriture ne durera pas toute l’année.”

“C’est là un acte qui demande des sacrifices incroyables de la part de ces familles car souvent, elles se retrouvent au bord du gouffre, reconnaît M. Lewis. Elles ont à peine de quoi survivre quand soudain, elles prennent deux enfants à charge. Je crois que personne n’avait imaginé l’ampleur du fardeau qui pèserait sur les familles élargies des pays les plus durement touchés. C’est tout simplement un défi extraordinaire.”

Les enfants chefs de famille, rares autrefois en Zambie, sont désormais de plus en plus nombreux, mais les formes officielles et traditionnelles d’héritage, le système de propriété foncière et les politiques sanitaires et éducatives n’ont pas suivi. “Nos deux parents sont morts en 1995, a dit une jeune Zambienne aux chercheurs de l’UNICEF. Quand cela s’est produit, les membres de notre famille nous ont fuies. Cela nous a surpris car, puisqu’ils sont de la famille, nous pensions qu’ils allaient prendre soin de nous. Nos parents avaient une grande ferme, mais on nous l’a prise et nous n’avons plus de terres à cultiver. Mes jeunes frères et sœurs sont devenus mendiants, ils vont de maison en maison pour demander de quoi manger.”

D'autres enfants sont pris en charge par les voisins ou trouvent à se loger dans l'un des rares orphelinats et foyers de Zambie. Pour les autres, il ne reste que les rues des villes zambiennes où les enfants, sans surveillance ou foyer stable, survivent de mendicité et de petits larcins.

Orphelins ou enfants vulnérables ?

En Zambie, l'aide apportée aux familles qui élèvent orphelins et enfants vulnérables vient surtout de la collectivité. Depuis que la pandémie du VIH/sida a commencé à s'étendre à l'ensemble du pays il y a presque 20 ans, des centaines de comités pour l'enfance, animés par des organisations religieuses et communautaires, et de nombreux projets de soins à domicile, ont pris les malades en charge et offert conseils et soutien aux orphelins et à leurs familles. Les programmes sont aussi variés que les communautés qu'ils desservent. Mais ils tentent tous, à leur façon,

ceux dont les parents sont décédés, et méritent donc tout autant d'être aidés. L'étude constate que si 75 % des enfants orphelins vivent en dessous du seuil de la pauvreté, c'est également le cas de 73 % d'enfants qui ont encore leurs parents.

Dans une communauté, un bailleur de fonds étranger avait financé les frais de scolarité et les uniformes neufs des enfants. Mais, les autres élèves n'avaient pas non plus les moyens de s'acheter de nouveaux habits. Le ressentiment suscitait par cette assistance a donc isolé les orphelins et créé des tensions dans la collectivité. Une situation similaire peut se produire dans une famille élargie où les enfants pris en charge par un oncle bénéficient d'avantages auxquels les propres enfants de ce dernier n'ont pas droit.

"Quand il s'agit d'intervenir sur le plan pratique, note l'étude, il n'est pas utile de séparer les orphelins des autres enfants vulnérables. En fait, les séparer présente des risques importants." Le

devaient de toute urgence parfaire leurs techniques d'exploitation agricole et améliorer leur nutrition.

Dans la région, les coutumes traditionnelles qui régissent l'héritage permettent généralement aux familles dirigées par des femmes ou des enfants de rester sur leurs terres, et au départ, le projet fournissait des semences, des engrais et des outils. Quand il est devenu évident que les familles ne disposaient pas des compétences requises pour augmenter leur production alimentaire, un agronome a été engagé en vue d'améliorer les techniques d'exploitation agricole et les rendements. Conçu à l'origine comme un programme de nutrition, le projet agricole du KOP procure désormais aux familles d'importantes sources de revenus qui permettent de régler les frais de scolarité des enfants et donc d'alléger le fardeau financier de la communauté.

Toutefois, des projets alimentaires instaurés dans d'autres régions du pays n'ont pas été aussi concluants. A Kitwe, le Comité local des enfants en détresse a créé des "jardins d'orphelins" gérés collectivement, visant à générer des revenus pour les familles vulnérables et à améliorer leur nutrition. Mais le rendement de ces jardins était inférieur à celui des jardins exploités à des fins commerciales. Ils n'ont donc pas réussi à réduire la dépendance des habitants par rapport aux rations d'aide alimentaire et autres programmes d'aide extérieure. Selon l'UNICEF et d'autres chercheurs, ce problème s'explique en partie par le fait que la communauté n'a pas pu engager de personnel professionnel et que les participants savaient que l'apport d'assistance viendrait compenser les mauvais rendements.

Le bilan des projets alimentaires de Kanyanga et de Kitwe illustre les forces et les faiblesses des réponses apportées localement aux besoins des orphelins et des enfants vulnérables. Dans les deux cas, les communautés ont recensé des besoins et pris rapidement des initiatives, en s'appuyant sur les compétences et les ressources locales disponibles. Mais les différences de résultats obtenus dans les deux communautés indiquent qu'il est nécessaire de disposer de davantage de compétences, d'assistance financière et de techniques extérieures, et qu'il est difficile de reproduire à plus grande échelle une expérience réussie sur le plan local.

Les orphelins et l'éducation

Les pouvoirs publics zambiens et les associations de la société civile font face à des difficultés similaires lorsqu'ils tentent de répondre aux besoins des orphelins et des enfants vulnérables. Bien que les communautés, les parents et les enfants eux-mêmes soulignent l'importance de l'éducation, selon une étude réalisée en 1999, "c'est peut-être dans ce domaine que les pouvoirs publics, les donateurs et les organisations de développement



A Chipata (Zambie) les orphelins du sida, en compagnie d'autres enfants, boivent l'eau d'une pompe financée par l'UNICEF.

d'aider les familles dans deux domaines essentiels : l'alimentation et l'éducation.

L'une des premières difficultés rencontrées par les communautés est un problème de définition : qui considère-t-on comme orphelin et quels enfants faut-il assister ? Financée par l'UNICEF et d'autres bailleurs de fonds, l'étude réalisée en 1999 a permis de constater que de nombreux Zambiens considèrent qu'un enfant est orphelin uniquement lorsqu'il ne vit pas avec un membre adulte de sa famille. Dans certaines communautés, les orphelins qui ont perdu leurs deux parents, mais sont pris en charge par d'autres membres de la famille, ne sont pas supposés recevoir d'assistance spéciale, sauf s'ils sont très pauvres. De nombreux Zambiens préfèrent le terme "enfant vulnérable" à "orphelin" parce que les enfants dont les parents sont vivants se trouvent souvent dans des conditions matérielles guère meilleures que

défi que les bailleurs de fonds doivent relever, notent les chercheurs, tient en partie au fait que de nombreux programmes réservent des fonds exclusivement pour les orphelins, et assortissent donc les critères d'éligibilité de "risques importants".

Terres et aliments

Dans les zones rurales, les pouvoirs publics et les associations religieuses et communautaires font en sorte, avec les chefs traditionnels, que les familles vulnérables puissent rester sur leurs terres, et lorsque ces familles ne sont plus capables de subvenir à leurs besoins, ils instaurent des programmes d'alimentation durable à partir de ressources locales. Dans une région rurale de l'est de la Zambie, le KOP (Projet des orphelins de Kanyanga) – au départ un programme de soins à domicile des malades du sida – a déterminé que les familles ayant des enfants vulnérables

ont le plus manqué à leur devoir envers les enfants zambiens". Les difficultés financières de la Zambie ne permettent pas aux pouvoirs publics d'assurer la gratuité de l'éducation. Les pouvoirs publics paient les salaires des enseignants mais les comités locaux de gestion scolaire doivent couvrir les coûts d'exploitation en faisant payer des frais d'inscription et en imposant le port de l'uniforme. Par conséquent, les enfants orphelins ou sans ressources financières abandonnent souvent leur scolarité.

Les enfants de familles défavorisées sont les plus vulnérables. "Nos archives montrent que la plupart des orphelins qui arrêtent leurs études viennent de familles pauvres", note un directeur d'école de Katongo, Isoka.

Pour tenter de retenir les enfants à l'école, les communautés recourent à trois stratégies. La première consiste à faire pression sur les comités locaux de gestion scolaire pour que les enfants les plus vulnérables soient dispensés de frais d'inscription. Ces initiatives aboutissent souvent, mais elles grèvent forcément les recettes du système éducatif. A l'école de Chimwenwe de Kitwe, par exemple, 400 enfants sur 1500 sont dispensés de frais d'inscription, ce qui réduit de près d'un tiers le budget d'exploitation de l'école.

Une deuxième stratégie consiste à recueillir des fonds pour payer les frais d'inscription des orphelins. Les bourses ont l'avantage d'assurer la solvabilité des écoles, mais elles obligent souvent les communautés locales à concevoir et gérer des projets générateurs de revenus. Sauf exceptions, les communautés s'aperçoivent souvent qu'elles ne disposent pas des capacités de gestion, du capital de départ et des débouchés nécessaires.

Souvent, ces projets communautaires ne sont pas rentables et privent les bénévoles d'un temps et d'une énergie déjà limités. Les pouvoirs publics zambiens, les bailleurs de fonds et les ONG estiment qu'il est essentiel de renforcer les capacités de génération de revenu des communautés. Mais c'est un objectif à long terme.

La troisième stratégie est celle du programme des Ecoles communautaires libres, écoles gérées par la communauté, qui n'exigent ni frais d'inscription ni port de l'uniforme. Ouvert aux enfants vulnérables, l'enseignement est dispensé par des enseignants bénévoles, dans des locaux qui ont été donnés. Raccourci, le programme scolaire enseigne six ans d'enseignement en trois. Partenariat novateur entre pouvoirs publics et communauté créé à l'origine pour éduquer les orphelins et les enfants vulnérables, ces écoles étaient censées compléter l'enseignement public et non le remplacer. Les élèves devaient en principe réintégrer l'éducation nationale en septième année.

Vu leur succès, les écoles libres se sont rapidement multipliées, souvent au détriment de la qualité de l'enseignement. Les enseignants étant bénévoles, ils sont souvent absents et quittent ces écoles dès qu'ils trouvent un emploi rémunéré. Malgré l'importance de ces palliatifs, disent les éducateurs, seul un système national d'enseignement obligatoire gratuit peut inculquer aux enfants les connaissances nécessaires au développement.

Institutionnaliser les réponses, non les enfants

Desservant une région où se trouve le plus grand nombre d'orphelins du pays, le Kaoma Cheshire Home est l'un des rares programmes qui dispensent des soins institutionnels aux très jeunes enfants orphelins du sida. Il vise pourtant à rendre ces enfants à leur communauté dès que les circonstances le permettent, en général à l'âge de 2 ou 3 ans.

Si les prestataires de service et les défenseurs des orphelins et des enfants vulnérables sont d'accord sur les dangers que présente l'institutionnalisation de ces populations, il est pourtant largement admis que les réponses internationales, nationales et locales doivent être systématisées et coordonnées. Ce rôle incombe

Les enfants chefs de famille, rares autrefois en Zambie, sont maintenant de plus en plus nombreux, mais les formes officielles et traditionnelles d'héritage, la propriété foncière, l'éducation et la santé ne suivent pas.

de plus en plus au gouvernement zambien, appuyé par l'UNICEF et l'ONUSIDA. A l'échelle nationale, le Département de l'aide publique coordonne un comité directeur composé d'ONG, d'associations de la société civile et de prestataires de services communautaires, qui évalue les besoins, envoie les ressources techniques et matérielles là où elles sont les plus nécessaires, et élabore des orientations en réponse aux besoins complexes des orphelins et des enfants vulnérables.

D'autres initiatives tentent aussi de mieux utiliser les ressources des associations de la société civile zambienne, confrontées depuis longtemps à la crise des orphelins, et riches d'une longue expérience de mobilisation de la population. Mais, en l'absence d'une augmentation substantielle des ressources financières, techniques et humaines, dit M. Lewis, l'avenir des orphelins africains est sombre.

"Un si grand nombre d'enfants ont vécu l'expérience traumatisante et désespérante de s'occuper d'une mère qui est littéralement morte dans leurs bras, observe-t-il. Ils se sentent tellement abandonnés. En voyant les plus jeunes, qui ont de 4 à 6 ans, avec leurs grands yeux, qui chuchotent de leurs petites voix douces, on se demande ce que l'on peut faire pour ce nombre apparemment infini d'enfants. Les communautés essaient de rassembler les enfants pour qu'ils puissent passer du temps ensemble, partager un repas si possible. Mais tout cela est très précaire. Les communautés sont tellement [accablées] par les mourants, les décès et la misère, remarque-t-il, qu'il n'y a ni le temps ni l'envie de s'intéresser aux orphelins, et pourtant, c'est nécessaire. Parfois, conclut-il, la situation semble insurmontable."

Le Sénégal, un modèle de réussite

suite de la page 23

sexe", constituent le groupe le plus exposé à la maladie, le taux de prévalence se situant entre 12 et 15 % dans leur cas.

Le Dr Ibra Ndoye, Directeur du Programme national de lutte contre le sida et responsable d'un important centre de traitement et de recherche sur le sida à l'hôpital Fann de Dakar, note que ce taux est meilleur que la moyenne africaine qui est estimée à environ 50 % pour les prostituées. "Le taux de séropositivité des prostituées n'est pas alarmant au Sénégal", soutient-il, en ajoutant que depuis 1988, le nombre de nouveaux cas est resté stable pour ce groupe. Il explique ce fait par l'important travail de surveillance de la population en général et des travailleuses du sexe en particulier. Il est possible que le taux de séropositivité de

l'ensemble de la population augmente légèrement au cours des quelques années à venir mais, selon le Dr Ndoye, l'objectif est de ne pas dépasser un taux de prévalence de 3 % d'ici à 2005.

"La plus grande difficulté à laquelle nous sommes actuellement confrontés, explique le Dr Ndoye, est le problème de l'accès aux médicaments, dont les prix sont encore trop élevés pour les malades." A son avis, une autre difficulté majeure tient au manque de formation des médecins chargés du secteur. "Le sida est une maladie nouvelle qui demande une approche nouvelle de la part du personnel spécialisé dans son traitement", dit-il. Il faut dès lors une formation adéquate et un personnel plus nombreux pour lutter encore plus efficacement contre la progression du virus. ■

Le coût économique et social du sida

L'Afrique australe est particulièrement touchée dans sa croissance économique

Par **Belinda Beresford**

Johannesburg

En Afrique australe, comme partout ailleurs sur le continent africain, l'épidémie de sida n'est pas seulement une crise sanitaire. C'est également "une grande menace qui pèse sur le développement et la société humaine", pour reprendre les termes qu'a employés Peter Piot, le Directeur général du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), lors d'une conférence organisée en avril dernier à Nairobi. La maladie ne s'en prend pas seulement aux générations actuelles ; elle met également en péril l'avenir, en fragilisant les économies et les sociétés africaines, souvent de façon insidieuse.

En adoptant une approche restrictive, certains ont prétendu que le sida n'aurait probablement pas de graves répercussions économiques à l'échelle nationale, les malades étant, dans leur très grande majorité, pauvres et non qualifiés et ne jouant donc qu'un rôle économique minime. Cette approche ne tient compte ni de la dimension humaine de la maladie, ni des aspects sociaux et

commence par s'en prendre aux éléments de base de la société, les femmes et les soutiens de famille qui font vivre et protègent l'ensemble de la communauté. Mais si à terme, le sida compromet la croissance économique et nuit au développement, c'est surtout au niveau "cellulaire", c'est-à-dire dans les foyers africains, que ses effets se font d'abord sentir.

De toutes les régions d'Afrique, c'est l'Afrique australe qui a les taux de séropositivité les plus élevés (voir carte, p. 23). En Afrique du Sud et au Botswana, la probabilité de mourir du sida est de 50 % chez les jeunes de 15 ans. D'après les prévisions effectuées l'an dernier par le Census Bureau des Etats-Unis, le Botswana, le Zimbabwe et l'Afrique du Sud connaîtront à cause du sida un taux d'accroissement négatif de la population. Des progrès difficilement acquis, concernant par exemple l'espérance de vie, l'éducation et l'alphabetisation, s'estompent. Au Botswana, le

près de 17 % de la population. Ces projections, bien sûr, ne tiennent pas compte d'éventuels progrès médicaux ou de modifications des comportements de la population, qui pourraient ralentir la progression de la maladie.

Dans les familles, les coûts directs du VIH/sida se mesurent par la perte de revenus des personnes qui sont mortes ou qui ont perdu leur emploi à cause de la maladie. L'épargne des ménages s'épuise, les dépenses autres que les soins de santé et les obsèques diminuent et les modes de consommation se modifient à

Le VIH/sida détruit les sociétés en commençant par s'en prendre aux éléments de base de la société : les femmes et les soutiens de famille.

mesure que les familles s'efforcent de prendre en charge les malades et les mourants.

M. Robert Greener, de l'Institut d'analyse politique du Botswana, a expliqué à *Afrique Relance* que si les recettes publiques provenant de l'industrie du diamant avaient été relativement épargnées par la crise du sida, les revenus des ménages ont été durement touchés. Les taux de pauvreté n'empirent pas nécessairement, "mais le taux d'amélioration ne sera plus ce qu'il a été. Nous avons constaté que le VIH aura des conséquences importantes sur la façon dont les gens peuvent investir pour leur propre avenir." D'après ses estimations, entre 17 et 25 % des foyers perdront un adulte ayant des revenus dans les 10 ans à venir, les revenus chutant de 15 % dans les familles les plus pauvres. Selon une étude réalisée par le gouvernement sur l'impact du sida, le revenu des ménages par habitant diminuera de 8 %, et de 13 % dans les foyers les plus pauvres.

Des ménages qui se maintenaient auparavant au-dessus du seuil de pauvreté sombrent dans la misère, ce qui peut faciliter la propagation de l'épidémie. Comme l'ONUSIDA l'a signalé, la pauvreté peut entraîner au moins deux formes de comportement susceptibles d'accroître l'épidémie : migrer pour chercher un emploi et se prostituer. Lorsque la pauvreté règne, "beaucoup de personnes pensent qu'il est plus important de simplement survivre que de se protéger contre le VIH/sida." La lutte contre la pauvreté peut, en revanche, contribuer à protéger la population du sida. Il est ressorti d'une étude réalisée à Bushbuckridge (Afrique du Sud) que l'octroi de micro-prêts à des groupes de femmes leur donnait une certaine autonomie financière, qui leur permettait de mieux négocier des relations sexuelles protégées.

Des fermiers en Zambie : certains ménages sombrent dans la misère après avoir perdu un membre de leur famille à cause du sida.



Das Fotoarchiv / Henning Christoph

économiques plus généraux du développement. Elle fait également abstraction des nombreuses répercussions du sida qui se manifestent déjà de façon insidieuse dans des secteurs importants des pays les plus durement touchés par l'épidémie.

Lors d'une conférence internationale sur le sida organisée l'an dernier en Afrique du Sud, Jeffrey Sachs, économiste d'Harvard, a fait remarquer que le VIH/sida détruit les sociétés de la même façon qu'il détruit le corps humain : il

VIH devrait d'après les estimations réduire de moitié l'espérance de vie à la naissance.

L'Afrique du Sud, que l'on considérerait auparavant comme la locomotive économique de la région, aurait, de tous les pays du monde, le pourcentage le plus élevé de séropositifs : une personne sur neuf, d'après les estimations. La propagation du virus ne devrait atteindre son paroxysme que dans cinq ans, lorsque le nombre de séropositifs passerait de 5,2 à 8,2 millions, soit



A plus grande échelle et à terme, la réduction des revenus des ménages et des perspectives d'avenir risque de saper les fondements de communautés et de sociétés entières. Les réseaux familiaux, qui en temps normal servent en cas de coup dur dans les pays pauvres, commencent souvent à s'effondrer lorsqu'ils doivent prendre en charge trop d'orphelins et que le soutien de famille ne peut plus subvenir à ses besoins, et encore moins à ceux d'autrui. Le transfert de connaissances d'une génération à l'autre se perd, et les processus de socialisation s'affaiblissent.

Une étude réalisée au Zimbabwe révèle qu'aucun des orphelins du sida travaillant dans des exploitations agricoles ne fréquentait d'établissement d'enseignement secondaire.

Des services de santé surchargés

Non seulement les revenus des ménages baissent, mais, en plus, l'argent qui reste sert souvent à soigner les malades. Les familles voient leurs dépenses de santé augmenter, et finissent par épuiser leurs économies et autres ressources disponibles, dans le but de lutter contre la mort et de payer ensuite les obsèques, lorsque la bataille est perdue.

A plus grande échelle, les systèmes de santé nationaux sont surchargés. L'infrastructure sanitaire de l'Afrique, qui manque déjà de personnel et de moyens financiers, essaie désespérément de répondre aux lourdes ponctions auxquelles elle est soumise. Les services de santé publique, en particulier, sont en difficulté, car bon nombre de centres et de docteurs du secteur privé choisissent de ne pas traiter les malades du sida. Par manque de matériel adéquat, le personnel de santé risque également de contracter la maladie.

Le sida bouleverse les priorités en matière de dépenses de santé. D'après l'ONUSIDA, en Zambie et au Zimbabwe (ainsi qu'en Côte d'Ivoire), jusqu'à 80 % des lits d'hôpitaux sont occupés par des patients séropositifs. L'épidémie pose aux pouvoirs publics un certain nombre de dilemmes : faut-il allouer des ressources limitées à la prévention de nouveaux cas, aider les personnes déjà porteuses du virus, ou lutter contre d'autres graves problèmes sanitaires comme la tuberculose, le paludisme et le choléra ?

Des écoles désertes

Dans les couches les plus pauvres de la population, de nombreuses familles touchées par le sida ne peuvent se permettre de scolariser leurs enfants. Même dans les pays où l'éducation est gratuite, d'autres coûts sont à la charge des familles, comme par exemple les uniformes et les livres. Pour remédier à ce problème, le Programme alimentaire mondial a proposé que les

écoles distribuent des "rations à emporter à la maison", afin d'inciter les familles à envoyer leurs enfants à l'école.

Une telle initiative aiderait tout particulièrement les filles, qui, en raison du conditionnement culturel, sont plus souvent contraintes d'abandonner leurs études pour s'occuper de leur entourage. Dans les régions où les taux de séropositivité sont les plus faibles, le taux de scolarisation tend à être plus élevé, notamment parmi les filles.

En outre, il arrive que les enfants soient les seuls membres valides d'une famille quand les adultes sont malades – ou morts – et s'efforcent avant tout de survivre et d'élever leurs frères et sœurs plutôt que d'aller à l'école. D'après des études réalisées au Zimbabwe, parmi tous les orphelins du sida travaillant dans des exploitations agricoles, aucun ne fréquentait d'établissement d'enseignement secondaire et la moitié des élèves du primaire avaient abandonné leurs études avant même la mort de leurs parents. Plus de 7 % des 1,9 million de ménages que compte la Zambie auraient maintenant à leur tête des enfants de moins de 15 ans.

Dans certains cas, le taux de séropositivité est anormalement élevé parmi les étudiants. Dans une université sud-africaine, on estime que les deux tiers des étudiants auront contracté le virus VIH avant d'avoir fini leurs études. A mesure que les

étudiants et les élèves meurent, les économies africaines perdent des travailleurs qualifiés potentiels et, en outre, les investissements effectués par les pouvoirs publics dans le domaine de l'éducation restent improductifs. Il en va de même des investissements des familles, qui perdent non seulement un être cher, mais également une éventuelle source de revenus futurs.

Le taux de séropositivité est également élevé parmi les enseignants. D'après les économistes sud-africains Peter Badcock-Walters et Alan Whiteside, en 1998, le taux de mortalité était de 39 pour mille parmi les enseignants, soit 70 % de plus que dans l'ensemble de la population de 15 à 49 ans. En Zambie, pendant les dix premiers mois de l'an dernier, 1 300 enseignants sont morts du sida, ce qui représente les deux tiers du nombre annuel de nouveaux enseignants diplômés.

Impact macroéconomique

A de nombreux égards, les ravages du sida à l'échelle individuelle et familiale finissent par se répercuter sur la santé économique d'un pays. La perte de travailleurs expérimentés et de personnel qualifié nuit à la production dans des secteurs essentiels. De façon plus insidieuse, le sida sape le moral de la population, affaiblit la confiance en l'avenir, ce qui a pour effet de réduire davantage la productivité et de freiner l'épargne et l'investissement.

Les répercussions de l'épidémie de VIH/sida inquiètent également de plus en plus les investisseurs étrangers, alors même que l'Afrique essaie



PNUD / Ruth Massey

d'attirer davantage de capitaux internationaux. Aux yeux des investisseurs, explique M. Gordon Smith, économiste en chef de la Deutsche Bank en Afrique du Sud, "l'incertitude incite à vendre plutôt qu'à garder des placements", et encore moins à accroître les investissements.

D'après certaines études, l'impact cumulé du sida aurait fait reculer de 0,7 % la croissance économique annuelle par habitant en Afrique. Mais ces estimations ne sont pas du tout fiables. Il existe peu de données précises sur la maladie elle-même – quelles sont les populations atteintes, dans quels secteurs économiques – et sur ses répercussions dans différents domaines d'activité économique. Il est également difficile de distinguer les répercussions du sida de celles d'autres facteurs. "Le sida fait partie d'un tout. Il aura un impact macroéconomique", reconnaît M. Whiteside, économiste sud-africain. "Mais on ne peut savoir quelles conséquences proviennent du sida ou, par exemple, du droit du travail."

Toutefois, de nombreuses études ont permis d'établir que le sida risque de ralentir sérieusement, et dans des proportions variables, la croissance économique. D'après les estimations de l'ONUSIDA, dans les pays dont le taux de prévalence du VIH dépasse 20 %, le produit intérieur brut (PIB) pourrait être réduit de 2 % par an. En Afrique du Sud, la banque d'affaires ING Barings a projeté que le VIH/sida pourrait entraîner une baisse de 0,3 à 0,4 % par an du PIB. Selon une autre étude, d'ici à la fin de la décennie, l'épidémie ferait reculer le PIB de l'Afrique du Sud de 17 %, soit 22 milliards de dollars.

Dans ses rapports sur le développement humain au Botswana, le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) cite des études effectuées par le gouvernement, selon lesquelles le PIB baisserait, à cause du VIH/sida,

D'anciens mineurs du Lesotho, dont certains ont le sida, produisent des supports d'information sur le sida.



Das Fotoarchiv / Ludger Schladomsky

de 24 % à 38 % d'ici à 2021. D'après M. Greener, 2 % de la population active de ce pays présente des symptômes cliniques du sida. Dans 25 ans, prédit-il, le PIB pourrait être inférieur de 40 % à ce qu'il aurait été sans le VIH/sida. "Le coût de la main-d'œuvre qualifiée sera plus élevé. Il faut prendre des mesures visant à maintenir la productivité et à éviter une pénurie de personnel qualifié."

Baisse de la production agricole

En Afrique subsaharienne, l'agriculture, qui est souvent le pilier de l'économie, est l'un des secteurs les plus durement touchés par l'épidémie. A mesure que les exploitants agricoles tombent malades, la superficie qu'ils cultivent diminue et les rendements baissent au fur et à mesure de leur affaiblissement physique. La sécurité alimentaire est menacée, car le travail, le temps et l'argent autrefois consacrés à l'agriculture sont maintenant consacrés à la maladie. Des familles d'exploitants agricoles risquent de pratiquer de nouveau l'agriculture de subsistance et non plus l'agriculture commerciale, ce qui se répercute sur la qualité et la quantité de vivres disponibles.

Au Malawi, le taux de mortalité a doublé parmi le personnel du Ministère de l'agriculture et de l'irrigation, en grande partie à cause du VIH/sida. En Namibie, des études ont permis de constater que les employés des services de vulgarisation agricole passaient le dixième de leur temps à assister à des obsèques.

"Les répercussions du sida sur la production alimentaire sont à la fois immédiates et durables", explique le Dr Piot, de l'ONUSIDA. La preuve en a été donnée par une étude menée au Zimbabwe, qui a analysé dans quelle mesure le décès d'un adulte réduisait la capacité d'un ménage à produire différents aliments : la réduction des

capacités de production était estimée à 61 % dans le cas du maïs, à 49 % pour les légumes et à 37 % pour les arachides (voir graphique, page 25). Mais le sida nuit également aux capacités agricoles à long terme. Il arrive souvent que le bétail soit vendu pour payer des frais d'obsèques et que des enfants orphelins ne sachent pas s'occuper du bétail ou des terres dont ils héritent.

Taux de séropositivité élevés chez les mineurs

L'industrie minière est connue pour ses taux de séropositivité élevés, particulièrement dans les régions où les foyers d'hébergement n'accueillent que des hommes et où les pratiques homosexuelles et la prostitution existent. La situation se complique du fait des travailleurs migrants, qui contribuent à la propagation du virus sur leur lieu de travail et de résidence, y compris dans d'autres pays. Certaines régions du Lesotho sont maintenant frappées de plein fouet par le sida, depuis que des mineurs malades rentrent d'Afrique du Sud, la situation étant exacerbée par le fait que l'économie de ce petit pays dépend fortement du salaire des travailleurs migrants.

Bien qu'on entende parfois parler de taux de séropositivité de 60 %, certaines compagnies minières prétendent que ces chiffres sont exagérés et que le nombre de séropositifs parmi leur personnel avoisine la moyenne nationale. Les compagnies minières sud-africaines passent pour être à l'avant-garde de la lutte que mènent les entreprises contre le VIH/sida.

Au Botswana, l'industrie diamantaire, fortement automatisée et faisant appel à une main-d'œuvre moins nombreuse et plus stable, est vraisemblablement peu touchée par le VIH, à la différence des mines d'or du pays voisin, l'Afrique du Sud. Peu de familles tirent directement profit des diamants et la plupart des revenus de ce

Afrique australe : Réduction de la population active due au VIH/sida (en %)

	en 2005	en 2020
Afrique du Sud	-10,8	-24,9
Botswana	-17,2	-30,8
Lesotho	-4,8	-10,6
Malawi	-10,7	-16,0
Mozambique	-9,0	-24,9
Namibie	-12,8	-35,1
Tanzanie	-9,1	-14,6
Zimbabwe	-19,7	-29,4

Source : ONU Afrique Relance, d'après les données de l'OIT et de la Division de la population de l'ONU.



secteur sont donc versés au gouvernement et ne bénéficient au reste de l'économie que par le seul biais des dépenses publiques.

Dans une plus grande mesure que dans d'autres pays, le PIB par habitant ne correspond donc pas aux revenus des particuliers. "Les pouvoirs publics sont protégés, contrairement aux particuliers, remarque M. Greener. Ce sont donc les ménages qui en subissent les répercussions."

Les entreprises assument les coûts ...

D'après une étude de la Deutsche Bank, en Afrique du Sud, le taux de séropositivité devrait atteindre en 2005 un sommet légèrement inférieur à 33 % chez les travailleurs non qualifiés et spécialisés et avoisiner 13 % dans la main-d'œuvre très qualifiée. Mais cette main-d'œuvre qualifiée est peu nombreuse, et subira donc de façon disproportionnée l'impact du sida. Il est ressorti d'une étude que les travailleurs très qualifiés sont en moyenne trois fois plus productifs que les travailleurs non qualifiés et que la baisse de la productivité pourrait représenter environ 54 % des coûts économiques totaux.

Les employeurs devront également assumer d'autres coûts, comme par exemple la hausse des demandes de remboursements de frais médicaux et d'indemnisation d'assurance. La compagnie d'assurances sud-africaine Metropolitan Life a calculé que, d'ici à 2010, les coûts salariaux pourraient augmenter de 30 % à cause des frais liés au VIH/sida, notamment aux versements de pensions et aux congés de maladie. L'absentéisme augmente car les employés prennent des jours de congé pour s'occuper des malades ou assister à des obsèques.

"Le moral des travailleurs faiblira à mesure que la peur et l'incertitude s'installeront et qu'ils verront des gens mourir dans leur entourage", prédit Mme Tsetsele Fantan, directrice du programme de lutte contre le VIH/sida de la compagnie de diamants botswanaise Debswana. "Des accidents se produiront en raison de problèmes de concentration. Une bonne partie des ressources de la direction servira à résoudre les problèmes qui se poseront."

Les entreprises africaines sont depuis longtemps confrontées à une pénurie de main-d'œuvre qualifiée, problème exacerbé par le fait que les travailleurs qualifiés – qu'il est difficile ou coûteux de remplacer – sont de plus en plus nombreux à mourir du VIH/sida. A mesure que les infrastructures publiques et privées commencent à se dégrader, la situation s'apparente parfois à un

cercle vicieux. En Zambie, il paraît que des pannes de courant ont eu lieu car il n'y avait pas suffisamment d'ingénieurs pour assurer la maintenance des centrales. Face aux ravages du VIH/sida, les ressources financières allouées à la formation sont réparties entre un plus grand nombre de personnes, afin de garantir qu'il en reste au moins quelques-unes. Selon des données empiriques, certaines entreprises formeraient plusieurs employés pour un seul poste, en partant du principe qu'il n'en resterait à la fin qu'un seul, les autres étant morts du sida.

... et privilégient la prévention du sida

Bon nombre de grandes entreprises ont commencé depuis longtemps à planifier les mesures à prendre face au VIH/sida, et notamment à prévoir l'impact probable de la maladie sur leurs effectifs. Bien que le dépistage de la maladie pose parfois des problèmes d'ordre juridique, les entreprises évaluent souvent la situation en effectuant des prélèvements de salive dans le cadre d'autres examens médicaux. En Afrique du Sud, par exemple, la société minière AngloGold effectue des tests anonymes de dépistage des mineurs, avec leur consentement et pendant l'examen de dépistage de la tuberculose. D'après un responsable des brasseries South African Breweries, 40 % du personnel de la société à KwaZulu Natal serait séropositif.

En prenant des mesures proactives, le secteur privé a pu se protéger dans une certaine mesure. Certaines entreprises ont cherché à réduire leurs risques en sous-traitant des secteurs d'activités, comme le transport sur grandes distances, où le taux de séropositivité est élevé. D'après une étude réalisée par le Conseil de la recherche médicale d'Afrique du Sud, environ 90 % des chauffeurs routiers d'une aire de repos étaient séropositifs.

Certaines entreprises estiment que l'introduction de mesures de prévention et de traitement est moins coûteuse que l'inaction.

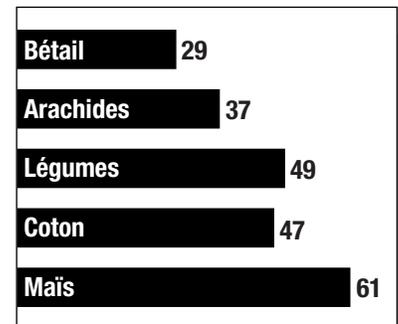
A l'instar d'autres entreprises, l'Anglo-American Corporation envisage de fournir à ses employés séropositifs des médicaments anti-rétroviraux, notamment si le prix de ces médicaments continue à baisser. Au Botswana, Debswana a annoncé qu'elle prévoyait de fournir des anti-rétroviraux à tous ses employés séropositifs, et à une personne à charge par employé, mesure qu'envisage également de prendre l'une de ses sociétés mères, De Beers.

Bon nombre d'entreprises ont mis en place des programmes de sensibilisation au sida,

dispensés dans le cadre de bilans de santé et du traitement gratuit des maladies sexuellement transmissibles (MST). Le centre de recherche Aurum d'AngloGold a calculé que l'entreprise réduirait ses coûts en traitant les MST, dans la mesure où cela contribuerait à faire baisser les taux d'infection.

En Afrique du Sud, la compagnie d'électricité para-étatique Eskom a mis en place des programmes visant à sensibiliser le personnel au VIH/sida et à aider les employés séropositifs à se maintenir en bonne santé. Cette entreprise, qui emploie environ 32 000 personnes, estime que le taux de séropositivité de son personnel est "nettement inférieur" à la moyenne nationale. D'après M. Baningi Mkhize, directeur des services de médecine du travail, la compagnie a été assaillie de demandes émanant d'employés qui souhaitent participer à un programme de dépistage volontaire et d'aide psychologique. Les membres du personnel atteints des symptômes de stade avancé du sida ont la possibilité d'adhérer au

Zimbabwe : Réduction de la production des ménages touchés par le sida (en %)

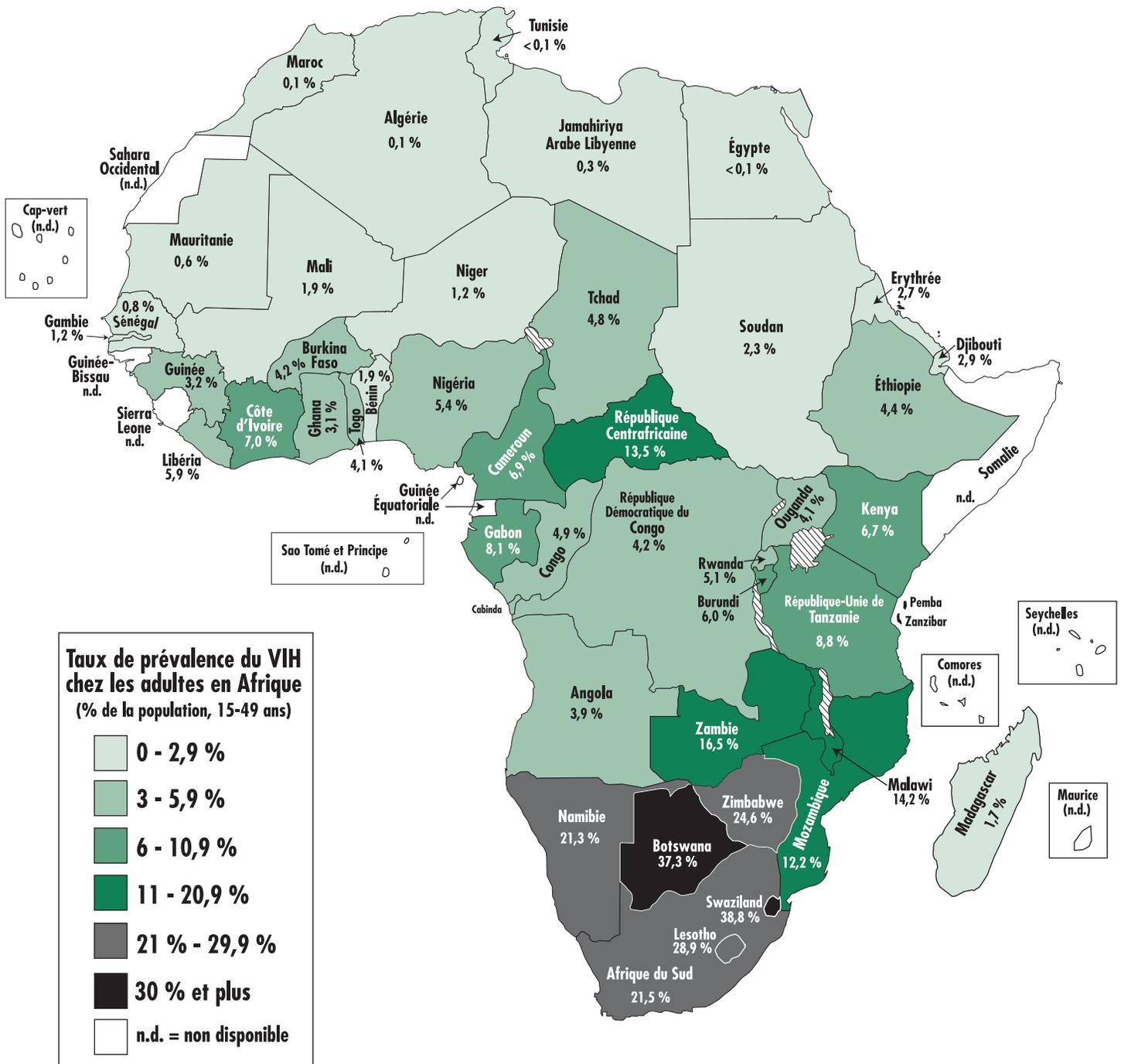


Source : ONU Afrique Reliance, d'après P. Kwaramba, The Socio-Economic Impact of HIV/AIDS on Communal Agricultural Systems in Zimbabwe, 1997.

programme Aid for AIDS, un programme spécial de gestion coordonnée des soins. En outre, Eskom alloue 125 rands (17 \$) par employé à son programme de lutte contre le VIH/sida, et prévoit d'y allouer 150 rands pendant le prochain exercice fiscal.

Les employeurs sont de plus en plus secondés dans leurs efforts – ou contraints à l'action – par les syndicats. La plus grande fédération syndicale du pays, le Congress of South African Trade Unions, prévoit de lancer une campagne visant à inciter les employeurs à financer les médicaments antirétroviraux de leurs employés séropositifs. ■

Prévalence du VIH chez les adultes en Afrique*



* Ces chiffres pour 2003, les derniers dont on dispose, correspondent au point médian entre les estimations les plus élevées et les estimations les plus basses.