

POPULATION & SOCIÉTÉS

Le sida va-t-il entraîner un recul de la population de l'Afrique au sud du Sahara ?

Gilles Pison*

Avec près d'un adulte sur dix infecté par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), contre un sur cent dans l'ensemble du monde, l'Afrique au sud du Sahara est de loin la région la plus touchée par le sida. Quelles en sont les conséquences démographiques, en particulier sur la mortalité et le nombre d'habitants ? L'épidémie varie beaucoup d'un pays africain à l'autre, ceux d'Afrique australe étant les plus touchés, sait-on pourquoi ?

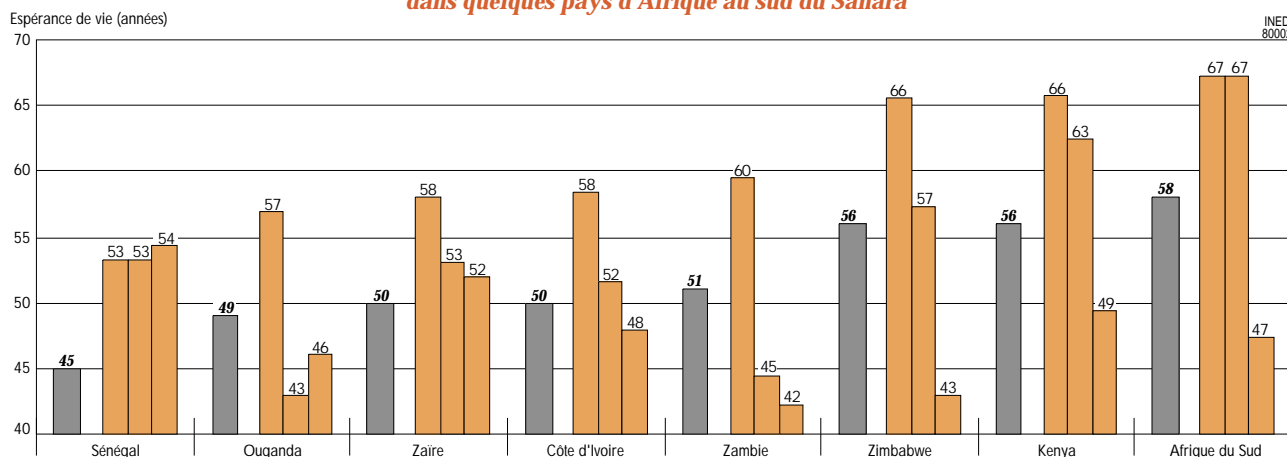
Les Nations unies, qui révisent leurs estimations de population tous les deux ans, ont pris pour la première fois en compte les conséquences démographiques de l'épidémie de sida en 1992 [1]. On commençait alors à mieux connaître l'épidémie et ses caractéristiques. Le surcroît de décès qu'elle occasionnait avait pu être mesuré dans les pays disposant de

statistiques fiables sur les décès et leurs causes (1). Mais dans les pays les plus affectés par le sida, il n'existe pas de tels outils : mesurer le niveau d'ensemble de la mortalité est déjà difficile, évaluer la mortalité due au sida devient alors une gageure. Le seul moyen d'y parvenir est l'estimation indirecte, qui consiste à élaborer des modèles épidémiologiques fondés sur les caractéristiques de la maladie et la part de la population déjà infectée par le virus.

◆ Les projections de population fortement révisées en 1992...

En 1992, les Nations unies ont estimé l'évolution à venir de la proportion de personnes infectées en faisant des hypothèses sur les progrès dans la lutte contre la

Figure 1 - Espérance de vie à la naissance en 1980-1985 et projections en 2000-2005 dans quelques pays d'Afrique au sud du Sahara



Guide de lecture : En Afrique du Sud, l'espérance de vie à la naissance en 1980-1985 (gris) était de 58 ans. Pour 2000-2005 (couleur), les projections des Nations unies ont annoncé respectivement 67, 67 et 47 ans dans leurs révisions de 1990, 1992 et 2000.

Source : Nations unies, World population prospects, 1990, 1992, 2000 [1].

* Institut national d'études démographiques

maladie. Le temps d'incubation de la maladie étant long – il faut attendre dix ans pour que la moitié d'un groupe de personnes nouvellement infectées soit malade – et l'épidémie ne cessant de progresser dans de nombreux pays, ses conséquences démographiques restaient largement à venir. Cette prise en compte du sida a conduit à réviser à la baisse les pronostics d'évolution de l'espérance de vie à la naissance pour un certain nombre de pays. Ainsi, l'espérance de vie à la naissance en Ouganda atteignait 49 ans dans la période 1980-1985. On prévoyait en 1990 qu'elle atteindrait 57 ans entre 2000 et 2005, alors que la révision de 1992 a ramené ce chiffre à 43 ans, soit un recul de six ans au lieu d'une progression de huit (figure 1). Même recul ou presque en Zambie : 45 ans seulement d'espérance de vie en 2000-2005 au lieu des 60 ans prévus en 1990. Dès le début des années 1990, on estimait que 10 % à 15 % des adultes de ces deux pays étaient infectés par le VIH, un record mondial à l'époque. Pour la plupart des autres pays d'Afrique, même ceux touchés tôt par l'épidémie, comme le Zaïre, le Kenya ou le Zimbabwe, l'ajustement des projections a été moindre, l'espérance de vie à la naissance étant censée retrouver en 2000-2005 son niveau de 1980-1985, voire le dépasser, après une baisse temporaire. Pour l'ensemble de l'Afrique (Afrique du Nord comprise), le nouveau scénario des Nations unies conduisait à diminuer de deux ans la prévision d'espérance de vie pour 2000-2005 : 56 ans au lieu de 58, ce qui constituait tout de même un progrès de six ans par rapport au niveau de 1980-1985.

L'une des hypothèses du scénario de 1992 était que l'épidémie avait atteint un plateau ou n'était pas loin de l'atteindre dans beaucoup de pays ou régions touchés. La lutte contre la maladie progressant, on gardait l'espoir que la tendance s'inverse au cours des décennies suivantes et que l'espérance de vie reparte à la hausse. Après avoir récupéré le terrain perdu, l'espérance de vie aurait largement dépassé en 2010-2015 son niveau de 1980-1985, et ce dans tous les pays. Les scientifiques ne se cachaient pas l'importance des drames humains causés par l'épidémie mais, à ceux qui redoutaient une réduction, voire une disparition de la population africaine, ils répondaient que la population de l'Afrique continuerait d'augmenter malgré tout et qu'il en serait de même pour chaque pays. La natalité était encore si élevée sur le continent que, même avec une mortalité en forte hausse, les naissances demeureraient plus nombreuses que les décès. La croissance serait tout au plus ralentie : 2 % à 3 % par an au lieu de 3 % à 4 % sans épidémie.

◆ ... réajustées à nouveau quelques années plus tard

En 1994 et 1996, les Nations unies ont reconduit sans grand changement le scénario de 1992 quant aux effets du sida. Par la suite, cependant, le diagnostic a changé. On s'est aperçu dans la seconde moitié des années 1990

que l'épidémie avait progressé nettement plus qu'on ne l'avait imaginé, notamment en Afrique australe. Les Nations unies ont dû à nouveau réviser fortement leurs projections. Ainsi, par rapport aux 58 ans annoncés en 1990 et aux 56 ans annoncés en 1992, la révision de 2000 ramenait l'espérance de vie à la naissance de toute l'Afrique pour la même période 2000-2005 à 51 ans seulement. D'une projection à l'autre, le recul était particulièrement sensible au Kenya (66, 63 et 49 ans), en Côte d'Ivoire (58, 52, 48), au Zimbabwe (66, 57, 43) ou en Zambie (60, 45, 42) (figure 1). Mais c'est dans les pays d'Afrique australe (Afrique du Sud, Botswana, Lesotho, Namibie et Swaziland), que la révision à la baisse a été la plus marquée : on est revenu de 66 ans annoncés en 1992 (un niveau très supérieur à la moyenne africaine) à 46 ans annoncés en 2000, toujours pour cette même période 2000-2005. Cette baisse spectaculaire de l'espérance de vie est due à la hausse de la mortalité liée à un taux d'infection record : on estime que 21 % des adultes de 15-49 ans vivant en Afrique australe étaient infectés à la fin de l'année 2001 [2].

◆ L'accroissement rapide de l'épidémie longtemps sous-estimé

Pourquoi n'a-t-on pas anticipé le développement si rapide de l'épidémie en Afrique australe au cours des années 1990 ? Qu'est-ce qui faisait penser il y a dix ans que les taux d'infection records observés à l'époque en Ouganda et en Zambie étaient indépensables ? C'est qu'on ignorait alors le rôle de plusieurs facteurs biologiques ou sociaux. On supposait un taux de transmission de l'infection uniforme, alors qu'il s'est avéré plus élevé en Afrique qu'ailleurs en raison de la forte fréquence des maladies sexuellement transmissibles autres que le sida. On ne savait pas alors que lorsqu'un des partenaires a une infection sexuellement transmissible occasionnant des ulcères génitaux, notamment la syphilis ou l'herpès génital (HSV-2), le taux de transmission du VIH peut être multiplié par 10 à 100 et l'on a une chance sur cinq ou dix d'être infecté par un rapport sexuel unique. Dans un contexte de rapports sexuels à risque relativement fréquents (multi-partenariat, recours aux prostituées et faible utilisation des préservatifs), ces maladies ont contribué à accélérer la progression de l'épidémie [3]. Plusieurs facteurs sociaux ont aussi joué un rôle important dans l'épidémie africaine, qui n'ont pas été suffisamment pris en compte dans les premières projections. Ainsi l'existence de fortes communautés de travailleurs migrants célibataires, parfois empêchés de s'installer durablement en ville, comme en Afrique australe, et gardant des liens avec le monde rural. Engagés souvent dans

(1) En France, par exemple, la statistique des causes de décès indique que le sida a tué 2 785 personnes en 1990 sur un total de 526 201 décès (0,5 %). Le sida n'a pas empêché l'espérance de vie à la naissance de progresser puisqu'elle est passée de 76,8 ans en 1990 à 79,0 ans en 2000.

des relations avec plusieurs partenaires et ayant aussi recours aux prostituées, ils ont contribué par leur va-et-vient à accélérer la diffusion de l'épidémie dans les campagnes. Une autre caractéristique fréquente des sociétés africaines, le grand écart d'âges entre conjoints ou partenaires, a joué dans le même sens, en permettant au virus de se transmettre plus rapidement d'une génération à l'autre.

◆ Le Sénégal et l'Ouganda montrent l'exemple

Si près d'un adulte africain sur quinze est infecté par le VIH à la fin de l'année 2001 (en comptant l'Afrique du Nord), l'importance de l'épidémie varie beaucoup d'un pays à l'autre. Elle tend à suivre un gradient nord-sud (carte). Au sud se trouvent les sept pays les plus touchés (Zambie, Zimbabwe, Afrique du Sud, Botswana, Lesotho, Namibie et Swaziland), avec des proportions d'adultes infectés supérieures à 20%. Au nord, en revanche, les pays sont peu infectés. Dans toute la bande sahélienne (Sénégal, Gambie, Mali, Niger, Tchad et Soudan), les taux restent modérés, sans être négligeables pour autant : entre 0,5% et 3,6%.

Dans la progression générale de l'épidémie, deux pays font cependant exception. Le Sénégal, d'abord, avec le taux d'infection le plus bas au sud du Sahara si l'on excepte Madagascar et l'Île Maurice : 0,5%, soit un taux proche de celui observé en Île-de-France. L'épidémie y est présente depuis longtemps mais est restée jusqu'ici très limitée. Pourtant, les comportements sexuels n'y sont pas très différents de ce qu'ils sont dans le reste de l'Afrique sub-saharienne et le préservatif n'y est pas beaucoup plus utilisé. Tout au plus peut-on noter que les jeunes femmes y ont une sexualité moins précoce. En outre, le pays n'abrite pas de fortes communautés de travailleurs migrants célibataires qui ont ailleurs beaucoup contribué au développement de l'épidémie comme mentionné plus haut. De plus, la fréquence des maladies sexuellement transmissibles autres que le sida est restée à un niveau modéré. Enfin, l'État sénégalais s'est préoccupé très tôt de développer la prévention. Chacun de ces facteurs pris isolément n'aurait sans doute pas empêché l'épidémie de progresser mais leur réunion a permis jusqu'ici de la contenir.

L'Ouganda constitue une seconde exception. Bien que le taux d'infection (5% des adultes) y soit dix fois

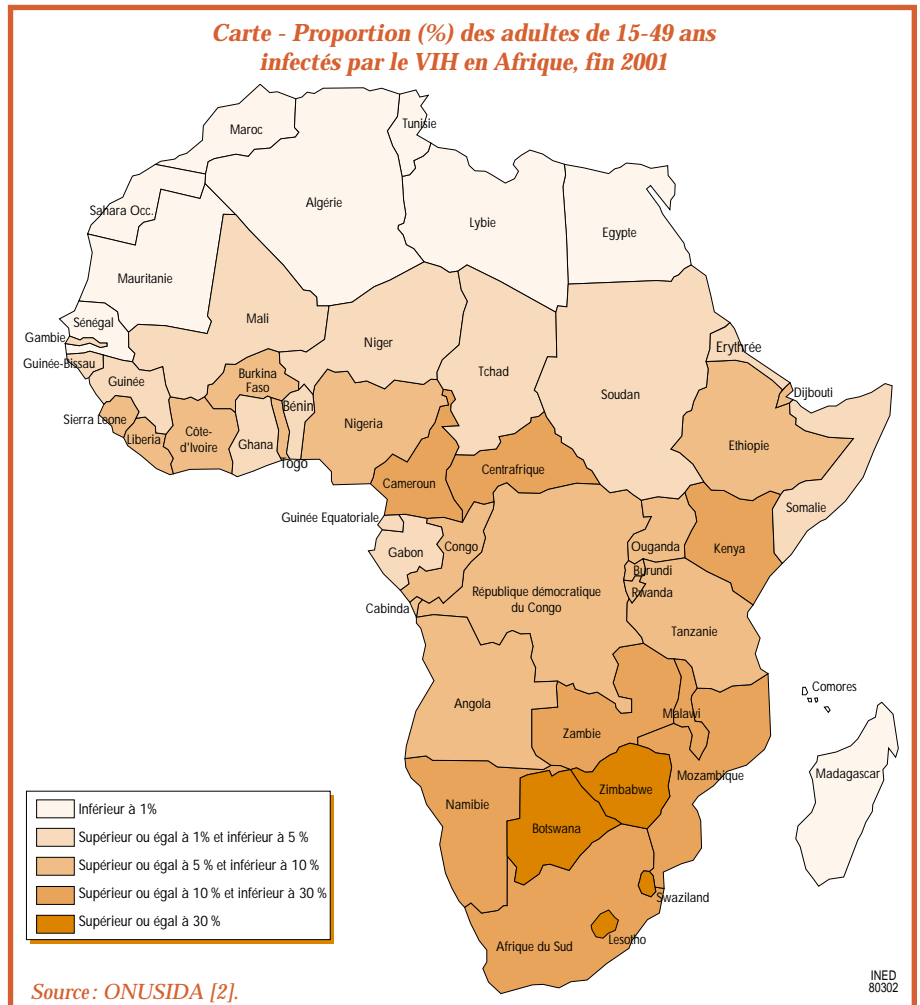
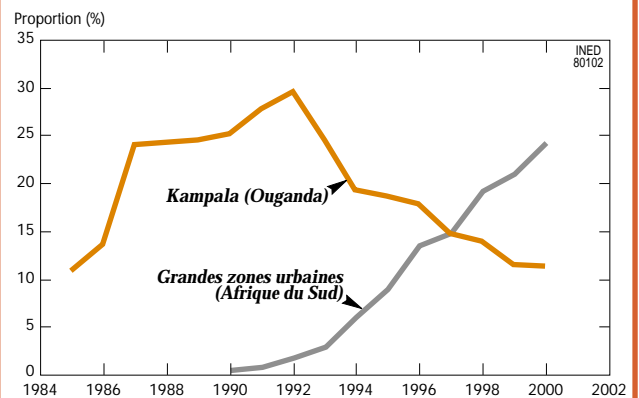


Figure 2 - Proportion de femmes enceintes infectées par le VIH à Kampala (Ouganda), et dans les grandes villes d'Afrique du Sud

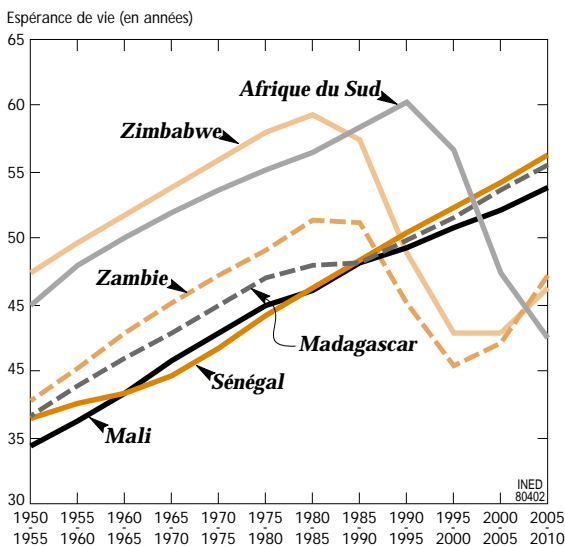


Note: La proportion de femmes enceintes infectées par le VIH estimée grâce aux tests sérologiques effectués chez les femmes fréquentant les consultations prénatales, est la principale source d'information sur la proportion d'adultes de 15 à 49 ans qui sont infectés.

Sources: ONUSIDA/OMS, Groupe de travail pour la surveillance mondiale du VIH/SIDA.

plus élevé qu'au Sénégal, il a été divisé par deux à trois depuis dix ans (figure 2). Ce retournement, après le développement fulgurant de l'épidémie dans les années 1980 et le début des années 1990, tient aux

Figure 3 - Évolution de l'espérance de vie à la naissance dans quelques pays africains entre 1950 et 2000 et projections jusqu'en 2010



Source : Nations unies, *World population projections, The 2000 Revision* [1].

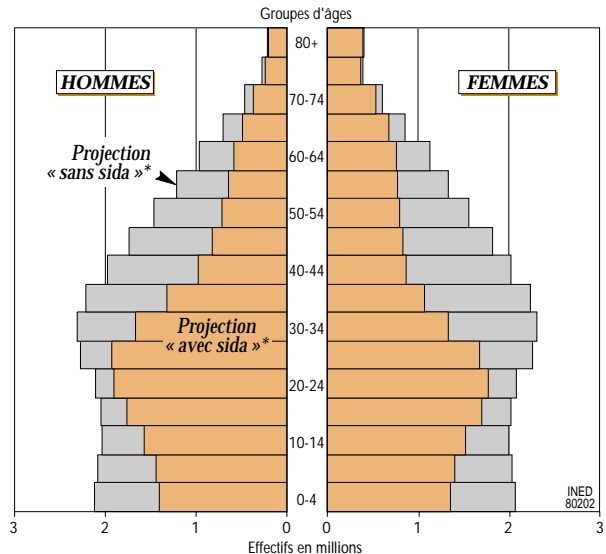
succès de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et aux changements de comportements induits à la fois par l'ampleur de la crise et par les efforts colossaux d'éducation et de prévention depuis une dizaine d'années, notamment auprès des jeunes. Cela fait de ce pays un modèle de réussite dans la lutte contre l'épidémie.

◆ Une démographie bouleversée pour longtemps

L'une des conséquences de l'épidémie aura été de bouleverser la carte de la mortalité en Afrique au sud du Sahara : les pays qui étaient les plus en retard il y a dix à quinze ans, comme le Sénégal et la plupart des pays d'Afrique de l'Ouest, se retrouvent maintenant en tête, avec des espérances de vie supérieures à 50 ans, alors qu'à l'inverse, les pays d'Afrique orientale et australe, hier en tête, se retrouvent aujourd'hui au bas du tableau avec les espérances de vie les plus basses (figure 3).

Autre conséquence, la structure par âge de la population aura été profondément altérée et pour longtemps. Comme toutes les régions du monde, l'Afrique est appelée à connaître un vieillissement démographique (diminution de la proportion des jeunes puis augmentation de celle des personnes âgées) en raison de la baisse de la fécondité. On pourrait croire que la mort de nombreux adultes renforce la part des personnes âgées dans les villes et les villages, avec le risque d'un vieillissement prématuré de la population. En réalité, c'est l'inverse : les personnes âgées sont encore peu nombreuses et la population compte beaucoup d'enfants (la moitié de la population a moins de 18 ans). La surmortalité des adultes a plutôt pour effet pour l'instant de renforcer la part des

Figure 4 - Pyramide des âges de l'Afrique du Sud en 2020



* La projection « avec sida » prend en compte l'impact de l'épidémie de sida, la projection « sans sida » imagine ce qu'aurait été la population si l'épidémie n'avait pas eu lieu.

Source : US Census Bureau [4].

enfants dans la population, et donc de la rajeunir. De plus, les adultes qui meurent prématurément diminuent le nombre potentiel de personnes âgées pour les décennies à venir. En définitive, l'épidémie de sida n'accélère pas le vieillissement démographique mais le retarde (figure 4).

En revanche, la population de l'Afrique sera au total moins nombreuse qu'elle ne l'aurait été sans l'épidémie. Elle continuera cependant à croître et pourrait atteindre 1,4 milliard d'habitants en 2025, selon les Nations unies, soit 70 % de plus que les 840 millions d'aujourd'hui. L'écart avec le chiffre de 1,6 milliard annoncé en 1990 ne tient pas seulement à la hausse de la mortalité. La fécondité, qui a commencé à baisser en Afrique, l'a fait plus tôt et à un rythme plus rapide que prévu il y a dix ans. Dans certains pays très touchés par l'épidémie et où la fécondité a déjà diminué de façon substantielle (Afrique du Sud et Botswana), la population risque de stagner, voire de diminuer pendant quelques années. La population des autres pays ne baissera sans doute pas, mais sa croissance sera beaucoup plus ralentie que prévu. Malgré sa vitalité démographique, l'Afrique aura payé un lourd tribut à l'épidémie de sida.

RÉFÉRENCES

- [1] ONU - Division de la population - *World population prospects: the 1990 revision*, New-York, 1991 (voir aussi les révisions suivantes de 1992 et 2000)
- [2] Onusida - *Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA 2002*, Genève, juillet 2002
- [3] M. CARAËL, S. HOLMES - « The multicentre study of factors determining the different prevalences of HIV in sub-saharan Africa », *AIDS 15* (suppl. 4), 2001, p. 1-132
- [4] US Census Bureau - *Demographic estimates and projections*, 2002, Washington (à paraître)