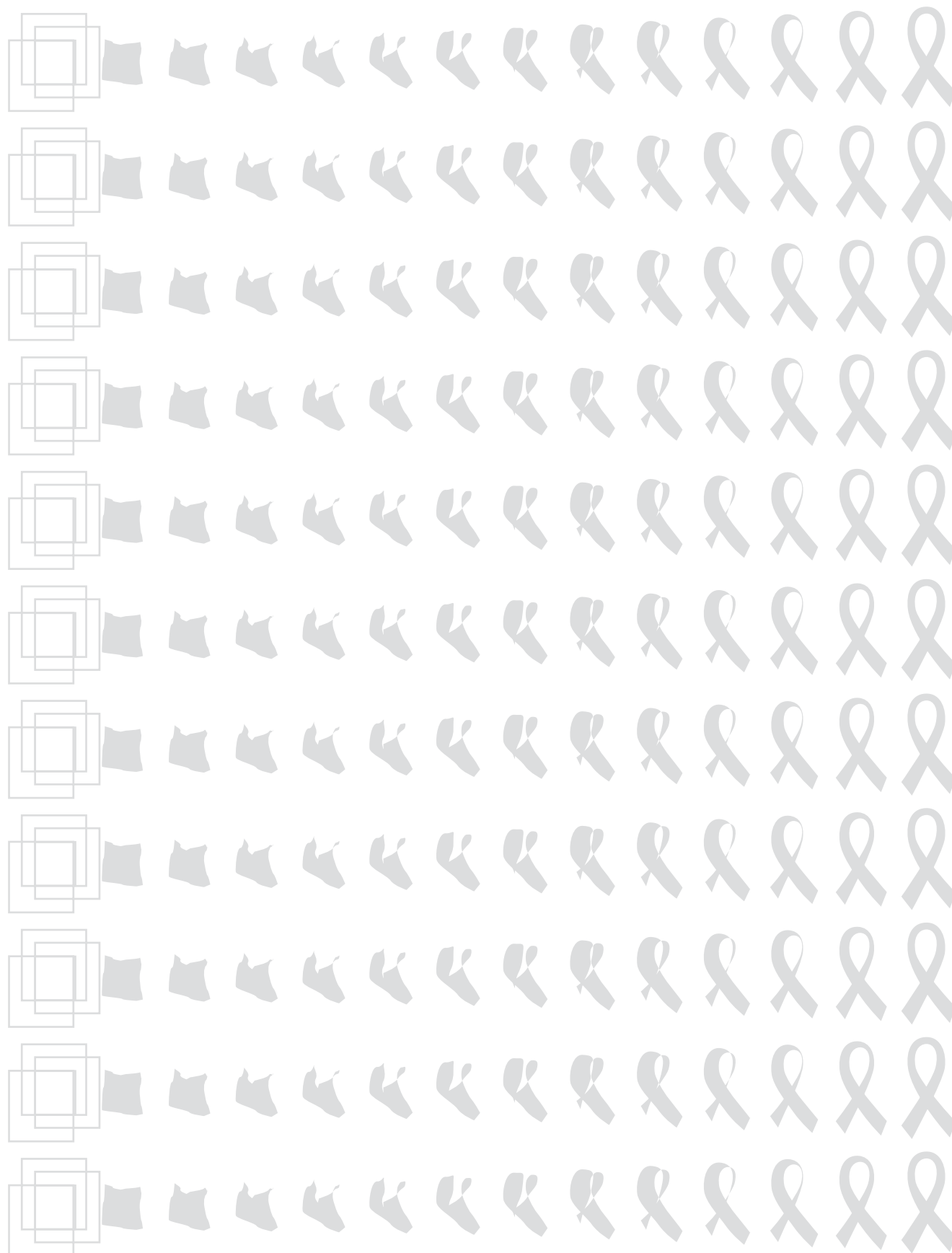




Bureau
international
du Travail

Le VIH/sida dans le monde du travail : évaluation mondiale, répercussions et réponses



Copyright Organisation internationale du Travail 2004

Les publications du Bureau international du Travail jouissent de la protection du droit d'auteur en vertu du protocole n° 2, annexe à la Convention universelle pour la protection du droit d'auteur. Toutefois, de courts passages pourront être reproduits sans autorisation, à condition que leur source soit dûment mentionnée. Toute demande d'autorisation de reproduction ou de traduction devra être adressée au Bureau des publications (Droits et licences), Bureau international du Travail, CH-1211 Genève 22, Suisse. Ces demandes seront toujours les bienvenues.

ISBN 92-2-215824-5

Les désignations utilisées dans les publications du BIT, qui sont conformes à la pratique des Nations Unies, et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part du Bureau international du Travail aucune prise de position quant au statut juridique de tel ou tel pays, zone ou territoire, ou de ses autorités, ni quant au tracé de ses frontières.

La mention ou la non mention de telle ou telle entreprise ou de tel ou tel produit ou procédé commercial n'implique de la part du Bureau international du Travail aucune appréciation favorable ou défavorable.

Les publications du Bureau international du Travail peuvent être obtenues dans les principales librairies ou auprès des bureaux locaux du BIT dans de nombreux pays. On peut aussi les commander directement au Bureau des publications, Bureau international du Travail, CH-1211 Genève 22, Suisse. En écrivant à cette adresse, on peut également se procurer des catalogues ou des listes de nouvelles publications.

Photocomposition : Bureau international du Travail
Imprimé à SRO, Suisse

OF/LE/030105 (rev.)

Remerciements

Au départ, l'idée de procéder à l'estimation de l'impact du VIH/sida sur les travailleurs a été conçue par le Directeur général, Juan Somavia, lors de la création du Programme de l'OIT sur le VIH/sida et le monde du travail. De son côté, Assane Diop, Directeur exécutif responsable du Secteur de la protection sociale, a souligné l'importance des études consacrées à la lutte contre le VIH/sida dans le monde du travail. Le rapport a été établi sur les conseils et sous la direction de Franklyn Lisk (Directeur du Programme OIT/SIDA). La préparation du rapport a été coordonnée par Odile Frank, qui a élaboré l'analyse technique et assuré la rédaction générale du texte. L'équipe des principaux collaborateurs était composée d'Ibrahima Coulibaly, Oluremi Doherty, Ndoli Kalumiya, Jessica Owens, Pallavi Rai et Jag Sehgal.

Desmond Cohen et Malcom McPherson sont ici remerciés pour la valeur de leurs contributions et de leurs commentaires. Ont également pris part à la préparation de ce rapport : Sophia Lawrence, Farhad Mehran, Peter Peek et Sylvester Young pour ce qui concerne le recueil des statistiques, Jane Hodges, Norman Jennings et Susan Maybud pour des aspects techniques et Benjamin Alli, Marie-Claude Chartier et Claire Mulanga pour différentes sources d'information. Nos remerciements vont aussi à plusieurs membres du Groupe de travail interdépartemental du BIT sur le VIH/sida et le monde du travail.

Nous remercions également nos collègues de l'ONUSIDA, de l'OMS et des Nations Unies (notamment de la Division de la population), ainsi que ceux du Bureau de statistique du BIT, qui ont mis à notre disposition les données indispensables à notre recherche et à la préparation de ce rapport.

Le rapport a été édité par Susan Leather, qui a aussi contribué au texte original, avec la collaboration d'Olga Sheean et de Prue Hopkins. Tom Netter a fourni, tout au long de la préparation du rapport, de précieux conseils en matière de communication. La conception graphique et la mise en page ont été réalisées par Lewis Evans et Sam Sansbury et la couverture par Lewis Evans.

Préface

A la fin de l'année 2003, près de 38 millions de personnes vivaient avec le VIH/sida ; à l'exception de 2 millions d'entre elles, toutes étaient en âge de travailler.

Le VIH/sida n'est pas seulement une crise du genre humain, mais également une menace pour le développement durable, social et économique. La perte des vies et les effets débilissants de la maladie entraînent une réduction de la capacité à maintenir production et emploi, à réduire la pauvreté et à promouvoir le développement.

Or c'est précisément pendant leurs années de vie les plus productives que les hommes et les femmes adultes sont les plus exposés au VIH. C'est pourquoi l'une des priorités de l'Agenda pour le travail décent de l'OIT consiste à faire face aux conséquences du VIH/sida sur la productivité des travailleurs et la rentabilité des entreprises dans tous les secteurs économiques. Cela correspond à son objectif global de création d'un plus grand nombre d'emplois de meilleure qualité dans le but de réduire la pauvreté et de favoriser le développement.

L'OIT a fondé sa contribution à l'action multilatérale sur la lutte contre le VIH/sida sur le lieu de travail. Parler du VIH/sida sur le lieu de travail, un endroit central et un lieu de rencontre dans la vie de tous les jours de la plupart des gens, constitue un moyen efficace pour transmettre des compétences en matière de prévention et apporter des soins aux malades. C'est dans cette perspective que les organisations d'employeurs et de travailleurs, en partenariat avec les gouvernements et avec l'appui du Bureau international du Travail, se sont mobilisées afin de contribuer à l'action internationale visant à endiguer l'épidémie.

Le fait de combler le déficit en information qualitative et quantitative sur la nature et l'ampleur de l'impact du VIH/sida sur la population active, et donc sur la production, favorisera la mise en œuvre des décisions politiques nécessaires à cette action. Le présent rapport, *Le VIH/sida dans le monde du*

travail : évaluation mondiale, répercussions et réponses, a précisément pour but de fournir des informations, des analyses et des orientations politiques destinées à encourager discussions et prises de décisions parmi les mandants tripartites de l'OIT. Cette étude fait le point sur ce qui a été réalisé jusqu'à présent en mentionnant les succès comme les échecs et en aidant les mandants de l'OIT, ainsi que tous les acteurs impliqués dans le monde du travail, à recentrer et à intensifier leurs efforts.

Ce rapport, préparé par le Programme de l'OIT sur le VIH/sida et le monde du travail (OIT/SIDA), constitue une source d'information non seulement pour les principaux acteurs du monde du travail, mais aussi pour tous les autres acteurs du monde économique et politique qui sont concernés par la lutte contre le VIH/sida. L'Agenda pour le travail décent, dont les quatre principaux domaines d'action sont l'emploi et le développement de l'entreprise, la protection sociale, les principes et droits fondamentaux au travail et les normes internationales du travail, et le dialogue social, fournit un cadre de référence pour la mise en œuvre des mesures destinées à faire face aux nombreux défis que pose le VIH/sida en matière de développement. Je suis convaincu que cet ouvrage deviendra un outil de référence pour tous ceux qui, dans de nombreux pays, sont engagés dans l'action visant à endiguer la transmission du VIH/sida et à remédier à ses conséquences sur le développement social et économique.



Juan Somavia
Directeur général

Table des matières

Résumé.....	xi
Introduction.....	1
Partie I. Estimations au niveau mondial de l'impact du VIH/sida sur le monde du travail....	3
Chapitre 1. Estimations au niveau mondial: aperçu des tableaux principaux.....	4
Tableau principal 1: Données de base sur le VIH/sida, la population active, la démographie, les différents groupes d'âge et le taux de dépendance	4
Tableau principal 2: Estimation de l'impact du VIH/sida sur la croissance économique	5
Tableaux principaux 3A, 3B et 3C: Estimation et projections de l'impact du VIH/sida sur la population active en fonction de trois cas de figure relatifs à la durée de l'incapacité de travail aux stades III et IV de l'évolution de la maladie, en 1995, 2005 et 2015	5
Tableau principal 4: Estimation et projections relatives aux pertes subies par la population active masculine, féminine et totale dues à la mortalité en termes absolus et en pourcentage de la population active totale	6
Tableau principal 5: Estimation de l'impact indirect de la mortalité sur les enfants et de son impact direct sur les personnes en âge de travailler.....	7
Tableaux principaux 6A, 6B et 6C: Estimation et projections de l'accroissement de la charge économique et sociale dû aux décès et aux maladies liés au VIH/sida en fonction de trois cas de figure relatifs à la durée de l'incapacité de travail aux stades III et IV de l'évolution de la maladie, en 1995, 2005 et 2015	8
Chapitre 2. L'impact macroéconomique du VIH/sida : capital humain, travail et production	10
Chapitre 3. L'impact du VIH/sida sur le monde du travail	16
i) Les effets du VIH/sida sur le secteur privé	16
Avantages des programmes de lutte contre le VIH/sida pour les entreprises	19
ii) Le secteur public et le VIH/sida	19
Le maintien en activité des services éducatifs.....	20
Les pressions actuelles et futures sur le système de santé du secteur public	22
Prendre soin du personnel de santé.....	23
iii) L'impact du VIH/sida sur l'agriculture : baisse de la production et hausse de l'insécurité alimentaire	26
iv) L'économie informelle	28
Chapitre 4. L'impact du VIH/sida sur les femmes et les enfants.....	29
i) Les femmes et le VIH/sida : une perte de contributions à l'économie et à la famille	29
ii) L'impact du VIH/sida sur les enfants : déscolarisation et entrée prématurée dans la vie active	31

Partie II. Incidences politiques de l'épidémie de VIH/sida et mesures prises par le monde du travail pour y faire face	33
Chapitre 5. Les incidences politiques de l'épidémie de VIH/sida	34
Un environnement politique favorable	34
Des incidences politiques spécifiques	35
Chapitre 6. Les mesures prises par le monde du travail pour faire face au VIH/sida	38
Le Programme de l'OIT sur le VIH/sida et le monde du travail.....	38
Le Recueil de directives pratiques du BIT sur le VIH/sida et le monde du travail	39
Le VIH/sida et le monde du travail : réformer la législation pour la rendre efficace	40
Le secteur des transports en Afrique australe : mise au point d'une politique nationale au Zimbabwe	41
L'Inde fait face au problème de la stigmatisation et de la discrimination	43
Initiatives sur les lieux de travail en Thaïlande: mesures en faveur des travailleurs migrants et réduction des primes d'assurance-vie	45
Evolution des comportements dans l'économie informelle : le cas des mécaniciens et des garagistes au Ghana	47
La fourniture de traitements sur le lieu de travail : l'exemple des entreprises internationales.....	49
L'industrie minière en Afrique australe : mise en oeuvre de programmes de traitement par le biais du dialogue social	51
Bibliographie	53
Notes techniques	65
Sources des textes	66
Sources des tableaux principaux	66
Définitions et dérivation des variables dans chaque tableau principal	66
Notes concernant le VIH/sida et le monde du travail : réformer la législation pour la rendre efficace	70
Tableaux principaux	73
Tableau principal 1: Données de base sur le VIH/sida, la population active, la démographie, les différents groupes d'âge et le taux de dépendance, 50 pays, 2000-2005	74
Tableau principal 2: Estimation de l'impact du VIH/sida sur la croissance économique, 47 pays, 1992-2002	76
Tableau principal 3A: Estimation de l'impact du VIH/sida sur la population active en fonction de trois cas de figure relatifs à la durée de l'incapacité de travail aux stades III et IV de l'évolution de la maladie, 50 pays, 1995	78
Tableau principal 3B: Projection de l'impact du VIH/sida sur la population active en fonction de trois cas de figure relatifs à la durée de l'incapacité de travail aux stades III et IV de l'évolution de la maladie, 50 pays, 2005	80
Tableau principal 3C: Projection de l'impact du VIH/sida sur la population active en fonction de trois cas de figure relatifs à la durée de l'incapacité de travail aux stades III et IV de l'évolution de la maladie, 50 pays, 2015	82

Tableau principal 4: Estimation et projections relatives aux pertes subies par la population active masculine, féminine et totale dues à la mortalité liée au VIH/sida en termes absolus et en pourcentage de la population active totale, 50 pays, 1995-2015	84
Tableau principal 5: Estimation de l'impact indirect de la mortalité due au VIH/sida sur les enfants (2003) et de son impact direct sur les personnes en âge de travailler, 50 pays, années 1995, 2005 et 2015	88
Tableau principal 6A: Estimation de l'accroissement de la charge économique et sociale dû aux décès et à la maladie liés au VIH/sida en fonction de trois cas de figure relatifs à la durée de l'incapacité de travail aux stades III et IV de l'évolution de la maladie, 50 pays, 1995	90
Tableau principal 6B: Projection de l'accroissement de la charge économique et sociale dû aux décès et à la maladie liés au VIH/sida en fonction de trois cas de figure relatifs à la durée de l'incapacité de travail aux stades III et IV de l'évolution de la maladie, 50 pays, 2005	94
Tableau principal 6C: Projection de l'accroissement de la charge économique et sociale dû aux décès et à la maladie liés au VIH/sida en fonction de trois cas de figure relatifs à la durée de l'incapacité de travail aux stades III et IV de l'évolution de la maladie, 50 pays, 2015	98
Encadrés	
Maintenir la production et la productivité	19
Précautions universelles à prendre en présence de sang et de liquides organiques pour éviter la transmission du VIH et d'autres agents pathogènes.....	24
Le maintien de la fonction économique des femmes, aussi fragile soit-elle, est essentiel pour atténuer la pauvreté, mais est gravement menacé par le VIH/sida.....	30
Modélisation des coûts de la politique sociale et des conséquences du VIH/sida dans la Fédération de Russie	36
Le recueil de directives pratiques du BIT sur le VIH/sida et le monde du travail, 2001.....	39
Prise en charge et traitement sur le lieu de travail.....	49
Différents stades dans l'évolution du VIH et du sida et niveau d'activité.....	68
Schémas	
Schéma 1.1 Projections du nombre d'hommes et de femmes séropositifs en âge de travailler (groupe d'âge de 15-64 ans), 50 pays, 2005, par région	5
Schéma 2.1 Diminution de l'espérance de vie à la naissance due au VIH/sida pour les hommes et les femmes, 10 pays fortement touchés, 2000-2005 et 2010-2015.....	10
Schéma 2.2 Pourcentage cumulatif des pertes d'hommes et de femmes de la population active, Haïti, Lesotho et Zimbabwe, 1990-2015.....	11
Schéma 2.3 Réduction liée au VIH/sida des taux de croissance du PIB et du PIB par habitant, 41 pays, 1992-2002.....	14

Schéma 3.1 Pourcentage d'entreprises ayant déclaré que le VIH/sida a eu un impact mesurable sur leur fonctionnement	18
Schéma 3.2 Estimation et projections des décès dus au VIH/sida parmi les hommes et les femmes en âge de travailler dans 35 pays d'Afrique subsaharienne, en 1995, 2005 et 2015	27
Schéma 4.1 Projections des disparités entre hommes et femmes en termes d'espérance de vie, Botswana, Swaziland et Zimbabwe, 2000-2005, 2005-2010 et 2010-2015	29
 Tableaux	
Tableau 2.1 Etudes sur l'impact macroéconomique du VIH/sida	12
Tableau 3.1 Estimation de la prévalence du VIH basée sur les réponses à des questionnaires remplis de façon volontaire et anonyme par des employés au Botswana, en Afrique du Sud et en Zambie, 2000-2001, par secteur industriel	16
Tableau 3.2 Estimation de la prévalence du VIH basée sur les réponses à des questionnaires remplis de façon volontaire et anonyme par des employés au Botswana, en Afrique du Sud et en Zambie, 2000-2001, par niveau de qualification des employés, tous secteurs confondus	17
Tableau 3.3 Coûts pour les entreprises	17
Tableau 3.4 Impact du sida sur les prestations versées aux travailleurs (en pourcentage du salaire)	18
Tableau 3.5 Projections des pertes subies par la population active agricole en raison du VIH/sida dans les pays africains les plus touchés, 2000 et 2020	25
Notes techniques, tableau 1 Différents cas de figure relatifs à la durée de l'incapacité de travail partielle et totale d'une personne active présentant les symptômes du sida, mais ne recevant pas de traitement.....	68

Résumé

Selon l'ONUSIDA, il y avait, au niveau mondial, près de 38 millions de personnes séropositives à la fin de 2003, la grande majorité d'entre elles, soit 36 millions, âgées de 15 à 49 ans. Sur la base des estimations de prévalence de l'ONUSIDA, des données démographiques des Nations Unies et de ses propres estimations de la population économiquement active, le BIT a évalué à 26 millions le nombre de personnes atteintes du VIH¹ qui font partie de la population active mondiale. Cela implique que la grande majorité (73 pour cent) des adolescents et des adultes porteurs du VIH sont économiquement actifs. De plus, dans la plupart des pays en développement, tout laisse à penser que de nombreux adolescents dans la tranche d'âge supérieure et la plupart des adultes en âge de travailler (jusqu'à 65 ans) contribuent d'une manière ou d'une autre à l'économie, même s'il s'agit d'économie informelle. Compte tenu de cette donnée, le BIT a estimé à 36,5 millions au niveau mondial le nombre total de personnes séropositives engagées dans une activité productive sous une forme ou une autre. Ce chiffre dépasse de près de 800.000 le nombre estimé d'adultes de 15 à 49 ans porteurs du VIH.

Au-delà d'une certaine période, les actifs et les hommes et les femmes en âge de travailler qui sont séropositifs souffrent de maladies typiquement liées au VIH et, s'ils ne reçoivent aucun traitement, ils finissent par ne plus pouvoir travailler. Le décès des hommes et des femmes causé par le VIH/sida prive leur famille, la société et l'économie de leur pays de nombreuses années de vie productive. Selon les projections du BIT, si l'accès aux traitements n'est pas élargi, les pertes cumulées d'actifs atteindront au niveau mondial 28 millions de personnes en 2005, 48 millions en 2010 et 74 millions en 2015. La période de maladie antérieure au décès réduit également la contribution économique des hommes et des femmes normalement actifs. Le BIT estime que le nombre d'actifs dans l'incapacité totale de travailler à tout moment donné devrait atteindre à l'échelle mondiale plus de 2 millions de personnes d'ici à 2005 et plus de 4 millions en 2015.

La durée de la maladie constitue également un élément déterminant, car elle accroît non seulement la charge économique qui pèse sur les hommes et les femmes actifs, mais aussi le coût social que représentent la prise en charge et les soins fournis par les familles, ce qui aggrave les conséquences de la perte liée au VIH/sida d'une personne économiquement productive ou d'un soutien de famille. Selon le BIT, l'impact conjugué des décès et des maladies liés au VIH/sida devrait entraîner d'ici à 2015 une augmentation d'un pour cent de la charge économique, et de plus d'un pour cent de la charge sociale au niveau mondial.

Ces effets du VIH/sida sur la population active et sur l'ensemble des personnes en âge de travailler peuvent être mesurés en termes d'impact global sur la croissance économique et sur le développement. En causant maladies et décès parmi les travailleurs, l'épidémie de VIH/sida réduit les réserves en compétences et expérience de la population active et cette déperdition de ressources humaines menace directement notre capacité à atteindre les objectifs de l'élimination de la pauvreté et du développement durable.

Selon un modèle développé au BIT pour mesurer l'impact spécifique dans les pays étudiés de l'épidémie de VIH/sida sur le taux de croissance du produit intérieur brut (PIB) et du produit intérieur brut par habitant (PIB par habitant) entre 1992 et 2002, le VIH/sida a eu pour effet de réduire de 0,2 pour cent par an le taux de croissance du PIB de l'ensemble de ces pays et de 0,1 pour cent par an le taux de croissance de leur PIB par habitant. Le manque à gagner sur ces taux représente des pertes respectives de 25 milliards de dollars (1995) et de 5 dollars (1995) par habitant et par an.

L'impact du VIH/sida se fait particulièrement sentir au niveau de la population en âge de travailler, parmi les travailleurs du secteur privé, du secteur public, de l'agriculture et de l'économie informelle, ainsi que sur les femmes et les enfants dans les pays les plus touchés. Les entreprises ont

¹ Le rapport couvre 40 pays où la prévalence du VIH était, selon les estimations, de plus de 2 pour cent en 2001, 5 pays où elle se situait entre 1,5 et 2 pour cent en 2001, et 5 pays dont la population frappée par le VIH/sida se chiffre à un million de personnes ou plus. Il s'agit de 35 pays de l'Afrique subsaharienne, 8 pays d'Amérique latine et des Caraïbes, 5 pays d'Asie et 2 pays des régions les plus développées.

d'ailleurs commencé à mesurer le coût de l'épidémie de VIH/sida et plusieurs d'entre elles en sont arrivées à la conclusion que le coût direct et indirect de l'inaction dépasse de loin celui des traitements. Dans le secteur public, l'épidémie fait des ravages, notamment dans l'éducation et la santé. Dans certains pays, la vitesse à laquelle les compétences et l'expérience humaine disparaissent est bien supérieure au rythme de remplacement de ce capital. D'après l'Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture (FAO), dans les zones rurales des pays les plus touchés par l'épidémie, celle-ci a pour effet de détériorer la situation économique des familles rurales démunies, d'épuiser la capacité des communautés locales à faire face aux catastrophes et d'aggraver sérieusement l'insécurité alimentaire qui sévit déjà. Quant à l'économie informelle, qui, pendant des années, a été l'une des principales sources de création d'emplois et de revenus, puisqu'elle a absorbé une grande partie de la croissance de la population active dans de nombreux pays en développement, elle est particulièrement vulnérable. Au niveau de l'ensemble des économies nationales, les problèmes qui se posent de la façon la plus aiguë sont l'absentéisme, la perte d'expérience et de compétences techniques due à la maladie et au décès de travailleurs difficilement remplaçables, ainsi que l'épuisement de l'épargne et l'augmentation des dépenses pour payer les soins de santé.

Dans les pays les plus affectés par l'épidémie, on remarque que le taux de séropositivité augmente plus rapidement parmi les femmes que parmi les hommes, et ce à cause des inégalités fondées sur le genre. D'autre part, ce sont surtout les femmes et les jeunes filles qui ont la responsabilité de soigner les malades de la famille, ce qui non seulement représente une charge de travail supplémentaire mais les empêche également de se consacrer normalement à leur travail rémunéré et à d'autres tâches « invisibles » telles que l'agriculture de subsistance, essentielle pour leur survie. Dans les communautés les plus touchées, il semblerait que le soutien apporté aux personnes qui s'occupent des malades soit le seul moyen de freiner la paupérisation de la population féminine. En ce qui concerne les enfants, l'épidémie de VIH/sida les rend très vulnérables pour les deux raisons suivantes : d'abord, elle les prive des soins et de l'orientation de leurs parents et, ensuite, elle oblige un grand nombre d'entre eux à quitter l'école et à aller travailler. Cela a des conséquences non seulement sur la vie entière de ces enfants, mais aussi, à long terme, sur le niveau de compétences et la qualité de la future génération. Le fait que

les orphelins du sida et les enfants de parents atteints du VIH/sida soient poussés à travailler constitue un obstacle à la lutte contre le travail des enfants et à la poursuite des objectifs du développement durable.

Dans un tel contexte, les gouvernements nationaux sont confrontés au défi qui consiste à résoudre les problèmes de ressources humaines et à mettre en œuvre les moyens permettant de maintenir l'offre et la qualité des biens et des services publics. En outre, pour assurer une action collective efficace face à l'épidémie, ils doivent encourager un climat politique favorable à l'adoption de mesures adéquates, notamment la mise en place du cadre législatif nécessaire au maintien des services éducatifs et de l'emploi, à la mise en œuvre d'une véritable politique d'intégration comme objectif de leur stratégie de développement et à la réduction de la pauvreté.

L'action visant à endiguer l'épidémie de VIH/sida au niveau mondial comporte de multiples facettes. Ainsi, en 2001, l'OIT a créé un programme spécifique pour cette action et a adopté un Recueil de directives pratiques destiné à l'orienter en tant que problème concernant le monde du travail. Dans plusieurs pays, la législation a évolué, soit sous forme d'amendements à la législation en vigueur, soit par le biais de nouvelles lois, de façon à atténuer l'impact du VIH/sida sur le monde du travail et à protéger les droits des personnes vivant avec le VIH/sida. Dans de nombreux pays, les actions mises en œuvre concernent à la fois la prévention et les traitements et incluent le développement de politiques nationales sectorielles, des mesures prises par des communautés visant à réduire la stigmatisation et la discrimination, ainsi que des initiatives du secteur privé destinées à promouvoir la prévention, les messages encourageant les changements de comportement et les programmes de traitement sur le lieu de travail. Un nombre croissant d'entreprises considèrent ces programmes comme la solution la moins onéreuse pour maintenir leur rentabilité et assurer leur croissance.

Introduction

Les estimations du BIT sur l'impact du VIH/sida sur les hommes et les femmes actifs sont présentées au moyen d'une série de tableaux principaux (1 à 6C) figurant dans la section finale de ce rapport. Ces estimations présentées sous forme tabulaire sont basées sur trois types de données, utilisées pour illustrer l'impact du VIH/sida. Une étude récente des Nations Unies (ONU) couvrant 53 pays affectés par le VIH/sida a servi de base de données de référence pour ce travail (ONU, 2003). D'abord, les données ont été extraites de statistiques fournies par l'ONU et d'autres organisations des Nations Unies. Puis, des variables ont été élaborées à partir des données disponibles. Ensuite, de nouveaux indicateurs ont été mis au point et adaptés pour illustrer l'impact du VIH/sida sur le monde du travail. Les sources exactes et les définitions des variables et des indicateurs présentés dans chacun des tableaux principaux sont indiquées dans les notes techniques, qui fournissent également des explications d'ordre méthodologique.

Le rapport commence par un aperçu général des informations fournies par les tableaux principaux en ce qui concerne l'impact du VIH/sida sur l'ensemble de la population active et une synthèse des principales estimations (chapitre 1). Cette première partie se penche ensuite sur les trois grandes catégories de conséquences de l'épidémie pour le monde du travail en présentant les estimations relatives aux implications macroéconomiques de l'épidémie au niveau de la population active (chapitre 2), une analyse de l'impact du VIH/sida sur le monde du travail (secteur privé et secteur public, agriculture et économie informelle) (chapitre 3) et une évaluation de son impact sur les ménages, les activités productives des

femmes et le travail des enfants (chapitre 4). La deuxième partie du rapport est consacrée aux conséquences politiques découlant des données présentées dans les tableaux et à l'évaluation et l'analyse de l'impact du VIH/sida (chapitre 5). Elle comporte des exemples d'actions mises en œuvre dans le monde du travail par les gouvernements, les entreprises, les organisations de travailleurs et l'OIT elle-même (chapitre 6). À travers ce rapport, le BIT tient à mettre en lumière les efforts considérables déjà déployés par le monde du travail dans le cadre de la lutte contre le VIH/sida, que ce soit dans le domaine de la prévention, des traitements et des mesures de prise en charge et de soutien. Il cherche également à souligner le potentiel extraordinaire que représente le lieu de travail pour intensifier et élargir l'action menée au niveau mondial.

Partie I

Estimations au niveau mondial de l'impact du VIH/sida sur le monde du travail

Chapitre 1. Estimations au niveau mondial: aperçu des tableaux principaux

Dans les 50 pays du monde touchés par le VIH/sida et couverts par ce rapport, on estime que la prévalence du VIH parmi les adultes de 15 à 49 ans se situait, fin 2003, dans une fourchette comprise entre moins de un pour cent et près de 40 pour cent. Le taux de prévalence du VIH par pays figure, par ordre alphabétique et par région, dans chacun des tableaux principaux et toutes les autres données se présentent dans cet ordre. Chacun des tableaux indique également la moyenne régionale de la prévalence du VIH pondérée en fonction de la population, et ce pour l'Afrique subsaharienne, l'Asie, l'Amérique latine et les Caraïbes, les régions plus développées ainsi que l'ensemble des 50 pays.

Selon les estimations du BIT au niveau mondial, près de 36,5 millions de personnes engagées dans une quelconque forme d'activité économique sont séropositives.

La grande majorité des pays touchés par le VIH/sida se situent sur le continent africain, où la prévalence moyenne du VIH (parmi les personnes de 15 à 49 ans) est de 7,7 pour cent. L'impact de l'épidémie sur les individus, les ménages, la société et l'économie, en Afrique et ailleurs, a été évalué en utilisant un certain nombre de variables et d'indicateurs, dont certains ont été mis au point spécialement pour cette étude. Les différents types d'impact sont présentés en détail aux chapitres 2, 3 et 4.

Tableau principal 1 : données de base sur le VIH/sida, la population active, la démographie, les différents groupes d'âge et le taux de dépendance

Le tableau principal 1 présente les données de base sur le VIH/sida en fournissant des estimations sur le nombre de personnes séropositives dans la population active, ainsi que des projections à court terme de la population, les principaux groupes d'âge et le taux de dépendance pour chacun des 50 pays au cours de la période 2000-2005. Ce tableau a pour but de fournir des informations démographiques de référence pour tous les pays – notamment les facteurs influant sur les taux de dépendance – et de mettre en évidence l'impact fondamental du VIH/sida sur la population active.

L'expression « population active » utilisée tout au long de ce rapport se définit comme la somme de toutes les personnes économiquement actives. Il s'agit là d'une définition officielle qui englobe toutes les personnes en âge de travailler qui occupent un emploi rémunéré

ou un emploi indépendant lucratif ou qui sont sans emploi mais disponibles pour travailler et à la recherche d'un emploi. La population active se mesure en additionnant les produits des taux d'activité économique estimés par le BIT pour chaque groupe d'âge et chaque sexe par l'effectif de la population de chacune des catégories.

D'après les estimations présentées, plus de 26 millions de personnes actives de 15 à 64 ans sont séropositives dans le monde. Certaines sont simplement porteuses du virus VIH et d'autres sont déjà malades du sida. La grande majorité des individus actifs séropositifs (plus de 70 pour cent) vit en Afrique et cette proportion serait encore plus élevée si le taux d'activité de la population de cette région était supérieur.

Plusieurs pays africains comptent plus d'un million de personnes séropositives au sein de leur population active. C'est notamment le cas au Kenya (1 million), au Mozambique (1,1 million), en Ethiopie et au Zimbabwe (1,3 million chacun) et en République-Unie de Tanzanie (1,4 million). Au Nigeria, on dénombre 2,4 millions de travailleurs séropositifs et, en Afrique du Sud, près de 3,7 millions.

Lorsqu'on évalue l'impact du VIH/sida au niveau mondial, il convient cependant de rappeler que c'est précisément dans les pays les plus touchés par le VIH/sida que la population active et l'activité économique sont difficilement mesurables, puisqu'il n'existe pas de délimitation claire entre les personnes définies comme économiquement actives et celles qui ne le sont pas. De nombreux adultes en âge de travailler sont engagés dans des activités en dehors de l'économie formelle et, bien qu'ils soient actifs, les moyens de subsistance qu'ils fournissent à leur famille sont difficiles à définir ou à mesurer en termes économiques conventionnels. Ceci est particulièrement vrai pour les femmes. En conséquence, en prenant comme hypothèse que de nombreux adolescents de la tranche d'âge supérieure et que tous les adultes travaillent et fournissent une forme de revenu dans tous les pays, le BIT est allé au-delà de l'estimation des actifs qui sont séropositifs pour établir une projection à court terme, à l'horizon 2005, du nombre de personnes séropositives en âge de travailler (et par conséquent engagées dans une activité productive). Le nombre d'hommes et de

femmes séropositifs en âge de travailler est présenté par région sur le schéma 1.1

D'après les estimations du BIT pour l'ensemble du monde, environ 36,5 millions de personnes engagées dans une forme ou une autre d'activité économique sont séropositives. Ce chiffre dépasse de près de 800.000 les estimations mondiales indiquant que 35,7 millions d'adultes de 15 et 49 ans vivent avec le VIH, même s'il tient compte du fait que le taux de prévalence du VIH est beaucoup plus faible chez les adultes de 50 à 64 ans en âge de travailler.

Ces estimations mondiales, selon lesquelles 26 millions d'actifs et 36,5 millions d'adultes engagés dans une activité productive sont séropositifs, constituent les données de base de ce rapport et des études sur les différentes manières d'évaluer l'impact du VIH/sida sur le développement économique et social durable au travers de ses effets négatifs sur la population active. L'impact du VIH/sida sur la population active a été estimé au niveau macroéconomique, ce qui fait l'objet du chapitre 2. Les conséquences du VIH/sida sur le secteur privé, le secteur public et l'économie informelle, dérivées de ses effets sur la population active et les adultes en âge de travailler, sont examinées aux chapitres 3 et 4.

Tableau principal 2 : estimation de l'impact du VIH/sida sur la croissance économique

Le tableau principal 2 montre l'impact économique du VIH/sida sur la population active et la contribution de la population active à l'économie tels qu'estimés par le BIT. Ce tableau met spécifiquement en évidence le manque à gagner sur les taux de croissance du produit intérieur brut (PIB) et du PIB par habitant attribuable au VIH/sida dans les 47 pays pour lesquels toutes les données nécessaires étaient disponibles (parmi les 50 pays figurant sur tous les autres tableaux principaux, l'Erythrée, le Libéria et le Myanmar sont exclus de ce tableau). On trouvera dans les notes techniques des informations sur le modèle économique utilisé pour déterminer ces pertes. De même que l'on observe de grandes différences en termes de prévalence du VIH, l'impact du VIH/sida varie considérablement d'un pays à l'autre. Ainsi, son impact économique est difficilement mesurable dans les pays à forte population qui ont un faible taux de prévalence du VIH, même si l'on y dénombre un million ou plus de personnes vivant avec le VIH/sida. Cette situation se présente dans toutes les régions (Chine et Inde en Asie, Brésil en Amérique

latine et les Etats-Unis dans les régions les plus développées). Dans les pays où la prévalence du VIH est la plus élevée, l'impact économique de l'épidémie peut toutefois atteindre des niveaux impressionnants. Ainsi, les estimations du BIT indiquent qu'en Afrique du Sud, pays qui n'a pas le plus fort taux de prévalence du VIH mais dont l'économie est la plus importante du continent, le manque à gagner économique dû aux pertes subies par la population active s'est élevé à plus de 7 milliards de dollars par an entre 1992 et 2002, ce qui représente une perte annuelle de 115 dollars par habitant. Pour l'ensemble des 41 pays affectés par le VIH/sida où son impact est mesurable, la perte économique a été supérieure à 17 milliards de dollars par an entre 1992 et 2002, ce qui représente une moyenne de 15 dollars par habitant. Les estimations de l'impact macroéconomique du VIH/sida à travers ses effets sur la population active du fait des pertes en capital humain sont exposées et analysées au chapitre 2.

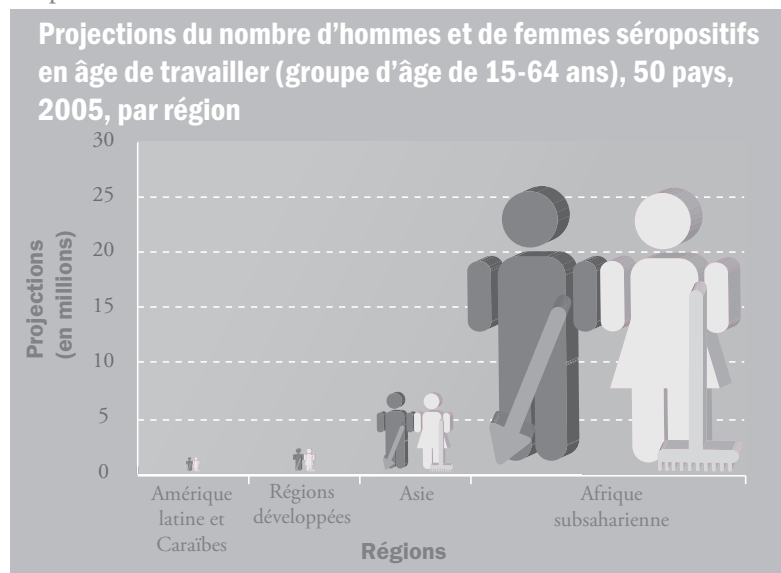


Schéma 1.1

Source : ONU, 2003 ; ONU, 2003a

Tableaux principaux 3A, 3B et 3C : estimation et projections de l'impact du VIH/sida sur la population active en fonction de trois cas de figure relatifs à la durée de l'incapacité de travail aux stades III et IV de l'évolution de la maladie, en 1995, 2005 et 2015

Les tableaux principaux 3A, 3B et 3C indiquent l'impact du VIH/sida sur la population active pour trois années : 1995, 2005 et 2015. Ils illustrent les effets de la maladie sur la diminution de la capacité de travail dès lors que, en l'absence de traitement, les personnes qui sont séropositives deviennent de plus en plus malades jusqu'à leur décès. D'après ce que l'on sait, l'évolution du sida depuis les premiers symptômes jusqu'au décès s'étend sur une période de 18 à 24 mois en

moyenne. A un certain moment de ce processus de dégradation causé par la maladie, les personnes séropositives ne sont plus en mesure de travailler, d'abord de façon intermittente, puis de plus en plus fréquemment jusqu'à atteindre une incapacité de travail totale. Elles cessent alors de faire partie de la population active et, dans certains cas, ne sont même plus en état d'exercer une activité productive.

Afin de pouvoir mesurer le plus précisément possible l'impact du VIH/sida sur la population active, le BIT a estimé, pour chaque pays touché par le VIH/sida, le nombre de travailleurs souffrant d'une incapacité de travail partielle ou totale due au sida, et ce aux 3 dates différentes. Comme la durée de vie entre l'apparition des premiers symptômes et le décès varie, trois cas de figure ont été envisagés: une perte partielle de capacité de travail pouvant durer 12 ou 15 mois, suivie d'une perte totale de capacité de travail pouvant durer 3, 6, ou 9 mois, ce qui donne une durée totale d'incapacité de travail de 18 et 24 mois. Ces différents cas de figure sont présentés en détail dans les notes techniques.

Il est important de garder à l'esprit que ces différents cas de figure concernant la durée de l'incapacité de travail reposent sur l'hypothèse que les malades ne reçoivent aucun traitement. Tout en oeuvrant en faveur de l'élargissement de l'accès aux traitements, l'OIT reconnaît que, faute de traitement, le fait de prendre en charge et de soutenir le malade sur son lieu de travail (par un aménagement raisonnable de ses tâches et un soutien psychologique, par exemple) peut contribuer à prolonger sa vie active.

Le tableau principal 3A montre qu'en 1995 le nombre de personnes se trouvant dans l'incapacité de travailler à cause du sida au niveau mondial atteignait déjà au minimum un demi-million de personnes, dont plus de 300.000 vivaient en Afrique. Comme, en 1995, les thérapies antirétrovirales n'étaient pas encore très répandues, il est vraisemblable que cette estimation reflète pleinement l'impact du VIH sur la capacité de travail à cette date. Le tableau principal 3B quant à lui montre qu'en 2005 le nombre d'actifs ne pouvant plus travailler à cause du sida dépassera largement les 2 millions de personnes, dont près des quatre cinquièmes (78 pour cent) vivront en Afrique. A l'horizon 2015, les projections indiquent que, en l'absence de traitement et dans la mesure où les projections des Nations Unies basées sur une modélisation de l'épidémie se réalisent, le nombre d'actifs ne pouvant plus travailler à cause du sida atteindra au minimum 4 millions de personnes. Bien que l'on prévoie, d'ici à

2015, une forte progression de l'épidémie dans de grands pays comme la Chine et l'Inde, ce sera toujours en Afrique que l'on trouvera la majorité des actifs ne pouvant plus travailler à cause du sida (plus de 6 sur 10). A la lumière de ces projections, la nécessité de lutter contre le VIH/sida dans le monde du travail est plus qu'évidente. Le chapitre 6 passe en revue les différentes actions envisageables dans le monde du travail. Ces actions peuvent non seulement aider considérablement les travailleurs dans tous les environnements professionnels, mais aussi et surtout contribuer à prévenir le pire.

Le fait que les actifs séropositifs ne puissent plus travailler dès lors qu'ils sont malades (et pas seulement la perte de travailleurs en raison de leur décès) a des conséquences multiples sur la situation sociale et économique des pays concernés, notamment en Afrique. La maladie entraîne une augmentation des coûts, dans le secteur privé comme dans le secteur public, et impose des contraintes énormes sur les ménages quant à leur capacité à percevoir un revenu et à fournir des soins. Ces conséquences, analysées aux chapitres 3 et 4, ont une portée très importante sur le plan politique. Il est coûteux de ne pas faire de prévention et de ne pas prendre en charge, soutenir et traiter les personnes atteintes du VIH et présentant les symptômes du sida. Les approches globales du VIH/sida ne sont pas sans coût, mais de plus en plus d'entreprises se rendent compte que l'inaction coûte beaucoup plus cher. En ce qui concerne l'économie informelle, comme expliqué au chapitre 4, on n'a pas encore véritablement mesuré le coût à long terme du fait de ne pas prendre en compte le rôle de la famille pour la préparation des jeunes générations au travail productif et la formation de capacités humaines pour le développement socio-économique. Ce coût sera probablement considérable et c'est précisément cette perte de capacités qui, au fil du temps, constitue la pire des menaces pour le développement durable.

Tableau principal 4 : estimations et projections relatives aux pertes subies par la population active masculine, féminine et totale dues à la mortalité en termes absolus et en pourcentage de la population active totale

Le tableau principal 4 montre l'évolution, à intervalle de 5 ans entre 1995 et 2015, du nombre total de décès dus au VIH/sida dans la population active masculine, féminine et totale. Alors que le nombre de personnes trop malades pour travailler à tout moment est limité par la faible espérance de vie des

personnes atteintes du VIH/sida, le nombre de personnes qui ont été actives et décèdent à cause du sida est soumis à un effet cumulatif inexorable et les chiffres sont de plus en plus alarmants. Jusqu'en 1995, plus de trois millions de travailleurs et un million de travailleuses, dont plus de 60 pour cent en Afrique, étaient décédés à cause du sida. Même si, en 1995, ces chiffres ne représentaient qu'une faible proportion de la population active de la plupart des pays, ils représentaient déjà presque 5 pour cent des actifs au Burundi et en Ouganda et 6 pour cent au Lesotho. En 2000, la Zambie et le Zimbabwe avaient déjà perdu plus de 10 pour cent de leur population active à cause du sida et, au niveau mondial, ces pertes atteignaient près de 13 millions de personnes. Les projections indiquent que, d'ici à 2005, onze pays (tous africains) auront perdu plus de 10 pour cent de leur population active à cause du sida, voire plus de 20 pour cent dans le cas du Zimbabwe. A l'heure actuelle, il est plus que probable que ces projections se réaliseront, à moins que des mesures d'urgence ne soient très rapidement mises en œuvre.

A l'horizon 2010, dans l'hypothèse d'une absence continue de traitement, 17 pays (16 pays africains plus Haïti) auront perdu plus de 10 pour cent de leur population active et cinq d'entre eux (le Swaziland, le Botswana, le Lesotho, le Zimbabwe et l'Afrique du Sud) en auront perdu plus de 20 pour cent. Le Zimbabwe, quant à lui, perdra un tiers de sa population active. En 2015, 19 pays auront perdu plus de 10 pour cent de leur population active, voire plus de 30 pour cent pour trois d'entre eux (le Swaziland, le Botswana et le Lesotho) et même plus de 40 pour cent dans le cas du Zimbabwe. Les projections à l'horizon 2015 indiquent que le nombre d'actifs qui, en l'absence de traitement, décéderont à cause du sida atteindra 50 millions de personnes en Afrique et 74 millions au niveau mondial. Cela équivaut à la disparition d'un grand pays africain tel que l'Éthiopie, la République démocratique du Congo ou l'Afrique du Sud, ou encore, en Asie, un pays comme la Thaïlande, si l'on se base sur la taille actuelle de la population de ces pays. Les conséquences de ces observations et de ces projections sont analysées au chapitre 2 en ce qui concerne l'impact macroéconomique, et au chapitre 3 pour ce qui est des conséquences pour le secteur privé, le secteur public et l'économie informelle. Comme c'est le cas pour la maladie et les coûts sociaux et économiques qu'elle entraîne, le monde du travail et les autres acteurs concernés se doivent de prendre des mesures d'urgence pour faire face au coût que représente la perte massive de travailleurs

et d'années d'activité productives. La portée de ces données sur le plan politique et les différentes actions mises en œuvre à ce jour sont exposées au chapitre 5 et 6.

Tableau principal 5 : estimation de l'impact indirect de la mortalité sur les enfants et de son impact direct sur les personnes en âge de travailler

Le tableau principal 5 met en évidence les effets directs et indirects des décès d'adultes dus au VIH/sida à trois dates différentes : 1995, 2005 et 2015. Il s'agit dans ce cas de la mortalité de tous les adultes, pas seulement de ceux qui étaient actifs. Chaque fois qu'un adulte décède du sida, un certain nombre d'enfants deviennent orphelins, mais lorsque cet adulte était le soutien de famille, ils deviennent à la fois orphelins et indigents. Tous les enfants qui ont perdu leurs parents sont des orphelins, qu'ils soient des bébés ou qu'ils aient 17 ans. En effet, peu d'adolescents de la tranche d'âge supérieure sont en mesure de prendre soin d'eux-mêmes de manière adéquate quand ils sont soudainement privés d'une orientation parentale, même si de nombreux jeunes de 15, 16 ou 17 ans travaillent déjà. En 2003, on estimait à 15 millions le nombre d'enfants et de jeunes de moins de 18 ans qui étaient orphelins à cause du sida. Plus de 12 millions d'entre eux vivaient en Afrique. On prévoit une augmentation de ces chiffres au fur et à mesure de la progression de l'épidémie de VIH/sida. Les conséquences de cette situation pour les enfants, notamment en ce qui concerne l'augmentation du travail des enfants, sont examinées au chapitre 4.

Chaque fois qu'un adulte décède du sida, un certain nombre d'enfants deviennent orphelins, mais lorsque cet adulte était le soutien de famille, ils deviennent à la fois orphelins et indigents.

Les enfants ont autant besoin d'adultes qui les aiment, les éduquent et les orientent que de parents qui soient économiquement actifs. En Afrique, de nombreuses femmes ne sont pas considérées comme faisant partie de la population active et pourtant ce sont elles qui nourrissent leur famille, gèrent le ménage et élèvent les enfants. Tous les adultes comptent pour les enfants et le décès d'un parent les affecte gravement, que celui-ci soit économiquement actif ou non. Le BIT a établi des estimations et des projections relatives au nombre total de décès de personnes en âge de travailler (15 à 64 ans), afin d'évaluer leur impact potentiel sur les enfants survivants. Pour l'année 1995 seulement, près d'un demi-million d'hommes et plus d'un quart de million de femmes en âge de travailler sont décédés, plus de 200.000 de celles-ci en Afrique. Le BIT prévoit qu'en 2005 plus de 3 millions de personnes en âge de travailler décéderont, dont environ 1,6 million

Le fait qu'en Afrique le VIH se transmette plus rapidement chez les femmes, déjà évident actuellement, sera encore plus marqué d'ici à 2015. On prévoit à l'échelle mondiale que 51 pour cent des plus de 3 millions d'hommes mais 72 pour cent des 3 millions de femmes décédés du sida d'ici à 2015 seront en Afrique.

d'hommes et 1,5 million de femmes, et que 78 pour cent de ces décès surviendront en Afrique. Seule la mise en œuvre urgente d'une campagne de traitement de très grande envergure pourra empêcher ces projections de se réaliser. A l'horizon 2015, en l'absence de traitement comme c'est quasiment le cas à l'heure actuelle, près de 6 millions d'hommes et de femmes en âge de travailler décéderont à cause du sida, dont plus de 60 pour cent en Afrique. Le fait qu'en Afrique le VIH se transmette plus rapidement chez les femmes, déjà évident actuellement, sera encore plus marqué d'ici à 2015. On prévoit à l'échelle mondiale que 51 pour cent des plus de 3 millions d'hommes mais 72 pour cent des 3 millions de femmes décédés du sida d'ici à 2015 seront en Afrique.

L'incidence que ce phénomène dramatique peut avoir sur le rôle essentiel que jouent toutes les personnes en âge de travailler, notamment les femmes en ce qui concerne l'économie informelle rurale, la gestion des ménages, les soins et l'éducation apportés aux enfants et de nombreuses autres activités productives, est examinée au chapitre 4.

Tableaux principaux 6A, 6B et 6C: estimation et projections de l'accroissement de la charge économique et sociale dû aux décès et à la maladie liés au VIH/sida en fonction de trois cas de figure relatifs à la durée de l'incapacité de travail aux stades III et IV de l'évolution de la maladie, en 1995, 2005 et 2015

Les tableaux principaux 6A, 6B et 6C ont été conçus pour montrer la charge croissante imposée par les décès et la maladie liés au VIH/sida, d'une part, à la population active (charge économique) et, d'autre part, à l'ensemble de la population en âge de travailler (charge sociale), et ce à trois dates différentes : 1995, 2005 et 2015. La principale hypothèse sur laquelle ces tableaux ont été établis est l'absence continue de traitements antirétroviraux. Comme il est encore temps pour que l'application de traitements modifie les projections pour 2015, l'OIT exhorte les partenaires sociaux et tous les acteurs concernés au sein de la communauté internationale à en tenir compte et à œuvrer à la poursuite d'objectifs nationaux et mondiaux dans le cadre de la lutte contre le VIH/sida.

A tout moment, les familles et les économies nationales doivent faire face à la double contrainte que représentent à la fois le décès des individus actifs et l'incapacité de travail des adultes malades. Le BIT a conçu deux façons de mesurer la contrainte pesant

sur l'économie et sur les familles du fait de l'effet cumulé des décès et de la maladie liés au VIH/sida parmi les personnes actives et les adultes en âge de travailler.

La charge économique tient d'abord compte des décès de personnes actives liés au sida en mettant en évidence uniquement les conséquences de ces décès. Puis elle prend en compte le nombre de personnes économiquement dépendantes en raison de leur âge (enfants de moins de 15 ans et adultes de plus de 64 ans) et de personnes qui le sont devenues pour cause de maladie, en le rapportant au nombre de personnes actives encore vivantes et aptes au travail. Afin de refléter la variation de la durée des symptômes au cours de l'évolution de la maladie, la charge économique supplémentaire liée à la fois aux décès et à la maladie dus au sida a été calculée en fonction de trois cas de figure relatifs à la durée de l'incapacité de travail, comme pour les estimations du nombre de travailleurs atteints d'incapacité de travail partielle ou totale (voir notes techniques).

Dans la plupart des pays, la charge économique était négligeable en 1995. Au Lesotho et au Zimbabwe, toutefois, elle dépassait déjà de 3 à 4 pour cent le niveau enregistré à l'époque où le VIH/sida n'existait pas, et ce en raison de l'effet cumulé des décès et de la maladie parmi la population active. En 2005, la charge économique devrait être particulièrement forte dans plusieurs pays où elle devrait atteindre un seuil de 10 à 20 pour cent, notamment au Botswana, au Lesotho, au Swaziland et au Zimbabwe. Selon les projections pour 2015, elle devrait continuer d'augmenter sensiblement dans ces mêmes pays, ainsi qu'au Malawi, en Namibie, en Afrique du Sud et en Zambie. Dans tous ces pays, l'augmentation de la charge économique devrait dépasser le seuil des 10 pour cent, mais elle devrait atteindre plus de 20 pour cent au Lesotho et au Swaziland et plus de 30 pour cent au Zimbabwe. Cela signifie que les personnes actives devront assumer une charge économique bien plus importante en ce qui concerne les besoins des jeunes, des personnes âgées et des malades qui dépendent d'elles, ainsi que ceux des personnes non actives dont elles ont la charge. Pour l'ensemble des 50 pays, cet effet n'est pas très élevé en moyenne, mais, pour les 35 pays de la région africaine et en l'absence de traitement du sida, l'augmentation moyenne de la charge économique devrait dépasser 5 pour cent d'ici à 2015 et atteindre des niveaux insupportables dans plusieurs des pays les plus affectés. Dans les conditions actuelles, il est plus que probable que les projections pour 2005 concernant les pays africains, selon lesquelles

la hausse de la charge économique devrait atteindre 3 à 4 pour cent, voire plus de 18 pour cent dans un pays, deviennent une réalité.

En ce qui concerne la charge sociale, elle tient compte du fait que la plupart des personnes en âge de travailler (15 à 64 ans) travaillent, même si elles ne sont pas économiquement actives au sens de la définition officielle. Les activités réalisées à l'intérieur et à l'extérieur du foyer sont considérées comme un travail productif. En outre, dans la majorité des foyers africains démunis, les adultes travaillant à domicile sont ceux qui prodiguent la plupart des soins aux malades qui meurent du sida. La charge sociale prend donc en compte les changements en termes de dépendance causés par le décès et la maladie de toutes les personnes en âge de travailler. Elle reflète les situations dans lesquelles les membres du foyer qui prodiguent les soins doivent faire face à une charge croissante pour prendre soin des autres adultes qui ne peuvent plus subvenir aux besoins de la famille. Ce dernier tableau ne fait aucune distinction entre les personnes en âge de travailler qui sont actives et celles qui ne le sont pas, puisque la charge incombe à l'ensemble des personnes en âge de travailler. Pour mesurer la charge sociale, le taux de dépendance entre, d'une part, les jeunes et les personnes âgées en situation de dépendance et, d'autre part, les personnes en âge de travailler (présenté dans le tableau principal 1) est ajusté afin de prendre en compte toutes les personnes qui sont partiellement ou totalement inaptes au travail à cause du sida (voir notes techniques).

Dans la plupart des pays, on n'a relevé pratiquement aucune augmentation de la charge sociale en 1995, même si des pays comme le Burundi, le Lesotho, le Malawi, l'Ouganda, la Zambie et le Zimbabwe enregistraient déjà une hausse de la charge de l'ordre de 2 à 3 pour cent au niveau de leur système de protection familiale par rapport à la période antérieure au VIH/sida, et ce indépendamment du rythme d'évolution des symptômes du sida. On prévoit que la charge sociale aura considérablement augmenté en 2005, puisqu'elle devrait atteindre près de 10 pour cent au Botswana, au Lesotho, au Swaziland et en Zambie et 15 pour cent au Zimbabwe. Pour 2005 également, on prévoit que la République centrafricaine, le Guyana, le Kenya, la Namibie, le Malawi, l'Afrique du Sud et l'Ouganda devront faire face à une hausse de 5 à 10 pour cent de la charge familiale. D'ici à 2015 et en l'absence de traitement, huit pays seront confrontés à une très forte augmentation de la charge familiale, qui devrait atteindre 30 pour cent au Zimbabwe et entre 12 et 26 pour cent au Botswana, au Lesotho, au Malawi, en

Namibie, en Afrique du Sud, au Swaziland et en Zambie. L'augmentation moyenne de cette charge sociale devrait être en 2015 d'environ 6 pour cent pour l'ensemble des 35 pays africains, de 9 pour cent en Guyana et de 5 pour cent en Haïti et aux Bahamas. Bien que la mise à disposition de traitements puisse modifier cette situation sur le long terme, l'accroissement de la charge sociale prévu pour 2005 (en moyenne supérieur de plus de 3 pour cent dans les pays africains par rapport aux autres pays) est malheureusement en passe de devenir réalité si l'on tient compte de l'accès actuel aux traitements. Les conséquences de cette hausse de la charge économique et sociale liée au VIH/sida pour les actifs et les personnes en âge de travailler sont présentées aux chapitres 2, 3 et 4 ; les politiques et les mesures mises en œuvre dans le monde du travail pour y faire face sont quant à elles examinées aux chapitres 5 et 6.

Cette méthode novatrice employée pour mesurer l'incidence du VIH/sida sur la population active et les personnes en âge de travailler vise à démontrer et à expliquer l'impact macroéconomique de l'épidémie (analysé au chapitre 2), ainsi que ses conséquences pour les entreprises et pour l'économie informelle. Incontestablement, les projections relatives à l'effet combiné des décès et de la maladie touchant les actifs à tous les niveaux de qualification, ainsi que les autres personnes en âge de travailler, sont de nature à inciter le monde du travail à entreprendre des actions pour mettre en place des programmes globaux de lutte contre le VIH/sida aussi nombreux que possible. Les gouvernements se doivent d'encourager, de faciliter et de soutenir les actions entreprises sur les lieux de travail en les intégrant à leur stratégie nationale de lutte contre le VIH/sida. De leur côté, les partenaires sociaux doivent veiller à coopérer ensemble afin de parvenir à contrôler l'épidémie et ses effets. Ces aspects et leurs implications sont analysés avec plus de précision au chapitre 5 en ce qui concerne les politiques, et au chapitre 6 pour ce qui est de la lutte contre le VIH/sida dans le monde du travail.



Comme il est encore temps pour que l'application de traitements modifie les projections pour 2015, l'OIT exhorte les partenaires sociaux et tous les acteurs concernés au sein de la communauté internationale à en tenir compte et à œuvrer à la poursuite d'objectifs nationaux et mondiaux dans le cadre de la lutte contre le VIH/sida.

Chapitre 2. L'impact macroéconomique du VIH/sida : capital humain, travail et production

C'est principalement à travers son impact sur la population active et les effets qui en découlent que l'épidémie de VIH/sida affecte le développement social et économique. Cela est notamment lié au fait que l'épidémie touche principalement la population en âge de travailler, frappée de plein fouet par la maladie et les décès liés au VIH. Dans de nombreux pays touchés par l'épidémie, l'espérance de vie ne cesse de baisser, conséquence de la hausse des taux de mortalité des adultes, et une diminution de la population active peut en résulter. Le schéma 2.1 montre l'importance de la réduction de l'espérance de vie due au VIH/sida parmi les hommes et les femmes des dix pays les plus touchés, et ce pour les périodes 2000-2005 et 2010-2015.

Les individus (hommes et femmes) exerçant un rôle économique et social important se retrouvent dans l'incapacité de contribuer à part entière au développement de leur pays. Cela engendre des conséquences non seulement au niveau des pertes en ressources humaines

revenus et les niveaux de dépenses. Au bout d'un certain temps, cette réduction de l'épargne entraîne une diminution des investissements, un ralentissement de la croissance de la production globale, une réduction de l'emploi et un processus inévitable de paupérisation. La perte de revenus, l'appauvrissement des ménages et les déboires des entreprises de l'économie informelle augmentent la pauvreté, ralentissent la croissance de l'emploi et menacent le développement durable. Dans un tel contexte, il convient de déterminer quand les manifestations microéconomiques ont été perçues de façon collective par l'ensemble du système et quelle a été la véritable ampleur de l'impact du VIH/sida depuis le début des années quatre-vingt-dix.

L'épidémie impose de lourdes contraintes aux familles. Si le membre du foyer qui fait vivre la famille est malade du sida, il ou elle n'est plus en mesure de travailler régulièrement et de contribuer au revenu du ménage. En même temps que le revenu des personnes

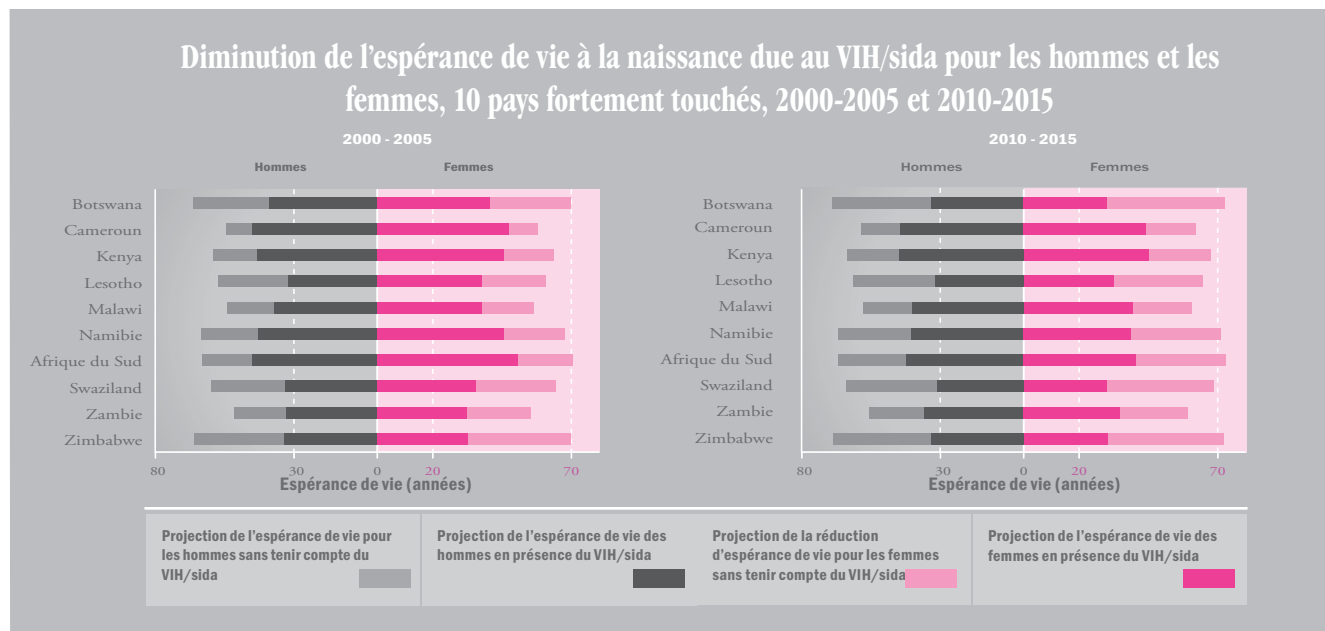


Schéma 2.1

Source : ONU, 2003

(voir schéma 2.2), mais aussi au niveau de la structure des familles, de la survie des communautés et des entreprises et du problème du maintien de la capacité de production à long terme. Parallèlement, l'épidémie de VIH diminue la capacité d'épargne des ménages, des entreprises de production du secteur formel et de l'économie informelle et des gouvernements, en raison de ses effets sur les

atteintes du sida est réduit par la perte de leur emploi ou de leur moyen de subsistance, le coût des soins médicaux et d'autres dépenses liées au sida augmentent. Les problèmes qui en résultent pour les ménages sont pris en charge, dans la mesure du possible, par les autres travailleurs adultes, les personnes âgées et les enfants. D'autres membres de la famille prennent un emploi, se mettent à pratiquer

l'agriculture de subsistance ou s'occupent au quotidien des personnes dépendantes et du foyer. Parfois, la famille vend ses biens pour faire face à des dépenses urgentes, mais ces ventes forcées se font souvent à perte. En dépit de ces efforts, le manque de moyens subsiste et on observe une nette réduction du volume global de production et de revenu, ainsi qu'une baisse sensible de la consommation.

Les décisions prises par les familles pour compenser leur perte de revenus ont toutefois un certain nombre d'effets sur le marché du travail. D'autres adultes, souvent non qualifiés, vont s'incorporer pour la première fois à la population active, des personnes âgées vont reprendre un travail et de jeunes membres de la famille vont commencer à travailler prématurément. Une des solutions choisies - ou des décisions inévitables prises - par certaines familles pour faire face à leurs difficultés a des effets particulièrement néfastes, puisqu'elle consiste à retirer les enfants de l'école pour qu'ils puissent aller travailler. Le fait que ces enfants soient déscolarisés pour travailler non seulement compromet leur avenir, mais réduit également le potentiel humain disponible pour l'économie dans son ensemble.

ainsi que de l'embauche et de la formation du personnel de remplacement. Par ailleurs, la productivité ne cesse de baisser comme conséquence de la hausse de l'absentéisme et de la mortalité. Cette chute de la productivité au fur et à mesure de la progression du sida chez les travailleurs malades a été vérifiée sur une période de 3 ans dans une plantation de thé de l'est du Kenya. C'est surtout pendant l'année précédant leur décès que l'on observe une chute brutale de la productivité des travailleurs malades. La hausse de l'absentéisme est quant à elle liée à la nécessité croissante pour les employés de disposer de temps libre pour faire face à des obligations également liées au sida telles que s'occuper de parents malades, assister à des funérailles ou, dans le cas du personnel nouvellement recruté, recevoir une formation. Une étude réalisée dans des entreprises du Botswana et du Kenya a révélé que l'absentéisme lié au VIH/sida avait entraîné une augmentation de plus de 50 pour cent des coûts de main-d'œuvre. Une autre raison expliquant la baisse de la productivité est la perte de travailleurs possédant des compétences et de l'expérience dans le domaine technique, qui, en raison d'une demande urgente, sont plus rapidement remplacés par des travailleurs moins qualifiés.

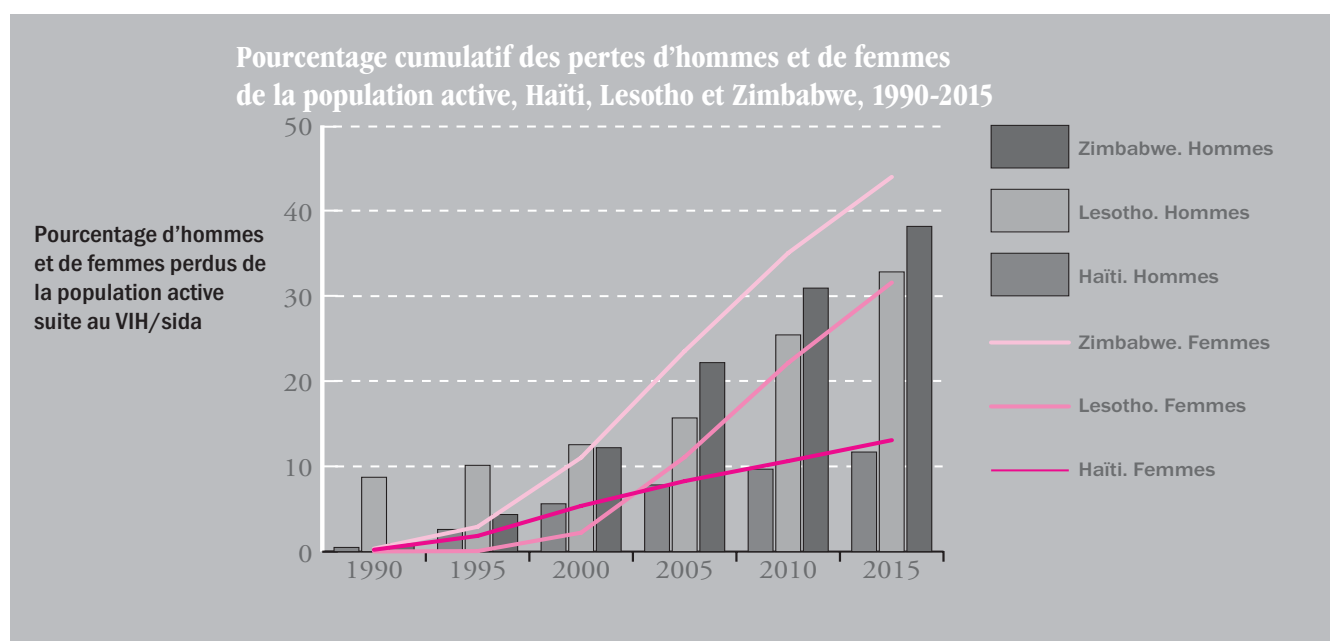


Schéma 2.2

Source : même source que pour le tableau principal 4 (voir notes techniques) et avec ventilation des données par sexe

Au niveau des entreprises, l'épidémie de VIH/sida a les mêmes conséquences que pour les ménages, à savoir une hausse des dépenses, une baisse de la productivité et une diminution des revenus. La présence dans l'entreprise de personnes atteintes par le VIH/sida affecte le niveau de dépenses, dans la mesure où elle implique une augmentation du coût des soins de santé, des assurances et des indemnités de décès (y compris les dépenses d'enterrement),

L'incidence globale sur la société et sur l'économie des décès et des maladies imputables au VIH/sida qui frappent les actifs est déjà extrêmement marquée, comme le montrent les données présentées au tableau principal 2. Les estimations et les projections relatives à la réduction de la population active liée à la maladie et au décès figurent aux tableaux principaux 3A, 3B et 3C, et au tableau principal 4. Quant aux conséquences

Etudes sur l'impact macroéconomique du VIH/sida

Etudes	Pays et période couverts	Période couverte par les données sur le VIH/sida	Croissance du PIB	Croissance du PIB par habitant
Over (1992)	30 pays africains (1990-2025)	Début des années 1990		Réduite de 0,15% (0,6% dans les dix pays les plus touchés)
Bloom et Mahal (1995)	51 pays (1980-1992)	Début des années 1990	Effet négligeable	
Bonnel (2000)	50 pays (1990-1997)	Milieu des années 1990		Réduite de 0,7% par an
Dixon et al. (2001)	41 pays (1960-1998)	Fin des années 1990	Réduite de 2 à 4 % par la prévalence du VIH	
Coulibaly (2004)	41 pays (1992-2002) 33 pays africains (1992-2002)	Début des années 2000	Réduite annuellement de 0,9% en moyenne Réduite annuellement de 1,1% en moyenne	Réduite annuellement de 0,6% en moyenne Réduite annuellement de 0,7% en moyenne

Tableau 2.1

Source : adaptée à partir de données de l'ONU, 2003

de cette situation pour le secteur privé, pour le secteur public et pour l'économie informelle, elles sont examinées au chapitre 3.

Le VIH/sida touche les entreprises de toutes dimensions. Il peut cependant avoir des conséquences particulièrement graves sur les petites et moyennes entreprises et sur celles de l'économie informelle, en fonction du taux de prévalence du VIH et du niveau de qualification requis par le processus de production. Si les travailleurs les plus productifs employés par une entreprise sont ceux qui ont le plus de qualifications et sont donc les plus difficiles à remplacer, l'impact de l'épidémie de sida sur cette entreprise risque d'être grave. Lorsque des responsables de haut niveau sont séropositifs, la stratégie de gestion de l'entreprise peut à un certain moment en être affectée. Si des membres clés de la direction disparaissent à cause du sida, la compétitivité de l'entreprise sur le marché diminue, ce qui peut entraîner la faillite de l'entreprise. Dans le cas des petites entreprises, souvent dépendantes d'un petit nombre de travailleurs qualifiés et d'une direction elle-même propriétaire de l'entreprise, la perte de qualifications et d'un savoir-faire spécifique peut entraîner un dépôt de bilan.

La baisse de la productivité et la réduction de la production entraînent une diminution de la rentabilité. Dans de telles circonstances, le recours à une restructuration de l'entreprise, avec les pertes d'emploi qui en résultent, peut aggraver la situation du fait de la réduction et du changement de mode de consommation. Il s'ensuit également une baisse des recettes fiscales et des capitaux d'investissement, ce qui est fort préjudiciable. A un certain stade, une telle situation a pour effet de décourager fortement les investissements étrangers et, à long terme, de freiner, voire de faire stagner ou régresser, le processus de développement. Le préjudice en termes d'appauvrissement de l'ensemble du capital humain peut à son tour devenir un facteur important d'inertie économique, lorsque le pays doit faire face

à une réduction considérable des ressources humaines nécessaires au fonctionnement et à la gestion des fermes, des entreprises, des services publics et du gouvernement.

C'est une erreur de penser que, dans les pays en développement, l'offre de main-d'œuvre est illimitée ou que celle-ci peut être remplacée sans aucun coût. Il est prouvé que même la main-d'œuvre dite non qualifiée a acquis une somme de compétences spécifiques à l'entreprise où elle travaille et aux tâches qu'elle exerce, et qu'elle est très difficile à remplacer. Ceci est particulièrement évident dans le cas des travailleurs agricoles qualifiés, mais c'est aussi vrai pour d'autres activités économiques pour lesquelles on croit à tort que le personnel qualifié est facile à former et à recruter. On constate d'ailleurs que les petites entreprises familiales sont confrontées à des problèmes critiques lorsqu'elles doivent remplacer des employés disparus à cause du VIH/sida. Cela a deux conséquences graves : d'abord, le transfert des compétences et des connaissances aux enfants de la famille est menacé et, ensuite, le remplacement de la main-d'œuvre, généralement féminine, chargée des activités agricoles et de la production des ménages, devient très difficile. On constate donc que les effets du VIH/sida sont insidieux et complexes dans les entreprises de l'économie informelle, notamment en raison des conséquences de la maladie et des décès sur la viabilité de ces entreprises, dont la survie dépend au plus haut point des flux d'épargne générés en leur sein. Ce qui affecte encore plus ces entreprises, si l'on s'en réfère aux quelques données disponibles à leur sujet, ce sont les pertes qui touchent l'expérience et les compétences techniques et en matière de gestion, ainsi que la capacité à entreprendre et à diriger, éléments essentiels à leur survie. Les conséquences du VIH/sida sur l'économie informelle sont analysées en détail aux chapitres 3 et 4.

L'impact macroéconomique global du VIH/sida sur les économies nationales a fait

l'objet d'études depuis le début de l'épidémie. Les économistes et les experts en planification ont cherché à comprendre comment l'épidémie affectait ou affecterait les agrégats macroéconomiques. Ils se sont généralement concentrés sur les conséquences du VIH/sida sur la croissance économique et certaines de ces études ont conclu que l'épidémie avait peu ou pas d'effet significatif sur la croissance économique en termes d'évolution du PIB. Ces études faisaient apparaître que la diminution de la croissance démographique imputable au VIH/sida compensait la baisse de la croissance du PIB qui entraîne un effet marginal net sur le revenu par habitant. Les auteurs de ces études prévoyaient que l'impact de l'épidémie serait faible, dans la mesure où l'offre de main-d'œuvre était suffisante pour remplacer facilement les travailleurs exclus du marché du travail en raison du VIH/sida et où les prestations versées aux employés malades étaient d'un montant négligeable.

La plupart des études macroéconomiques réalisées ultérieurement ont cependant montré que le VIH/sida entraîne nécessairement une baisse de la performance économique dans les pays gravement affectés par l'épidémie. Leurs estimations sur l'incidence économique du VIH/sida indiquaient que, dans les pays africains les plus touchés, l'épidémie entraînerait une baisse moyenne du taux de croissance annuel du PIB comprise entre 0,5 et 4 pour cent.

Le tableau 2.1 présente les principales études internationales portant sur les conséquences macroéconomiques du VIH/sida. Elles sont toutes basées sur une comparaison du taux de croissance du PIB et du taux de croissance du PIB par habitant en présence et en l'absence de l'épidémie de sida, mais elles diffèrent en ce qui concerne les hypothèses de départ, les pays et les périodes couverts, ainsi que les approches méthodologiques. On remarque cependant que les conclusions des études menées entre 1992 et 2001 ont beaucoup évolué, à tel point que, plus l'étude est récente, plus graves sont les conséquences du VIH/sida observées par les auteurs. Cela signifie également que l'impact macroéconomique de l'épidémie est de mieux en mieux mesuré dès lors que celle-ci affecte une proportion croissante des ménages, des travailleurs et des employeurs. Au fur et à mesure de la progression du VIH, il devient de plus en plus évident que, sur le long terme, l'épidémie a des effets macroéconomiques de plus en plus destructeurs sur la croissance et le développement, effets mesurés en termes d'impact sur le PIB.

Qu'elles mettent en évidence un impact

mesurable ou pas, il est important d'observer la faiblesse de toutes ces études en ce qui concerne les multiples conséquences du VIH/sida sur la population active et sur l'emploi. Ainsi, elles ne prennent pas en compte les coûts significatifs du remplacement des travailleurs, même lorsque ceux-ci sont non qualifiés et la plupart passent sous silence les effets cumulés du VIH/sida sur les réseaux, les organisations et les institutions, effets qui entravent le transfert de l'information, du savoir-faire, de la mémoire institutionnelle et des « règles du jeu ». Quand ces facteurs sont pris en compte, on s'aperçoit non seulement que le déficit de croissance économique causé par le VIH/sida est plus important, mais également que les effets non mesurables ont tendance à se cumuler de manière non linéaire au fil du temps. En outre, il est important de souligner que, plus les pays concernés tardent à endiguer l'épidémie, plus il leur est difficile de remédier à ses effets et de stopper ou d'inverser leur processus de déclin, et ce même si toutes les conséquences du phénomène ont été mesurées.

Ainsi, les conséquences de l'épidémie sont plus profondes et plus graves que ce que ne laissent apparaître les études classiques portant sur son impact sur le PIB, même lorsque leurs estimations sont significatives pour les pays les plus gravement touchés par l'épidémie. Avec le temps, l'épidémie réduit de façon cumulative les ressources humaines et organisationnelles des pays concernés, à tel point qu'elle réduit aussi leur capacité à poursuivre leurs activités productives. Il s'agit là de la principale menace pesant sur le développement socio-économique durable.

Conscient des limitations des études mentionnées ci-dessus, le BIT a jugé utile d'estimer l'impact mesurable de l'épidémie de VIH/sida à partir des données les plus récentes disponibles. Il s'est donc attaché à mettre au point des estimations relatives à l'impact du VIH/sida sur la croissance pour 45 des 50 pays couverts par ce rapport. L'étude du BIT a mis en évidence que, entre 1992 et 2002, le VIH/sida a entraîné une réduction moyenne de 0,9 pour cent par an du taux de croissance du PIB dans les 41 pays où les conséquences économiques du VIH/sida étaient mesurables. Sur la base de ces résultats, on peut supposer que, en l'absence du VIH/sida, les 41 pays concernés auraient enregistré une augmentation moyenne de leur taux de croissance de 0,9 pour cent par an au cours de la même période. Cette perte de croissance des revenus peut paraître relativement faible, mais ses effets cumulés sur 15 ans, par exemple, correspondent à une réduction de la croissance

économique de près de 14 pour cent par rapport au niveau escompté en l'absence d'épidémie. Une estimation brute du coût indique une perte de plus de 17 milliards de dollars par an pour les 41 pays pris dans leur ensemble. De la même manière, on estime que ces pays pourraient cumuler un manque à gagner d'un montant de 270 milliards de dollars d'ici à 2020, si le manque à gagner annuel dans le taux de croissance est du même ordre, c.à.d. 0,9 pour cent par an.

Les pays africains sont les plus durement touchés, compte tenu du fait que leur taux moyen de prévalence (7,9 pour cent) était le plus élevé (voir tableau principal 2). En Afrique, le taux de croissance du revenu a chuté en moyenne de 1,1 pour cent par an sur la période 1992-2002 ; en l'absence de sida, la croissance économique de ces pays africains aurait progressé de 1,1 pour cent par an de plus en moyenne. De même, si l'épidémie se maintient aux taux et dans les conditions actuels, le manque à gagner dans la croissance économique de l'ensemble des 33 pays africains atteindra 18 pour cent en 2020. Cela représente un déficit de croissance d'environ 144 milliards

de 400 millions de dollars par an en termes de production totale.

Alors que, dans certaines régions, l'impact économique est évident, les économies des grands pays d'Asie (Chine, Inde), du Brésil et des États-Unis n'ont pas accusé les effets de l'épidémie. La taille de leur population et de leur économie, conjuguée à une relative faiblesse de leur taux de prévalence du VIH, explique en grande partie la difficulté à évaluer la façon dont l'épidémie les a affectés ou, tout simplement, les résultats insignifiants obtenus.

L'impact du VIH/sida sur le PIB est plus faible quand celui-ci est mesuré par habitant, puisque, dans ce cas, il ne représente que les deux tiers (0,6 pour cent) de la perte de croissance du PIB des 41 autres pays. Cela s'explique par le fait que la diminution de la croissance démographique due au VIH/sida (double effet de l'augmentation des décès et de la diminution du nombre de parents potentiels) a tendance à compenser la baisse de la croissance économique. Il n'y a cependant aucune satisfaction à tirer de cette observation

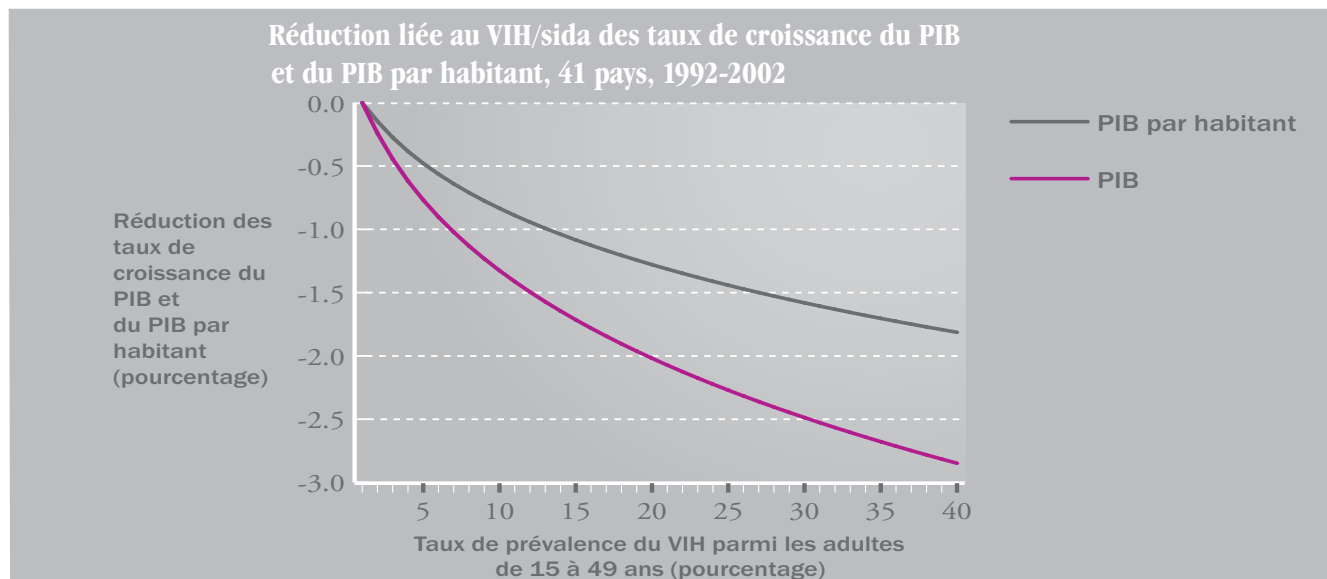


Schéma 2.3

Source : Tableau principal 2

de dollars pour le seul continent africain, estimation considérée comme minimale si l'on tient compte des autres effets non mesurés liés aux pertes cumulées en termes de capacités humaines et organisationnelles.

L'Amérique latine et les Caraïbes ont aussi subi une perte de croissance économique, même si elle est moindre qu'en Afrique. D'après le modèle établi par le BIT, la croissance annuelle des revenus de cette région aurait été supérieure de 0,5 pour cent à son niveau escompté en l'absence d'épidémie de VIH/sida. Le déficit de croissance que cela représente équivaut à près

car l'évolution du revenu par habitant ne montre pas que, lorsque la production et la population active diminuent simultanément, cela entraîne des pertes irrémédiables pour l'économie, même si le revenu par habitant demeure inchangé.

Si cette observation est prise en compte, les résultats de l'étude demeurent instructifs. Comme le montre le modèle du BIT, alors que l'épidémie de VIH/sida a eu pour effet de réduire le taux de croissance par habitant de 0,6 pour cent par an en moyenne dans les 41 pays concernés au cours de la période 1992-2002

(ce qui représente une perte de 15 dollars), elle a entraîné une diminution du PIB par habitant de 0,7 pour cent dans les pays africains, soit l'équivalent de 11 dollars par personne et par an. Comme la croissance moyenne du PIB par habitant dans les pays africains a été de 0,7 pour cent pendant cette période, les résultats des études entreprises impliquent que les économies de ces pays ont perdu la moitié de leur croissance potentielle à cause du VIH/sida. En l'absence d'épidémie, toutes choses étant égales par ailleurs, le PIB par habitant de ces pays aurait augmenté deux fois plus vite, à un taux de 1,4 pour cent par an. En Amérique latine et dans les Caraïbes, la perte en termes de croissance globale par habitant a été plus faible, puisqu'elle se situe autour de 0,3 pour cent par an (soit l'équivalent de 10 dollars par habitant et par an). En comparaison avec l'Afrique, elle représente un pourcentage bien plus faible de la croissance du revenu par habitant enregistrée dans cette région au cours de la même période.

Il convient de retenir aussi que, en tant que mesure d'agrégat, le revenu par habitant ne reflète pas le bien-être de la population. Il prend en considération toutes les personnes survivantes, y compris celles qui vivent avec le VIH/sida. En outre, il ne fournit aucune information sur la façon dont le revenu est distribué au sein de la population. Ainsi, le décès de personnes à faible revenu aura pour effet d'augmenter le PIB par habitant de l'ensemble de la population, sans que l'on n'observe pour autant une amélioration de son niveau de vie. Malgré cela, toutes choses étant égales par ailleurs, un niveau élevé de prévalence du VIH va généralement de pair avec une réduction plus importante de la croissance du revenu par habitant. Le schéma 2.3 illustre ce rapport, ainsi que la diminution du taux de croissance du PIB et du PIB par habitant liée au VIH/sida. Le rapport entre VIH/sida et croissance montre que, dans les pays où la prévalence du VIH est de l'ordre de 20 pour cent, l'impact estimé de l'épidémie représente une réduction de 2 pour cent du PIB et d'environ 1,3 pour cent du PIB par habitant.

Les travaux du BIT montrent clairement que l'impact macroéconomique de l'épidémie de VIH/sida ne peut être ignoré. Le VIH/sida détruit le capital humain développé année après année et réduit la capacité des travailleurs à produire des biens et des services pour l'économie. La perte de main-d'œuvre qualifiée, associée à l'augmentation des dépenses liées aux soins et aux traitements, entraîne à long terme une baisse de la production et de l'épargne et constitue un frein à l'investissement. Le fait que

ces effets puissent avoir de graves conséquences au niveau microéconomique pour certains secteurs industriels et professionnels est particulièrement préoccupant. Dans l'économie informelle, les travailleurs atteints du VIH/sida sont particulièrement touchés, car ils ne bénéficient d'aucune protection sociale, que ce soit pour eux ou pour leur famille. Les entreprises de cette économie, caractérisées par une forte intensité de main-d'œuvre, sont également très touchées. Cela signifie que la charge socio-économique croissante qu'entraîne la hausse de la mortalité et de la morbidité liées au VIH/sida affecte davantage les pays qui sont déjà les plus touchés par le VIH, ce qui a pour effet d'aggraver la crise, notamment en Afrique.

De manière générale, les résultats de l'étude mettent en évidence les effets négatifs de l'épidémie sur la croissance économique et sur le développement durable, et ce en raison de l'impact du VIH/sida sur la population active, facteur économique déterminant. Réciproquement, le ralentissement de la croissance économique a des conséquences graves à la fois sur la création d'emplois et sur les conditions de travail, ainsi que sur les budgets publics. La création d'emplois et le marché du travail sont liés aux investissements nationaux et étrangers, mais, d'une part, les investissements étrangers sont découragés par une faible croissance et, d'autre part, une grande partie des investissements nationaux, censés provenir de l'épargne, est affectée au financement des dépenses liées au VIH/sida assumées par les ménages et les petites entreprises et, plus généralement, par l'ensemble de l'économie informelle. Les pays où le VIH/sida a les conséquences économiques les plus graves sont confrontés à de sérieuses contraintes budgétaires, qui affectent la capacité des gouvernements à faire face à la réalité sociale et économique, notamment en ce qui concerne l'emploi, l'éducation et la santé.

Le VIH/sida mine la capacité de croissance économique et de développement des pays concernés, du fait de la faiblesse de leur taux d'épargne et de leur niveau d'investissement, du ralentissement de la croissance de l'emploi et des pressions exercées sur les budgets publics. Ces facteurs, qui ont pour effet de limiter l'action visant à freiner le processus de paupérisation de la population, risquent de compromettre sérieusement la réalisation de l'objectif d'un développement socio-économique durable dans les pays les plus touchés.



Le VIH/sida détruit le capital humain développé année après année et réduit la capacité des travailleurs à produire des biens et des services pour l'économie.

Chapitre 3. L'impact du VIH/sida sur le monde du travail

L'importance du monde du travail pour la prévention du VIH/sida, la prise en charge des malades et la protection de leurs droits a été reconnue en 2001 par la 26e Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies consacrée au VIH/sida, qui, comme indiqué au paragraphe 49 de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida, a décidé de :

«Renforcer la lutte contre le VIH/sida dans le monde du travail en établissant et en appliquant des programmes de prévention et de soins dans le secteur public, le secteur privé et le secteur informel».

Source : Nations Unies, 2001

L'OIT utilise le terme « monde du travail » pour se référer aux entreprises de toutes tailles, publiques et privées et implantées en zone urbaine ou en milieu rural ; ce terme englobe à la fois la population active formelle et les travailleurs de l'économie informelle. Le monde du travail comprend également les pouvoirs publics, le système judiciaire ainsi que les autres institutions (telles que le corps universitaire) qui façonnent l'environnement national en matière de travail, d'emploi et de ressources humaines. Ce chapitre est consacré en particulier à l'incidence du VIH/sida sur le secteur privé et le secteur public et il analyse brièvement les effets bénéfiques des actions prises sur le lieu de travail.

i) Les effets du VIH/sida sur le secteur privé

Le coût que représente le VIH/sida pour les entreprises de toutes tailles, notamment

dans certains secteurs, apparaît de plus en plus clairement année après année. Le fait de mieux appréhender les problèmes communs à toutes les entreprises, ainsi que des défis spécifiques auxquels elles sont confrontées selon leur taille, leurs ressources disponibles et leur spécificité sectorielle, permet de garantir que l'action sera ciblée, pertinente et efficace. Le problème numéro un pour les employeurs comme pour les économies nationales est la perte d'employés qualifiés possédant des compétences et une expérience propres à leur travail dans l'entreprise. C'est ce que montrent les tableaux principaux 1, 2, 3, 4 et 6 et qui est analysé aux chapitres 1 et 2.

D'autre part, en raison même de la nature de leur activité productive, certains lieux de travail sont susceptibles de générer pour les travailleurs un environnement plus ou moins dangereux en termes de transmission du VIH/sida. Ainsi, lorsque les travailleurs sont mobiles ou migrants, ils sont davantage exposés au risque de transmission. Chaque secteur économique se doit de trouver les solutions adaptées à ses propres caractéristiques et possibilités. On ne dispose que de très peu de données sectorielles sur la prévalence du VIH, mais celles dont on dispose montrent clairement qu'il existe des différences selon les entreprises, les conditions de travail et les niveaux de qualification au sein d'activités économiques comparables. A titre d'exemple, les tableaux 3.1 et 3.2 montrent respectivement le niveau de prévalence observé dans certains secteurs industriels, et celui observé selon le niveau de qualification des employés, tous secteurs confondus, pour trois pays d'Afrique australe.

Estimation de la prévalence du VIH basée sur les réponses à des questionnaires remplis de façon volontaire et anonyme par des employés au Botswana, en Afrique du Sud et en Zambie, 2000-2001, par secteur industriel

Pays	Nombre d'employés	Pourcentage d'employés ayant répondu au questionnaire par rapport au nombre d'employés présents sur le lieu de travail le jour de l'enquête	Prévalence du VIH (%) par secteur industriel (marge de confiance de 95 pour cent)			
			Industrie minière	Métallurgie	Industrie manufacturière	Autre
Botswana (4 entreprises)	6.240	80	24,6 (23,6-25,7)			
Afrique du Sud (26 entreprises)	28.509	67	15,5 (15,0-16,1)	17,8 (15,8-19,8)	13,00 (12,1-13,8)	11,6 (10,6-12,6)
Zambie (4 entreprises)	9.345	74	18,1 (17,2-18,9)	16,8 (14,9-18,8)		

Tableau 3.1

Source : Données tirées d'Evian, 2004

Estimation de la prévalence du VIH basée sur les réponses à des questionnaires remplis de façon volontaire et anonyme par des employés au Botswana, en Afrique du Sud et en Zambie, 2000-2001, par niveau de qualification des employés, tous secteurs confondus

Pays	Nombre d'employés	Pourcentage d'employés ayant répondu au questionnaire par rapport au nombre d'employés présents sur le lieu de travail le jour de l'enquête	Prévalence du VIH (%) par secteur industriel (marge de confiance de 95 pour cent)						
			Contractuel	Non qualifié	Semi-qualifié	Qualifié	Cadre	Autre/Inconnu	Tous niveaux
Botswana (4 entreprises)	6.240	80	28,5 (26,5-30,5)	27,3 (24,0-30,5)	24,9 (23,1-26,7)	19,2 (16,9-21,6)	6,9 (3,5-10,3)	20,5 (7,8-33,1)	24,6 (23,6-25,7)
Afrique du Sud (26 entreprises)	28.509	67	20,4 (19,0-21,8)	14,8 (13,3-16,3)	17,7 (17,0-18,4)	6,7 (5,7-7,6)	4,1 (3,0-5,2)	12,2 (11,5-12,9)	14,5 (14,1-14,9)
Zambie (4 entreprises)	9.345	74	18,0 (14,5-21,4)	18,4 (17,5-19,4)	17,0 (15,3-18,4)	26,4 (11,6-41,3)	3,5 (0,0-10,4)	13,9 (10,8-16,9)	17,9 (17,1-18,7)

Tableau 3.2

Source : Données tirées de Evian, 2004

Les secteurs particulièrement touchés par l'épidémie sont l'industrie lourde et les transports, parce qu'un grand nombre des travailleurs qu'ils emploient sont mobiles. L'industrie attire des travailleurs migrants qui de ce fait sont amenés à vivre loin de leur foyer pendant de longues périodes, tandis que les employés du secteur des transports doivent régulièrement se déplacer sur de longues distances pendant des périodes prolongées. Le secteur minier est particulièrement touché dans les pays d'Afrique australe où la prévalence du VIH a pu être estimée, mais les données relatives à d'autres secteurs industriels d'Afrique du Sud et de Zambie montrent que l'on observe le même niveau de prévalence dans les industries métallurgique et manufacturière. Par ailleurs, bien que les travailleurs contractuels et faiblement qualifiés présentent des niveaux d'infection élevés, le taux de séropositivité est également élevé parmi les travailleurs qualifiés du Botswana et de Zambie et non négligeable parmi le personnel d'encadrement, ce qui peut entraîner des problèmes de production et une baisse de productivité.

Le coût que représente l'épidémie pour les entreprises est la résultante de ses effets directs et indirects. Les coûts directs sont liés à la mise

en œuvre de leurs politiques en fonction du nombre d'employés atteints du VIH/sida et les coûts indirects sont ceux cumulés au fil du temps lorsque la prévalence du VIH au sein du personnel est élevée (voir tableau 3.3).

Selon une étude du Forum économique mondial portant sur 1.620 entreprises de toute l'Afrique, 89 pour cent d'entre elles se sont déclarées préoccupées par l'impact du VIH/sida sur leurs activités et 60 pour cent prévoient des effets néfastes importants, notamment une baisse de la productivité. Une étude réalisée par le *Bureau for Economic Research* (BER - centre de recherches de l'Université de Stellenbosch) avec le concours de la South African Business Coalition on HIV/AIDS (SABCOHA) parmi plus de 1.000 entreprises a par ailleurs montré que 9 pour cent d'entre elles considéraient que le VIH/sida avait déjà un impact négatif important sur leur performance et 43 pour cent prévoient que cet effet néfaste perdurerait au cours des 5 prochaines années (voir schéma 3.1).

Les coûts directs sont principalement liés à l'augmentation du volume des indemnités que les entreprises sont tenues de verser à leurs employés, y compris les prestations financières

Coûts pour les entreprises

	Coûts directs	Coûts indirects
Coûts individuels liés à tout travailleur atteint de VIH/sida	<ul style="list-style-type: none"> soins médicaux versement de prestations : invalidité, décès, funérailles, etc. recrutement et formation de personnel de remplacement 	<ul style="list-style-type: none"> baisse de la productivité due à l'absentéisme/la maladie temps consacré par le personnel d'encadrement à faire face aux baisses de productivité coûts liés à la rotation du personnel
Coûts organisationnels liés à la présence de nombreux employés atteints de VIH/sida	<ul style="list-style-type: none"> primes d'assurance accidents dus à la maladie ou à l'inexpérience coûts des contentieux 	<ul style="list-style-type: none"> temps consacré à ces problèmes par les cadres supérieurs problèmes de production baisse du moral et de la motivation perte de travailleurs expérimentés tensions dans les relations professionnelles

Tableau 3.3

Source : Adapté de Rosen et al, 2003

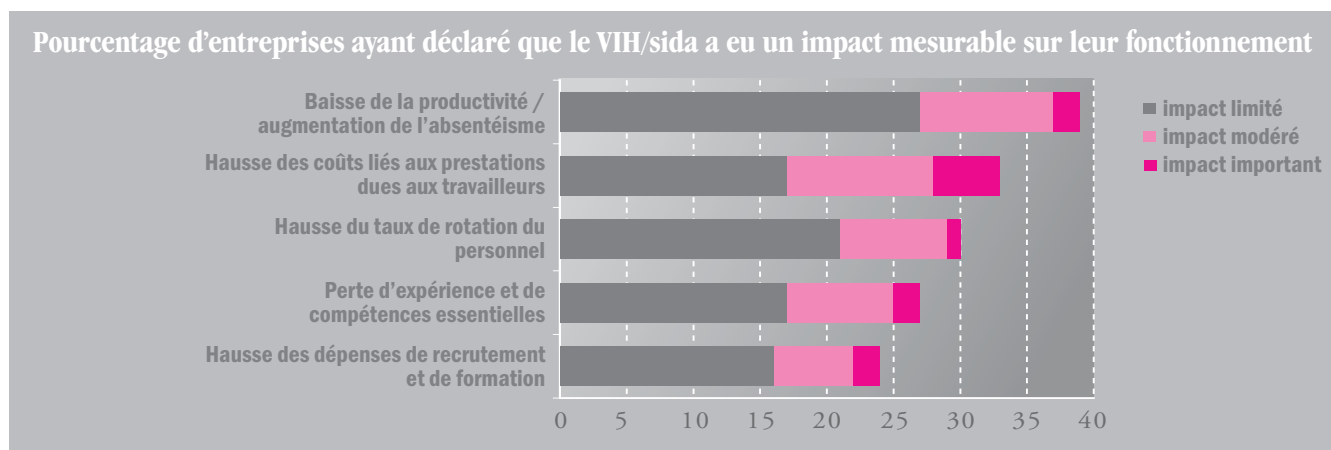


Schéma 3.1

Source : BER et SABCOHA, 2003

servies aux membres de leur famille. Ces indemnités varient considérablement d'une entreprise à l'autre. En Afrique du Sud, par exemple, elles incluent généralement un contrat collectif d'assurance vie, les cotisations aux caisses de retraite et une couverture médicale. Les autres coûts directs sont liés au recrutement et à la formation de personnel nouveau destiné à remplacer celui qui ne peut plus travailler (ou a été licencié). Près d'une entreprise sur cinq (18 pour cent), parmi celles couvertes par cette étude, ont indiqué qu'elles prévoyaient d'embaucher du personnel pour faire face à l'impact du VIH/sida en matière de productivité, d'absentéisme et de mortalité. De plus, les travailleurs atteints de VIH/sida sont plus souvent sujets à des accidents de travail lorsqu'ils continuent à travailler ; c'est notamment le cas dans les industries lourdes comme l'exploitation minière. Le remplacement de ces travailleurs ne contribue pas forcément à éliminer ces coûts, du moins au début, parce que le personnel nouveau a plus de chances de causer ou de subir un accident que les travailleurs expérimentés. De toutes manières, le personnel qui vient d'être recruté ne peut pas remplacer la mémoire institutionnelle de l'entreprise.

Enfin, d'autres coûts directs sont engendrés par les contentieux qui relèvent de réclamations concernant les indemnités ou de plaintes pour licenciement abusif. La pression financière qu'entraînent tous ces coûts peut être extrêmement élevée, même lorsqu'ils sont compensés par une réduction du nombre de

travailleurs qui parviennent à l'âge légal de départ en retraite et perçoivent une pension. Une étude réalisée antérieurement prévoyait que le volume total de prestations augmenterait de 7 à 19 pour cent de l'ensemble des coûts salariaux entre 1995 et 2005 (voir tableau 3.4). En Zambie, par exemple, une des principales banques a dû tripler ses déboursments au titre des indemnités d'assurance-vie en une année.

Les coûts indirects résultent quant à eux de la baisse de productivité des travailleurs malades du sida, de la perte de compétences et surtout d'expérience et de connaissances collectives acquises par les travailleurs qui quittent leur emploi ou décèdent. Ils sont aussi la conséquence de la hausse du taux de rotation du personnel dans les entreprises qui doivent sans cesse recruter du personnel nouveau. D'autre part, le fort taux d'absentéisme des travailleurs malades du sida constitue un des coûts les plus élevés pour l'entreprise. Selon une étude menée au sein du secteur privé au Kenya, au Malawi et en Zambie, ce coût représenterait entre 25 et 45 pour cent des dépenses totales des entreprises. Une autre étude réalisée en 1994, donc au début de l'épidémie, parmi six entreprises du Botswana et du Kenya montrait déjà que ces coûts indirects représentaient entre 1 et 9 pour cent des bénéfices, essentiellement en raison de la hausse de l'absentéisme. Même s'ils sont difficilement mesurables, il convient également de mentionner les coûts liés aux conséquences de l'épidémie sur le moral et la

Impact du sida sur les prestations versées aux travailleurs (en pourcentage du salaire)

Prestations	Pourcentage du salaire (projection)		
	1995	2000	2005
Indemnité forfaitaire en cas de décès	1,5	3,7	6,0
Pension de veuvage	4,0	7,5	10,0
Pension d'invalidité	1,5	2,3	3,0
Total des prestations	7,0	13,5	19,0

Tableau 3.4

Source : Doyle, 1991

motivation du personnel dans les entreprises où la prévalence du VIH est élevée. Finalement, même si l'épidémie de VIH/sida a eu jusqu'à présent un impact économique plus faible ou moins évident sur la demande que sur la production, 30 pour cent des entreprises dans l'étude BER-SABCOHA ont prévu qu'elles auraient des conséquences négatives sur leurs ventes au cours des cinq prochaines années.

D'une manière générale, l'ensemble de ces coûts peut représenter une charge non négligeable pour les entreprises. Une étude réalisée dans cinq entreprises du Kenya a montré que le coût du sida s'élevait à 45 dollars par travailleur et par an et représentait 3 pour cent de leurs bénéfices. Des projections indiquent que, si les entreprises ne font rien pour endiguer l'épidémie, ce coût pourrait atteindre 120 dollars par travailleur en 2005. Les études réalisées ont montré qu'une des stratégies des entreprises pour faire face à cette situation consiste à réviser leurs dépenses à la baisse en modifiant les contrats de leurs employés et en réduisant les prestations qu'elles leur versent. Ainsi, une entreprise sud-africaine a très fortement diminué le plafond des prestations liées au VIH/sida qu'elle verse à ses employés (de 100.000 à 15.000 rands par famille). D'autres entreprises ont choisi de sous-traiter des activités de production ou de remplacer des technologies à haute intensité de main-d'œuvre par d'autres à forte intensité de capital et certaines évitent d'engager de nouveaux travailleurs séropositifs (ou qui pourraient appartenir à une catégorie supposée à haut risque). Même si cette pratique est contraire à la loi ou à la politique nationale, on sait à partir de sources diverses que, dans les pays les plus touchés, certaines entreprises font passer des tests de dépistage du VIH aux personnes qui se présentent pour un emploi.

Avantages des programmes de lutte contre le VIH/sida pour les entreprises

Quoique le non traitement du VIH/sida dans les entreprises représente pour elles un coût élevé, la plupart d'entre elles n'ont guère investi dans des programmes appropriés. Un quart des entreprises étudiées par le BER et la SABCOHA avaient mis en œuvre une politique officielle en matière de VIH/sida, alors que moins d'une sur cinq avait mis en place un service de dépistage et de consultation volontaire ou fournissait des soins, des traitements et un soutien aux travailleurs atteints de VIH/sida.

Néanmoins, un nombre croissant

Maintenir la production et la productivité

Deux éléments essentiels sont de nature à aider les employeurs à faire face aux conséquences du VIH/sida dans leurs entreprises:

1. la séropositivité n'est pas en soi une maladie et n'empêche pas le travailleur de continuer à travailler de manière productive pendant des années.
2. grâce à la baisse du coût des traitements antirétroviraux et à l'accroissement des ressources financières disponibles pour les mettre à la disposition des travailleurs, même les petites entreprises ont désormais la possibilité de faire soigner et de conserver leur personnel.

d'entreprises est en train de démontrer que le coût le plus élevé associé au VIH/sida est celui de l'inaction.

Les programmes d'entreprise en matière de VIH/sida se sont en effet avérés bénéfiques non seulement pour les travailleurs, mais aussi pour la collectivité toute entière. Premièrement, ils permettent de stabiliser les flux de production en réduisant la rotation de main-d'œuvre, les pertes de compétences et d'expérience inestimables, les coûts du recrutement et de la formation et l'absentéisme. Deuxièmement, ils contribuent à transformer l'environnement de travail de façon productive puisqu'ils influent favorablement sur le moral et la motivation des travailleurs, contribuent à la fois à retenir et à attirer les meilleurs employés et encouragent le respect des droits, notamment lorsqu'ils sont fondés sur une politique visant à combattre la discrimination et la stigmatisation. Troisièmement, ces programmes peuvent contribuer à améliorer l'image de marque de l'entreprise, ce qui accroît sa réputation et renforce la loyauté des consommateurs à son égard. Un dernier avantage, et non des moindres, est que la mise en œuvre de ces programmes allège la charge financière des entreprises puisqu'ils contribuent à réduire leurs dépenses de santé et les prestations qu'elles versent aux employés. Dans les entreprises du secteur minier du Botswana, qui ont pris toute une série de mesures en matière de VIH/sida, on a observé que le taux de prévalence est passé de 28,8 pour cent en 1999 à 22,6 pour cent en 2001.

ii) Le secteur public et le VIH/sida

Dans le monde entier, et en particulier dans les pays en développement, le secteur public joue un rôle important, essentiel pour le développement. Un pourcentage non négligeable de personnes possédant des qualifications techniques, des compétences

professionnelles et un savoir-faire en matière de gestion sont employées dans les services gouvernementaux et publics. La qualité et la diversité des services publics (éducation, santé, justice, réseaux d'eau et d'assainissement, télécommunications, voiries, etc.) dépendent donc non seulement des budgets publics et d'autres sources de financement, mais aussi du capital que représentent les travailleurs du secteur public possédant les qualifications et le savoir-faire requis. Par ailleurs, gouvernements et bailleurs de fonds s'efforcent depuis des années d'accroître la variété, la couverture et la qualité des services publics existants, notamment dans les domaines de l'éducation et de la santé, souvent considérés comme des droits fondamentaux essentiels au développement social et économique. Ces deux secteurs jouent précisément un rôle déterminant en matière de prévention, de prise en charge et de traitement du VIH/sida.

Le fonctionnement efficace du secteur public est de plus en plus menacé par l'épidémie de VIH. Cette épidémie affaiblit le capital humain et diminue les revenus disponibles pour financer le développement et, dans le même temps, elle accroît la pression exercée sur les services publics, notamment dans le domaine de la santé. Son impact sur le secteur public peut être qualifié de systémique. Les conséquences du VIH/sida sont particulièrement graves pour le secteur public dans la mesure où celui-ci est tributaire du capital humain accumulé grâce aux investissements privés et sociaux dans les domaines de la formation et de l'éducation. On constate déjà que plusieurs ministères de pays d'Afrique australe ne parviennent pas à pourvoir le nombre croissant de postes tombés vacants suite à la maladie ou le décès de personnes atteintes du VIH/sida. La perte de ressources humaines liée au VIH/sida sera particulièrement préjudiciable pour la capacité de l'Etat à fournir les biens et les services essentiels, ce qui aura de graves conséquences pour l'ensemble de l'économie.

L'éducation et la santé sont les piliers du secteur public. Or le secteur de l'éducation en particulier est gravement touché par le VIH/sida, qui affecte à la fois la demande et l'offre de services éducatifs. D'une part, les enfants quittent l'école prématurément à cause du VIH/sida (pour toute une série de raisons examinées plus loin) et, d'autre part, les enseignants, les éducateurs, les directeurs d'établissements scolaires et les responsables des politiques d'éducation eux-mêmes sont décimés par la maladie. Or l'éducation est indispensable à la création et à l'amélioration du capital humain, élément essentiel pour

assurer un développement durable. De la même manière, le VIH/sida impose une charge considérable au secteur de la santé, d'abord parce que celui-ci a la responsabilité de soigner les personnes malades et, ensuite, parce qu'il est lui-même confronté aux ravages de la maladie au sein de ses effectifs, ce qui diminue d'autant sa capacité de planification et de croissance.

Le maintien en activité des services éducatifs

...l'éducation est indispensable à la création et à l'amélioration du capital humain, élément essentiel pour assurer un développement durable...

Le secteur de l'éducation joue un rôle déterminant pour le développement économique et social durable. Pourtant, les investissements réalisés pendant des décennies pour la formation du capital humain sont en passe d'être perdus du fait des conséquences du sida. Outre les élèves, le VIH touche le personnel éducatif à tous les niveaux, ce qui entrave le processus d'éducation, compromet la qualité de l'enseignement et accroît le risque d'analphabétisme et le nombre de jeunes quittant prématurément l'école. Dans le même temps, la baisse de la croissance économique due au VIH/sida a des conséquences négatives sur les revenus de l'Etat et donc sur les dépenses d'éducation, ainsi que sur celles d'autres secteurs comme la santé, qui contribue aussi à créer et à maintenir le capital humain. Le VIH/sida constitue un défi majeur pour l'initiative *Education pour Tous*, lancée par une coalition de partenaires nationaux et internationaux afin d'atteindre les Objectifs de développement du millénaire, notamment celui visant à fournir une éducation primaire universelle d'ici à 2015, principe ardemment défendu par l'OIT.

Plus de 100 millions d'enfants dans le monde n'ont pas accès à une éducation de base, les deux tiers d'entre eux étant des filles. La plupart des pays qui ont le moins de chances de réaliser l'objectif *Education pour Tous* se situent en Afrique subsaharienne; ce sont également les pays les plus gravement atteints par le VIH/sida. L'enseignement public dans cette région était déjà confronté à de sérieux problèmes avant l'apparition du VIH/sida. Le manque de formation des enseignants, l'insuffisance des infrastructures et le nombre élevé de jeunes déscolarisés prématurément sont des problèmes qui existent depuis longtemps, mais

qui sont aujourd'hui aggravés par la pénurie d'enseignants due à la maladie et à l'absentéisme et à la réduction du personnel d'encadrement dans les ministères et autres institutions. Les conséquences du VIH/sida dans le domaine de l'éducation peuvent être mises en évidence pour chaque pays dans toutes les régions affectées.

...mais les investissements consacrés pendant des décennies à la formation du capital humain sont en passe d'être perdus du fait des conséquences du sida.

En 1998, la Banque mondiale avait déjà établi des projections indiquant qu'au Malawi, par exemple, 40 pour cent des éducateurs des zones urbaines décèderaient en raison du sida avant 2005.

On estime à 45.000 le nombre d'enseignants formés dont on aura besoin d'ici à 2006 pour remplacer ceux décédés du sida en République-Unie de Tanzanie, pays où, chaque mois, 100 enseignants du primaire meurent des suites de la maladie. Pour pallier le manque d'enseignants, des classes sont fermées ou sont regroupées pour contenir une cinquantaine ou une centaine d'élèves. On observe un phénomène semblable en Afrique du Sud, où le nombre moyen d'élèves par enseignant est passé de 27 en 1990 à 34 en 2001, ce qui représente une augmentation de 25,5 pour cent. Au Botswana, le taux de décès des instituteurs a également augmenté, passant de 0,7 pour mille en 1994 à 7,1 pour mille en 1999. Plusieurs rapports indiquent que les établissements de formation des enseignants sont incapables de préparer suffisamment de diplômés pour pourvoir les postes devenus vacants suite aux décès et aux départs en retraite.

Il en va de même en Afrique centrale et en Afrique de l'Ouest, où le système éducatif est gravement touché, même si, dans ces pays, la prévalence du VIH est généralement plus faible. En République centrafricaine, 85 pour cent des décès parmi les enseignants sont dus au sida et l'âge auquel ces enseignants décèdent pour cause de sida est en moyenne de 10 ans inférieur à l'âge légal de départ en retraite. Ainsi, chaque décès prive le système éducatif de 10 années de travail d'enseignant, c'est à dire d'une ressource très précieuse. En Côte d'Ivoire, 70 pour cent des décès parmi les enseignants sont dus au sida.

Dans de telles circonstances, l'éducation de base est gravement menacée. Par ailleurs, cette éducation de base n'est déjà plus à la portée de nombreux enfants en situation précaire. On ob-

serve partout une baisse des entrées dans le système éducatif et une augmentation du nombre d'enfants quittant l'école prématurément parmi les orphelins ou ceux dont un parent est atteint du VIH/sida. Cela est notamment le cas dans l'enseignement secondaire et tertiaire. Au Swaziland, la fréquentation scolaire a déjà beaucoup baissé en raison du sida et les filles sont manifestement les plus touchées par ce phénomène. Au Malawi et en Afrique du Sud, la gratuité de l'enseignement primaire, destinée à favoriser la scolarisation des jeunes filles, n'a pas permis d'inverser la tendance négative liée au sida et de précieux progrès ont ainsi été annulés.

Lorsque les ménages subissent une perte de revenus, les ressources manquent pour envoyer les enfants à l'école ou à l'université. Une étude menée en Ouganda a montré que 47 pour cent des ménages où l'on trouvait des orphelins ne disposaient pas des moyens suffisants pour envoyer leurs enfants à l'école ; par contre, cette situation ne se présentait que dans 10 pour cent des ménages sans orphelin. Une étude réalisée en 2000 au Zimbabwe a montré que 31 pour cent des ménages interrogés comptaient un enfant non scolarisé suite au décès de la mère ; une autre étude portant sur 116 ménages touchés par le sida en Zambie a montré que 42 pour cent des enfants n'allaient plus à l'école. Alors que de nombreux pays touchés par le VIH/sida s'efforcent d'augmenter la scolarisation, en particulier celle des filles, on constate que le sida entrave encore davantage les perspectives économiques des jeunes. La déscolarisation causée par le manque de moyens des ménages à cause du VIH/sida ne fera qu'aggraver le processus de paupérisation, étant donné que les jeunes intègrent le marché du travail de façon prématurée et avec peu ou pas de qualifications pour y occuper des emplois très marginaux.

Dans ces conditions, on prévoit que les conséquences les plus graves du VIH/sida pour le secteur de l'éducation sont encore à venir. Selon une étude du *Bureau of the Census* (bureau du recensement) des Etats-Unis, 6 des 26 pays les plus touchés par le sida devraient voir leur taux de scolarisation chuter si fortement que leur population scolarisée aura diminué en termes absolus d'ici à 2015. Au cours des dix prochaines années, le nombre d'enfants fréquentant l'école primaire sera inférieur à ce qu'il aurait été sans le sida dans plusieurs pays. Cette variation négative sera de 12 pour cent en Ouganda, 13 pour cent au Kenya, 20 pour cent en Zambie, 23 pour cent au Swaziland et 24 pour cent au Zimbabwe.

Dans de telles circonstances, les stratégies

La déscolarisation causée par le manque de moyens des ménages à cause du VIH/sida ne fera qu'aggraver le processus de paupérisation, étant donné que les jeunes intègrent le marché du travail de façon prématurée et avec peu ou pas de qualifications pour y occuper des emplois très marginaux.

habituelles consistant à remplacer les enseignants par du personnel nouvellement formé et recruté deviendront complètement inadaptées pour faire face aux besoins. Les budgets publics sont déjà confrontés à des coûts de recrutement et de formation plus élevés pour remplacer le nombre croissant d'enseignants inaptes au travail ou décédés ; ils doivent aussi continuer à assurer le paiement des salaires complets des enseignants absents ou malades ainsi que les coûts salariaux de leurs remplaçants. Le coût du recrutement et de la formation des enseignants au Swaziland, pour remplacer ceux décédés du sida, devrait atteindre 233 millions de dollars d'ici à 2016. Ce coût est supérieur au budget public total pour la période 1998-1999. Au Mozambique, la charge financière liée aux conséquences de l'épidémie dans le secteur de l'éducation est estimée à 50 millions de dollars pour la période 2000-2010 ; elle inclut les coûts liés à l'augmentation du nombre d'enseignants et au paiement des salaires de ceux en congé maladie. Le coût de la mise à disposition d'enseignants remplaçant ceux qui sont absents sera vraisemblablement une charge beaucoup plus importante pour les budgets que le coût de la formation. La Banque mondiale estime que, à cause du VIH/sida, le coût nécessaire à la mise en oeuvre, en Afrique, de l'initiative *Education pour Tous* augmentera chaque année entre 450 et 550 millions de dollars.

La conception et la réalisation des programmes d'éducation constitue déjà un défi en soi, mais, en raison du sida, cela devient une tâche décourageante. En République-Unie de Tanzanie, le syndicat des enseignants reconnaît que leurs membres qui travaillent déjà dans des conditions difficiles, et manquent cruellement de moyens de formation, sont insuffisamment préparés pour éduquer les élèves en matière de VIH/sida, ou même pour faire face à l'encadrement psychologique des orphelins dans leurs classes. Les enseignants manquent à la fois des compétences et de l'engagement nécessaires pour aborder ces sujets dans des classes déjà surpeuplées et dans le cadre de programmes conçus pour faire passer des examens. Ils ne reçoivent que peu ou pas de formation et ils ne bénéficient pratiquement pas du soutien de services d'orientation ou médico-pédagogiques, eux aussi démunis face à ce défi. Alors que les programmes d'entreprise se multiplient dans le secteur privé, les mesures prises en faveur du personnel enseignant en matière de VIH/sida sont rares, de même que les initiatives visant à protéger leurs droits ou à promouvoir des actions de prévention et de prise en charge à l'intention des employés des services éducatifs.

Le système éducatif des pays les plus gravement touchés par l'épidémie et confrontés à de nombreuses pertes humaines devra être réformé en profondeur, notamment en ce qui concerne la formation des enseignants et les conditions de travail et d'emploi de tous les employés de ce secteur.

Les pressions actuelles et futures sur le système de santé du secteur public

Dans les pays les plus touchés par le VIH/sida, le secteur de la santé est soumis à des pressions considérables, sur le plan financier et organisationnel et en termes de ressources humaines, car un nombre croissant de personnes nécessitent des soins. Il convient de noter que, au-delà des soins apportés aux personnes malades, les services de santé sont également chargés de surveiller l'évolution de l'épidémie de VIH/sida, sur le plan épidémiologique et en termes de comportements, de gérer et de contrôler la collecte de sang et les transfusions dans des conditions de sécurité, d'offrir des services de dépistage et de consultation volontaire, d'administrer les traitements et d'en assurer le suivi et, enfin, de planifier et gérer les actions préventives.

Comme les contraintes pesant sur le secteur public de la santé sont déjà importantes, cet accroissement de sa charge en termes financiers et de gestion entraîne de nouveaux dysfonctionnements dans de nombreux établissements disposant de faibles ressources. Au milieu des années quatre-vingt-dix, les traitements anti-sida absorbaient déjà 66 pour cent des ressources sanitaires au Rwanda et plus de 25 pour cent au Zimbabwe. Les patients séropositifs occupent plus de 70 pour cent des lits à l'hôpital Prince Régent de Bujumbura au Burundi. Face à la hausse de la demande de soins liés au VIH, les patients qui souffrent d'autres problèmes de santé peuvent voir leur hospitalisation reportée ou encore ne pas être traités du tout. Cela pourrait permettre l'essor d'autres maladies infectieuses. Il faut par ailleurs tenir compte du fait que le coût du traitement des maladies liées au VIH est plus élevé que celui des autres affections et, surtout, du fait que les pouvoirs publics sont confrontés à une mortalité et à une morbidité qui accroissent chez leur personnel comme dans la population hospitalisée. Tous ces facteurs affaiblissent la capacité du secteur public à maintenir le niveau de compétences nécessaire pour faire face à l'épidémie.

La contrainte la plus grave pesant sur les systèmes de santé concerne le personnel lui-même. Cette pression se manifeste à travers les aspects suivants : le volume des effectifs, la charge

et les conditions de travail, la formation, les craintes par rapport au risque d'infection et aux moyens de protection et, enfin, la stigmatisation des patients par le personnel de santé et de celui-ci par le public.

Prendre soin du personnel de santé

La fourniture des soins et des services de santé est notamment affectée par la pénurie de personnel médical et infirmier liée à la maladie, aux décès, aux vacances de postes (y compris pour cause de licenciement) et aux mouvements migratoires. En Afrique du Sud, 14 pour cent du personnel des services publics de santé (principalement le personnel infirmier) sont décédés du sida entre 1997 et 2001. En Zambie, le taux de mortalité liée au sida a quadruplé entre 1986 et 1991 parmi les infirmières et s'élève actuellement à 3 pour cent par an. En 1991, le taux de prévalence du VIH parmi les sages-femmes et les infirmières de la capitale, Lusaka, s'élevait à 40 pour cent et le taux de décès parmi ce groupe était déjà de 4 à 9 pour cent par an ; faute de traitement, entre un cinquième et près de la moitié du personnel infirmier de la ville pourrait avoir décédé des suites du VIH/sida au cours des cinq années 2004 à 2008. D'après les estimations, le Botswana aura perdu 17 pour cent de son personnel de santé entre 1999 et 2005 et, si celui-ci ne reçoit aucun traitement, le pourcentage de ceux qui décéderont à cause du VIH/sida pourrait atteindre 40 pour cent d'ici à 2010.

La formation de personnels nouveaux et le renouvellement des effectifs ne suffisent pas à faire face aux besoins. En 1999, les services de santé de Zambie ne purent engager que 76 infirmières, car, sur les 487 diplômées du centre public de formation, 411 étaient indisponibles (185 décédées pour des causes diverses). Il en va de même au Malawi où, sur les 110 infirmières diplômées en 1997-1998, 44 sont décédées et 58 sont devenues indisponibles pour d'autres raisons, ce qui n'a permis d'engager que 8 infirmières supplémentaires au cours de cette période. Au Zimbabwe, 45 infirmières sont décédées en 1998, mais, pour diverses autres raisons, un nombre huit fois plus élevé (330 infirmières) est devenu indisponible pour travailler dans les services de santé. De plus en plus d'infirmières choisissent d'émigrer, non seulement pour des raisons économiques, mais aussi pour s'établir dans un pays où la prévalence du VIH est plus faible.

Pour les membres du personnel de santé qui sont séropositifs, soigner les patients

atteints de sida dans des établissements qui manquent de médicaments antirétroviraux est profondément éprouvant. Face au taux de mortalité élevé parmi les patients atteints de maladies liées au VIH, ce personnel se sent impuissant et, dans bien des cas, il sait qu'il est soumis aux mêmes risques et au même avenir incertain que les patients. Les autres contraintes du personnel de santé proviennent du manque d'informations et de compétences en matière de VIH/sida (d'après une étude sur le personnel de santé en Afrique du Sud, un tiers seulement avait reçu une formation sur la transmission du VIH et sur la façon de traiter et de soigner les personnes malades du sida), du nombre croissant de patients par personnel soignant, du taux de rotation élevé parmi les collègues, de la pénurie chronique d'effectifs, des bas salaires et du manque de moyens et de fournitures médicales. Il n'est pas surprenant que, selon l'étude sud-africaine, 33 pour cent des personnels de santé avait un moral bas et plus de 16 pour cent étaient sous traitement médical pour le stress. A tout moment, plus de 10 pour cent du personnel étaient absent pour congé maladie lié au stress professionnel. Les conséquences de cette situation, pas seulement en termes d'effectifs mais aussi en termes de charge et de capacité de travail, constituent un grave problème sur le plan politique et au niveau de la gestion, mais la plupart des ministères de la Santé ont du mal à le résoudre, entre autres parce que leur personnel est lui-même confronté aux mêmes risques et aux mêmes pressions.

Le risque professionnel est un autre facteur spécifique au système de santé. Les travailleurs du secteur de la santé sont tous des adultes exposés au risque d'infection au VIH au même titre que l'ensemble de la population, et pour la plupart des séropositifs, la maladie leur aura été transmise lors d'un rapport sexuel. Les résultats d'une étude portant sur le secteur de la santé sud-africain montre que le taux de prévalence du VIH parmi le personnel hospitalier de moins de 36 ans (20 pour cent) est pratiquement le même que celui estimé pour l'ensemble de la population nationale (23,5 pour cent). Les risques professionnels sont cependant bien réels. L'infection suite à une blessure avec une aiguille de seringue (rebouchée avec les deux mains) ou lorsque l'on jette des aiguilles souillées sans précaution constitue le risque principal. Se débarrasser de façon inadéquate d'objets tranchants (aiguilles et autres objets tranchants) présente des risques de blessure et d'infection non seulement pour les personnels de santé, mais également pour le personnel de nettoyage et de ramassage des déchets. Une étude montre que 13 pour cent

du personnel de santé sud-africain a été exposé au VIH suite à une blessure sur le lieu de travail; on estime à 40 pour cent les cas d'hépatite attribuables à ces blessures parmi le personnel de santé au niveau mondial. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) estime à 170.000 le nombre de blessures affectant les personnels de santé chaque année, avec les risques d'infection au VIH qui en découlent (environ 500 cas d'infection au niveau mondial). Plus

réserves de matériel de stérilisation et que plus de 10 pour cent d'entre eux disposaient d'un stock de gants et de vêtements protecteurs moins de 75 pour cent du temps. Informer et former le personnel de santé en matière de VIH/sida est particulièrement important pour les protéger, pour accroître leurs compétences au service des patients et pour contribuer à réduire la discrimination.

Précautions universelles à prendre en présence de sang et de liquides organiques pour éviter la transmission du VIH et d'autres agents pathogènes

Lorsqu'elles sont mises en œuvre, ces mesures destinées à contrôler les infections empêchent la transmission d'un agent pathogène d'un patient à un autre. Elles ont également pour but de protéger le personnel de santé contre les infections transmises par le sang quand il dispense des soins. Ces précautions sont universelles dès lors qu'elles s'appliquent à toutes les personnes, quel que soit leur état présumé par rapport à l'infection.

Ces précautions, qui peuvent être complétées par des mesures d'immunisation, des équipements de protection personnalisés et la prise de dispositions suite à l'exposition à un risque, comportent les points suivants :

1. Se laver les mains après tout contact direct avec un patient
2. Recueillir avec soin et éliminer les instruments tranchants (aiguilles et autres objets tranchants)
3. Porter des gants lors de tout contact avec des liquides organiques ou une lésion sur la peau ou sur muqueuses
4. Porter un masque, se protéger les yeux, revêtir une blouse ou un tablier en plastique, en cas de risque d'éclaboussures de sang ou de liquides organiques
5. Protéger les coupures et les égratignures avec des pansements étanches
6. Nettoyer les projections de sang et d'autres liquides organiques
7. Mettre en œuvre un système sécurisé de gestion et d'élimination des déchets
8. Désinfecter correctement tous les équipements souillés
9. Manipuler le linge souillé de façon appropriée

Source : adapté de Centers for Disease Control and Prevention, 1999

de 90 pour cent de ces infections accidentelles surviennent dans des établissements qui manquent de ressources. D'après une étude réalisée au milieu des années quatre-vingt-dix, les chirurgiens des pays africains les plus touchés par le sida sont exposés, pour des raisons professionnelles, à un risque d'infection au VIH quinze fois supérieur à celui de leurs homologues des pays développés.

La prévention de ce risque professionnel est énoncée dans les «précautions universelles» (voir encadré ci-dessus) pour éviter la transmission du VIH et d'autres agents pathogènes véhiculés par le sang et d'autres liquides organiques. La sensibilisation des personnels de santé à ces précautions universelles doit être accompagnée de la fourniture d'équipements et de vêtements de protection. L'étude menée dans le secteur de la santé en Afrique du Sud a en effet montré que seulement 36 pour cent des travailleurs de la santé avaient reçu une formation sur ces précautions universelles, que 6 pour cent des grands hôpitaux publics ne possédaient pas de

A cet égard, une nouvelle initiative conjointe BIT/OMS est tout à fait pertinente. Les deux organisations préparent des directives communes sur le VIH/sida à l'intention des personnels de santé, afin qu'ils puissent participer à la prévention du VIH, atténuer l'impact de l'épidémie et réduire la stigmatisation et la discrimination à l'égard des malades dans le secteur de la santé.

Dans ce contexte, les initiatives destinées à élargir massivement l'accès aux traitements antirétroviraux représentent à la fois une opportunité et une pression supplémentaire pour les systèmes de santé et pour leur personnel. De nombreux décès de membres du personnel de santé pourraient être évités grâce à ces traitements et ces personnes seraient alors disponibles pour en traiter d'autres. Cependant, l'augmentation de la charge de travail du personnel actuel et la nécessité pour les services concernés de recruter un nombre inhabituellement élevé de travailleurs supplémentaires engendrent de

nouvelles contraintes. L'initiative conjointe de l'OMS et du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), qui vise à fournir une thérapie antirétrovirale à 3 millions de personnes à échéance 2005 ("3 millions d'ici 2005"), repose précisément sur la formation et le recrutement de dizaines de milliers de travailleurs de la santé au niveau communautaire, qui seront chargés d'administrer les traitements et d'en assurer le suivi. Pour disposer des ressources humaines nécessaires à l'élargissement de l'accès aux traitements antirétroviraux, afin d'atteindre l'objectif de l'initiative « 3 millions d'ici 2005 », il est indispensable de mettre au point des matériels de formation simples et normalisés, de maintenir en activité, d'embaucher ou d'inciter à retourner au travail un nombre suffisant de personnes qualifiées comme personnel de santé, de former un nombre suffisant de professionnels et de non professionnels pour atteindre les objectifs fixés et, enfin, de mettre au point un système de contrôle permettant de surveiller le travail du personnel et d'assurer le contrôle de la qualité des services fournis.

Selon des estimations réalisées de façon indépendante, plus de 80.000 agents de santé seront nécessaires au niveau communautaire, uniquement pour administrer de façon régulière les traitements antirétroviraux à 3 millions de malades. On aura également besoin de personnes chargées de gérer les systèmes de santé pour surveiller l'administration des traitements et diriger le personnel sur le terrain. Tout ce personnel devra bien entendu être formé. Cependant, il faudra aussi faire appel à d'autres catégories de personnel, notamment

pour gérer l'achat, le transport, le stockage et la distribution des médicaments. Ce personnel devra, chaque année, gérer la distribution d'un nombre phénoménal de comprimés (4 milliards au bas mot), ce qui représente la gestion d'environ 84 millions de comprimés par semaine.

Face à la demande extraordinaire de personnels de santé pour mettre en œuvre l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » et à la crise que confrontent les systèmes de santé des pays à forte prévalence de VIH, on comprend qu'il est indispensable et urgent de fournir des thérapies antirétrovirales aux membres du personnel de santé. Le traitement sur le terrain des agents de santé malades est même une priorité dans les pays qui disposent de peu de ressources mais où la prévalence du VIH est élevée. Compte tenu du caractère urgent de la situation, il est cependant possible de fournir très rapidement aux personnes concernées des médicaments antirétroviraux disponibles sur leur lieu de travail, notamment si celui-ci comporte déjà un service de médecine du travail.

En dernière partie, ce chapitre présente quelques-unes des conséquences du VIH/sida sur le secteur agricole et sur l'économie informelle. Les effets de l'épidémie sur ces secteurs sont particulièrement graves parce que l'un et l'autre représentent souvent le premier et le dernier recours en termes de moyens de subsistance ; pour les travailleurs de ces secteurs, la présence du VIH/sida peut entraîner une détérioration drastique de leurs conditions de vie. Le fait qu'un nombre croissant d'hommes et de femmes adultes ne puissent plus pratiquer

Projections des pertes subies par la population active agricole en raison du VIH/sida dans les pays africains les plus touchés, 2000 et 2020

Pays par ordre décroissant des pertes subies par la population active en 2020	Projection des pertes annuelles subies par la population active agricole (%)	
	2000	2020
Namibie	3,0	26,0
Botswana	6,6	23,2
Zimbabwe	9,6	22,7
Mozambique	2,3	20,0
Afrique du Sud	3,9	19,9
Kenya	3,9	16,8
Malawi	5,8	13,8
Ouganda	12,8	13,7
République-Unie de Tanzanie	5,8	12,7
République centrafricaine	6,3	12,6
Côte d'Ivoire	5,6	11,4
Cameroun	2,9	10,7

Tableau 3.5

Source : FAO, 2004

l'agriculture de subsistance ou gérer une petite entreprise familiale entraîne une réduction du revenu et du niveau de vie familial qui, dans certains cas, peut conduire au dénuement.

iii) L'impact du VIH/sida sur l'agriculture: baisse de la production et hausse de l'insécurité alimentaire

La plupart des économies africaines dépendent de l'agriculture et de la culture des produits destinés à l'exportation pour une grande partie de leurs emplois et de leur produit national. Au Swaziland, l'exportation de produits agricoles génère 10 pour cent du PIB et l'agriculture de subsistance emploie 80 pour cent de la population. Or dans les pays les plus touchés par le VIH/sida, le secteur agricole est confronté à des taux élevés de mortalité qui entraînent une baisse de la production. Les pertes de revenus qui s'ensuivent sont aggravées par l'incapacité de travail liée à la maladie des autres membres de la famille et, de ce fait, seule une partie des produits commercialisables est récoltée ou vendue. Plusieurs études nationales montrent que la contribution économique du secteur agricole se réduira en raison de la transmission du VIH dans les zones rurales. Selon les résultats des recherches entreprises jusqu'à présent sur ce secteur, l'épidémie de VIH/sida a pour effet d'aggraver la situation économique des ménages ruraux déjà très pauvres et qui n'ont aucun accès aux soins de santé et d'épuiser la capacité des communautés rurales à faire face aux crises.

L'Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture (FAO) estime qu'entre 1985 et 2000, 7 millions de travailleurs agricoles sont décédés du sida dans le monde. Dans les douze pays africains les plus touchés par l'épidémie, le pourcentage de travailleurs agricoles décédés du sida était passé de 2,3 pour cent en 1985 à 12,8 pour cent en 2000 (voir tableau 3.5). D'après les projections de la FAO, le nombre de nouveaux décès causés par le sida parmi les travailleurs agricoles devrait atteindre 16 millions de personnes d'ici à 2020 et représenter entre 10,7 et 26 pour cent de la population active agricole des pays les plus touchés. Le Botswana, le Mozambique, la Namibie, l'Afrique du Sud et le Zimbabwe devraient même, en moins d'une génération, perdre entre un cinquième et un quart de leur main-d'œuvre agricole.

Une étude menée dans les régions rurales de Zambie montre par ailleurs que les chefs de famille malades de manière chronique

réduisent de 53 pour cent la superficie de terres qu'ils cultivent, ce qui a pour effet de diminuer non seulement la production agricole mais aussi les réserves alimentaires. Selon des études menées auprès de familles rurales de Tanzanie et de Zambie, il apparaît que les adultes malades du sida perdent généralement deux années de travail et un tiers de leur revenu annuel entre l'apparition des symptômes de la maladie et le moment de leur décès. Ces résultats correspondent effectivement aux données présentées dans les tableaux principaux de ce rapport. Dans de nombreuses régions, la production agricole a déjà fortement chuté et, face à la pénurie de main-d'œuvre et de ressources pour planter, entretenir les cultures et récolter, certaines familles ont dû abandonner provisoirement leurs terres.

Dans les familles agricoles, ce sont en outre les femmes qui fournissent la main-d'œuvre nécessaire aux productions vivrières. Selon une étude réalisée dans le sud de la Zambie, les femmes avaient dû interrompre la récolte parce que tout leur temps était pris par les soins prodigués aux membres malades de la famille. Ces femmes ont bien essayé de faire des heures supplémentaires pour compenser le temps consacré à soigner les malades, mais, en fin de compte, la plupart ont réduit leur temps de travail dans les champs. Ces résultats coïncident avec ceux d'une étude réalisée en Ethiopie au milieu des années quatre-vingt-dix, qui montraient que les femmes passaient environ cent heures par semaine à soigner les malades, au détriment de leurs enfants et de leurs activités agricoles. Ces observations correspondent aux données présentées aux tableaux principaux 6 A, B, et C, qui montrent que, dans les foyers touchés par le VIH/sida, ce sont les adultes en âge de travailler, notamment les femmes, qui doivent assumer la charge de travail additionnelle générée par l'épidémie de sida.

Les petites entreprises agricoles privées signalent également une hausse de l'absentéisme lié au VIH/sida. En Afrique du Sud, une sucrerie de 400 employés a expliqué qu'elle était confrontée à de gros problèmes de production et à une hausse de ses coûts opérationnels à cause du taux d'absentéisme du personnel et de la nécessité de recruter et de former de la main-d'œuvre de remplacement. Au cours des deux années précédant leur départ en retraite pour raisons médicales, l'absentéisme des travailleurs représentait environ cinq semaines de travail. Selon les estimations présentées sur les tableaux principaux de ce rapport, il semblerait donc que la retraite pour raisons

Une étude menée dans les régions rurales de Zambie montre par ailleurs que les chefs de famille malades de manière chronique réduisent de 53 pour cent la superficie de terres qu'ils cultivent, ce qui a pour effet de diminuer non seulement la production agricole mais aussi les réserves alimentaires.

Estimation et projections des décès dus au VIH/sida parmi les hommes et les femmes en âge de travailler dans 35 pays d'Afrique subsaharienne, en 1995, 2005 et 2015

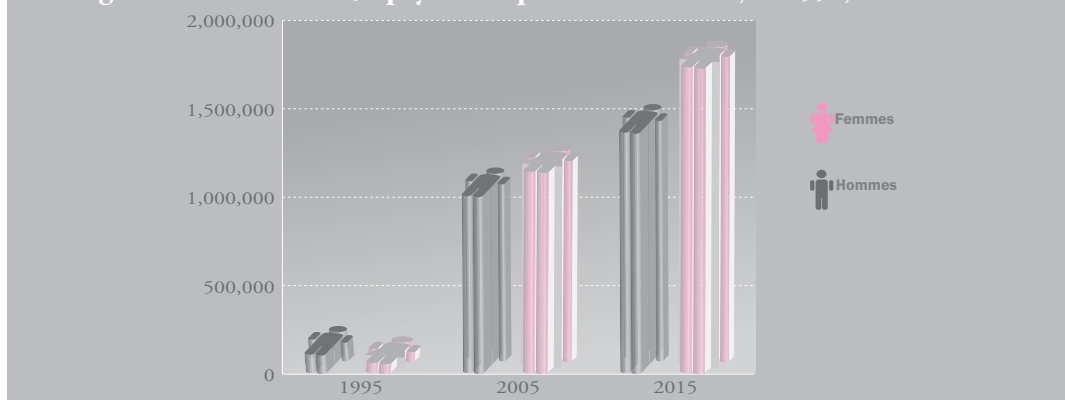


Schéma 3.2

Source : Tableau principal 5

médicales était recommandée dès les premiers mois de l'apparition des symptômes du sida, alors que le travailleur perdait progressivement sa capacité de travail.

Une étude réalisée sur une période de trois ans auprès de la sucrerie Mhlume Sugar Company au Swaziland a montré qu'environ 30 pour cent des cas de décès parmi les travailleurs étaient liés au VIH/sida et que l'épidémie avait un impact majeur sur la production de l'entreprise, sur les indemnités versées aux employés et sur les coûts médicaux. Cette étude concluait également que les employés étaient forcés de s'absenter du travail pour remplir leurs obligations familiales, notamment prendre soin de parents malades, et qu'ils étaient confrontés à une hausse de leurs dépenses familiales pour les soins de santé et les funérailles. Toujours au Swaziland, des recherches ont montré que, par rapport aux autres ménages ayant enregistré un décès, celles qui avaient perdu un de leurs membres à cause du sida voyaient leurs récoltes de maïs diminuer de 54 pour cent, leur production issue de l'élevage de 30 pour cent et la superficie moyenne de leurs terres cultivées de 41 pour cent, et ce en une année seulement.

Les ministères chargés de l'agriculture s'efforcent de veiller à ce que les terres demeurent productives et permettent de nourrir la population. Cependant, la perte croissante de fonctionnaires au sein de ces ministères a pour effet d'aggraver les conséquences de la baisse de productivité du secteur agricole. En effet, dans les pays les plus touchés par l'épidémie, celle-ci a généré un problème d'effectifs et de sous-capacité au niveau des ministères de l'agriculture. Une étude menée au Malawi par le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) a montré que l'épidémie de sida avait eu pour effet d'augmenter le nombre de départs en retraite

anticipée et le taux de mortalité (double de la moyenne nationale). Pour cette raison, le taux de vacance de postes s'élevait à 67 pour cent de l'ensemble des postes du personnel technique.

Par ailleurs, le VIH/sida a pour effet d'aggraver considérablement l'insécurité alimentaire. Le *Department of Agriculture* (ministère de l'agriculture) des Etats-Unis a estimé que la réduction du nombre de travailleurs agricoles dans les pays d'Afrique australe entraînera une baisse de productivité de la main-d'œuvre agricole de 12 pour cent par an, ce qui aura pour effet de réduire la production céréalière de 3,3 pour cent. Cette grave menace que le sida fait peser sur le secteur agricole est très inquiétante. Dans son rapport sur l'impact du VIH/sida sur le secteur agricole au niveau mondial, la FAO indique que l'épidémie mine dangereusement la capacité de nombreux pays africains de tenir les engagements du Sommet alimentaire mondial et de réaliser les Objectifs de développement du millénaire, qui consistent à réduire de moitié le nombre de personnes souffrant de la faim entre 1990 et 2015. Dans les pays où le VIH/sida était déjà répandu en 1991, la malnutrition n'a cessé d'augmenter alors qu'elle a diminué dans les autres pays de la région.

Hormis les conséquences les plus évidentes pour le secteur agricole qu'entraîne la baisse de la production et de la productivité due à la raréfaction de la main-d'œuvre, les autres problèmes qui menacent ce secteur sont les difficultés d'accès aux facteurs de production, l'érosion croissante des sols, la perte de compétences et de qualifications agricoles et, enfin, la réduction de sa capacité à faire face à d'autres crises telles que la sécheresse et les inondations. D'autres éléments aggravent encore les difficultés économiques des familles agricoles; il s'agit notamment des ventes précipitées de leurs terres, de la vente d'autres

biens productifs pour payer les frais médicaux et les funérailles ou encore de la mainmise de parents sur les biens du ménage au décès du chef de famille.

iv) L'économie informelle

Les pertes de main-d'œuvre examinées au chapitre 2 et sous les sections a) et b) du présent chapitre concernent les travailleurs qui font partie de la population économiquement active, que celle-ci soit comptabilisée de façon officielle ou simplement estimée. Les conséquences de ces pertes ont également été examinées pour mesurer l'impact macroéconomique du VIH/sida et son impact sur les travailleurs du secteur public et du secteur privé. Comme le soulignent les tableaux principaux 5 et 6, cet impact est encore plus marqué si l'on tient compte du fait que plus de 90 pour cent des personnes atteintes du VIH/sida sont âgées de 15 à 64 ans et que la grande majorité d'entre elles inévitablement travaillent et sont productives, même lorsqu'elles ne sont pas employées de manière formelle. Cela explique pourquoi les entreprises de l'économie informelle sont confrontées à des effets comparables, même si, en général, leur vulnérabilité et leur insécurité économique sont encore plus grandes. Non seulement les travailleurs de l'économie informelle disposent de moyens d'existence précaires, mais, qui plus est, ils n'ont généralement aucun accès aux systèmes de santé ni à quelque forme de sécurité sociale que ce soit.

Le débat sur la question ne saurait être complet en raison de la pénurie persistante de données sur les activités de l'économie informelle et sur sa vulnérabilité face à l'épidémie de sida. Néanmoins, la simple projection des décès dus au VIH/sida parmi les hommes et les femmes en âge de travailler révèle les graves conséquences de l'épidémie. Le schéma 3.2, qui présente les estimations et les projections des décès parmi les hommes et les femmes de 35 pays africains couverts par ce rapport, montre clairement que l'impact du VIH/sida sur les femmes ne cesse de s'aggraver.

Depuis plusieurs décennies, l'économie informelle est une source dynamique d'emploi et de croissance des revenus dans tous les pays en développement. Au Ghana, par exemple, elle emploie entre 70 et 80 pour cent de tous les travailleurs et, en Inde, près de 90 pour cent. Elle se caractérise par le fait que les entreprises qui la composent ne sont pas officiellement enregistrées et englobent des unités de production familiales, ce qui veut souvent dire qu'une personne travaille à son

propre compte et seule. Comme l'économie informelle tend à absorber une grande partie de la croissance de la population active dans de nombreux pays en développement, l'épidémie de VIH/sida a sur elle un impact qui est à la fois néfaste, insidieux et complexe.

L'absentéisme, la maladie et le décès des travailleurs menacent gravement la viabilité des entreprises du secteur informel, de la même façon que la baisse de l'épargne et donc de l'investissement, suite aux pressions exercées sur les revenus et sur le capital pour faire face à la hausse des dépenses de santé. Comme il s'agit de petites entreprises à forte intensité de main-d'œuvre, la perte d'employés occupant des postes clés et possédant de l'expérience et des compétences en matière technique et de gestion constitue un autre problème qui menace gravement leur survie et, dans certains cas, mène à leur effondrement.

Du fait du caractère éphémère et de la fragilité de ces entreprises, les personnes qu'elles emploient risquent de perdre leur travail dès qu'elles ne vont plus travailler. Une étude sur les femmes qui vendent sur les marchés en Ouganda a montré la rapidité avec laquelle ces femmes pouvaient perdre leurs moyens de subsistance dès qu'elles arrêtaient de travailler, soit parce qu'elles étaient malades, soit parce qu'elles devaient s'occuper d'un proche. Leurs stocks se dégradaient rapidement et leurs modestes réserves financières étaient vite épuisées, à tel point qu'elles n'étaient plus en mesure d'acheter de nouveaux produits et abandonnaient alors leurs étals, acte qui se soldait par la disparition de leur commerce. On a observé que, dans certains cas, les femmes ainsi ruinées s'engageaient dans la vente ou l'échange de services sexuels dans l'espoir de regagner un peu de sécurité financière. Au Ghana aussi, le commerce itinérant est une activité économique très importante pour les femmes. Les femmes qui le pratiquent sont obligées de s'éloigner de leur foyer pendant plusieurs jours, voire plusieurs semaines d'affilée. Cela les expose au risque d'infection par le VIH et, lorsqu'elles tombent malades, l'absence de revenus issus de cette activité commerciale génère de graves pressions sur le budget de leur famille.

Les liens d'interdépendance qui existent entre les activités du secteur formel et celles de l'économie informelle, en milieu urbain comme en milieu rural, et entre les ménages et l'économie, sont examinés de façon plus complète dans les sections i) et iii) du présent chapitre ainsi qu'au chapitre 4.



Non seulement les travailleurs de l'économie informelle disposent de moyens d'existence précaires, mais, qui plus est, ils n'ont généralement aucun accès aux systèmes de santé ni à quelque forme de sécurité sociale que ce soit.

Chapitre 4 : L'impact du VIH/sida sur les femmes et les enfants

i) Les femmes et le VIH/sida : une perte de contributions à l'économie et à la famille

Un des éléments marquants de l'évolution de l'épidémie est qu'on dénombre actuellement plus de femmes séropositives que d'hommes séropositifs. De plus, chez les femmes, la transmission du VIH survient généralement plus tôt dans la vie, puisque les hommes ont tendance à rechercher des relations avec des femmes plus jeunes. Comme les femmes ont en général une espérance de vie plus longue que les hommes, cela signifie qu'elles perdent ainsi un plus grand nombre d'années de vie saine et productive. Au niveau mondial, la moitié des personnes atteintes du VIH/sida sont des femmes ; en Afrique subsaharienne, cette proportion s'élève à 58 pour cent. De plus, les nouveaux cas en Asie et en Afrique concernent davantage les femmes que les hommes. Selon les estimations du BIT réalisées à partir de la base des données des Nations Unies pour les 50 pays couverts par ce rapport, l'espérance de vie de la population féminine en 2005 aura diminué de 29,5 années, contre 26,5 années

une telle situation constitue donc un défi majeur pour les responsables politiques.

De nombreuses études ont montré que le niveau élevé et croissant de vulnérabilité des femmes au VIH en Afrique est la conséquence des inégalités économiques entre hommes et femmes, des violences sexuelles exercées au sein des familles, sur les lieux de travail et dans d'autres environnements sociaux, y compris à l'école, et de l'accès limité des femmes à la prévention, à l'éducation, à la formation et aux services de santé. Les différences observées dans les rôles et fonctions respectifs que les sociétés attribuent aux hommes et aux femmes affectent leur comportement et leur capacité à s'auto-protéger contre le VIH/sida et à faire face à ses conséquences. Ce déséquilibre dans le rapport de forces entre les femmes et les hommes est encore plus prononcé lorsque l'homme est plus âgé et lorsque la dépendance économique des jeunes femmes vis-à-vis des hommes est plus grande.

« Les effets du VIH/sida sur la force de travail chargée de la reproduction sociale... n'ont pas été étudiés et pourraient s'avérer plus importants que certains effets économiques plus faciles à mesurer ».

N.M. Ncube, 1999

Une étude portant sur les secteurs



Schéma 4.1

Source : ONU, 2003

pour la population masculine. Cette tendance devrait se poursuivre, et la population féminine de certains pays devrait ainsi voir son espérance de vie réduite de six années supplémentaires par rapport à celle des hommes d'ici 2025. Le schéma 4.1 présente les projections à l'horizon 2015 relatives à ces disparités en termes d'espérance de vie dans trois pays gravement touchés par l'épidémie. La disparité observée entre les sexes est particulièrement marquée entre les hommes et les femmes de 15 à 24 ans (les deux tiers des nouveaux cas concernent des femmes de ce groupe d'âge). Cette période de la vie étant précisément celle, très importante, de l'entrée dans la vie sociale et économique,

d'exportation du Kenya (plantations de café et de thé et industrie manufacturière légère) a montré que le harcèlement sexuel et la violence étaient vécus par les femmes comme un aspect normal de leur vie professionnelle. En outre, un nombre croissant de femmes font l'objet de trafic au-delà des frontières nationales à des fins d'exploitation sexuelle.

Les femmes paient un très lourd tribut à l'épidémie mondiale de VIH/sida, puisque ce sont elles qui ont la responsabilité de soigner les personnes malades et de faire face aux conséquences de l'épidémie sur leur famille et sur ses moyens de subsistance. Le fait d'être

Le maintien de la fonction économique des femmes, aussi fragile soit-elle, est essentiel pour atténuer la pauvreté, mais est gravement menacé par le VIH/sida

Lorsque l'épidémie frappe une société, on observe la mise en place d'un cercle vicieux : les femmes des familles pauvres et défavorisées deviennent encore plus fragiles sur le plan économique en raison de l'impact du VIH/sida sur le niveau et la distribution des revenus du ménage ; elles sont fréquemment privées de leurs droits au logement, à la propriété ou à un héritage lorsqu'elles perdent leur époux à cause du sida ou lorsqu'on apprend qu'elles sont séropositives ; comme, dans les zones rurales, ce sont les femmes qui réalisent la plupart des travaux agricoles, la baisse de la production agricole du fait de la pénurie de main-d'œuvre causée par le VIH/sida engendre une insécurité alimentaire qui prive les hommes et les femmes des moyens de nourrir leur famille ; cette insécurité sur le plan alimentaire et des revenus entraîne la désintégration des familles, la migration de leurs membres, le travail des enfants et l'essor de différents trafics et de la prostitution ; ces facteurs augmentent à leur tour le risque de transmission du VIH et renforcent le processus de paupérisation.

frappées de plein fouet par l'épidémie accroît la pauvreté des femmes. Au sein des ménages, ce sont principalement les femmes et les jeunes filles qui sont chargées de soigner les malades, ce qui non seulement augmente leur charge de travail mais aussi les empêche d'exercer leurs autres fonctions sociales importantes. La contribution des femmes à l'économie a longtemps été sous-estimée et non rémunérée, qu'il s'agisse d'activités productives comme l'agriculture de subsistance ou de travaux domestiques entrant dans la catégorie de l'économie de soins. Selon les estimations du PNUD, la valeur économique de ce travail non rémunéré représente au moins la moitié du PIB dans les pays développés. A l'échelle mondiale, le PNUD estime que, au milieu des années quatre-vingt-dix, la valeur du travail féminin non rétribué représentait 11.000 milliards de dollars, contre 23.000 milliards de dollars pour le PIB mondial. L'économie des soins représente sans doute la part la plus importante de toutes les activités « invisibles » et non rémunérées des femmes. En effet, elles passent environ 70 pour cent de leur temps de travail non rémunéré à s'occuper des membres de leur famille.

La plupart des femmes doivent à la fois trouver une source de revenu et gérer leurs responsabilités familiales. Or le manque de mesures de soutien destinées aux personnes qui dispensent des soins, compte tenu de l'augmentation des charges imposées par le VIH/sida, a pour conséquence que les femmes ont de plus en plus de difficultés pour

trouver et conserver un emploi, quel qu'il soit. Les contraintes importantes imposées aux femmes les amènent à être plus fréquemment absentes de leur travail. Dans la plupart des pays fortement touchés, les femmes qui perdent leur emploi formel contribuent à la surreprésentation féminine dans l'économie informelle ; elles n'ont alors plus aucune sécurité de l'emploi, aucune protection sociale et aucun accès aux services de santé. Ces conséquences sont extrêmement graves pour leur famille et la société dans son ensemble. Lorsque les femmes consacrent le plus clair de leur temps à prendre soin des malades, non seulement elles ne peuvent plus se consacrer normalement à leur travail formel, mais elles manquent également de temps pour leurs autres tâches essentielles « invisibles » comme l'agriculture de subsistance (d'une importance fondamentale pour la survie d'un très grand nombre de communautés les plus touchées). Cette situation entraîne l'épuisement de l'épargne et des autres ressources de la famille ainsi que la vente précipitée de ses biens. Cela entraîne un processus de paupérisation, qui aura de graves répercussions sur les femmes pendant leur vieillesse.

Les gouvernements et les employeurs doivent assumer une plus grande part de la charge que représentent les soins prodigués aux malades du sida. Pour aider efficacement les personnes qui s'occupent des malades, il est nécessaire de créer des programmes de protection sociale à la fois dans le cadre des services publics et au sein des entreprises. Ces mesures d'aide vont toutefois à l'encontre des objectifs macroéconomiques. Le coût de ces mesures sociales est très élevé lorsque les gouvernements sont amenés à modifier leurs priorités pour faire face à des problèmes qui évoluent constamment et proviennent d'éléments extérieurs. L'objectif de l'élargissement de la couverture sociale est déjà limité par le coût des programmes prioritaires d'ajustement économique et les contraintes fiscales qu'ils entraînent. Les investissements sociaux sont réduits dans de nombreux pays à un moment où ils sont absolument indispensables. De telles politiques sont souvent appliquées sans prendre en considération l'importance de l'économie de soins en tant que secteur productif qui exige lui-même des investissements.

ii) L'impact du VIH/sida sur les enfants : déscolarisation et entrée prématurée dans la vie active

En raison du taux de mortalité élevé parmi les adultes, de plus en plus d'enfants grandissent sans parents ou adulte responsable. Selon des estimations établies en 2003, il y a près de 15 millions d'enfants de moins de 18 ans qui ont perdu un ou leurs deux parents en raison du sida et plus de 12 millions d'entre eux vivent en Afrique subsaharienne (voir tableau principal 5). Selon un rapport publié conjointement par l'ONUSIDA, l'UNICEF et l'USAID en 2002, un tiers (32,2 pour cent) de tous les orphelins âgés de moins de 15 ans avaient perdu leurs parents à cause du sida. Selon les projections de ce rapport, cette proportion aura dépassé 40 pour cent en 2005 et devrait atteindre près de 50 pour cent en 2010. Dans les pays les plus touchés, cette proportion est encore plus élevée (entre 60 et 90 pour cent d'ici à 2010) et entre 15 et 25 pour cent des enfants pourraient devenir orphelins.

En dehors de l'Afrique, même dans les pays où le taux de prévalence du VIH est plus faible ou en baisse, le nombre d'orphelins devrait également augmenter parmi les populations touchées par le VIH/sida. On estime qu'en Thaïlande, un tiers des enfants devenus orphelins le seront à cause du sida d'ici 2010. Il en sera de même pour 40 à 50 pour cent des orphelins en Amérique latine et dans les Caraïbes, notamment aux Bahamas, au Belize, en République dominicaine, au Guyana, en Haïti et à Trinidad et Tobago. Au Guyana et en Haïti, plus de 10 pour cent des enfants de moins de 15 ans seront orphelins d'ici à 2010.

Le fait qu'un nombre croissant d'enfants grandissent dans des familles et dans des communautés où l'épidémie de sida mine les structures économiques et sociales a des conséquences très graves pour les enfants eux-mêmes et pour l'ensemble de la société.

Lorsqu'ils n'ont plus d'adultes pour les guider et que leurs perspectives d'éducation sont limitées, de nombreux enfants orphelins se retrouvent dans l'incapacité d'acquérir les compétences leur permettant de se développer et le savoir-faire technique dont ils ont besoin pour obtenir des emplois décentes une fois adulte. La hausse du nombre d'enfants non scolarisés au sein des ménages touchés par le sida est largement vérifiée dans les pays les plus affectés par l'épidémie. Cette déscolarisation touche surtout les filles, mais les garçons ne sont pas épargnés. Une étude réalisée en

2004 au Mozambique par le programme allemand de coopération technique (GTZ) a mis en évidence l'existence de 60.000 orphelins dans la seule province du Sofala. Récemment, l'UNICEF a dénombré dans ce pays 379 orphelins dans un seul district de 3.000 habitants. La plupart de ces orphelins avaient quitté l'école prématurément parce que leur famille ne pouvait plus payer les frais de scolarité (qui s'élevaient à 1,50 dollars par an), le matériel de formation et les uniformes.

Bien avant qu'ils ne deviennent orphelins, les enfants vivant dans des familles touchées par le VIH/sida connaissent l'appauvrissement et la malnutrition, puisqu'ils sont retirés de l'école pour aider à soigner les membres malades de la famille et/ou pour fournir un revenu supplémentaire au foyer. Or dès qu'ils sont déscolarisés, ces enfants deviennent très difficiles à atteindre en ce qui concerne l'information sur la prévention du VIH.

La déscolarisation massive des enfants entraîne la déqualification de toute une génération. Au-delà du préjudice concernant l'avenir de ces enfants, le VIH/sida empêche la formation de capital humain et compromet le développement durable. En tant que groupe, ces enfants entrent dans la vie active sans aucune expérience et avec une formation scolaire insuffisante. Cela a comme conséquence qu'ils obtiendront des emplois mal rémunérés et qu'ils ne pourront évoluer vers des emplois mieux payés. Leur perte de revenus sur le long terme sera directement liée à ce manque d'années de formation. Ainsi, le VIH/sida non seulement pénalise les enfants individuellement, mais il risque de causer une régression par rapport aux progrès accomplis ces dernières années en vue d'améliorer le niveau de vie de la future génération.

Dans le même temps, on assiste à une augmentation du travail des enfants causée par la nécessité pour les orphelins d'entrer dans la vie active de façon prématurée et sans aucune formation. Pour subvenir à leurs besoins et à ceux de leurs frères et sœurs, ils sont parfois obligés de faire des travaux dangereux sur le plan physique et psychologique, y compris la prostitution. Les pressions exercées sur les familles touchées par le VIH/sida sont considérables et leur façon d'y réagir a des conséquences sur la transmission de la pauvreté d'une génération à l'autre par le biais de ses effets sur la force de travail future. La diminution à long terme de la qualité de la population active, et donc de la croissance de l'économie et de l'emploi, va à l'encontre des objectifs des politiques visant à réduire la

Lorsqu'ils n'ont plus d'adultes pour les guider et que leurs perspectives d'éducation sont limitées, de nombreux enfants orphelins se retrouvent dans l'incapacité d'acquérir les compétences leur permettant de se développer et le savoir-faire technique dont ils ont besoin pour obtenir des emplois décentes une fois adulte.

La déscolarisation massive des enfants entraîne la déqualification de toute une génération. Au-delà du préjudice concernant l'avenir de ces enfants, le VIH/sida empêche la formation de capital humain et compromet le développement durable.

pauvreté et à élargir la protection sociale. C'est pourquoi le VIH/sida pose un défi particulier en ce qui concerne l'élimination du travail des enfants et menace le succès de l'action mondiale destinée à éradiquer ce fléau que conduit l'OIT.

Une étude réalisée par le centre Innocenti sur la base d'enquêtes réalisées auprès de familles de onze pays d'Afrique subsaharienne (Angola, Burundi, République centrafricaine, Côte d'Ivoire, Gambie, Ghana, Kenya, Lesotho, Sénégal, Swaziland et Zambie) fait état d'un lien très important entre la perte des parents et le travail des enfants. Cette étude montre que les orphelins ont deux fois plus de chances de travailler que les autres enfants, notamment dans les familles pauvres. Les filles sont plus facilement déscolarisées pour qu'elles puissent s'occuper d'un parent malade, compenser la perte de revenus des adultes devenus inaptes au travail et, à terme, faire face à l'appauvrissement de la famille consécutif au décès des parents.

Les études entreprises par le Programme international de l'OIT pour l'abolition du travail des enfants (IPEC) pour évaluer la situation des enfants qui travaillent en Afrique du Sud, en République-Unie de Tanzanie, en Zambie et au Zimbabwe, ont montré que les enfants orphelins sont plus souvent engagés que les autres dans l'agriculture, dans les services touristiques, dans le commerce du sexe et en tant que vendeurs ambulants. En Afrique du Sud, un tiers des enfants orphelins recensés dans ces activités avaient perdu leurs parents à cause du sida. En Zambie, le VIH/sida aurait entraîné une augmentation de 23 à 30 pour cent du nombre d'enfants qui travaillent. Ces études révèlent en outre qu'il existe un rapport très étroit entre le VIH/sida, le fait d'être orphelin et les pires formes de travail des enfants telles qu'elles sont définies dans la Convention de 1999 de l'OIT, qui englobe l'esclavage sous toutes ses formes et autres pratiques analogues, la prostitution infantile ainsi que l'utilisation des enfants dans le trafic de stupéfiants et dans d'autres activités qui leur sont préjudiciables physiquement et mentalement.

Dans certaines régions d'Asie du Sud-Est, on a constaté qu'entre 50 et 90 pour cent des enfants retirés des maisons closes étaient séropositifs. D'après les estimations du BIT, environ 1,2 million d'enfants – garçons et filles – sont chaque année victimes de réseaux qui les exploitent en les faisant travailler dans l'agriculture, dans les mines, dans des usines, dans des conflits armés et dans l'industrie du sexe. Au niveau mondial, un million d'enfants sont chaque année entraînés dans des réseaux

de prostitution et on estime que le nombre total d'enfants prostitués pourrait s'élever à 10 millions, dont une minorité (1,8 million) sont âgés de 15 à 17 ans.

Dans la plupart des sociétés africaines dépourvues de système de protection sociale, les enfants orphelins sont pris en charge par leur famille élargie ou leur communauté, comme le veut la tradition. On constate toutefois que cette solidarité familiale et sociale est limitée par l'avancée du VIH/sida. Ce sont normalement les grands-parents qui prennent soin de leurs petits-enfants orphelins, mais, comme le montrent des études réalisées en Thaïlande, en Ouganda et en République-Unie de Tanzanie, ceux-ci sont souvent pauvres et n'ont pas les moyens d'assumer la prise en charge matérielle des orphelins de la famille, outre le fait qu'ils ont du mal à s'occuper des très jeunes enfants et des adolescents âgés. Ces études révèlent aussi que de plus en plus d'enfants assument le rôle de chef de famille.

Les actions entreprises par l'OIT en faveur des enfants ont pour but de les retirer du monde du travail et d'offrir une formation aux orphelins pour qu'ils puissent devenir des membres productifs de la société quand ils seront en âge de travailler. Il s'agit là d'un véritable défi, dès lors que la plupart des enfants ont déjà abandonné l'école et sont hors de portée des politiques d'éducation préventive. Or ces enfants sont particulièrement vulnérables à la transmission du VIH en raison de leur âge (la majorité des nouveaux cas d'infection touche le groupe des 15-24 ans) et de leur mode de vie. Le fait que ces enfants aient des comportements sexuels à risques est trop souvent lié au fait qu'ils n'ont pas accès à un emploi décent.

Dans de nombreux pays, les jeunes sont très fortement touchés par le chômage, en partie parce qu'ils ne possèdent pas les qualifications requises pour trouver du travail. L'abandon et l'échec scolaire, particulièrement marqué parmi les orphelins, diminuent d'autant les possibilités qu'ont ces jeunes d'obtenir un emploi. Face à cette réalité, il est indispensable de prendre des mesures visant à assurer que les enfants qui travaillent achèvent leur scolarité et acquièrent des qualifications et, à terme, à garantir la qualité de l'offre d'une main-d'œuvre plus jeune. Du côté de la demande, il convient d'encourager la création d'emplois à l'intention des jeunes qui intègrent le marché du travail.



Partie II

Incidences politiques de l'épidémie de VIH/sida et mesures prises par le monde du travail pour y faire face

Chapitre 5. Les incidences politiques de l'épidémie de VIH/sida

L'analyse des tableaux principaux conduit à deux conclusions inéluctables : la première se présente sous la forme d'un avertissement et la deuxième sous celle d'une affirmation. La première conclusion est que, si la communauté mondiale ne prend pas de mesures pour faire face aux conséquences du VIH/sida sur le capital humain et sur la population active, elle ne réussira pas à prévenir la catastrophe qui menace le développement, d'abord en Afrique, mais, à terme, dans toutes les régions du monde. Nous devons donc intensifier et accélérer la lutte contre l'épidémie, tout en sachant que les études et les données nécessaires à notre action sont encore très fragmentaires. La deuxième conclusion est que le monde du travail est bien placé pour soutenir les actions de prévention et atténuer l'impact de l'épidémie, dans la mesure où l'un de ses objectifs naturels est d'assurer à la fois la production et la capacité productive.

Les informations fournies par les tableaux principaux soulignent la portée considérable des conséquences du VIH/sida pour les pays concernés, notamment à travers son impact sur toutes les personnes en âge de travailler, sur les femmes et sur les enfants ainsi que sur tous les actifs. Le monde du travail a incontestablement un rôle à jouer pour éviter que ne se réalisent les projections concernant l'évolution de l'épidémie, ce qui entraînerait une hausse de la charge socioéconomique incombant aux travailleurs survivant à l'épidémie (tableaux principaux 6B et 6C). Les mesures mises en œuvre jusqu'à présent ont été positives mais ont manqué de cohérence. Il est donc nécessaire d'adopter une approche globale dans un environnement politique favorable pour faire face à l'épidémie de manière adéquate.

Un environnement politique favorable

Les pays qui ont obtenu les meilleurs résultats à l'égard des problèmes complexes que pose le VIH/sida ont généralement adopté un environnement politique ouvert qui favorise le débat public et la mise au point des politiques appropriées. Les obstacles à la mise en œuvre d'actions globales ne sont pas simplement de nature financière ; ils sont aussi liés au fait que les mesures prises sont trop centrées sur les aspects sanitaires de l'épidémie et au fait que, jusqu'à ces dernières années, les pouvoirs publics n'ont pas été capables de concevoir des

plans et des programmes multisectoriels. De nombreux pays ont élaboré de nouveaux plans stratégiques en matière de VIH/sida et, bien que ceux-ci fournissent un cadre plus large aux activités nationales, ils ne permettent pas de résoudre les problèmes opérationnels.

Le défi auquel nous sommes confrontés actuellement consiste à développer et à mettre en œuvre des politiques qui abordent les problèmes liés au capital humain. Pour le relever, il convient d'entreprendre des études dans deux domaines clés : le cadre politique et juridique, d'une part, et l'impact du VIH/sida sur le marché du travail, d'autre part, notamment pour ce qui concerne ses conséquences sur le secteur public. La tâche qui nous incombe va cependant bien au-delà de la simple étude du problème ; il faut également inciter les gouvernements à mettre au point des politiques et des programmes destinés à prévenir et à gérer les conséquences des pertes en capital humain, afin qu'ils puissent continuer à assurer l'offre et la qualité des biens et des services publics.

Il est essentiel que, dans tous les secteurs d'activité, les travailleurs aient accès à tous les moyens nécessaires pour éviter la transmission du VIH et à des programmes globaux de soutien sur leur lieu de travail. Ces programmes font cruellement défaut dans la plupart des entreprises publiques et privées, même si la majorité de leurs employés ne sont pas séropositifs et devraient donc pouvoir bénéficier de programmes de prévention. Les activités axées sur la participation et la mobilisation sociale constituent la clé du succès des politiques et programmes anti-sida, parce que c'est l'ensemble du capital humain national qui constitue une ressource vitale. Il est donc essentiel de créer des partenariats dans un cadre politique favorable, entre les différents secteurs économiques, d'une part, et entre la société civile et le gouvernement, d'autre part. Cela permettra d'apporter des solutions efficaces au plan national qui profitent à tous les membres de la société.

Des incidences politiques spécifiques

Mettre en place un cadre politique et juridique : il convient de vérifier s'il existe dans les pays concernés un cadre politique et juridique qui protège les droits de tous les individus et travailleurs atteints du VIH/sida et encourage les mesures de prévention et la prise en charge et le soutien des malades dans les entreprises des secteurs formel et informel. Lorsqu'on identifie des aspects non couverts, il convient d'analyser dans quelle mesure on peut y remédier.

Comme le VIH/sida a des conséquences importantes en termes de développement durable, il est essentiel d'aller au-delà des effets immédiats de l'épidémie et d'examiner comment les plans d'action des secteurs sociaux (éducation et santé en particulier) intègrent la question du VIH/sida. Il est également important d'analyser dans quelle mesure les gouvernements prennent en compte les effets de l'épidémie dans leur budget de dépenses et leur plan de développement et de quelle façon les gouvernements et les employeurs comprennent et prévoient de traiter les conséquences de l'épidémie sur le marché du travail et sur l'emploi.

Mettre au point une stratégie de recherche: les informations qualitatives et quantitatives concernant l'impact du VIH/sida sur les marchés du travail sont rares. Ceci ne peut se résoudre qu'au moyen d'un programme de recherches appliquées centré sur les besoins des responsables et décideurs concernés, pour qu'ils puissent connaître précisément la situation de l'offre et de la demande de main-d'œuvre sur les différents marchés du travail et comprendre les implications des tendances observées pour le processus de développement.

Maintenir la capacité du système d'éducation et de formation : les pertes en capital humain liées au VIH/sida entravent la capacité de toutes les institutions de formation de manière imprévisible. Il est essentiel que cette capacité soit maintenue pour que les pays soient en mesure d'atteindre les Objectifs de développement du millénaire. Évaluer l'état du capital humain peut aider à planifier l'offre d'éducation par rapport à la demande.

Se concentrer sur la pauvreté : il est absolument crucial d'entreprendre des recherches pour identifier ce qui se passe véritablement en termes de pauvreté rurale et d'insécurité alimentaire et pour déterminer ce qu'il y a lieu de faire pour renforcer les politiques et les programmes d'aide aux personnes

touchées. Il est d'ores et déjà évident qu'il sera nécessaire d'accroître l'aide alimentaire et que les enfants auront besoin de programmes ciblés en matière de santé et de nutrition. Ces derniers sont essentiels pour permettre à l'offre future de main-d'œuvre d'un pays d'avoir accès à l'éducation et aux autres programmes de formation professionnelle qui, à terme, augmentent la productivité.

Intégrer les stratégies de développement : la charge de travail des femmes est déjà excessive et le VIH/sida augmente encore les contraintes qui leur sont imposées, alors qu'elles-mêmes sont souvent séropositives. Il est essentiel de faire face de manière urgente, par le biais des programmes appropriés, aux problèmes aigus qui se posent dans l'agriculture et l'économie informelle. Il ressort clairement des expériences menées en Afrique subsaharienne que le fait d'investir des sommes relativement modestes, notamment au profit des femmes qui travaillent, permet d'alléger une grande partie des pressions observées sur ces marchés du travail.

Préserver l'emploi : la population active future sera constituée de personnes plus jeunes et moins instruites, ce qui rendra plus difficile encore la création d'emplois et la croissance de l'emploi. Il est probable que les mécanismes du marché ne pourront à eux seuls résoudre ces nouveaux problèmes et qu'il faudra mettre en œuvre un programme destiné à améliorer les qualifications de la main-d'œuvre par l'éducation et la formation. Un tel programme nécessitera des investissements publics pour accroître les capacités humaines et organisationnelles. La croissance de l'emploi ne pourra être assurée que dans la mesure où la main-d'œuvre disponible offrira les compétences requises par les employeurs privés et publics.



Modélisation des coûts de la politique sociale et des conséquences du VIH/sida dans la Fédération de Russie

Le Bureau sous-régional de l'OIT pour l'Europe orientale et l'Asie centrale, situé à Moscou, a engagé une équipe de recherche pour entreprendre une étude, impulsée et financée par le Programme de l'OIT sur le VIH/sida et le monde du travail (OIT/SIDA), sur les répercussions économiques et sociales du VIH/sida dans la Fédération de Russie. Le modèle développé par l'équipe de recherche peut s'appliquer à d'autres pays de la Communauté des États Indépendants dotés d'un système de protection sociale identique. La version actuelle de ce modèle est susceptible d'être modifiée pour tenir compte de la réforme du système des retraites actuellement en cours dans la Fédération de Russie et dans d'autres pays.

Au cours des dernières années, la Fédération de Russie a enregistré une hausse exceptionnelle du nombre de séropositifs au sein de sa population : 11.000 cas à la fin de 1998, contre plus de 200.000 cas au milieu de 2002. Près de 90 pour cent des cas de séropositivité déclarés sont imputables à l'usage de drogue par voie intraveineuse (UDVI). Même si le nombre de personnes séropositives que compte ce pays est relativement faible par rapport à celui d'autres pays, le taux de croissance des cas de séropositivité est actuellement l'un des plus élevés au monde.

Sur la base de discussions avec un groupe de travail tripartite sur le VIH/sida, l'équipe de recherche a conçu un modèle destiné à évaluer l'impact du VIH/sida dans la Fédération de Russie sur :

- l'ensemble de la population et la population active
- la viabilité financière du système de retraite
- le coût des prestations d'invalidité versées à court terme
- les dépenses de santé pour le dépistage du VIH et le traitement des personnes atteintes de VIH/sida
- la productivité et donc le produit national (PIB).

L'équipe a estimé les probabilités d'infection par âge et par sexe à partir des données recueillies entre 2000 et 2002 par le Centre national de lutte contre le sida. Les résultats obtenus ont été ajustés pour tenir compte des cas non déclarés. Les estimations générées par ce modèle en ce qui concerne les coûts économiques et sociaux de l'épidémie reposent sur les observations et les hypothèses suivantes :

- le nombre de personnes déclarées séropositives et le nombre de malades du sida en 2003
- la probabilité respective des hommes et des femmes de devenir séropositif, selon leur âge
- la probabilité de décéder après l'apparition des symptômes du sida dans le cas des malades non traités
- le coût annuel des thérapies antirétrovirales
- le coût des examens médicaux à différents stades d'évolution du VIH/sida
- le nombre moyen de jours de congé maladie rémunérés dans les cas d'incapacité de courte durée
- la diminution de la capacité à travailler
- les projections relatives au nombre de retraités, de personnes percevant des prestations d'invalidité de longue durée (le modèle suppose que les personnes présentant les symptômes du sida sont considérées comme invalides) et au nombre d'orphelins percevant des indemnités de survivant.

Trois scénarios ont été mis au point pour évaluer ces coûts selon que les probabilités de

devenir séropositif, en fonction du sexe et de la tranche d'âge, demeurent constantes, augmentent ou diminuent. Un quatrième scénario a été mis au point pour refléter l'évolution du mode de transmission du VIH de la voie intraveineuse aux relations hétérosexuelles ; il repose sur l'hypothèse d'une transmission de l'infection par VIH à un âge plus avancé. Un cinquième scénario est basé sur l'hypothèse de la saturation du groupe à haut risque des personnes qui font usage de drogues par voie intraveineuse, censé atteindre un million de personnes ; il a été mis au point pour étudier les conséquences d'une telle situation.

Le modèle a également intégré les résultats d'une comparaison entre deux types de projection à l'horizon 2050 : une qui ne tenait pas compte des conséquences du VIH/sida et une autre qui en tenait compte. Les résultats obtenus ont été les suivants :

- Dans les quatre premiers scénarios, le nombre de séropositifs culminait à un niveau compris entre 640.000 et 700.000 personnes entre 2006 et 2008, alors que, dans le cinquième, il atteignait le seuil de 1,2 million de personnes en 2008.
- Le nombre de cas de sida culminerait alors à un niveau compris entre 255.000 et 259.000 personnes en 2011-2012 dans les quatre premiers scénarios. Dans le cinquième, il atteindrait 385.000 en 2010.
- Dans les quatre premiers scénarios, les dépenses de santé atteindraient un niveau représentant entre 0,25 et 0,26 pour cent du PIB en 2010-2012, alors que, dans le dernier scénario, elles s'élèveraient jusqu'à représenter 0,43 pour cent du PIB en 2011.
- A l'horizon 2050, la baisse de la population active devrait être comprise entre 1,4 et 3,0 pour cent dans les premiers scénarios mais, par contre, elle devrait être de 5,4 pour cent dans le dernier scénario.
- Le nombre de retraités devrait baisser de 1,4 à 4 pour cent d'ici à 2050.
- Le taux de remplacement que le système de retraite par répartition pourrait financer baisserait aussi de 1,4 à 4 pour cent.
- En 2010-2015, la projection du nombre de personnes percevant une pension d'invalidité ou des indemnités de survivant est supposée dépasser 4 pour cent dans les quatre premiers scénarios et se situer autour de 7 à 8 pour cent dans le cinquième.
- La projection de la croissance maximale du coût des prestations d'invalidité est d'environ 7 pour cent en 2005-2010 dans les quatre premiers scénarios, mais elle atteint 11-12 pour cent en 2005- 2015 dans le cinquième.

Bien qu'il soit difficile de prévoir l'évolution de l'épidémie de VIH en raison du nombre élevé de facteurs mis en cause, il sera important de suivre de manière constante les tendances qui se manifestent et les nouveaux facteurs susceptibles d'influencer la progression de l'épidémie. Cela comprend les changements dans la structure des groupes à risque, dans la mise en œuvre des mesures pour combattre l'épidémie et dans le degré d'accès aux traitements. Ce modèle pouvant être mis à jour pour tenir compte de ces changements, ses applications demeureront donc pertinentes. Les résultats d'un tel mode de suivi sont déjà disponibles pour les spécialistes du VIH/sida ainsi que pour les gouvernements, les syndicats, les organisations d'employeurs et les organisations non gouvernementales. De cette manière, le modèle peut contribuer à créer un consensus sur la nécessité de prendre des décisions appropriées et d'introduire des changements d'orientation. Il peut également servir à évaluer l'efficacité des actions de prévention et des campagnes destinées à encourager des changements de comportement parmi les jeunes, ainsi qu'à promouvoir l'usage de préservatifs et le recours aux traitements. Comme les projections mentionnées ci-dessus ne sont pas exhaustives, le modèle peut être élargi en fonction des besoins, grâce à des modules supplémentaires (Source : Misikhina et al., 2004).



Chapitre 6. Les mesures prises par le monde du travail pour faire face au VIH/sida

Les 189 chefs d'Etat qui, en juin 2001, ont adopté la Déclaration d'engagement des Nations Unies sur le VIH/sida ont pris la résolution de,

« D'ici à 2003, mettre en place à l'échelle nationale un cadre juridique et directif assurant la protection, sur le lieu de travail, des droits et de la dignité des personnes infectées et affectées par le VIH/sida et de celles qui sont le plus exposées au risque d'infection, en consultation avec les représentants des employeurs et des travailleurs, en tenant compte des directives internationales relatives au VIH/sida sur le lieu de travail. » (§69).

Nations Unies, 2001

Le Programme de l'OIT sur le VIH/sida et le monde du travail

Les multiples actions mises en oeuvre par l'OIT pour tenter d'endiguer l'épidémie de VIH/sida ont vu le jour à la suite de la Conférence internationale du Travail de 2000. Lors de sa 88e session, la Conférence a en effet adopté une résolution invitant le Directeur général à élargir les compétences du BIT pour faire face aux problèmes posés par le VIH/sida. Un programme mondial sur le VIH/sida et le monde du travail (OIT/SIDA) a été lancé en novembre 2000. Le Directeur général a également demandé à tous les programmes et à toutes les unités de l'Organisation d'identifier les moyens d'intégrer les questions relatives au sida dans tous les aspects de leur action, afin d'assurer une approche globale face aux nombreuses conséquences de l'épidémie en matière de développement.

Le Programme OIT/SIDA a pour mission de renforcer la capacité des mandants tripartites de l'Organisation à élaborer et à mettre en oeuvre, sur le lieu de travail, des politiques et des programmes visant à atteindre trois objectifs principaux : prévenir la transmission du VIH, atténuer l'impact de l'épidémie sur les travailleurs et sur leurs familles ainsi qu'auprès des communautés auxquelles ils appartiennent, et garantir la protection des droits humains.

L'OIT a pour mandat d'améliorer la

protection sociale et les conditions de vie et de travail au niveau mondial en organisant une action conjointe des gouvernements, des employeurs et des travailleurs du monde entier. Cette action constitue la clé de voûte de l'Agenda pour le travail décent. Consciente de la menace que l'épidémie de sida représente pour la santé, les droits et les moyens de subsistance de ses mandants ainsi que pour le développement durable, l'OIT a pris des mesures pour y faire face. Elle a également établi que le monde du travail offre de nombreuses possibilités d'action pour freiner l'expansion de l'épidémie et atténuer son impact.

Les objectifs spécifiques du Programme de l'OIT sur le VIH/sida sont :

- mieux connaître et comprendre les conséquences économiques et sociales du VIH/sida et son impact sur le monde du travail ;
- mobiliser l'engagement et les ressources des mandants aux niveaux local, national et mondial ;
- conseiller les gouvernements pour l'élaboration des programmes d'action nationaux sur le VIH/sida (en s'assurant qu'ils couvrent le monde du travail et combattent la discrimination) et pour la réforme de la législation du travail ;
- renforcer la capacité des gouvernements et des organisations d'employeurs et de travailleurs à planifier et à mettre en oeuvre des politiques et des programmes sur le lieu de travail.

Ce Programme apporte principalement les services suivants : la recherche et l'analyse des politiques, des outils d'information et de sensibilisation, le conseil, des directives techniques et politiques, la formation, et la création de partenariats aux niveaux national et international. Ces partenariats sont axés sur la collaboration en matière de coopération technique, de documentation et de diffusion de bonnes pratiques fondées sur les expériences nationales. L'amélioration de la disponibilité et de l'accès à des traitements antirétroviraux et la sensibilisation croissante des entreprises au coût des pertes en capital humain ont ensuite été l'occasion d'inclure, dans les programmes menés à bien sur les lieux de travail, des éléments concernant la prise en charge et le traitement des malades et la protection sociale.

Le Recueil de directives pratiques du BIT sur le VIH/sida et le monde du travail, 2001

Les directives pratiques reconnues au plan international reposent sur dix principes fondamentaux :

1. Reconnaissance du VIH/sida en tant que problème concernant le monde du travail
2. Non-discrimination à l'égard des travailleurs au motif de leur séropositivité, réelle ou supposée
3. Égalité entre hommes et femmes, parce qu'une plus grande égalité dans la relation hommes-femmes est essentielle pour prévenir la transmission du VIH et la gestion de ses conséquences
4. Un environnement de travail sain en vue de prévenir les risques professionnels et de s'assurer que le lieu de travail est adapté aux capacités des travailleurs atteints du VIH/sida
5. Le dialogue social, parce que les meilleures conditions pour la mise en œuvre des politiques sont celles fondées sur la coopération et la confiance entre les employeurs, les travailleurs et les gouvernements
6. Pas de dépistage en vue de l'exclusion de l'emploi ou du travail
7. La confidentialité afin de protéger les informations personnelles sur les travailleurs
8. Le maintien de la relation d'emploi aussi longtemps que les travailleurs sont médicalement aptes
9. La prévention au moyen de l'information, de l'éducation et de l'action sur les facteurs socio-économiques
10. La prise en charge et le soutien des malades, notamment leur accès aux prestations de sécurité sociale, à celles des régimes professionnels et à des services de santé d'un coût raisonnable

Le Recueil de directives pratiques du BIT sur le VIH/sida et le monde du travail

Le Recueil de directives a été élaboré à travers un processus de consultations qui a réuni les représentants des gouvernements, des employeurs et des travailleurs de toutes les régions. Mis au point à l'occasion d'une réunion tripartite d'experts et adopté par le Conseil d'administration du BIT en juin 2001, il a été lancé le même mois lors de la 26e Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida, tenue à New York. Le Recueil établit les principes fondamentaux en vue de l'élaboration de politiques et de directives pratiques à partir desquelles des actions concrètes contre le VIH/sida peuvent être mises en œuvre aux niveaux de l'entreprise, des communautés et des nations. Il encourage une approche globale des programmes à appliquer sur le lieu de travail, qui doit inclure :

- la protection des droits des travailleurs, notamment la protection de l'emploi,

l'égalité entre les hommes et les femmes, le droit à des indemnités et à des prestations sociales et à la non-discrimination ;

- la prévention par le biais de l'éducation, de programmes de sensibilisation des hommes et des femmes et de mesures de soutien concrètes en vue d'une évolution des comportements ;
- la prise en charge et le soutien des malades, notamment l'aménagement raisonnable de leurs conditions de travail et leur accès à des indemnités, à des services de dépistage et de consultation volontaire et à des traitements sur leur lieu de travail lorsque les structures locales de santé sont inadaptées.

Afin de compléter ce Recueil et de faciliter l'application des directives qu'il contient, le BIT a élaboré un manuel de formation intitulé *Mise en œuvre des directives pratiques du BIT sur le VIH/sida et le monde du travail*. Ce manuel sert d'ouvrage de référence et fournit des orientations, des études de cas et des activités pratiques afin d'aider les acteurs concernés à intégrer les principes du Recueil dans leurs plans stratégiques nationaux et dans leurs politiques et leurs programmes concernant le lieu de travail. Le Recueil

et le manuel sont tous deux utilisés pour développer des compétences et des capacités institutionnelles dans l'intérêt des mandants de l'OIT dans toutes les régions.

Le VIH/sida et le monde du travail : réformer la législation pour la rendre efficace

Disposer d'une législation éclairée, sous la forme de nouvelles lois ou d'amendements aux lois existantes, est très important pour atténuer les conséquences du VIH/sida sur le lieu de travail. Le Recueil de directives pratiques du BIT sur le VIH/sida et le monde du travail fournit une aide à la mise au point de législations nationales ou à leur réforme, afin de faire face aux conséquences de l'épidémie. Le recueil établit que, pour éliminer la discrimination et promouvoir des actions sur le lieu de travail, les gouvernements (avec les partenaires sociaux) devraient prévoir un cadre réglementaire pertinent et, le cas échéant, revoir divers domaines de la législation du travail et d'autres législations¹. Ces dernières années, plusieurs pays ont adopté de nouvelles législations ou réformé celles dont ils disposaient afin de faire face à l'impact du VIH/sida sur l'emploi. Dans d'autres pays, en particulier ceux qui appliquent des systèmes basés sur le droit coutumier, les tribunaux utilisent des dispositions relatives aux droits de l'homme dans les législations existantes (telles que les constitutions), afin de protéger les personnes séropositives et leurs proches, dont la vie a été bouleversée par le VIH/sida². Une grande diversité d'initiatives en matière de droit peut être utilisée pour s'appliquer au VIH/sida dans le monde du travail, y compris des lois qui concernent spécifiquement le sida, la législation du travail, les législations sur la non-discrimination et sur les droits de l'homme, les lois sur l'invalidité et celles relatives aux assurances³.

Les lois qui traitent spécifiquement du VIH/sida permettent une approche globale et coordonnée⁴. Ainsi, la loi cambodgienne sur le contrôle de la propagation du VIH/sida recouvre des actions informatives, éducatives et préventives, l'interdiction des tests de dépistage avant l'embauche, la création de services de santé et de soutien, des contraintes en matière de non-discrimination et de confidentialité des données personnelles et, enfin, les allocations budgétaires correspondantes. L'obligation pour toutes les institutions et entreprises de collaborer avec les autorités nationales responsables de la lutte contre le sida présente un grand intérêt pour la mise en œuvre de programmes éducatifs et préventifs au niveau des entreprises. Le fait que la plupart des

dispositions soient réunies dans un texte de loi unique les rend d'autant plus cohérentes et le fait qu'elles soient détaillées et définissent les notions fondamentales permet d'éviter que leur interprétation soit laissée aux tribunaux.

La législation du travail est très largement utilisée pour aborder les relations professionnelles et créer un cadre qui permette aux travailleurs et aux employeurs de définir leurs relations à travers des mécanismes collectifs d'interaction comme la négociation collective. Les législations sont destinées à rappeler et à garantir les principes et les droits fondamentaux au travail, domaine dans lequel on observe de nombreux cas de discrimination. Un nombre croissant de pays, en particulier en Afrique et dans les Caraïbes, incluent dans leur législation du travail des dispositions qui interdisent la discrimination et les tests obligatoires de dépistage du VIH avant l'embauche⁵. D'autres adoptent des législations ou des codes de bonne conduite qui concernent spécifiquement le VIH/sida et les questions d'emploi⁶. Les conventions collectives sont également utilisées afin de protéger les droits des travailleurs et de soutenir l'adoption de politiques relatives au VIH/sida sur le lieu de travail⁷.

Les législations concernant la non-discrimination et les droits humains ont pour objectif spécifique d'assurer la protection des libertés et des droits fondamentaux. Les plaintes en vertu de ces législations sont le plus souvent examinées par des tribunaux spécialisés, compétents en matière de discrimination et de droit du travail. Ces législations sur la non-discrimination et sur les droits humains n'ont pas pour objet principal de sanctionner l'auteur d'un acte discriminatoire, mais plutôt de l'éduquer et de réparer complètement les préjudices causés par un tel acte. Outre le versement d'indemnités compensatoires et la réintégration à l'emploi, des mesures novatrices peuvent être appliquées, telles qu'une formation sur la non-discrimination dispensée sur le lieu de travail. Ainsi, l'ordonnance roumaine n° 137/2000 sur la prévention et la sanction de toutes les formes de discrimination interdit la discrimination dans l'emploi fondée sur le VIH⁸ et contient des mesures affirmatives pour assurer l'élimination de toute discrimination⁹.

Les lois concernant l'invalidité visent à protéger les personnes handicapées contre la discrimination, à assurer l'égalité de traitement en leur faveur et à les intégrer autant que possible dans la société. Très souvent, ces législations contiennent des dispositions détaillées qui obligent les employeurs à prendre des mesures



Maililand J./OIT

Transport de bois de grume sur de longues distances

d'aménagement raisonnable en faveur du travailleur (horaires, tâches et espaces de travail adaptés) pour permettre aux personnes souffrant d'un handicap de conserver leur travail aussi longtemps que possible. De telles lois peuvent être extrêmement utiles pour assurer la protection des personnes qui présentent les symptômes du sida, mais qui sont encore en mesure de travailler¹⁰. La protection des personnes séropositives qui ne présentent pas les symptômes du sida est plus difficile à assurer et dépend de la définition juridique de la notion d'invalidité et de son interprétation par les tribunaux¹¹.

L'exclusion des personnes séropositives de toute couverture d'assurance, soit au moment de la souscription d'une police d'assurance-vie ou d'assurance-maladie en les rendant inéligibles, soit en leur refusant le paiement des indemnités ou prestations, est une pratique largement répandue dans le monde. L'exclusion indirecte est également pratiquée en appliquant des primes très élevées et inabornables. De nombreuses personnes séropositives, ainsi que les membres de leur famille, se retrouvent ainsi sans couverture sociale au moment où ils en ont le plus besoin. De nombreux gouvernements s'attachent à élaborer des politiques visant à la fois à réduire l'exclusion et à assurer la rentabilité et la viabilité du secteur des assurances. En Afrique du Sud, le Medical Scheme Act 131 de 1998¹² prévoit qu'un dispositif officiel d'aide médicale ne peut être mis en oeuvre de façon discriminatoire sur la base de la séropositivité de certains de ses membres¹³.

Tous ces instruments juridiques montrent que différents cadres réglementaires peuvent être utilisés pour éliminer la discrimination en matière de VIH/sida sur le lieu de travail et pour y assurer la prévention et la protection sociale. L'usage d'un type d'instrument n'exclut

en aucune façon le recours aux autres. Bien au contraire, différentes dispositions couvrant les questions liées au VIH/sida peuvent être incorporées aux législations en matière de travail, d'invalidité, de non-discrimination et de droits humains¹⁴. Cette approche diversifiée garantit que chaque aspect soit couvert par l'instrument pertinent. Il appartient à chaque Etat de choisir le cadre réglementaire qui reflète les décisions prises au niveau national ou régional, en concertation avec les partenaires sociaux et les autres acteurs concernés.

Le secteur des transports en Afrique australe : mise au point d'une politique nationale au Zimbabwe

Comme la plupart des travailleurs du secteur des transports (chauffeurs de camions, personnel des trains et des compagnies aériennes, marins et autres) vivent loin de chez eux et de leur famille pendant de longues périodes, ils sont exposés à des niveaux de risque supérieurs à la moyenne dès qu'ils ont des relations sexuelles avec des partenaires occasionnels. Ce risque est partagé par les communautés qui vivent le long des grands axes routiers ou sont concentrées autour des principaux carrefours de communication (nœuds ferroviaires ou ports), ainsi que par les communautés auxquelles ces travailleurs appartiennent. Face à cette situation, le BIT, avec le soutien de SIDA (agence de développement suédoise) a entrepris un projet pilote d'une année (2002-2003) dans huit pays membres de la Communauté de développement d'Afrique australe (SADC) : le Botswana, le Lesotho, le Malawi, le Mozambique, la Namibie, l'Afrique du Sud, le Swaziland et le Zimbabwe. Le but de ce projet était d'aider les partenaires sociaux et les principaux acteurs concernés à mettre en oeuvre des stratégies nationales coordonnées, conçues pour être harmonisées au niveau

¹⁻¹⁴ voir notes techniques

sous-régional, et ce pour tous les modes de transport et toutes les structures d'accueil. L'objectif visé était de réduire l'incidence du VIH parmi les travailleurs du secteur des transports et leurs familles et ainsi atténuer les conséquences du sida dans ces pays. Le projet a démarré au Zimbabwe en septembre 2002, à l'occasion d'un atelier national qui a réuni les mandants de l'OIT et les principaux acteurs de l'industrie des transports, ainsi que différentes institutions des Nations Unies et d'autres partenaires nationaux concernés par le développement du pays. L'atelier avait pour objet de sensibiliser les participants sur le projet afin qu'ils s'impliquent. Un comité consultatif du projet a alors été mis sur pied. Une étude d'évaluation a été menée au niveau national afin d'étudier l'impact du VIH/sida dans le secteur des transports, ainsi que le contenu des politiques et de la législation nationale pertinente en matière de VIH/sida. Une étude sur les connaissances, les attitudes et les pratiques en matière de VIH/sida a ensuite été entreprise afin de rassembler les données de base nécessaires au suivi et à l'évaluation du projet.

Le nombre de personnes travaillant dans le transport routier et fluvial est estimé à 30.000 au Zimbabwe (y compris les chauffeurs de taxi des zones urbaines et rurales et les conducteurs de poids lourds) ; 9.500 personnes environ travaillent pour les chemins de fer nationaux (avec leurs familles, ils représentent 38.000 personnes en situation de risque) ; le transport aérien compte environ 1.500 employés. En réalité, le nombre de personnes employées dans le secteur des transports est sans doute plus important, car il n'est pas possible de connaître le nombre de personnes travaillant dans toutes les petites entreprises de ce secteur. Même si l'on considère que 100.000 personnes travaillent dans ce secteur, ce chiffre est plutôt faible si on le compare à la population totale en âge de travailler, qui compte 7 millions d'individus (voir tableau principal 1). Néanmoins, les résultats de l'étude d'évaluation ont confirmé que, du fait de l'importance du rôle des transports, ce secteur présentait une vulnérabilité particulière liée aux comportements à risques. Ainsi, plus de 25 pour cent des hommes travaillant dans les transports aériens ont déclaré avoir eu de multiples partenaires sexuels au cours de l'année écoulée, plus d'un travailleur marié sur dix a indiqué avoir eu récemment un rapport sexuel avec une autre personne que son conjoint et près d'un tiers a déclaré avoir eu une infection sexuellement transmissible.

Sur la base de ces données, le projet a

organisé un atelier destiné à mettre au point une politique adaptée à ce secteur et à définir une stratégie pour sa mise en œuvre. Cet atelier a été suivi d'une réunion consultative avec les responsables et les acteurs du secteur afin qu'ils examinent et adoptent le projet de politique élaboré. Ce processus a permis la mise au point d'une politique nationale de lutte contre le VIH/sida dans le secteur des transports. Dans un deuxième temps, le projet s'est attaché à développer les compétences requises dans les principaux sous-secteurs en formant leurs personnels respectifs à l'élaboration de propositions, à l'obtention des ressources nécessaires et à la gestion des programmes. Le sous-secteur des transports routiers a d'ores et déjà réuni les ressources nécessaires à la mise en œuvre de son propre programme.

Cette politique a été présentée au Parlement du Zimbabwe, afin que le comité ministériel chargé des services sociaux en prenne acte. Cette procédure a permis de lui donner un caractère officiel dans la mesure où elle avait été élaborée dans le cadre de la politique nationale en vigueur en matière de VIH/sida. En mai 2004, cette politique a finalement été entérinée par la commission parlementaire du Zimbabwe, qui a invité le BIT à en rédiger le préambule.

Le projet a déjà identifié les modes opérationnels et les procédures permettant de mettre en œuvre avec succès les programmes des différents sous-secteurs. Ceux-ci incluent notamment les aspects suivants :

- Un soutien au plus haut niveau a été obtenu en organisant une cérémonie officielle, en présence du Ministre du Travail, pour l'ouverture de l'atelier, auquel ont participé 60 responsables du secteur des transports ; cette ouverture officielle a bénéficié d'une large couverture médiatique.
- Le principe des consultations tripartites et de l'implication dans le projet des mandants de l'OIT et d'autres acteurs importants s'est avéré un facteur essentiel de succès. Toutes les parties intéressées ont adopté les principes du Recueil de directives pratiques du BIT sur le VIH/sida et le monde du travail comme référence et comme modèle pour le développement d'une politique. Il en a été de même du Code de bonnes pratiques sur le VIH/sida et l'emploi mis au point par la Communauté de développement d'Afrique australe (SADC).
- Une direction et une coordination efficaces du projet sur la base d'un

processus participatif de prise de décisions et de consultation. Les partenaires sociaux ont reçu un soutien réel pour mettre au point un plan d'action global visant à résoudre les problèmes liés au VIH/sida dans le monde du travail. Cela leur a permis de mettre au point une politique spécifique pour le secteur des transports, ainsi que des directives opérationnelles pour la mise en œuvre d'actions appropriées dans les principaux sous-secteurs.

- Le projet a largement bénéficié des données pertinentes recueillies par l'étude d'évaluation au plan national. C'est à partir de ces données que la politique a été mise au point, avec l'objectif de définir des interventions rapides et les stratégies permettant d'éviter des erreurs lors de leur mise en œuvre pour ainsi garantir leur durabilité. Cette étude a également été l'occasion d'identifier des alliés potentiels, des points d'entrée et différentes opportunités d'action.

Le processus de mise au point de la politique appliquée dans le secteur des transports du Zimbabwe est maintenant utilisé comme modèle dans d'autres secteurs ; ainsi, un projet de politique concernant la lutte contre le VIH/sida dans le secteur minier a également été élaboré avec l'assistance technique du BIT. Un processus semblable est en cours pour le secteur de la fonction publique. La politique mise en œuvre au Zimbabwe a également encouragé les initiatives au niveau sous-régional.

L'Inde fait face au problème de la stigmatisation et de la discrimination

Un stigmate (ou signe d'infamie) est attribué à certaines personnes par d'autres pour les déprécier ou les discréditer. Entretenir un stigmate permet à leurs auteurs de croire qu'ils ne partagent pas le même risque que ceux qu'ils stigmatisent et qu'ils peuvent ainsi éviter d'être traités de la même façon. Un stigmate est souvent la manifestation de la peur, il s'appuie sur des préjugés et renforce les inégalités existantes. La stigmatisation, dans le cas du VIH/sida, est profondément traumatisante. Elle entretient de fausses croyances, à la fois parmi les personnes qui stigmatisent et parmi celles qui sont stigmatisées. Ceux qui stigmatisent nient le risque qu'ils encourent et, à partir de là, ne recherchent pas d'information sur la prévention, ne changent pas leur comportement à risques, évitent le dépistage et n'apportent aucune aide aux personnes vivant avec le VIH/sida. Par ailleurs, le fait d'être stigmatisé diminue l'amour-propre, à tel point

qu'il donne lieu à un sentiment d'insécurité. La personne stigmatisée se replie sur elle-même, ne parvient pas à trouver les ressources dont elle a besoin pour se défendre et, finalement, elle s'isole. La majorité des personnes hésitent énormément avant de se présenter à un dépistage du VIH de peur d'être identifiées comme séropositives, et ce même lorsqu'une thérapie antirétrovirale est disponible. Cela indique qu'il y a encore beaucoup à faire en matière de prévention, autant qu'en matière de traitement. Le stigmate alimente également les actions discriminatoires et la discrimination entraîne la violation des droits humains, notamment le droit à la non-discrimination, au respect de la vie privée et à une protection sociale appropriée.

La stigmatisation et la discrimination persistent dans le monde entier à des degrés divers. La situation à cet égard en Inde, pays où vivent environ 5 millions de personnes souffrant du VIH/sida, n'est sans doute ni meilleure ni pire qu'ailleurs. En Inde, cependant, plusieurs organisations de personnes vivant avec le sida ont décidé d'affronter ces questions au cours des dernières années ; elles ont notamment rassemblé une série de données sur l'ampleur du stigmate et de la discrimination auxquelles les personnes vivant avec le VIH/sida sont confrontées dans le monde du travail.

Une étude entreprise par quatre organisations de personnes vivant avec le sida (le *Delhi Network of Positive People*, réseau de personnes séropositives de Delhi, le *Manipur Network of People living with HIV/AIDS*, réseau de personnes vivant avec le VIH/sida de Manipur, le *Network of Maharashtra People Living with HIV/AIDS*, réseau de Maharashtra de personnes vivant avec le VIH/sida, et le *Positive Women's Network of South India*, réseau de femmes séropositives du Sud de l'Inde) a reçu l'appui du BIT. Cette étude a montré que près d'un tiers des personnes interrogées (29 pour cent) étaient sans emploi principalement à cause de leur état de santé ; plus d'un tiers d'entre elles travaillaient encore, mais n'avaient pas révélé leur séropositivité à leur employeur (38 pour cent), la plupart par crainte de perdre leur emploi ; et environ un tiers continuaient de travailler tout en ayant révélé leur séropositivité à leur employeur (33 pour cent). Parmi ces dernières, les trois quarts (74 pour cent) recevaient en fait différentes formes d'aide (principalement pour les dépenses médicales) de leur employeur. Parmi les autres travailleurs, 6 pour cent faisaient état de discriminations caractérisées sur le lieu de travail, 33 pour cent ne recevaient aucune indemnité, 25 pour cent s'étaient vu refuser une promotion et 25 pour cent avaient été

Dans l'esprit du travail décent et dans le respect des droits de l'homme et de la dignité des personnes infectées par le VIH ou malades du sida, les travailleurs ne devraient pas faire l'objet de discrimination au motif de leur séropositivité réelle ou supposée. La discrimination et la stigmatisation des personnes atteintes du VIH/sida constituent un obstacle aux actions de prévention en matière de VIH/sida.

(§ 4.2. Non-discrimination)

OIT, 2001



Patient recevant des informations sur son traitement en Inde

La stigmatisation et la discrimination persistent dans le monde entier à des degrés divers. La situation à cet égard en Inde, pays où vivent environ 5 millions de personnes souffrant du VIH/sida, n'est sans doute ni meilleure ni pire qu'ailleurs.

obligés de partir prématurément à la retraite. Près de 12 pour cent des personnes ayant participé à l'étude avaient changé de travail en raison de leur mauvaise santé, soit parce qu'elles avaient été sommées de quitter leur emploi, soit parce qu'elles avaient été mises à la porte. La stigmatisation et le rejet de la part des autres travailleurs étaient une des principales raisons de leur changement de travail. Un certain nombre de travailleurs étaient amenés à s'absenter régulièrement de leur travail en raison de leur état de santé et environ 20 pour cent signalaient que ces absences répétées avaient entraîné une baisse de leurs revenus.

Afin de faire face à ces pertes de revenus et aux dépenses médicales, bon nombre de participants à l'enquête avaient été amenés à vendre leurs biens, à emprunter de grosses sommes et à modifier radicalement leurs habitudes de consommation. Certains participants n'avaient eu d'autre choix que d'interrompre l'achat de leurs médicaments. Une des conséquences les plus préjudiciables de cette situation était la réduction de 80 pour cent des dépenses consacrées à l'éducation des enfants. Non seulement les enfants étaient retirés de l'école, mais 35 pour cent d'entre eux, parmi les familles des participants à l'enquête, s'étaient vu refuser l'accès à des services essentiels et 17 pour cent avaient commencé à travailler pour aider leur famille. Malgré ces sacrifices, seulement 18 pour cent des participants à l'étude avaient les moyens de suivre une thérapie antirétrovirale.

Une deuxième étude visant à étudier les violations des droits humains a été menée par l'*Asia Pacific Network of People Living with HIV/AIDS* (réseau de personnes vivant avec le VIH/sida dans la région Asie-Pacifique). Ses résultats coïncident avec ceux de l'étude du *Indian Network of People Living with HIV/AIDS* (réseau des personnes vivant avec le sida en Inde). Près de 8 pour cent des personnes interrogées ont déclaré faire l'objet de discrimination flagrante de la part de leur employeur et 7 pour cent ont

indiqué avoir perdu leur travail en raison de leur séropositivité. D'après l'expérience de ces personnes, la discrimination a également pris d'autres formes : 24 pour cent ont perdu leur promotion, 24 pour cent ont été forcées de partir prématurément à la retraite et 33 pour cent ont vu leurs responsabilités altérées. En outre, 12 pour cent des participants à l'enquête ont signalé des attitudes discriminatoires de la part de leurs collègues de travail et 6 pour cent ont indiqué avoir été harcelés et molestés sur leur lieu de travail.

La deuxième étude a également révélé des actes de stigmatisation et de discrimination de la part du personnel des services de santé : 30 pour cent des personnes interrogées ont déclaré avoir été discriminées par un travailleur de la santé ; plus de 21 pour cent ont déclaré qu'elles s'étaient vu refuser un traitement médical par un travailleur de la santé ; et 20 pour cent ont indiqué avoir subi un retard pour obtenir des soins, en raison de leur séropositivité. Par ailleurs, près de 7 pour cent des personnes ayant répondu à l'enquête s'étaient vu conseiller par un personnel de santé *de ne pas s'adresser* au service de santé. Ces résultats montrent les conséquences importantes du stigmate, non seulement sur les différents lieux de travail des personnes vivant avec le sida en Inde, mais aussi, de façon encore plus nette, parmi les travailleurs du secteur de la santé, dont ces personnes dépendent pour obtenir des soins, des traitements et un soutien.

Les réponses des employeurs étaient encourageantes dans la première étude, car la plupart de ceux qui employaient des personnes leur ayant révélé leur séropositivité leur avaient fourni un soutien sous la forme de soins médicaux ou de congés payés. Les personnes interrogées ont indiqué que le soutien moral de leur employeur leur avait apporté une aide très importante. Il convient de mentionner cependant que la plupart des employeurs ayant apporté un soutien à leurs employés malades étaient des ONG ou des institutions travaillant dans le domaine du VIH/sida (39 pour cent des personnes interrogées étaient employées soit dans la fonction publique soit par une ONG) et, de ce fait, étaient sensibilisés aux besoins de ces employés. Néanmoins, il n'y a aucune raison pour que les autres employeurs n'adoptent pas des approches positives similaires lorsqu'ils ont affaire à des travailleurs atteints du VIH/sida.

Un certain nombre d'initiatives prises en Inde aident à dénoncer la stigmatisation et à prévenir ou à annuler les effets de la discrimination. En concertation avec ses mandants tripartites et la *National AIDS*

Control Organization, (organisation nationale de contrôle du sida), et avec le soutien du *Department of Labor* (ministère du travail) des États-Unis, le BIT a mis au point un programme destiné à mettre en œuvre, sur une base tripartite et durable, une action nationale dans le monde du travail visant à la prévention et à la prise en charge et au soutien des malades du VIH/sida. Les deux principaux objectifs de ce programme sont la réduction des comportements à risques par le biais d'une éducation participative et de mesures de soutien concrètes, et la lutte contre la stigmatisation et la discrimination.

Un autre exemple d'action positive en Inde concerne le *Lawyer's Collective* (collectif de juristes), créé en 1981, pour apporter une aide juridique aux groupes marginalisés confrontés à des contentieux d'intérêt public. Ce collectif a défendu avec succès le droit des travailleurs ayant perdu leur emploi à cause de leur séropositivité et a obtenu l'introduction d'une clause de « suppression d'identité » dans ce type de litige. Cela signifie que ces personnes peuvent porter plainte sous un pseudonyme, afin de ne pas être une nouvelle fois stigmatisées ou discriminées. Il est important de signaler que le collectif a obtenu gain de cause lors d'un jugement contre un hôpital qui avait violé le secret médical en révélant la séropositivité d'un patient à son employeur. Cela représente un problème de grande importance en Inde : l'étude sur les violations de droits humains a montré que près d'un tiers (29 pour cent) des personnes interrogées avaient déclaré que quelqu'un avait été informé de leur séropositivité sans leur consentement ; de plus, dans près de la moitié des cas (49 pour cent), l'information avait été fournie à une personne qui n'était ni le conjoint ni un membre de la famille de la personne interrogée, mais un membre du personnel de santé, un collègue de travail, un ami, un membre de la communauté ou un fonctionnaire.

Une autre façon de traiter le problème de la stigmatisation et de la discrimination consiste à trouver des responsables communautaires disposés à promouvoir un dialogue serein sur des sujets généralement considérés tabous. La Tata Iron and Steel Company (Ltd) a ainsi créé un « groupe de femmes responsables » chargé de promouvoir la sensibilisation au VIH. Ce groupe est constitué d'épouses de cadres de la société, qui sont formées à prendre contact et à engager le dialogue avec les femmes de groupes marginalisés afin de dépasser certains obstacles à la communication et de diminuer les inhibitions culturelles.

Quant au projet Sonagachi, il a pour objectif de former les travailleuses de l'industrie du sexe

à savoir négocier avec leurs clients l'utilisation de préservatifs, ce qui leur permet de surmonter le risque aggravé qu'elles encourent du fait de la stigmatisation et de la déconsidération attachées à leur activité. Le projet a été établi dans une zone où se trouvent 370 maisons closes et où vivent et travaillent 4.000 travailleurs du sexe. Au début du projet, la plupart des prostituées étaient analphabètes et n'avaient jamais utilisé de préservatifs. Elles ont reçu une formation destinée à les alphabétiser et à leur faire connaître leurs droits, y compris leur droit aux services de santé ; entre temps, certaines d'entre elles avaient été formées comme éducatrices de pairs chargées de promouvoir des pratiques sexuelles sans risque et l'usage des préservatifs. Ces travailleuses de l'industrie du sexe ont également eu accès à une aide économique et sociale, à des plans d'épargne et des prêts, ainsi qu'à des services médicaux pour leurs enfants. Le projet est une réussite : le nombre d'infections sexuellement transmissibles (facteur de risque pour la transmission du VIH) a diminué et l'usage des préservatifs a augmenté de façon importante parmi la population concernée.

Initiatives sur les lieux de travail en Thaïlande: mesures en faveur des travailleurs migrants et réduction des primes d'assurance-vie

Le premier cas de sida a été signalé en Thaïlande en 1984 et l'épidémie s'est ensuite accrue très rapidement. La réaction du gouvernement thaïlandais a également été très rapide. Les programmes nationaux de prévention ont déjà ralenti la progression de la maladie dans le pays en réduisant de 80 pour cent en 10 ans le nombre des nouvelles contaminations (de 143.000 en 1991 à 29.000 en 2001).

En 1991, le Premier ministre thaïlandais a déclaré priorité nationale la lutte contre le VIH/sida et a placé le programme de prévention directement sous son autorité. Le budget de ce programme a été multiplié par vingt et une campagne d'information publique de très grande envergure a été lancée. L'usage du préservatif a été fortement encouragé au moyen d'un programme approprié sans précédent, qui a contribué à réduire de façon importante le nombre de cas d'infections sexuellement transmissibles et de transmission du VIH. Cependant, l'épidémie et ses conséquences sont loin d'être complètement maîtrisées. Le BIT estime que plus de 1 pour cent de la population totale des personnes en âge de travailler (15 à 64 ans), soit plus d'un demi-million de personnes, sont séropositives en Thaïlande et l'ONUSIDA



110

Ouvrières en Thaïlande

estime que ce pays compte 290.000 orphelins du sida âgés de moins de 18 ans (voir tableaux principaux 1 et 5).

Une grande variété de programmes novateurs ont été mis en œuvre dans le monde du travail en Thaïlande. L'un d'entre eux, qui s'adresse aux femmes migrantes travaillant dans des usines au nord de la Thaïlande, avait pour but d'accroître l'usage du préservatif. Un grand nombre de ces femmes croyaient en effet que la transmission du VIH ne concernait que des travailleuses de l'industrie du sexe et qu'elles ne couraient aucun risque en ayant des relations « romantiques ». Elles avaient également le sentiment qu'elles seraient mal jugées si elles utilisaient des préservatifs ou en suggéraient l'usage à leurs partenaires. Certaines ont été sélectionnées parmi elles et formées comme éducatrices pour faire évoluer ces perceptions culturelles sur l'usage du préservatif. Ces éducatrices ont expliqué à leurs collègues l'importance de la protection contre les risques de transmission du VIH et elles leur ont montré comment convaincre leurs partenaires d'utiliser des préservatifs. On leur a aussi distribué des préservatifs sur leur lieu de travail, car, en tant que migrantes, la majorité d'entre elles n'avaient pas accès aux services de santé.

Les risques de transmission du VIH parmi les travailleurs du secteur des transports sont largement reconnus. La compagnie Shell de Thaïlande a donc identifié les stations services comme des endroits à risques autant pour les chauffeurs de camions qui s'y arrêtent que pour les travailleuses de l'industrie du sexe qui

y offrent leurs services. Le projet intitulé *Peer Education at the Pump* (PEPP) a ainsi été lancé par Shell en 1997, avec l'appui de l'UNICEF. Du personnel des stations services, en majorité des jeunes sexuellement actifs, a été formé au conseil et à l'éducation de pairs, principalement les chauffeurs (surtout des hommes) et les travailleurs de l'industrie du sexe (surtout des femmes). L'initiative a été un succès pour différentes raisons, notamment le fait d'avoir investi dans la formation d'éducateurs pour les pairs, d'avoir entretenu leur motivation et de leur avoir fourni un matériel de formation accessible et un soutien permanent. D'autres compagnies pétrolières ont suivi cet exemple et entrepris des programmes similaires.

Le programme *AIDS-Response Standard Organisation* (ASO) mis en œuvre en Thaïlande est un dispositif de certification introduit dans le cadre du projet *Horizons*, organisé par l'ONG *Population Council* et une association d'entreprises thaïlandaises contre le sida (*Thailand Business Coalition on AIDS - TBCA*), en partenariat avec la plus grande compagnie d'assurances du pays, l'*American International Assurance* (AIA). Grâce à des réductions de 5 à 10 pour cent sur les primes d'assurance-vie, ce programme a permis d'encourager la mise en œuvre par les entreprises locales de politiques globales de lutte contre le VIH/sida. Les entreprises qui respectent les normes spécifiques en matière de prévention et qui prennent des mesures en faveur des travailleurs touchés par la maladie font l'objet d'une accréditation, d'une reconnaissance publique et d'avantages financiers. Celles qui ne pratiquent pas de dépistage sur les candidats à l'embauche ou sur leurs employés et qui continuent d'employer des personnes séropositives bénéficient d'un bonus minimum, tandis que celles qui appliquent tous les critères d'une politique anti-sida progressiste ont droit à une réduction de leur prime d'assurance pouvant aller jusqu'à 10 pour cent de son montant. Au cours de la première année de l'opération, quelque 83.000 travailleurs ont pu bénéficier de ce projet par le biais des 125 entreprises qui ont participé au programme. Ces entreprises appartenaient à trois secteurs différents : l'industrie (71), l'hôtellerie (30) et les services (24).

À l'instar de ce programme, de nombreuses autres initiatives prises par des entreprises thaïlandaises ont obtenu le soutien du TBCA. C'est le cas du programme d'éducation préventive de la société Nike Inc., également associée au projet *Horizons* du *Population Council*. Ce programme est axé sur la formation, notamment d'éducateurs pour les pairs, et sur le libre accès aux services de dépistage et de



Crozet M./OIT

Réparation d'une remorque

consultation. Les employés en place reçoivent des informations et ont droit à des consultations en matière de VIH/sida, tandis que ceux qui viennent d'être embauchés ont la possibilité de suivre un programme d'orientation, et ont droit à un dépistage sur une base volontaire et confidentielle. Les employés séropositifs sont traités de façon non discriminatoire et peuvent continuer à travailler aussi longtemps qu'il leur est médicalement permis. Cette politique prévoit également la formation des responsables de ressources humaines de toutes les usines contractuellement liées à Nike, afin qu'ils veillent à l'application de ces mesures.

Ces programmes d'entreprise présentent l'avantage, tout à fait essentiel, de pouvoir toucher le plus directement possible les groupes d'âge les plus exposés au risque de transmission du VIH. La Thaïlande a démontré que le lieu de travail offre une variété de possibilités pour endiguer l'épidémie grâce à des programmes globaux d'entreprise. Un grand pas a été franchi lorsque la caisse nationale de sécurité sociale a pris la décision, en avril 2004, de rembourser les traitements antirétroviraux avec des médicaments génériques, et ce pour toutes les personnes atteintes du VIH/sida employées dans le secteur privé.

Par ailleurs, des plans visant à étendre la portée des programmes contre le VIH/sida sur le lieu de travail sont sur le point d'être mis en œuvre en Thaïlande. Un projet de collaboration fondé sur un partenariat entre le BIT et le service chargé de la protection et de la sécurité des travailleurs au sein du ministère du Travail, le TBCA, est sur le point de s'achever. Ce projet a permis de démontrer les résultats que l'on peut obtenir en adoptant une approche multi-niveaux dans l'ensemble d'une

province, en l'occurrence celle du Rayong. Ce partenariat entre secteur public et secteur privé bénéficie désormais du financement du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Il a permis de créer des mécanismes et des outils destinés à la mise en œuvre des programmes d'entreprise qui peuvent être utilisés dans tout le pays.

Evolution des comportements dans l'économie informelle : le cas des mécaniciens et des garagistes au Ghana

Au Ghana, le taux de prévalence du VIH parmi les personnes de 15 à 49 ans était estimé à plus de 3 pour cent à la fin de l'année 2003. La grande majorité (presque 90 pour cent) des cas de VIH/sida signalés dans le pays concernent des personnes en âge de travailler, qui représentent 58 pour cent de la population totale et constituent l'essentiel de la population active. Il existe dans ce pays une économie de marché efficace, mise en place grâce à des mesures qui ont favorisé le secteur privé et l'esprit d'entreprise, notamment à travers la création de petites entreprises. Bien qu'il soit touché par un taux de prévalence nettement inférieur à ceux des pays d'Afrique australe et d'Afrique de l'Est, mais comparable à ceux d'autres pays d'Afrique de l'Ouest, le secteur privé ghanéen accuse les effets de l'épidémie. Ceux-ci incluent une hausse des coûts directs, liés aux dépenses de santé et à l'absentéisme, et des coûts indirects, liés à la perte d'employés qualifiés et expérimentés en matière de gestion ou de compétences techniques. L'économie informelle ghanéenne, qui emploie entre 70 et 80 pour cent de tous les travailleurs du pays, est confrontée aux mêmes problèmes. Face à cette situation, le gouvernement ghanéen a mis en place une

politique nationale de lutte contre le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles (IST), ainsi qu'un cadre stratégique de prévention du VIH/sida (2001-2005). Ces mesures englobent la mise en œuvre, au niveau des entreprises, de politiques globales de lutte contre l'épidémie et font appel au concours du secteur privé pour les soutenir. Dans le cadre de ces efforts et du projet entrepris par le Programme international de formation des travailleurs sur le VIH/sida financé par le *Department of Labor* des États-Unis, le BIT a entrepris l'étude de différents secteurs de l'économie ghanéenne. En ce qui concerne l'économie informelle, cette étude a porté sur un groupe de mécaniciens et de propriétaires de garage, afin de déterminer leur niveau de connaissances en matière de VIH/sida, d'évaluer leurs risques et de mettre au point avec eux des outils de communication visant à faire évoluer leurs comportements.

Les mécaniciens et les propriétaires de petits garages ont été choisis pour cette étude en raison de leur appartenance à un « écosystème » complexe et à un réseau de contacts comprenant des transporteurs et d'autres groupes de travailleurs mobiles, particulièrement exposés à la transmission du VIH. Au moment de l'étude, le groupe de garagistes n'avait bénéficié d'aucune intervention en matière de VIH/sida. Les 395 personnes interrogées, sélectionnées aléatoirement, travaillaient dans des garages situés en zone urbaine dans les trois régions du Ghana où les taux d'infection sont les plus élevés : le grand Accra (195 personnes interrogées), la région de Brong Ahafo (102 personnes interrogées) et la région orientale (98 personnes interrogées). Elles incluaient des propriétaires de garage, des apprentis, des chefs mécaniciens et des vendeurs de produits alimentaires dont les garages étaient des clients réguliers. Les informations ont été recueillies grâce à des questionnaires structurés, complétés par les enquêteurs, car la plupart des personnes interrogées étaient pratiquement analphabètes.

Selon les résultats de cette étude, les personnes interrogées avaient un bon niveau de connaissances en matière de VIH/sida. A Accra et dans la région de Brong Ahafo, plus de 80 pour cent de toutes les personnes interrogées savaient qu'il n'existait aucun remède contre le sida. Dans la région orientale, par contre, cette proportion était seulement de 47 pour cent. Quant au niveau de perception des risques encourus, il était relativement bas dans toutes les régions.

Les outils de communication mis en place par le programme du BIT en vue d'encourager une évolution des comportements (Behaviour

change communication - BCC) comprenaient une panoplie de matériels d'information, d'éducation et de communication, dont le contenu avait été conçu pour l'éducation par les pairs. Ce matériel incluait des manuels de formation sur les questions relatives au VIH/sida, des récapitulatifs de données sur les IST et le VIH/sida, des modèles anatomiques, ainsi que des préservatifs pour hommes et pour femmes. Des éducateurs de pairs ont été recrutés parmi toutes les catégories d'employés de garages ayant participé à l'étude et ont été formés sur l'ensemble des questions concernant les IST, les préservatifs, la pratique contraceptive, les techniques de communication, l'égalité entre hommes et femmes et l'information en matière de VIH/sida.

Les changements de comportement observés ont été très encourageants. Les comportements à hauts risques ont presque diminué de moitié (47,2 pour cent) en sept mois, et ce parmi toutes les catégories d'employés de garages ayant participé à l'étude, l'usage des préservatifs a augmenté de près d'un tiers (28 pour cent) dans le même temps et le nombre de partenaires sexuels réguliers a chuté de 4,7 à 1,5.

Au Ghana, les propriétaires de petits garages et de garages de l'économie informelle sont réunis en une fédération, mais il n'existe pas d'organisation équivalente pour les employés de garage. Les apprentis et les mécaniciens pourraient donc être encouragés à former une association, qui permettrait de mieux sensibiliser ces catégories de travailleurs en matière de VIH/sida, en les faisant bénéficier de programmes ciblés, et de prévoir à l'avenir des interventions visant à établir un lien entre les associations de l'économie informelle et les pouvoirs publics locaux. Cela permettrait à ces associations d'avoir l'autorité nécessaire pour s'adresser à des assemblées de district ou pour obtenir les fonds requis pour la mise en œuvre de leurs propres programmes.

Les résultats de l'étude menée au Ghana font apparaître que les interventions ciblées peuvent être très bénéfiques et efficaces et qu'il conviendrait de les étendre à d'autres groupes de travailleurs. On pourrait ainsi recruter et former des éducateurs de pairs parmi d'autres travailleurs de l'économie informelle comme les vendeurs de produits alimentaires, les fabricants de boissons alcoolisées, les tailleurs, les coiffeurs et leurs apprentis. Une telle stratégie permettrait, à terme, de compter sur des équipes de formateurs au sein de la plupart des catégories de travailleurs et donc d'accroître la portée de ce type d'interventions.

Prise en charge et traitement sur le lieu de travail

De nombreuses grandes entreprises disposent d'une forme ou une autre de service médical (sécurité et hygiène du travail) qui est en mesure de compléter l'action des services publics de santé en matière de lutte contre le VIH/sida. Le fait que ces services médicaux d'entreprise aient une approche globale des problèmes de santé en fait de précieux partenaires en matière de prévention, de soutien psychologique et de promotion de la protection sociale. Ils sont en effet en mesure d'encourager le dépistage et le soutien psychologique volontaires par le biais de campagnes ciblées à l'intention des travailleurs (campagnes « *Know Your Status* », c'est-à-dire connaître votre état de santé), d'administrer les traitements thérapeutiques et de fournir le soutien et le suivi nécessaires à l'efficacité des traitements.

Jusqu'à l'arrivée des thérapies antirétrovirales, cette prise en charge sur le lieu de travail consistait simplement à proposer aux employés concernés des médicaments pouvant atténuer les symptômes de la maladie, et un soutien psychologique. Les traitements antirétroviraux étant actuellement plus faciles à obtenir et moins chers, la prise en charge sur le lieu de travail a désormais un autre sens et une autre utilité. Le fait que les entreprises se chargent de traiter leurs employés malades directement sur leur lieu de travail a eu pour effet de renforcer la coopération entre le monde du travail et le secteur de la santé. Le principal avantage que les entreprises retirent de ces programmes de prise en charge médicale est celui de pouvoir ainsi préserver leur capital humain avec toutes les compétences et l'expérience qu'il comprend.

Comment le BIT définit les notions de prise en charge et de soutien

Pour le BIT, la prise en charge et le soutien des personnes atteintes du VIH/sida englobent les principaux aspects suivants, tout en mettant l'accent sur le droit des personnes concernées à continuer de travailler sans crainte d'être stigmatisées ou discriminées :

- L'accès aux traitements et aux médicaments, à la fois thérapeutiques et palliatifs
- Une action d'information sur les façons de préserver sa santé et sur l'accès aux services communautaires pertinents
- Un soutien psychologique
- L'aménagement raisonnable des conditions de travail selon l'état de santé du travailleur
- Une protection sociale, notamment le droit à la sécurité sociale, à l'assurance maladie et à des indemnités pour soins médicaux.

Dans le cadre du programme expérimental mis en œuvre par le BIT en Guyana, au Nigeria et en République-Unie de Tanzanie, les employeurs financent les traitements administrés à leurs employés, tandis que l'organisation qui cofinance le projet prend à sa charge les traitements proposés aux conjoints et aux enfants atteints du VIH/sida.

L'exemple de Heineken

Depuis plus de dix ans, la société Heineken International met en œuvre en République centrafricaine un programme global de prévention du VIH. Au départ, ce programme comprenait des actions d'information, le dépistage et le soutien psychologique volontaires, la distribution de préservatifs, des services médicaux dans l'entreprise, ainsi que des formations de courte durée sur l'utilité des thérapies antirétrovirales pour éviter la transmission du virus de la mère à l'enfant. En 2001, Heineken a décidé d'élargir sa politique en matière de VIH en offrant des thérapies antirétrovirales à tous ses salariés et à leurs familles, en commençant par les brasseries situées au Rwanda et au Burundi, suivies de celles de la République démocratique du Congo et du Congo. Il faut dire qu'au cours des cinq années précédentes le sida avait été la principale cause de décès parmi le personnel de ces sites de production. Depuis la mise en œuvre du programme de traitement, un seul décès dû au sida a été enregistré. Le coût du programme de prévention est entièrement pris en charge par Heineken, mais, pour le dépistage et les traitements, la société demande une participation financière à ses employés.

La fourniture de traitements sur le lieu de travail : l'exemple des entreprises internationales

Les programmes de lutte contre le VIH/sida menés sur les lieux de travail sont d'autant plus efficaces qu'ils englobent tous les aspects pertinents (prévention, prise en charge des personnes affectées et mesures contre la discrimination) et qu'ils sont élaborés de façon conjointe par les employeurs et les travailleurs. Il est de l'intérêt des deux parties de limiter le plus possible la transmission du VIH et de celui des travailleurs atteints du VIH/sida de pouvoir continuer à travailler. Ainsi, le monde du travail peut contribuer de façon décisive

aux actions préconisées au niveau national pour enrayer l'épidémie.

Dans différents pays, des entreprises ont mis en œuvre des programmes en faveur de leurs employés en suivant l'exemple de compagnies qui avaient déjà évalué les coûts de ces programmes et avait jugé utile d'en lancer. La *Global Health Initiative* (GHI - initiative mondiale en faveur de la santé) a été lancée par le Forum économique mondial pour aider ses mille entreprises membres et d'autres firmes à développer des actions contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme. De son côté, la Coalition mondiale des entreprises contre le VIH/sida (GBC) a été créée en

1997 pour accroître la portée et la qualité des programmes mis en œuvre par le secteur privé en vue de lutter contre le VIH/sida au niveau des entreprises et des communautés.

La GHI et la GBC s'attachent à démontrer que le VIH/sida est un problème qui concerne directement les entreprises. Afin de les encourager à combattre l'épidémie, depuis 1998, la GBC décerne des prix (*Business Excellence*) aux entreprises qui ont fait d'importants efforts dans ce sens. Les deux entreprises ainsi distinguées en 2003 ont été la TataSteel, pour ses programmes de prévention du VIH à l'intention des communautés (qui s'adressent en particulier aux femmes), et la Standard Chartered Bank, pour ses programmes «*Staying Alive*» (restons en vie), et «*Living with HIV*» (vivre avec le VIH) destinés à apporter un soutien à ses employés séropositifs et à leurs familles et à promouvoir la non-discrimination.

La GBC a également fait l'éloge de la société Anglo American pour le programme qu'elle met en œuvre en faveur de ses employés d'Afrique du Sud. Après avoir mené à bien des programmes de prévention pendant douze ans, cette entreprise fournit depuis 2002 des traitements antirétroviraux à ses employés.

La société Anglo American a adopté les recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé en matière de traitements et une de ses filiales, la société Aurum Health Research, qui a mis au point un ensemble de directives cliniques et opérationnelles, gère désormais la mise en œuvre de ce programme de traitement. Au printemps 2003, les membres du personnel des services de santé de 32 sites de l'entreprise avaient déjà été formés pour dispenser les traitements antirétroviraux et 223 employés étaient déjà sous traitement. À l'été 2003, le personnel de 45 sites avait été formé et 553 employés étaient sous traitement. La société Anglo American prévoit de traiter un total de 3.000 personnes d'ici la fin de la première année de l'opération (courant 2004). Comme environ 30.000 (24 pour cent) de ses 125.000 salariés d'Afrique du Sud sont séropositifs, la société a prévu d'intégrer chaque année 10 pour cent de ces employés à ce programme de traitement. Elle envisage également de l'étendre au-delà du cadre de l'entreprise pour en faire bénéficier les communautés.

Pour les responsables de la société Anglo American, offrir à ses employés séropositifs l'accès aux traitements antirétroviraux constitue de loin la meilleure stratégie à court terme pour enrayer la transmission du

VIH/sida et diminuer ses conséquences. Le coût de ce programme (médicaments et suivi médical compris) s'élevait en 2003 à environ 1.150 dollars par personne traitée et par an, mais il devrait diminuer grâce à la baisse continue du prix des médicaments et aux économies d'échelle réalisées. La société Anglo American a vu ses efforts récompensés par la forte diminution de la mortalité (de 30 à 3,4 pour cent au cours de la première année) et de l'absentéisme pour cause de maladie parmi son personnel, ainsi que par la réduction de ses autres dépenses médicales. À la mi-2003, 94 pour cent des salariés traités étaient en mesure de travailler normalement, alors que, sans traitement, ils auraient certainement été alités.

Bien que les traitements antirétroviraux soient payés par la société, les salariés séropositifs qui commencent à développer le sida ont tardé à s'inscrire pour en bénéficier. Selon l'entreprise, ce phénomène s'explique par le fait que ces employés ont peur d'être rejetés en raison du stigmate associé au VIH/sida. Dans d'autres entreprises, on a observé que, si les représentants du personnel et le syndicat étaient impliqués, les employés atteints de VIH/sida devenaient moins méfiants par rapport à la réaction de la direction et avaient moins peur d'être discriminés ou licenciés.

Sur un autre continent et dans un pays où la prévalence du VIH est moindre, *Volkswagen do Brasil* a enregistré le premier cas de VIH/sida parmi son personnel en 1986, la même année que la société Anglo American. Dix ans plus tard, en 1996, Volkswagen do Brasil, qui emploie 30.000 personnes, avait mis en place un dispositif complet pour la prévention de l'épidémie et la prise en charge médicale de ses salariés et de leurs familles, y compris les membres de la famille élargie et les retraités. Le programme de prévention, financé grâce aux réductions de coûts liées à la baisse de l'absentéisme et de la mobilité des travailleurs, comporte des actions de formation et d'information et la distribution de préservatifs. Le programme de prise en charge médicale englobe l'accès à des soins médicaux, à un soutien psychologique, à des consultations auprès de différents spécialistes et la possibilité de bénéficier de traitements antirétroviraux et de leur suivi. La société a également adopté une série de mesures anti-discriminatoires, notamment l'interdiction du dépistage obligatoire et du licenciement de travailleurs séropositifs et le droit à la confidentialité. Vers le milieu de l'année 2002, plus de 50 employés de l'entreprise recevaient un traitement antirétroviral et on avait enregistré une baisse

de plus de 90 pour cent du nombre de cas d'hospitalisation, une réduction annuelle de 40 pour cent des coûts liés au VIH/sida, une diminution de l'absentéisme et une amélioration du moral des salariés. En outre, 90 pour cent des employés vivant avec le sida continuaient de travailler sans manifester aucun symptôme de la maladie.

L'industrie minière en Afrique australe : mise en oeuvre de programmes de traitement par le biais du dialogue social

Depuis 1986, année où l'on a enregistré le premier cas de séropositivité chez un travailleur des mines, l'industrie minière s'est activement consacrée à la mise en oeuvre de programmes destinés à combattre le VIH/sida sur le lieu de travail. Cela concerne principalement l'industrie minière d'Afrique du Sud, mais la tendance existe également dans d'autres pays, tout au moins dans les sociétés les plus importantes et disposant des moyens suffisants. Les syndicats de mineurs ont aussi largement participé à la mise au point et à l'application des politiques et programmes en faveur de leurs membres affectés par le VIH/sida. Leur soutien a été un facteur essentiel du succès de ces politiques et programmes, et la collaboration entre les entreprises et les associations de travailleurs a permis d'obtenir des résultats remarquables. En 1991, la Chamber of Mines (association des entreprises minières) d'Afrique du Sud a signé avec le National Union of Mineworkers (NUM - syndicat national des mineurs) un accord portant sur des questions fondamentales telles que le dépistage avant l'embauche, la confidentialité, la formation et le versement d'indemnités. Dix ans plus tard, en 2001, ces partenaires sociaux ont signé un nouvel accord concernant spécifiquement le VIH/sida et, en 2002, les sociétés minières sud-africaines ont conclu un accord avec l'Employment Bureau of Africa (TEBA, le bureau pour l'emploi de l'Afrique du Sud) prévoyant l'administration de soins à domicile pour les mineurs en phase terminale rentrés dans leur foyer rural.

La *Tripartite Declaration of intent* (déclaration d'intention tripartite), signée en Afrique du Sud en 2003, reconnaissait que la lutte contre le VIH/sida ne pouvait être efficace que si toutes les parties partageaient la même vision et la même stratégie. Elle stipulait que les actions de prévention et de sensibilisation constituaient des éléments essentiels de tout programme et, à cette fin, les parties ont convenu que le dépistage et le soutien psychologique volontaires étaient indispensables et que tous

les salariés devaient être encouragés à se faire dépister, dans un esprit de consentement éclairé, de confidentialité et de non-discrimination. Les parties se sont également mis d'accord sur le fait que les programmes de prévention et les programmes de traitement, de prise en charge et de soutien des malades devaient se renforcer mutuellement et s'intégrer à une stratégie globale. Elles ont insisté sur le rôle important d'une alimentation équilibrée dans le cadre de la prévention et du traitement de la maladie. Finalement, les signataires de cette déclaration se sont engagés à ce que, d'ici à la fin de l'année 2004, toutes les mines disposent d'une politique et de programmes qui encouragent la tolérance et la non-discrimination à l'égard des personnes atteintes de VIH/sida. Une des clauses importantes de la déclaration prévoyait aussi d'améliorer les conditions de vie des mineurs. Le syndicat (NUM) a demandé que tous les mineurs puissent disposer d'un logement familial d'ici à la fin 2005.

En mars 2004, la Fédération internationale de syndicats de travailleurs de la chimie, de l'énergie, des mines et des industries diverses (FITBB) a invité l'industrie minière à coopérer avec elle pour créer sur tous les principaux sites miniers des services médicaux dotés d'un personnel bien formé. Pour la FITBB, ces services médicaux, équipés comme des cliniques, sont appelés à constituer une infrastructure de base pour le traitement des employés malades, ainsi que celui des membres de leurs familles et des communautés avoisinantes.

Le coût de ces programmes peut être élevé au départ, mais il diminue considérablement avec le temps. Sans traitements antirétroviraux, il se situe généralement entre 30 et 60 dollars par travailleur et par an. Pour certaines entreprises, ce coût représente environ un pour cent de l'ensemble de leur masse salariale, pourcentage qui, selon certains spécialistes, pourrait augmenter jusqu'à 8 ou 10 pour cent avant de diminuer. Dans une entreprise où mille travailleurs avaient commencé un traitement antirétroviral pour un coût annuel de 825 dollars par travailleur (auquel il faut ajouter 340 dollars pour le dépistage), plus de 90 pour cent des personnes traitées sont devenues médicalement aptes à exercer un travail normal. Par ailleurs, le coût des médicaments et des tests de dépistage ne cesse de diminuer. Dans une autre société qui fournit des médicaments antirétroviraux à ses employés depuis la fin 2002, le coût du traitement est actuellement de 140 dollars par travailleur et par mois, alors qu'il était de 244 dollars au début.

Du côté des mineurs eux-mêmes, le fait

d'accepter de plus en plus facilement de se faire dépister ou de consulter représente un élément essentiel pour intensifier les programmes de traitement. On estime qu'entre 8 et 20 pour cent des mineurs se présentent spontanément pour un dépistage et le soutien psychologique, mais, dans la plupart des entreprises, on a pour objectif d'augmenter cette proportion à 70 pour cent d'ici à la fin 2004. Pour y parvenir, les mineurs doivent avoir la garantie que les promesses qui leur ont été faites seront effectivement tenues (maintien de leur emploi tant qu'ils sont médicalement aptes à travailler, non-discrimination, absence d'oppression et de harcèlement et droit à la confidentialité). Les syndicats ont un rôle très important à jouer à ce niveau. Ainsi, lors d'une réunion organisée par l'OMS et l'ONUSIDA en avril 2004, la compagnie minière et chimique sud-africaine Sasol a signalé que 84 pour cent de ses employés sur quatre sites différents avaient accepté un dépistage et elle a ajouté que cela n'aurait pas été possible sans la coopération étroite entre la direction et les syndicats et sans la participation de ces derniers à la mise en œuvre du programme d'entreprise contre le sida.

L'élimination des obstacles que constituent la stigmatisation et la discrimination fait partie intégrante de l'action visant à inciter un plus grand nombre de mineurs à chercher un dépistage. Sur ce plan, le rôle des éducateurs de pairs est décisif. Une étude portant sur le nombre d'éducateurs de pairs actifs dans une série d'entreprises sélectionnées a montré que la proportion d'éducateurs par rapport au nombre de travailleurs était comprise entre 1:27 et 1:145, la majorité se situant aux alentours de 1:67. Il semblerait que la proportion idéale serait d'un éducateur de pairs pour 50 travailleurs.

Une fois qu'un travailleur a été diagnostiqué séropositif, il peut bénéficier dans le cadre de son entreprise de mesures sociales visant à prolonger sa vie productive en minimisant les symptômes de la maladie. Dans le cadre de tels programmes de soutien, le travailleur reçoit des conseils pour améliorer son hygiène de vie et son alimentation et pour apprendre à renforcer son système immunitaire et à faire face aux infections opportunistes comme la tuberculose. Le TEBA (Employment Bureau of Africa), traditionnellement chargé du recrutement de mineurs pour l'industrie minière sud-africaine, s'occupe maintenant, pour le compte de plusieurs grandes compagnies minières, de fournir des soins à domicile aux mineurs malades du sida.

Un élément capital des programmes

d'entreprise en matière de VIH/sida consiste à vérifier et à mesurer les progrès réalisés par rapport aux coûts engagés. Diverses données sur l'épidémie sont en train d'être rassemblées pour établir une évaluation actuarielle des coûts et de l'efficacité des programmes mis en œuvre par les entreprises. Ces données concernent des aspects aussi divers que le nombre d'heures de travail perdues, le nombre de travailleurs sollicitant des soins de santé, le nombre de départs prématurés à la retraite pour cause de maladie, l'impact de la tuberculose et des IST et l'augmentation de la gravité des blessures chez les travailleurs séropositifs. On constate par ailleurs que les programmes de sensibilisation jouent un rôle de plus en plus grand : les cours de formation sur le VIH/sida se multiplient et on observe une augmentation générale du nombre de participants aux activités portant sur l'épidémie, de la proportion d'éducateurs de pairs et de la quantité de préservatifs distribués. Dans les entreprises où le taux de prévalence du VIH a ralenti sa croissance grâce à des actions proactives, où la quasi-totalité des travailleurs acceptent le dépistage et la consultation psychologique et où le nombre de traitements antirétroviraux administrés est proche du nombre des travailleurs séropositifs, alors on peut affirmer que de véritables progrès ont été accomplis et qu'on est sur une bonne voie pour venir à bout de l'exclusion et de la stigmatisation à l'encontre des personnes vivant avec le VIH/sida. Dans une entreprise, le nombre de décès liés au sida a diminué depuis 2001 ; dans une autre, le taux de prévalence du VIH baisse depuis l'année 2003.



Bibliographie

Bibliographie

- African Mining. 2004. *Botswana Ash tackles the AIDS problem*.
Disponible sur le site www.mining.co.za
- Afrikaanse Handelsinstituut. 2004. *Guidelines for Developing a Workplace Policy and Programme on HIV/AIDS and STDs*.
Disponible sur le site www.ahi.co.za/aids/appen2.html
- Anglo American Group. 2004. *Anti-retroviral therapy programme – Progress Report*.
Disponible sur le site www.angloamerican.co.uk
- _____. 2003. *Working for Sustainable Development*. Report to Society 2003, Londres
- _____. 2004. *Supporting HIV and AIDS Awareness*.
Disponible sur le site www.angloamerican.co.uk
- APEC. 1999. *Time for Work: Linkages Between Paid and Unpaid Work in Human Resources Policy* (rapport du Groupe de travail de l'APEC sur le développement des ressources humaines, Réseau pour la gestion du développement économique, préparé pour la conférence sur «Linkages Between Paid and Unpaid Work in Human Resources Policy»).
Hong Kong (8 mai).
- Arndt, C.; Lewis, J.D. 2001. «The HIV/AIDS pandemic in South Africa: Sectoral Impacts and Unemployment», dans *Journal of International Development*, vol.13, p. 427-449.
- Badcock-Walters, P.; Desmond, C.; Dan W. 2003. *Educator Mortality in-Service in KwaZulu-Natal: A Consolidated Study of HIV/AIDS Impact and Trends* (rapport préparé pour la «Demographic and Socio-Economic Conference», Durban). Health, Economics and HIV/AIDS Research Division (HEARD), University of KwaZulu-Natal.
- Banful, A. 2003. *A Case Study of the Impact of HIV/AIDS in the Informal Sector in Ghana: An ILO/AIDS-funded KAP Study of Garage Owners in Ghana and Subsequent Behaviour Change Interventions Targeted at them*. Ghana, GSMF International.
- Banque mondiale. 1999. *Confronting AIDS: Public Priorities in a Global Epidemic*. Nouvelle édition. New York et Oxford, Oxford University Press.
- _____. 2004. *World Development Indicators, 2003*. CD-ROM. Washington DC, Banque mondiale.
- Barnett, T.; Whiteside, A. 2000. *Guidelines for Studies of Social and Economic Impact of HIV/AIDS*. UNAIDS Best Practice Collection. Genève, ONUSIDA.
- Barro, R.J. 1991. «Economic growth in a cross-section of countries», dans *Quarterly Journal of Economics*, vol. 106 (2), p. 407-433 (mai).
- Barro, R.J.; Sala-I-Martin, X. 1995. *Economic growth*. Londres, McGraw-Hill.
- Barro, R.J. 1996. *Health, human capital and economic growth*. Washington DC, Pan American Health Organization.
- Barro, R.J. 1996a. *Determinants of economic growth: A Cross-Country Empirical Study*. NBER Working Paper 5698. Cambridge, National Bureau of Economic Research.

- Bell, C.; Devarajan, S.; Gersbach, H. 2003. «The long-run economic costs of AIDS: theory and an application to South Africa», dans *AIDS Economics*. Washington DC, Banque mondiale.
- Bennell, P.; Hyde, K.; Swainson, N. 2002. *The Impact of the HIV/AIDS Epidemic on the Education Sector in Sub-Saharan Africa*. Brighton, Centre for International Education, University of Sussex Institute of Education.
- BHPBilliton. 2003. «Case Studies: Health programs in Southern Africa help provide care for HIV/AIDS patients», dans *2003 Annual Health, Safety, Environment and Community (HSEC) Report*.
- Biggs, T.; Shah, M. 1997. *The Impact of the AIDS Epidemic on African Firms*. RPED (Regional Program on Enterprise Development) Discussion Paper n° 72. Washington DC, Banque mondiale.
- Bishop-Sambrook, C. 2004. *The Challenge of the HIV/AIDS Epidemic in Rural Ethiopia: Averting the Crisis in Low AIDS-Impacted Communities* (résultats d'une étude sur le terrain menée dans les régions éthiopiennes de Kersa Woreda, Eastern Havarghe et Oromiya). Rome, FAO, Département du développement durable.
- Bloom, D.E.; Mahal, A.S. 1997. «Does the AIDS epidemic threaten economic growth?», dans *Journal of Econometrics*, vol. 77, p.105-124.
- Bloom, D.E.; Mahal, A.; River Path Associates. 2001. *HIV/AIDS and the Private Sector – A Literature Review*. Washington DC, American Foundation for AIDS Research (AmfAR).
- Boler, T. 2003. *Approaches to examining the impact of HIV/AIDS on teachers*. Policy Research Paper, series 1. Londres, UK Working Group on Education and HIV/AIDS.
- Bollinger, L.; Stover, J.; Antwi, P. 1999. *The Economic Impact of AIDS in Ghana*. The Policy Project (document non publié, septembre).
- Bollinger, L.; Stover, J. 1999. *The Economic Impact of AIDS*. North Carolina: The Policy Project. The Futures Group International, Research Triangle Institute (RTI) and the Centre for Development and Population Activities (CEDPA).
- Bonnel, R. 2000. *HIV/AIDS: does it increase or decrease growth in Africa?* The World Bank AIDS Campaign Team for Africa. Washington DC, Banque mondiale.
- Botswana Institute for Development Policy Analysis (BIDPA). 2000. *Impacts of HIV/AIDS on poverty and income distribution in Botswana*. Gabarone.
- Budlender, D. 1999. The policy implications of time use surveys: Lessons from South Africa. Disponible sur le site www.unescap.org/stat/meet//timeuse/policy_%20sa_ses5.pdf
- Budlender, D. 2003. *Why should we care about unpaid care work?* A guidebook prepared for the UNIFEM Southern African Region Office. Harare (décembre).
- Bundy, D. 2003. *Challenges to Ensuring Education Access for Orphans and Vulnerable Children*. Washington DC, Banque mondiale, Human Development Network.
- Bureau for Economic Research. 2001. *The Macroeconomic Impact of HIV/AIDS in South Africa*, n° 10. Stellenbosch, Bureau for Economic Research.
- Bureau for Economic Research. 2003. *The Economic Impact of HIV/AIDS on Business in South Africa 2003*. Stellenbosch, Bureau for Economic Research et SABCOHA. Disponible sur le site www.ber.sun.ac.za.

- Carr-Hill, R.; Peart, E. 2003. *Understanding the impact of HIV/AIDS on education systems in selected Eastern and Southern Countries (final report)*. Londres, UK Department for International Development.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC); National Center for HIV, STD and TB Prevention; Division of HIV/AIDS Prevention. 1999. *Preventing occupational HIV transmission to health care workers*. Atlanta, CDC.
- Centre for AIDS Development, Research and Evaluation (Cadre). 2000. *The economic impact of HIV/AIDS on South Africa and its implication for governance: a literature review*. Johannesburg.
- Chartier, M.-C. 2002. *Le recueil de directives pratiques du BIT sur le VIH/sida: un instrument au service de la promotion des droits fondamentaux*. OIT/SIDA, Document de travail n° 3. Genève, BIT.
- Chartier M.-C. 2003. *Legal initiatives that can help fight HIV/AIDS in the world of work*. Genève, BIT, OIT/SIDA (septembre).
- Coalition mondiale des entreprises contre le VIH/sida. 2003. Récompenses pour excellentes pratiques 2003.
Disponible sur le site www.businessfightsaids.org
- _____.2004. *Volkswagen Brazil Workplace Program*.
Disponible sur le site www.businessfightsaids.org
- _____.2004. *Anglo American plc Workplace Program*.
Disponible sur le site www.businessfightsaids.org
- Cohen, D. 2002. *Human capital and the HIV epidemic in Sub-Saharan Africa*. OIT/SIDA, Document de travail n° 2. Genève, BIT.
- Cohen, D. 2003. *Technical cooperation and the HIV epidemic: Applying best practice to the ILO Programme on HIV/AIDS and the world of work*, OIT/SIDA, Document de travail n° 4. Genève, BIT.
- Collaborative Group on AIDS Incubation and HIV survival. 2000. «Time from HIV-1 seroconversion to AIDS and death before widespread use of highly-active antiretroviral therapy: a collaborative re-analysis», dans *The Lancet*, vol. 355, p. 1131-37 (1er avril).
- Corley, E.M.; Gyimah-Brempong, K. 2004. *Civil Wars and Economic Growth in Sub-Saharan Africa* (manuscrit non publié).
- Coulibaly, I. 2003. *The Labour Force Impact of HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa: A Preliminary Assessment*. Genève, BIT.
- Coulibaly, I. 2004. *The Economic Impact of HIV/AIDS and its implications for the Labour Market and Employment*. OIT/SIDA, Document de travail n° 6. Genève, BIT.
- Daly, M. (éd.). 2001. *Care work: The quest for security*. Genève, BIT.
- Debswana. 2004. *Debswana HIV/AIDS Programme*,
Disponible sur le site www.debswana.com
- Del Amo, J.; Petrukevitch, A.; Phillips, A.; Johnson, A.M.; Stephenson, J.; Desmond, N.; Hanscheld, T.; Low, N.; Newell, A.; Obasi, A.; Paine, K.; Pym, A.; Theodore, C.M.; De Cock, K.M. 1998. «Disease progression and survival in HIV-1 infected Africans in London», dans *AIDS*, vol. 12 (10), p.1203-9 (9 juillet).
- Dickinson, D. 2003. «HIV/AIDS peereducators in the workplace», dans *South African Labour Bulletin*, vol. 27 (6), (décembre).

- Dilys, M.; Maher, C.; Mayanja, B.; Whitworth, J.A.G. 2002. «Progression to Symptomatic Disease in People Infected with HIV-1 in Rural Uganda: prospective cohort study», dans *British Medical Journal*, vol. 324, p.193-197 (26 janvier).
- Dixon, S.; McDonald, S.; Roberts, J. 2001. «AIDS and economic growth: a panel data analysis», dans *Journal of International Development*, vol. 13 (4), p. 411-426.
- Doyle, P.R. 1991. «The Impact of AIDS on the South African Population», 1ère partie dans *South Africa: The Demographic and Economic Implications*. Johannesburg, University of Witwatersrand, Centre for Health Policy.
- Evian, C. 2003. *An Anonymous, Unlinked HIV Prevalence Survey among a Large Workforce of Agricultural/Manufacturing Employees in the Eastern Swaziland Region and Comparison with the Available Local Antenatal HIV Prevalence Data*. AIDS Management and Support & University of Witwatersrand, Department of Community Health for the 'Demography and Socio-Economic Conference'. Durban (mars).
- Evian, C. et al. 2004. «Prevalence of HIV in work in southern Africa, 2000-2001», dans *South African Medical Journal*, vol. 94 (2) (février).
- Financial Times*. 2002. *Global Mining Directory 2002*. Londres, Martins Printing Group.
- Forum économique mondial. 2002. «Changing behaviour and providing care for HIV+ employees through employee and community programmes, for less than US\$ 46 per employee per year», dans *Global Health Initiative: Private Sector Intervention Case Example*. Genève, Forum économique mondial.
- _____. 2002a. «Developing a sustainable HIV/AIDS programme for employees through deep community involvement», dans *Global Health Initiative: Private Sector Intervention Case Example*. Genève, Forum économique mondial.
- _____. 2002b. «Prevention through training», dans *Global Health Initiative: Private Sector Intervention Case Example*. Genève, Forum économique mondial.
- _____. 2002c. «Partnering with the African Medical and Research Foundation (AMREF) to offer HIV prevention and care for 1,500 workers and 120,000 community members for US\$ 62 per worker per year», dans *Global Health Initiative: Private Sector Intervention Case Example*. Genève, Forum économique mondial.
- _____. 2002d. «Using a direct service model to provide workplace prevention, care, support and treatment», dans *Global Health Initiative: Private Sector Intervention Case Example*. Genève, Forum économique mondial.
- _____. 2004. «Survey Shows African Companies Lead the World in HIV/AIDS Control – But Still Not Doing Enough». Genève, Forum économique mondial.
Disponible sur le site www.weforum.org/globalhealth
- _____. 2004a. *Business and HIV/AIDS: Who Me? A Global Review of The Business Response to HIV/AIDS 2003-2004*. Genève, Forum économique mondial.
- _____. 2004b. *Global Health*. Genève, Forum économique mondial.
Disponible sur le site www.weforum.org
- Foster, G.; Williamson J. 2000. «A review of current literature of the impact of HIV/AIDS on children in Sub-Saharan Africa», dans *AIDS 2000*, vol.14, supplement 3, p. S275-S284.
- Fox, M.; Rosen S.; MacLeod, W.; Wasunna, M.; Bii, M.; Foglia, G.; Simon, J. 2003. *The impact of HIV/AIDS on labour productivity in Kenya*. Boston, Boston University School of Public Health (Center for International Health and Development); Kenya Medical Research Institute; Walter Reed Army Institute of Research/NIAID.

- Frank, O.; Seghal, J. 2004. *Measuring the economic and social burden of HIV/AIDS in the world of work*. OIT/SIDA, Document de travail n° 7. Genève, BIT.
- Gilligan, B.J.; Rajbhandari, R. 2004. *HIV/AIDS and working children in Nepal*. Katmandou.
- Gold Fields. 2004. *Sustainable Development Report 2003*.
Disponible sur le site www.goldfields.co.za
- Government of Uganda Ministry of Gender, Labour and Social Development. 2002. *Situation analysis of orphans in Uganda: Orphans and their households: Caring for their future today*. Kampala, Uganda AIDS Commission.
- Haacker, M. 2002. *The economic consequences of HIV/AIDS in Southern Africa*. Fonds monétaire international, document de travail 02/38. Washington DC, FMI.
- Hammouya, M. 1999. *Statistics on Public Sector Employment: Methodology, Structures and Trends*. Working Paper n° 144. Genève, BIT.
- Heineken International. 2002. *Heineken's HIV/AIDS Policy: Contribution of a Private Company*. Pays-Bas, Heineken International.
- Hira, S.K.; Shroff, H.J.; Lanjewar, D.N.; Dholkia, Y.N.; Bhatia, P.; Dupont H.L. 2003. «The Natural History of Human Immunodeficiency Virus Infection among Adults in Mumbai», dans *National Medical Journal of India*, vol.16 (3), p.126-31 (mai-juin).
- Human Rights Watch. 2001. «Kenya: in the Shadow of Death: HIV/AIDS and Children's Rights in Kenya», dans *Human Rights Watch*, vol. 13, n° 4 A (juin).
Disponible sur le site www.hrw.org/reports/2001/kenya
- Hunter, S. 2000. *Reshaping Societies; HIV/AIDS and Social Change: A Resource Book for Planning, Programs and Policy Making*. New York, Hudson Run Press.
- International Labour Rights Fund. 2003. *Violence against women in the workplace in Kenya*. Washington DC (mai).
- Ireland, E.; Webb, D. 2002. *No Quick Fix*. Londres, Save the Children.
- Jennings, N. (sous la direction de). 2002. *L'évolution de l'emploi, du temps de travail et de la formation dans les industries extractives* (rapport soumis aux fins de discussion à la Réunion tripartite sur l'évolution de l'emploi, du temps de travail et de la formation dans les industries extractives). Genève, BIT (octobre).
- Jurgens, R. 1997/1998. «Your Health is Back. Now You May Lose Your Protection against Discrimination», dans *Canadian HIV/AIDS Policy and Law Review*, vol. 3 (4), (hiver).
- Jurgens, R. 1999. «Important Legal Victories for People with HIV/AIDS in the US», dans *Canadian HIV/AIDS Policy and Law Review*, vol. 4 (2, 3), (printemps).
- Kelly, M.J. 2002. *Defeating HIV/AIDS through Education*, document présenté à la «National Conference on HIV/AIDS and the Education Sector». The Education Coalition Against HIV/AIDS. Midrand (The Gallagher Estate), Afrique du Sud.
- Lisk, F. 2002. *The Labour Market and Employment Implications of HIV/AIDS*. OIT/SIDA, Document de travail n° 1. Genève, BIT.
- Lisk, F.; Cohen, D. 2004. *HIV/AIDS and Socio-Economic Development in Africa*. Genève, BIT.
- MacFarlan, M.; Sgherri, S. 2001. *The macroeconomic impact of HIV/AIDS in Botswana*. Fonds monétaire international, Document de travail 01/80. Washington DC, FMI.

- Mbwika, J.; Mburu, B.N.; Thuita, I. 2003. *Understanding the Impact of HIV/AIDS on Education in Sub-Saharan Africa: Kenya – Country Report*. Londres, University of London (Institute of Education) et UK Department for International Development.
- McPherson, M.F. 2003. *Macroeconomic models of the impact of HIV/AIDS*. Boston, Harvard University, Center for Business and Government, John F. Kennedy School of Government.
- Meyer, S. 2003. *HIV/AIDS and Education in Africa*. A Sencer Backgrounder for Discussion at SSI 2002 with 2003 update included. Johannesburg, Rand Afrikaans University.
- Misikhina, S.; Pokrovsky, V.; Mashkilleyson, N.; Pomazkin, D. 2004. *Socio-Economic Consequences of HIV/AIDS in Russia: ILO Model*. Moscou, Bureau sous-régional de l’OIT pour l’Europe orientale et l’Asie centrale.
- Mocroft, A.J.; Lundgren, J.D.; D’Arminio Montoforte, A.; Ledergerber, B.; Barton, S.E.; Vella, S.; Katlama, C.; Gerstoft, J.; Pederson, C.; Phillips, A.N. 1997. «Survival of AIDS Patients According to Type of AIDS-Defining Event», dans *International Journal of Epidemiology*, vol. 26 (2), p. 400-07.
- Mushala, H.M. 2002. *The Impact of HIV/AIDS on Subsistence Agriculture in Swaziland: Some Policy Implications*. Swaziland, University of Swaziland.
- Muwanga, F.T. 2002. *Impact of HIV/AIDS on Agriculture and the Private Sector in Swaziland: The Demographic, Social and Economic Impact on Subsistence Agriculture, Commercial Agriculture, Ministry of Agriculture and Co-operatives and Business*. Washington DC, Global Development Network.
- Nabila, J.S.; Yeboah, K.; Antwi, P.; Kwankye, S. 2000. *A Preliminary Review of the Economic Impact of AIDS on Firms and Businesses in Ghana* (document non publié, octobre).
- Nabila, J.S.; Antwi, P.; Yeboa, K.; Kwankye, S. 2001. *A Study of the Economic Impact of HIV/AIDS on Selected Business Organizations in Ghana*. Accra, The Policy Project.
- Nath, M.B. 2001. *Gender, HIV, and Human Rights and the Care Economy* (présentation à l’atelier de réflexion sur le programme de l’OIT/UNIFEM consacré à “The Care Economy, HIV/AIDS and the World of Work”). Turin (novembre).
- Ncube, N.M. 1999. «Impact of HIV/AIDS on smallholder agricultural production in Gweru, Zimbabwe», dans *AIDS and African smallholder agriculture*. Mutangadura G. et al. (éditeurs). Afrique du Sud, SAFAIDS.
- Ogden, J.; Esim, S.; Grown, C. 2004. *Expanding the Care Continuum for HIV/AIDS: Bringing Carers into Focus*. Washington DC, International Center for Research on Women (ICRW) et Horizons/The Population Council.
- OIT. 1999. *Convention (n° 182) sur les pires formes de travail des enfants*, 1999. Genève, BIT.
- _____. 2000. *HIV/AIDS in Africa: The impact on the world of work* (document préparé pour le Forum pour le développement de l’Afrique 2000 ayant pour thème “SIDA : Un défi sans précédent pour les leaders”. Addis-Abeba, BIT.
- _____. 2000a. *VIH/sida: une menace pour le travail décent, la productivité et le développement* (document soumis pour discussion à la Réunion spéciale de haut niveau sur le VIH/sida et le monde du travail. Genève, BIT.
- _____. 2001. *Recueil de directives pratiques du BIT sur le VIH/sida et le monde du travail*. Genève, BIT.

- .2001a. *Réduire le déficit de travail décent: un défi mondial* (rapport du Directeur général présenté à la 89e session de la Conférence internationale du Travail. Genève, BIT (juin).
- .2001b. *Business and Labour Responds to HIV/AIDS in Asia*. Bangkok, OIT (septembre).
- .2002. *Intersecting risks: HIV/AIDS and Child Labour*. Programme focal pour la promotion de la Déclaration de l'OIT relative aux principes et droits fondamentaux au travail, Document de travail n° 8. Genève, BIT.
- .2002a. *L'évolution de l'emploi, du temps de travail et de la formation dans les industries extractives* (rapport soumis aux fins de discussion à la Réunion tripartite sur l'évolution de l'emploi, du temps de travail et de la formation dans les industries extractives. Genève, BIT (octobre).
- .2002b. *Note sur les travaux*, Réunion tripartite sur l'évolution de l'emploi, du temps de travail et de la formation dans les industries extractives. Genève, BIT (octobre).
- .2002c. *Mise en œuvre des directives pratiques du BIT sur le VIH/sida et le monde du travail: manuel de formation*. Genève, BIT.
- .2003. *Country Assessment Study of HIV/AIDS in the Transport Sector of Zimbabwe*. Projet de rapport. Harare, Equipe consultative multidisciplinaire pour l'Afrique australe (ILO/SAMAT) (mai).
- .2003a. *Socio-economic impact of HIV/AIDS on People Living with HIV/AIDS and their Families* (projet de l'OIT bénéficiant du soutien de l'US Department of Labor). Genève, BIT.
- .2003b. Atelier tripartite sur l'impact du VIH/sida sur le travail des enfants en Afrique subsaharienne: document stratégique. Lusaka, OIT (mai).
- .2003c. Troisième question à l'ordre du jour: *Le VIH/sida et l'Agenda pour le travail décent: assurer une réponse aux besoins*. Genève, BIT, Commission de l'emploi et de la politique sociale (novembre).
- .2003d. *Action contre le VIH/sida sur les lieux de travail: identifier et partager les meilleures pratiques* (rapport préparé pour la Réunion interrégionale tripartite sur les meilleures pratiques relatives à l'application des politiques et programmes en matière de VIH/sida sur le lieu de travail. Genève, BIT (décembre).
- .2004. «Russia Model to Assess Socio-Economic Consequences of HIV/AIDS Spread», communiqué de presse, *ILO News* (20 février).
- (à paraître). *Economically active population estimates and projections: 1950-2020*. Cinquième édition. Genève, BIT.
- OIT/IPEC. 2001. *HIV/AIDS and Child Labour in Sub-Saharan Africa*. Washington DC, US Department of Labor.
- Organisation mondiale de la santé (OMS). 2002. *Human resources for health: developing policy options for change* (Projet de document de discussion). Genève, Organisation mondiale de la santé (novembre).
- .2003. *Scaling up antiretroviral therapy in resource-limited settings: Treatment guidelines for a public health approach* (2003 révision). Genève, Organisation mondiale de la santé (décembre)
- .2003a. *Treating 3 Million by 2005: Making it happen*. Initiative globale de l'OMS/ONUSIDA pour fournir un traitement antirétroviral à 3 millions de personnes touchées par le VIH/sida dans les pays en développement d'ici à la fin 2005. Genève, Organisation mondiale de la santé.

- _____. 2004. «HIV and the Workplace and Universal Precautions», dans *Fact Sheet 11*. Disponible sur le site www.who.int/whosis/factsheets
- _____. 2004a. *Universal Precautions, Including Injection Safety*. Disponible sur le site www.who.int/hiv/topics
- Organisation des Nations Unies (ONU). 1989. *Article 1 de la Convention sur les droits de l'enfant*. New York, Nations Unies.
- _____. 2001. *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida*. Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies consacrée au VIH/sida. New York, Nations Unies.
- _____. 2002. *Global Compact Learning Forum*. Réunion annuelle tenue à Berlin. New York, Nations Unies.
- _____. 2003. *The impact of AIDS*. New York, Nations Unies, Division de la population.
- _____. 2003a. *World Population Prospects, 2002 Revision*. New York, Nations Unies, Division de la population.
- Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO). 2004. *Impact of HIV/AIDS on the Agricultural Sector and FAO's Response*. Contribution de la FAO au rapport de l'OIT/SIDA «HIV/AIDS and work: global estimates, impact and response - 2004». Rome, FAO, Service de la population et du développement, SDWP (mars).
- _____ et Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD). 2004. *African-Asian Agriculture against AIDS*. Consultation on Agriculture, Development and HIV-vulnerability Reduction, Bangkok, Thaïlande (11-17 décembre). Bangkok, FAO et PNUD.
- ONUSIDA. 2000. Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/sida. Genève, ONUSIDA.
- _____. 2000a. *The Business Response to HIV/AIDS: Impact and lessons learned*. Genève, ONUSIDA.
- _____. 2002. *The Private Sector Responds to the Epidemic: Debswana – A Global Benchmark* (étude de cas de l'ONUSIDA). Genève, ONUSIDA.
- _____. 2002a. *Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/sida*. Genève, ONUSIDA.
- _____. 2004. *Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/sida*. Genève, ONUSIDA.
- ONUSIDA (UNAIDS Reference Group on Estimates, Modelling and Projections). 2002. «Improved methods and assumptions for estimation of the HIV/AIDS epidemic and its impact: Recommendations of the UNAIDS Reference Group on Estimates, Modelling and Projections», dans *AIDS*, vol. 16, p. W1-W14.
- ONUSIDA; OMS. 2003. *Le point sur l'épidémie de sida*. Genève, ONUSIDA et OMS.
- ONUSIDA; UNICEF; USAID. 2002. *Children on the Brink 2002: A Joint Report on Orphan Estimates and Program Strategies*. Washington DC, TvT Associates.
- Over, M. 1992. *The macroeconomic impact of AIDS in Sub-Saharan Africa*. Washington DC, Banque mondiale, Division population et ressources humaines.
- Owens, C. 1991. «Alarming spread of AIDS virus in Thailand may threaten country's recent economic gains», dans *Asian Wall Street Journal*, vol.13 (51).
- Placer Dome, Inc. 2003. *Beyond the Paycheck*. Vancouver (16 juin).
- PNUD. 1995. *Rapport mondial sur le développement humain* (Numéro spécial: Égalité sociologique entre les sexes et développement humain). New York, PNUD.

- Population Council (The). 2002. *Linking Insurance Bonuses to Improvements in Workplace HIV/AIDS Programs in Thailand*. Disponible sur le site www.popcouncil.org/horizons/ressum/Inkninsurance_thailand.html
- Pramualratana, A.; Rau, B. 2004. *HIV/AIDS Programs in Private Sector Businesses*. Disponible sur le site www.worldbank.org/html/extdr/offrep/eap/eapprem/sem8anthonypaper.pdf
- Rau, B.; Roberts, M. 1996. *Private Sector AIDS Policy: Businesses Managing HIV/AIDS*. Arlington, AIDSCAP/Family Health International.
- Rogers, P.A.; Whitmore-Overton, S.E.; Evans, B.G.; Allardice, G.M.; Noone, A. 1997. «Survival of Adults with AIDS in United Kingdom», dans *Commun Dis Rep CDR Rev*. Vol. 7(7), p. R93-100 (juin). Disponible sur le site www.hpa.org.uk/cdr/CDRreview/1997/cdr0797.pdf
- Rosen, S.; Simon, J.; Whiteside, A.; Vincent, J.R.; Thea, D.M. 2000. «The response of African Businesses to HIV/AIDS», dans *HIV/AIDS in the Commonwealth 2000/01*. Londres, Kensington Publications.
- Rosen, S.; Simon, J.; Whiteside, A.; Vincent, J.R.; Thea, D.M. 2000a. «Care and Treatment to Extend the Working Lives of HIV-Positive Employees: Calculating the Benefits to Business», dans *South African Journal of Science* (juillet).
- Rosen, S.; Simon, J.; MacLeod, W.; Fox, M.; Thea, D.M.; Vincent, J.R. 2003. «AIDS is Your Business», dans *Harvard Business Review* (février).
- Roth, J. 2001. *Innovative financial instruments and policies for managing the HIV/AIDS epidemic* (document présenté à l'atelier de réflexion sur le programme de l'OIT/UNIFEM consacré à «The Care Economy, HIV/AIDS and the World of Work»). Turin (novembre).
- Rugalema, G. 1999. *HIV/AIDS and the Commercial Agricultural Sector of Kenya: Impact, Vulnerability, Susceptibility and Coping Strategies*. Rome, FAO/PNUD.
- Rugalema, G.; Akoulouze, R. 2003. *Identifying Promising Approaches in HIV/AIDS and Education*. Rome, FAO/PNUD.
- Sehgal, J.M. 1999. *The labour implications of HIV/AIDS: An explanatory note* (document de discussion sur le VIH/sida et le monde du travail). Genève, BIT.
- Serima, E. 2004. *Transport Sector policy Development: Case Study for Zimbabwe*. Harare, Bureau sous-régional de l'OIT pour l'Afrique australe.
- Smart, R. 2004. *HIV/AIDS Guide for the Mining Sector: A Resource for Developing Stakeholder Competency and Compliance in Mining Communities in Southern Africa*. Ontario, Golder Associates.
- South African Department of Health. 2003. *The Impact of HIV/AIDS on the Health Sector: National Survey of Health Personnel, Ambulatory and Hospitalized Patients and Health Facilities, 2002*. Disponible sur le site www.hsrapublishers.ac.za
- _____. 2003a. *Study No. 1: HIV/AIDS Prevalence among South African Health Workers and Ambulatory and Hospitalized Patients*. Disponible sur le site www.hsrapublishers.ac.za
- _____. 2003b. *Study No. 2: The Impact of HIV/AIDS on Health Workers Employed in the Health Sector*. Disponible sur le site www.hsrapublishers.ac.za

- _____. 2003c. *Study No. 3: The Impact of HIV/AIDS on Health Services*. Disponible sur le site www.hsrapublishers.ac.za
- _____. 2003d. *Study No. 5: AIDS-Attributable Mortality amongst South African Health Workers*. Disponible sur le site www.hsrapublishers.ac.za
- South African Reserve Bank. 2003. «HIV/AIDS and Labour Markets», dans *Labour Markets and Social Frontiers*, Reflection on current issues (No. 4).
- Stevens, M. 2001. *AIDS and the Workplace with a Specific Focus on Employee Benefits: Issues and Responses*. Johannesburg, Witswaterstand University, Centre for Health Policy.
- Tawfik, L.; Kinoti, S.N. 2001. *The Impact of HIV/AIDS on the Health Sector in Sub-Saharan Africa: The Issue of Human Resources*. Washington DC, USAID, Support for Analysis and Research in Africa (SARA).
- Tumushabe, J. 2003. *Situational Analysis of AIDS induced child labour in Uganda and experience of community empowerment to manage the crisis* (document présenté à l'Atelier technique sur «The Impact of HIV/AIDS on Child Labour in Sub-Saharan Africa». Kampala, Ouganda, Makerere University, Population Studies Department (6–8 mai).
- UNICEF. 2002. *Africa's Orphaned Generations*. New York, UNICEF.
- UNIFEM (Fonds de développement des Nations Unies pour les femmes). 2000. *Progress of the World's Women 2000*. New York, UNIFEM.
- UNFPA (United Nations Population Fund). 2003. «The Impact of HIV/AIDS: A population and development perspective», dans *Population and Development Strategies Series*, n° 9. New York, UNFPA.
- USAID. 2002. *USAID Response to the Impact of HIV/AIDS on Basic Education in Africa*. Washington DC, USAID Bureau for Africa, Office of Sustainable Development.
- _____. 2003. *The Health Sector Human Resource Crisis in Africa: An Issues Paper*. Washington DC, USAID, Bureau for Africa, Office of Sustainable Development (février).
- U.S. Bureau of the Census. 1999. *Focus on HIV/AIDS in the Developing World*. Washington DC, U.S. Bureau of the Census.
- Vass, J. *Globalization and the impact of HIV/AIDS on the labour force*. Employment and Economic Policy Research (EEPR). Pretoria, Human Sciences Research Council (HSRC).
- Xstrata plc. 2003. «Health», dans *2003 Annual Health, Safety, Environment and Community (HSEC) Report*.
- Yan, Yan; Hoover, D.R.; Moore, R.D.; Xiong, Chengjie. 2003. «Multivariate estimation of cumulative incidence, prevalence, and morbidity time of a disease when death is likely», dans *Journal of Clinical Epidemiology*, vol. 56, p. 546-552.
- Younger S.D. 2001. *Cross-country determinants of declines in infant mortality: a growth regression approach*. Ithaca, Cornell University, Food and Nutrition Program.
- Zerfu D. 2002. *The Macroeconomic Impact of HIV/AIDS in Ethiopia*. Addis-Abeba, University of Addis Ababa, Department of Economics.

Notes techniques

Notes techniques

Sources des textes

Les nombreuses sources d'information utilisées pour la préparation de ce rapport sont mentionnées dans la bibliographie. L'OIT/SIDA souhaite toutefois exprimer sa gratitude aux personnes suivantes qui ont rédigé des textes originaux portant sur des sujets spécifiques : Alex Banful, sur la communication destinée à induire des changements de comportement parmi les mécaniciens et les propriétaires de garage au Ghana ; Evelyn Serima, sur le développement d'une politique nationale pour le secteur des transports au Zimbabwe ; Norman Jennings, sur le rôle du dialogue social dans le cadre des programmes de traitement du VIH/sida dans le secteur minier des pays d'Afrique australe ; Svetlana Misikhina, Vadim Pokrovsky, Nicolaï Mashkilleysou, et Dmitri Pomaskin sur la modélisation des coûts de la politique sociale dans la Fédération de Russie.

Sources des tableaux principaux

Les sources les plus largement utilisées pour l'élaboration des tableaux principaux sont: la Division de la population de l'Organisation des Nations Unies pour les estimations et projections de population par âge et par sexe, en présence et en l'absence du VIH/sida, les données de base de tous les tableaux (Nations Unies, 2003, 2003a) (les projections sur la prévalence du VIH ont été élaborées par le Groupe de référence de l'ONUSIDA sur les estimations, la modélisation et les projections (Groupe de référence de l'ONUSIDA sur les estimations, la modélisation et les projections, 2002)) ; le BIT pour les estimations et projections les plus récentes sur la population économiquement active, pour tous les pays (BIT, 2004) ; la Banque mondiale pour les estimations et projections du PIB et du PIB par habitant, pour tous les pays (Banque mondiale, 2004) ; et l'ONUSIDA pour les estimations concernant les personnes séropositives de 15 à 49 ans, par pays et en 2003, ainsi que pour les estimations du nombre d'orphelins de 0 à 17 ans (ONUSIDA, 2004). Les autres sources utilisées pour les tableaux et les schémas ont été mentionnées dans le texte.

Parmi les 53 pays couverts par l'étude sur l'impact du VIH/sida réalisée par la Division de la population de l'Organisation des Nations

Unies (ONU, 2003 et 2003a), trois pays n'ont pas été retenus pour l'analyse présentée dans le présent rapport (la Guinée équatoriale, la Guinée-Bissau et le Sierra Leone), car on ne disposait pas d'estimations sur leurs taux de prévalence du VIH pour 2003. Ainsi, 50 pays sont couverts par cette étude, à l'exception des analyses macroéconomiques qui ne portent que sur 47 pays (voir tableau principal 2).

Dans tous les tableaux, les *estimations* se réfèrent à des périodes pour lesquelles des observations effectuées ultérieurement ont confirmé (ou modifié) des projections antérieures (comme, par exemple, dans le cas de recensements nationaux ou d'études); en revanche, les *projections* se réfèrent à des périodes pour lesquelles on ne dispose que de projections (y compris les périodes révolues pour lesquelles on ne dispose toujours que de projections). D'une manière générale, les *estimations* concernent des périodes du passé, alors que les *projections* concernent des périodes à venir. Les données concernant des années antérieures à 2000 figurant dans ce rapport sont en général des estimations (y compris pour la période de 1995 à 2000), alors que les données concernant 2000 et les années postérieures sont des projections (y compris pour la période de 2000 à 2005).

Les estimations de l'ONUSIDA sur les taux de prévalence du VIH concernent la population âgée de 15 à 49 ans. Afin de pouvoir prendre en compte dans son étude les personnes actives de 50 à 64 ans, le BIT a extrapolé les estimations sur la prévalence du VIH dans ce groupe d'âge en estimant la part des décès dus au VIH/sida dans ce groupe d'âge et en appliquant ce coefficient aux estimations relatives aux taux de prévalence du VIH et/ou, le cas échéant, aux taux d'activité économique de la population.

Définitions et dérivation des variables dans chaque tableau principal

Tableau principal 1

Le nombre estimé de personnes actives de 15 à 64 ans qui étaient séropositives au VIH en 2003 est basé sur les statistiques démographiques des Nations Unies pour ce groupe d'âge, et sur la population active

estimée et le taux de prévalence du VIH dans la catégorie des 15-49 ans, ajusté en fonction des différentiels de mortalité entre le groupe des 15-49 ans et celui des 50-64 ans.

Les données démographiques concernant la mortalité infantile, l'espérance de vie, la fécondité et le taux de croissance sont pour la plupart des estimations ou des projections de la Division de la population des Nations Unies pour des périodes quinquennales (5 ans), alors que les estimations ou projections portant sur l'ensemble de la population sont annuelles.

Le taux de mortalité infantile est le nombre d'enfants décédés avant l'âge d'un an pour mille enfants nés vivants.

L'espérance de vie à la naissance est le nombre moyen d'années qu'un nouveau-né peut vivre, compte tenu des conditions actuelles de mortalité.

Le taux de fécondité est le nombre moyen d'enfants nés vivants qu'une femme peut avoir au cours de sa vie, si les niveaux actuels de fécondité des femmes restent inchangés, pour tous les groupes d'âge.

Le taux annuel de croissance de la population au niveau national est la différence entre les naissances et les décès (compte tenu de l'immigration et de l'émigration), exprimée en pourcentage.

Le taux de dépendance de la population est le rapport existant entre la somme du nombre d'individus de 0 à 14 ans et de celui des individus de 65 ans et plus (numérateur) et le nombre de personnes en âge de travailler, c'est-à-dire celles âgées de 15 à 64 ans (dénominateur). Le taux de dépendance est en général exprimé pour 100 personnes.

Tableau principal 2

Parmi les 50 pays sélectionnés pour cette étude (voir l'introduction des notes techniques), pour lesquels nous disposons d'estimations sur la prévalence du VIH en 2003, trois pays n'ont pas été retenus pour l'analyse macroéconomique (l'Érythrée, le Liberia et le Myanmar) parce que nous manquions de données relatives à plusieurs années à leur sujet. Sur les 47 autres pays figurant au tableau principal 2, la Thaïlande et l'Ouganda n'ont pas été inclus dans l'analyse sur les effets du VIH/sida au cours de la période 1992-2002 parce que, dans ces deux pays, le niveau de prévalence du VIH observé en 2003 avait baissé de plus de 25 pour cent par rapport

au niveau maximal enregistré. Comme la croissance économique de ces deux pays a été estimée ex post facto en appliquant le modèle général, ils sont toutefois inclus dans le tableau principal 2, ce qui donne une idée de l'impact vraisemblable de la prévalence du VIH sur leur taux de croissance économique s'ils avaient été initialement inclus dans le modèle.

Le produit intérieur brut (PIB) est la somme des biens et services produits par les agents économiques résidant dans le pays, plus les éventuelles taxes qui s'y appliquent (moins les subsides) non prises en compte dans la mesure de la production. Il est exprimé en dollars constants des États-Unis (1995) et converti en dollars internationaux en utilisant comme facteur de conversion la parité du pouvoir d'achat (PPA). La croissance est calculée à partir de données constantes du PIB. Le taux de croissance est calculé en appliquant la méthode des moindres carrés.

Le PIB réel et le PIB par habitant se réfèrent aux valeurs de la production réelle ou estimée, exprimées en dollars de 2002, pour l'année la plus récente pour laquelle la performance économique a été mesurée. Ils sont fournis comme éléments d'appréciation de la situation économique des différents pays.

Le PIB par habitant est le PIB divisé par la population au 1er juillet. La croissance du PIB par habitant est basée sur la mesure du PIB à prix constants, en appliquant la méthode des moindres carrés au calcul du taux de croissance.

La réduction du taux de croissance moyen annuel du PIB ou du PIB par habitant se réfère à la diminution de la croissance annuelle moyenne exprimée en différence de pourcentage, lorsqu'on compare les résultats de la croissance sans tenir compte de l'impact du VIH/sida. Elle représente les points de pourcentage de la croissance du PIB ou du PIB par habitant que l'on aurait obtenus en l'absence de VIH/sida.

La perte annuelle moyenne (en dollars) due à la réduction de la croissance du PIB et du PIB par habitant se réfère au montant moyen en dollars qu'un pays pourrait « récupérer » si l'on éliminait l'effet du VIH/sida.

Les chiffres présentés au tableau principal 2 ont été calculés sur la base du modèle économétrique.

Tableaux principaux 3A, 3B et 3C

Dans ces tableaux, la population de base englobe les actifs (on mesure la population active d'un pays en multipliant l'effectif de population de chaque groupe d'âge et chaque sexe par le taux d'activité économique de chacune des catégories concernées). Les estimations relatives au nombre de personnes actives en situation d'incapacité de travail partielle ou totale sont basées sur le nombre de décès imputables au sida et la durée estimée pendant laquelle une personne atteinte de

VIH/sida présente les symptômes de la maladie avant de décéder (en l'absence de traitement).

En l'absence de traitement, à la longue, la personne séropositive présente une incapacité de travail partielle et, peu à peu, si elle ne reçoit toujours pas de traitement, elle évolue vers une incapacité totale, jusqu'à son décès. Les durées de l'incapacité de travail partielle et totale ont été définies à partir des observations cliniques et des niveaux d'activité dans le schéma proposé par l'OMS (OMS, 2003). Le stade III est défini ici comme celui pendant lequel la personne séropositive est alitée jusqu'à 50 pour cent du temps et présente une incapacité de travail de 50 pour cent. Au stade IV, la personne séropositive présente une incapacité de travail totale et elle est alitée plus de 50 pour cent du temps.

Les durées de l'incapacité de travail partielle et totale ont été estimées à partir d'informations présentées dans un petit nombre d'études sur l'évolution du VIH/sida depuis la première apparition des symptômes jusqu'au décès, en l'absence de traitement (voir Dilys et al., 2002; Del Amo et al., 1998; Hira et al., 2003; Mocroft et al., 1997, Roger et al., 1997; Yan Yan et al., 2003; et *Collaborative Group on AIDS Incubation and HIV survival*, groupe de collaboration sur les question d'incubation et de survie du VIH/sida 2000). A partir de ces études, trois cas de figure ont été déterminés en ce qui concerne la durée de l'incapacité de travail aux stades III et IV (voir tableau 1 ci-dessous).

L'incapacité de travail est conçue comme le contraire d'être « médicalement apte à un emploi approprié » (OIT, 2001) et se réfère à l'incapacité clinique de travailler qui, en l'absence de traitement, est le sort des personnes séropositives, même si elles font l'objet d'un suivi médical au sens strict du terme. Ce concept s'utilise pour désigner l'incapacité de travail, acquise et continue, qui finit par exclure ces personnes de la population économiquement active. Dans la mesure du possible, ce critère devrait permettre de les

Différents stades dans l'évolution du VIH et du sida et niveau d'activité

Stade clinique I

Activité normale et asymptomatique

Stade clinique II

Activité normale mais une certaine *perte de poids*, de petites *infections de la peau et de la bouche et sinusite récurrente*.

Stade clinique III

La personne est alitée jusqu'à 50 pour cent du temps au cours du dernier mois et présente de nombreux symptômes : *perte de poids, diarrhée, état fébrile, infections de la bouche, tuberculose et d'autres graves infections pulmonaires*, y compris la *pneumonie*

Stade clinique IV

La personne est alitée plus de 50 pour cent du temps pendant le dernier mois et présente de multiples symptômes : *maigrir et fatigue extrêmes, pneumonie et infections d'origine mycosique, virale et bactérienne de la bouche, du cerveau, du système digestif et d'autres organes*

Au stade IV, suite à une *encéphalopathie due au VIH*, le malade perd ses fonctions cognitives et/ou motrices, ce qui l'empêche de réaliser les actes de la vie courante; cet état s'aggrave de semaine en semaine jusqu'au décès.

Source : basé sur WHO Staging system for HIV infection and disease in adults and adolescents (OMS, 2003, pp. 49-50).

Différents cas de figure relatifs à la durée de l'incapacité de travail partielle et totale d'une personne active présentant les symptômes du sida, mais ne recevant pas de traitement

Cas de figure relatifs aux durées de l'incapacité partielle et l'incapacité totale	Durée de l'incapacité de travail partielle au stade III (en mois)	Durée de l'incapacité de travail totale au stade IV (en mois)	Durée totale de l'incapacité de travail précédant le décès (en mois)
Cas de figure 1	15	9	24
Cas de figure 2	12	6	18
Cas de figure 3	15	3	18

Notes techniques, tableau 1

Source: OMS, 2003

distinguer des personnes ayant un handicap et des personnes qui bénéficient d'un congé maladie (même de longue durée). Alors qu'une proportion (inconnue) de personnes séropositives, qui ne peuvent plus travailler, peuvent conserver leur emploi et bénéficier de toute une série de prestations, celles qui ne reçoivent pas de traitement se trouveront toutes un jour dans l'incapacité totale d'exercer une activité productive.

Compte tenu de ces données, on a estimé ou projeté, pour chaque cas de figure relatif à la durée de l'incapacité de travail aux stades III et IV, le nombre d'actifs souffrant d'une incapacité de travail partielle, le nombre d'actifs souffrant d'une incapacité de travail totale et le nombre total de personnes frappées d'une incapacité partielle ou totale, et ce pour les années 1995 (tableau principal 3A), 2005 (tableau principal 3B) et 2015 (tableau principal 3C).

Tableau principal 4

Pour créer ce tableau, on a multiplié les taux de mortalité, estimés ou projetés pour chaque groupe d'âge et chaque sexe en présence et en l'absence du VIH/sida, par les taux d'activité économique correspondant à chaque groupe d'âge et chaque sexe. Les pertes représentent la différence entre le nombre total d'actifs que l'on aurait obtenu en l'absence de VIH/sida et le nombre plus faible d'actifs (estimé ou projeté) que l'on obtient en présence du VIH/sida.

Tableau principal 5

Les estimations relatives au nombre d'orphelins sont les plus récentes établies par l'ONUSIDA (2003). Les orphelins sont définis comme les enfants mineurs au sens de la loi (n'ayant pas été émancipés pour quelque raison que ce soit), qui ont perdu leur père ou leur mère, ou leurs deux parents, à cause du VIH/sida, et qui sont vivants et âgés de moins de 18 ans, comme stipulé dans l'Article 1 de la Convention relative aux droits de l'enfant, 1989 : « Au sens de la présente Convention, un enfant s'entend de tout être humain âgé de moins de dix-huit ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation qui lui est applicable ».

On peut trouver des estimations (et des projections) antérieures sur le nombre d'orphelins du sida dans *Children on the Brink 2002: A Joint Report on Orphan Estimates and Program Strategies* (ONUSIDA, UNICEF & USAID, 2002), qui se réfèrent à des orphelins âgés de moins de 15 ans.

Tableaux principaux 6A, 6B et 6C

Les données de base pour ces tableaux sont les estimations et les projections concernant les chiffres de la population, ventilés par âge et par sexe, les taux d'activité économique ventilés par âge et par sexe, et celles concernant le nombre de personnes en âge de travailler et de personnes actives avec une incapacité de travail partielle ou totale.

Comme pour les tableaux principaux 3A, 3B et 3C, les estimations et projections relatives aux personnes en âge de travailler et aux actifs souffrant d'une incapacité de travail sont établies en fonction de trois cas de figure relatifs à la durée de l'incapacité de travail aux stades III et IV de l'évolution du VIH/sida (voir tableaux principaux 3A, 3B et 3C).

Le taux de dépendance économique en présence du VIH/sida est le rapport entre, d'une part, la somme de la population de moins de 15 ans, de la population des personnes de 65 ans et plus, des personnes de 15 à 64 ans non actives et des personnes de 15 à 64 ans souffrant d'une incapacité de travail à cause du VIH/sida (numérateur) et, d'autre part, la population des personnes de 15 à 64 ans actives, à l'exclusion de celles souffrant d'une incapacité de travail à cause du VIH/sida (dénominateur). Les actifs portés au dénominateur incluent les travailleurs séropositifs et qui ne sont qu'aux stades I et II du VIH/sida (voir OMS, 2003). En l'absence de VIH/sida, on calcule ce taux sans ajouter au numérateur les personnes de 15 à 64 ans souffrant d'une incapacité de travail à cause du VIH/sida et sans déduire du dénominateur celles souffrant d'une incapacité de travail à cause du VIH/sida. Le taux de dépendance économique est exprimé pour 100 personnes économiquement actives.

L'impact des décès imputables au VIH/sida correspond à la différence entre deux taux de dépendance économique : un premier qui ne tient pas compte des décès imputables au VIH/sida et un second qui en tient compte. Il s'exprime sous forme de pourcentage.

L'impact additionnel de l'incapacité de travail imputable au VIH/sida correspond à la différence entre les taux de dépendance économique en présence et en l'absence du VIH/sida en sus de la différence entre les taux due à la mortalité imputable au VIH/sida. Il s'exprime également sous forme de pourcentage.

L'impact total s'obtient en multipliant

l'impact des décès imputables au VIH/sida par celui de l'incapacité de travail imputable au VIH/sida. Par exemple, si l'impact causé par les décès est de 5 pour cent et celui de l'incapacité de 2 pour cent, l'impact total sera de 7,1 pour cent ($1,05 \times 1,02 = 1,071$).

La définition du taux de dépendance est fournie au tableau principal 1 (voir les notes techniques s'y rapportant). Le taux de dépendance *ajusté* utilisé pour illustrer les changements observés au niveau de la charge sociale qu'implique le VIH/sida correspond au taux de dépendance en présence du VIH/sida dont le numérateur est majoré du nombre de personnes de 15 à 64 ans frappées d'une incapacité de travail liée au VIH/sida, nombre qui est donc retranché du dénominateur qui comporte le nombre total de personnes en âge de travailler.

L'impact des décès imputables au VIH/sida correspond à la différence entre le taux de dépendance calculé pour une population en présence du VIH/sida et celui calculé pour cette même population en l'absence de VIH/sida.

L'impact de la maladie correspond à l'impact additionnel lié à la proportion des personnes en âge de travailler qui souffrent d'une incapacité de travail. Il représente la différence entre le taux de dépendance d'une population touchée par le VIH/sida et le taux de dépendance *ajusté* de cette même population.

L'impact total s'obtient en multipliant l'impact des décès par l'impact de la maladie.

Notes concernant le VIH/sida et le monde du travail : réformer la législation pour la rendre efficace

- 1 Section 5.1 (i)
- 2 Voir notamment les cas suivants, portés devant les tribunaux : Diau contre Botswana Building Society (BBS), Industrial Court of Botswana, 9 février 2004; X. contre Bank of India, Bombay High Court of Judicature, 16 janvier 2004; G. contre New India Assurance Company Ltd, Bombay High Court of Judicature, 16 janvier 2004; Québec (Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse) contre la municipalité de Montréal ; Québec (Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse) contre la municipalité de Boisbriand, 2000 SCC 27 [2000] SCJ No 24 (QL); N. contre le ministère de la Défense, Labour Court of Namibia, 10 mai 2000, *Case No. LC 24/98*; CCT 17/00; Hoffmann contre South African Airways, Constitutional Court of

South Africa, 28 septembre 2000; et Thwaites contre l'armée canadienne (Canadian Armed Forces) [1993] CHRD No. 9 (7 juin 1993); le Procureur général du Canada (*Attorney General*) contre Thwaites, [1994] 3 FC 38 (TD).

- 3 Pour plus de détails sur ces types d'initiative, voir Chartier, M.-C., Initiatives juridiques afin d'aider à combattre le VIH/sida dans le monde du travail, OIT/SIDA, septembre 2003, Genève. Pour accéder au texte complet de certains de ces documents, consulter le site web de l'OIT/SIDA : <http://mirror/public/english/protection/trav/aids/laws/index.htm>.
- 4 Pour des exemples de lois spécifiques concernant le sida dans le monde du travail, voir : au Costa Rica : Décret général sur le VIH/sida No. 7771, 1998 et sa réglementation No. 27894-S, 1999; en République dominicaine : Loi No. 55-93 du 31 décembre 1993 (*Gaceta Oficial*, Vol. 143, No. 9875, 31 janvier 1994); au Kenya : *HIV/AIDS Prevention and Control Bill*, 23 septembre 2003, *Kenya Gazette Supplement No. 76 (Bills No. 22)*; au Mexique : *Norma oficial mexicana (NOM-010-SSA2-1993) para la prevención y control de la infección por VIH*; et aux Philippines : *Republic Act No. 8504*, 29 juin 1998. L'Inde est également en train d'adopter une législation globale sur le VIH/sida. Des consultations ont été organisées au niveau national au sujet du projet de loi ; elles ont associé des représentants de différents secteurs affectés par l'épidémie, y compris des représentants du monde du travail. Pour plus d'informations, voir : www.lawyerscollective.org/lc-hiv-aids/Abstracts/abstracts.htm.
5. En République-Unie de Tanzanie: (Zanzibar), *Employment and Labour Relations Bill* (Bill supplement No. 5 to the *Gazette of the United Republic of Tanzania No. 14 Vol. 85, 2 avril 2004*); aux Bahamas: *Employment Act No. 27, 2001 (Official Gazette, 2001, No. 27 pp. 1-45)*; au Zimbabwe: *Labour Relations Act* [Chapter 28:01], amendé par le *Labour Relations Amendment Act, 2002* et le *Labour Relations (HIV/AIDS) Regulations, 1998*; en Afrique du Sud: *Employment Equity Act No. 55 de 1998, Government Gazette, 19 octobre 1998, Vol. 400, No. 19370*. Des réformes législatives sont également en cours à la Barbade, au Kenya, au Lesotho, à Sainte-Lucie, en Ukraine et en Zambie, afin d'intégrer des dispositions qui protègent les droits des travailleurs et des demandeurs d'emploi. En 1999, les 16 Etats membres de l'Organisation pour l'harmonisation en Afrique du droit des affaires (OHADA), à savoir le Bénin, le Burkina Faso, le Cameroun, la République centrafricaine, les Comores, le Congo, la Côte d'Ivoire, le Gabon, la Guinée, la Guinée-Bissau, la Guinée

équatoriale, le Mali, le Niger, le Sénégal, le Tchad et le Togo, ont entrepris une réforme de leurs législations dans le but d'adopter un Acte uniforme en droit du travail. Ce projet d'Acte consiste à essayer de créer un outil législatif commun aux États membres pour tout ce qui concerne les problèmes se présentant dans le monde du travail. Il comprend des dispositions qui bannissent la discrimination fondée sur la séropositivité, ainsi que le dépistage obligatoire.

- 6 Au Mozambique: Lei No. 5 2002 du 5 février 2002 (*Boletim da República, quarte-feira*, 13 février 2002); en Angola: *Decreto n° 43/03 (Diário da República, Sexta-feira*, du 4 juillet 2003, No. 52); en Namibie : *National Code on HIV/AIDS in Employment*, 1998, adopté en tant que section 112 du *Labour Act*, 1992 (*Act No. 6 de 1992*) ; et en Afrique du Sud : *Code of Practices on Key Aspects of HIV/AIDS and Employment (Government Gazette*, 1 décembre 2000, vol. 426, no. 21815) adopté en vertu du *Employment Equity Act No. 55 of 1998* et du *Labour Relations Act No. 66 de 1995*.
- 7 En 2003, par exemple, plusieurs sociétés coopératives de crédit de Trinidad et Tobago (the Antilles Employees Credit Union Co-operative Society Limited, the San Fernando Community Credit Union Co-operative Society Limited, the First National Credit Union et the NHA Employees Credit Union Co-operative Society Limited) ont signé une convention collective avec le syndicat Banking Insurance and General Workers Union, aux termes de laquelle les deux parties s'engagent à se concerter en vue de mettre au point une politique commune en matière de VIH/sida. En Afrique du Sud, l'entreprise GFL Mining Services Limited et les syndicats NUMW, UASA et MWUS ont également signé une convention collective sur le VIH/sida en 2001.
- 8 Le terme « emploi » englobe la conclusion, la suspension ou la modification de contrats de travail, le versement de rémunérations et de prestations, ainsi que la formation et la promotion du personnel. Les plaintes pour non-respect des clauses sont déposées devant le Conseil national pour la prévention de la discrimination.
- 9 Pour d'autres exemples, voir : au Québec (Canada), Charte des droits de la personne et de la liberté, 1975 (RSQC – 12) et en Afrique du Sud, le *Promotion of Equality and Prevention of Unfair Discrimination Act, No.4 de 2000, Government Gazette*, 9 février 2000, vol. 416, No. 20876.
- 10 Par exemple, alors que la plupart des tribunaux des États-Unis ont admis que la séropositivité

constitue per se un motif d'incapacité, certaines juridictions exigent la preuve que l'individu touché soit limité dans ses activités quotidiennes avant de lui reconnaître une incapacité de travail. Cela a réduit le degré de protection des personnes atteintes de VIH asymptomatique tel qu'il est prévu dans la législation *Americans with Disabilities Act* (1990). Voir également les cas du *Hong Kong Disability Discrimination Ordinance (DDA) No. 86 de 1995* et du *UK Disability Discrimination Act 1995* (projet d'amendement du DDA visant à couvrir les personnes séropositives dès l'annonce du diagnostic, annoncé lors du Discours de la Reine devant le Parlement le 26 novembre 2003).

- 11 Voir les exemples suivants : Bragdon contre Abbott 118 S Ct 2196 (US 1998); Runnebaum contre Nationsbank of Maryland 1997 WL 465301; Jurgens R., Important Legal Victories for People with HIV/AIDS in the US, *Canadian HIV/AIDS Policy and Law Review*, vol. 4, No. 2 et 3, printemps 1999; Jurgens R., Your Health is Back. Now You May Lose Your Protection against Discrimination, *Canadian HIV/AIDS Policy and Law Review*, vol. 3, No. 4, hiver 1997/1998.
- 12 GG 20556, 20 octobre 1999, Natlex, base de données sur les législations nationales du travail, de la sécurité sociale et des droits de l'homme du BIT, 20 novembre 1998 ; *Government Gazette*, 1998-12-02, Vol. 402, No. 19545, p. 79
- 13 Il est stipulé que, aux termes de cet Acte, aucun programme médical ne sera autorisé tant que le Conseil n'a pas la certitude qu'il ne présente ou ne présentera pas une forme directe ou indirecte de discrimination injuste à l'égard de quelque personne que ce soit, sur la base de tout motif arbitraire, notamment son état de santé. Cette législation prévoit également que tous les programmes doivent verser à leurs affiliés un ensemble d'indemnités d'un montant minimal.
- 14 Par exemple, le Kenya a adopté un *HIV/AIDS Prevention and Control Bill* en septembre 2003 (*Kenya Gazette Supplement No. 76, Bills No. 22*), qui couvre de nombreux aspects tels que l'éducation en matière de VIH/sida (en mettant notamment l'accent sur le rôle de l'école, du lieu de travail, des services de santé et de la collectivité), le caractère confidentiel des données médicales concernant le VIH/sida et l'accès aux services de santé. Cette loi interdit les actes et pratiques discriminatoires à l'égard des personnes atteintes de VIH/sida, ainsi que le dépistage obligatoire avant l'embauche. Une réforme de la législation du travail qui renforce les droits des travailleurs garantis par le *HIV/AIDS Bill* est également en cours.■

Tableaux principaux

Tableau principal 1 : Données de base sur le VIH/sida, la population active, la démographie, les différents groupes d'âge et le taux de dépendance, 50 pays, 2000-2005

Pays	VIH/sida		Population					Groupes d'âge et taux de dépendance			
	Ordre alphabétique des pays, par région	Estimation du pourcentage de personnes de 15 à 49 ans séropositives en 2003 (%)	Estimation du nombre de personnes actives de 15 à 64 ans séropositives en 2003	Projection de la population totale en 2005 (milliers)	Projection de la mortalité infantile 2000 - 2005 (pour mille enfants nés vivants)	Projection de l'espérance de vie à la naissance 2000-2005 (années)	Projection de la fécondité 2000-2005 (nombre d'enfants nés vivants par femme)	Projection du taux de croissance annuelle de la population 2000-2005 (%)	Projection du nombre de personnes âgées de 0 à 14 ans en 2005 (milliers)	Projection du nombre de personnes âgées de 15 à 64 ans en 2005 (milliers)	Projection du nombre de personnes âgées de 65 ans et plus en 2005 (milliers)	Projection du taux de dépendance (nombre de personnes dépendantes pour 100 personnes non dépendantes) 2005
Afrique subsaharienne											
Angola	3,9	198.700	14.533	140	40	7,2	3,2	6.958	7.186	389	102
Bénin	1,9	54.100	7.103	93	51	5,7	2,7	3.174	3.741	188	90
Botswana	37,3	253.600	1.801	57	40	3,7	0,9	709	1.037	55	74
Burkina Faso	4,2	245.700	13.798	93	46	6,7	3,0	6.732	6.712	354	106
Burundi	6,0	224.900	7.319	107	41	6,8	3,1	3.288	3.829	202	91
Cameroun	6,9	382.800	16.564	88	46	4,6	1,8	6.869	9.075	620	83
République centrafricaine	13,5	202.600	3.962	100	40	4,9	1,3	1.700	2.101	161	89
Tchad	4,8	160.900	9.117	115	45	6,7	3,0	4.285	4.555	278	100
Congo	4,9	62.700	3.921	84	48	6,3	2,6	1.853	1.954	113	101
Côte d'Ivoire	7,0	399.400	17.165	101	41	4,7	1,6	6.936	9.648	581	78
République démocratique du Congo	4,2	713.600	56.079	120	42	6,7	2,9	26.377	28.231	1.472	99
Djibouti	2,4	6.051	721	102	46	5,7	1,58	308	389	24	85
Erythrée	2,7	47.800	4.456	73	53	5,4	3,7	2.003	2.358	95	89
Ethiopie	4,4	1.336.766	74.189	100	45	6,1	2,5	33.511	38.485	2.193	93
Gabon	8,1	37.800	1.375	57	57	4,0	1,8	547	770	59	79
Gambie	1,2	5.800	1.499	81	54	4,7	2,7	602	841	56	78
Ghana	3,1	292.297	21.833	58	58	4,1	2,2	8.483	12.590	760	73
Guinée	3,2	121.200	8.788	102	49	5,8	1,6	3.849	4.685	255	88
Kenya	6,7	1.003.534	32.849	69	45	4,0	1,5	13.240	18.642	967	76
Lesotho	28,9	211.300	1.797	92	35	3,8	0,1	706	1.004	87	79
Libéria	5,9	61.400	3.603	147	41	6,8	4,1	1.688	1.835	80	96
Malawi	14,2	737.700	12.572	115	38	6,1	2,0	5.872	6.259	441	101
Mali	1,9	106.600	13.829	119	49	7,0	3,0	6.827	6.676	325	107
Mozambique	12,2	1.128.500	19.495	122	38	5,6	1,8	8.498	10.358	639	88
Namibie	21,3	152.400	2.032	60	44	4,6	1,4	869	1.084	80	88
Nigéria	5,4	2.406.500	130.236	79	51	5,4	2,5	57.192	68.946	4.098	89
Rwanda	5,1	230.600	8.607	112	39	5,7	2,2	3.886	4.496	224	91
Afrique du Sud	21,5	3.698.827	45.323	48	48	2,6	0,6	14.600	28.800	1.924	57
Soudan	2,3	25.600	35.040	77	56	4,4	2,2	13.657	20.089	1.294	74
Swaziland	38,8	134.100	1.087	78	34	4,5	0,8	467	581	39	87
Togo	4,1	74.800	5.129	81	50	5,3	2,3	2.218	2.746	165	87
Ouganda	4,1	454.242	27.623	86	46	7,1	3,2	13.904	13.044	675	112
République-Unie de Tanzanie	8,8	1.401.300	38.365	100	43	5,1	1,9	17.011	20.425	929	88
Zambie	16,5	726.800	11.043	105	32	5,6	1,2	5.162	5.538	342	99
Zimbabwe	24,6	1.309.600	12.963	58	33	3,9	0,5	5.453	7.035	476	84
Asie											
Cambodge	2,6	149.500	14.825	73	57	4,8	2,4	6.027	8.364	434	77
Chine	0,1	857.300	1.322.273	37	71	1,8	0,7	288.830	934.056	99.387	42
Inde*	0,8	3.087.700	1.096.917	64	64	3,0	1,5	350.244	688.497	58.177	59
Myanmar	1,2	275.400	50.696	83	57	2,9	1,3	15.769	32.525	2.402	56
Thaïlande	1,5	516.700	64.081	20	69	1,9	1,0	15.817	44.198	4.067	45
Amérique latine et Caraïbes											
Bahamas	3,0	4.400	321	18	67	2,3	1,1	91	210	20	52
Belize	2,4	2.300	266	31	71	3,2	2,1	97	158	11	69
Brésil	0,7	549.100	182.798	38	68	2,2	1,2	49.589	122.558	10.651	49
République dominicaine	1,7	66.200	8.998	36	67	2,7	1,5	2.804	5.751	443	56
Guyana	2,5	7.500	768	51	63	2,3	0,2	225	504	39	52
Haïti	5,6	222.600	8.549	63	50	4,0	1,3	3.197	5.010	343	71
Honduras	1,8	43.500	7.257	32	69	3,7	2,3	2.840	4.139	278	75
Trinidad et Tobago	3,2	22.000	1.311	14	71	1,6	0,3	278	937	96	40
Régions plus développées											
Fédération de Russie	1,1	741.000	141.553	16	67	1,1	0,6	20.477	101.055	20.022	40
Etats-Unis	0,6	928.800	300.038	7	77	2,1	1,0	63.641	199.548	36.849	50

Tableau principal 1 : Données de base sur le VIH/sida, la population active, la démographie, les différents groupes d'âge et le taux de dépendance, 50 pays, 2000-2005
Résumé

	VIH/sida		Population					Groupes d'âge et taux de dépendance			
	Estimation pondérée du pourcentage de personnes de 15 à 49 ans séropositives en 2003 (%)	Estimation du nombre de personnes actives de 15 à 64 ans séropositives en 2003	Projection de la population totale en 2005 (milliers)	Projection de la mortalité infantile 2000 - 2005 (pour mille enfants nés vivants)	Projection de l'espérance de vie à la naissance 2000-2005 (années)	Projection de la fécondité 2000-2005 (nombre d'enfants nés vivants par femme)	Projection du taux de croissance annuelle de la population 2000-2005 (%)	Projection du nombre de personnes âgées de 0 à 14 ans en 2005 (milliers)	Projection du nombre de personnes âgées de 15 à 64 ans en 2005 (milliers)	Projection du nombre de personnes âgées de 65 ans et plus en 2005 (milliers)	Projection du taux de dépendance (nombre de personnes dépendantes pour 100 personnes non dépendantes) 2005
Total (Afrique subsaharienne, 35 pays)	7,7	18.610.517	665.816					289.433	355.743	20.640	87
Total (Asie, 5 pays)	0,4	4.886.600	2.548.793					676.686	1.707.640	164.467	49
Total (Amérique latine et Caraïbes, 8 pays)	1,0	917.600	210.269					59.120	139.267	11.881	51
Total (Régions plus développées, 2 pays)	0,8	1.669.800	441.591					84.117	300.603	56.871	47
Total (50 pays)	1,5	26.084.517	3.866.468					1.109.355	2.503.253	253.859	55

* Le taux de prévalence du VIH est une estimation correspondant au milieu de l'intervalle de variation, élaborée par le BIT à partir d'estimations présentant une plus grande amplitude (0, 4% -1,3% de niveau inférieur et supérieur respectivement) établies par l'ONUSIDA pour 2003.

Source : voir Notes techniques

Tableau principal 2: Estimation de l'impact du VIH/sida sur la croissance économique, 47 pays, 1992-2002

Pays	Prévalence du VIH	Données macroéconomiques nationales (dernière année disponible)		Manque à gagner imputable au VIH/sida sur le taux de croissance annuelle du PIB et du PIB par habitant en pourcentage et en dollars 1992-2002			
		PIB réel en 2002 (en millions de dollars)	PIB réel par habitant en 2002 (en millions de dollars)	Estimation du manque à gagner, taux de croissance du PIB, moyenne annuelle (%)	Estimation du manque à gagner, taux de croissance du PIB par habitant, moyenne annuelle (%)	Estimation du manque à gagner, PIB, moyenne annuelle (millions de dollars)	Estimation du manque à gagner, PIB par habitant, moyenne annuelle (dollars)
Ordre alphabétique des pays, par région							
Afrique subsaharienne							
Angola	3,9	21.892	1.891	0,6	0,4	97	7
Bénin	1,9	6.273	950	0,2	0,1	11	1
Botswana	37,3	12.787	7.233	2,8	1,8	270	105
Burkina Faso	4,2	10.912	971	0,7	0,4	57	4
Burundi	6,0	3.915	561	0,9	0,6	35	4
Cameroun	6,9	28.182	1.769	1,0	0,6	233	10
République centrafricaine	13,5	4.157	1.039	1,6	1,0	58	11
Tchad	4,8	7.418	904	0,7	0,5	43	4
Congo	4,9	3.190	867	0,8	0,5	21	4
Côte d'Ivoire	7,0	23.556	1.347	1,0	0,6	220	9
République démocratique du Congo	4,2	28.685	578	0,7	0,4	213	3
Djibouti	2,4	1.241	1.766	0,3	0,2	4	4
Ethiopie	4,4	44.096	693	0,7	0,4	234	2
Gabon	8,1	7.345	5.841	1,1	0,7	76	41
Gambie	1,2	2.112	1.501	< 0,1	< 0,1	<1	<1
Ghana	3,1	36.642	1.882	0,5	0,3	139	5
Guinée	3,2	14.364	1.858	0,5	0,3	57	5
Kenya	6,7	28.893	902	1,0	0,6	263	6
Lesotho	28,9	5.160	2.147	2,4	1,6	107	28
Malawi	14,2	5.698	515	1,7	1,0	83	5
Mali	1,9	8.890	820	0,2	0,1	15	1
Mozambique	12,2	19.336	929	1,5	1,0	192	7
Namibie	21,3	11.061	5.500	2,1	1,3	196	71
Nigéria	5,4	100.100	758	0,8	0,5	750	4
Rwanda	5,1	8.990	1.126	0,8	0,5	53	5
Afrique du Sud	21,5	392.380	8.923	2,1	1,3	7.230	115
Soudan	2,3	49.764	1.608	0,3	0,2	111	3
Swaziland	38,8	4.153	4.027	2,8	1,8	102	71
Togo	4,1	6.207	1.309	0,6	0,4	35	5
Ouganda	4,1	28.134	1.229	0,6	0,4	136	4
République-Unie de Tanzanie	8,8	18.012	513	1,2	0,8	177	4
Zambie	16,5	7.871	743	1,8	1,1	127	9
Zimbabwe	24,6	25.954	2.124	2,3	1,4	638	35
Asie							
Cambodge	2,6	18.080	1.820	0,4	0,2	53	3
Chine	0,1	5.199.486	4.054	...	...	...	...
Inde*	0,8	2.454.281	2.365	...	...	...	...
Thaïlande	1,5	382.919	6.208	0,1	0,1	424	4
Amérique latine et Caraïbes							
Bahamas**	3,0	4.687	15.306	0,4	0,3	18	40
Belize	2,4	1.279	5.386	0,3	0,2	3	9
Brésil	0,7	1.170.587	6.878	...	...	...	...
République dominicaine	1,7	46.200	5.881	0,2	0,1	61	5
Guyana	2,5	2.662	3.770	0,3	0,2	8	8
Haïti	5,6	11.955	1.427	0,9	0,5	99	8
Honduras	1,8	15.111	2.307	0,2	0,1	26	3
Trinidad et Tobago	3,2	11.443	8.354	0,5	0,3	45	22
Régions plus développées							
Fédération de Russie	1,1	1.044.623	7.289	< 0,1	< 0,1	<240	<1
Etats-Unis	0,6	9.221.212	31.660	...	...	...	...

Tableau principal 2: Estimation de l'impact du VIH/sida sur la croissance économique, 47 pays, 1992-2002
Résumé

	Prévalence du VIH	Données macroéconomiques nationales (dernière année disponible)		Manque à gagner imputable au VIH/sida sur le taux de croissance annuelle du PIB et du PIB par habitant en pourcentage et en dollars 1992-2002			
		Estimation pondérée du pourcentage de personnes de 15 à 49 ans séropositives en 2003 (%)	PIB réel en 2002 (en millions de dollars)	PIB réel par habitant en 2002 (en millions de dollars)	Estimation du manque à gagner, taux de croissance du PIB, moyenne annuelle (%)	Estimation du manque à gagner, taux de croissance du PIB par habitant, moyenne annuelle (%)	Estimation du manque à gagner, PIB, moyenne annuelle (millions de dollars)
Total (Afrique subsaharienne, 33 pays)***	7,9	949.234	1.588	1,1	0,7	9.232	11
Total (Asie, 4 pays)***	0,4	8.054.765	3.276	...	...	...	...
Total (Amérique latine et Caraïbes, 8 pays)***	1,0	1.263.924	6.294	0,5	0,3	396	10
Total (Régions plus développées, 2 pays)	0,8	10.265.835	23.739	...	...	...	...
Total (41 pays)****	6,3	2.105.274	2.697	0,9	0,6	17.477	15
Total (45 pays)*****	1,6	20.150.840	5.641	0,2	0,1	25.092	5

* Le taux de prévalence du VIH est une estimation correspondant au milieu de l'intervalle de variation, élaborée par le BIT à partir d'une fourchette (0, 4% -1,3% de niveau inférieur et supérieur respectivement) établie par l'ONUSIDA pour 2003.

** Les données économiques correspondent à l'année 2000.

*** La Thaïlande a été exclue du groupe des pays asiatiques et l'Ouganda du groupe des pays africains parce que, dans ces deux pays, la prévalence du VIH avait diminué de plus de 25 pour cent au cours de la période 1992 à 2002. Les données concernant spécifiquement la Thaïlande et l'Ouganda ont été calculées en appliquant le modèle ex post facto et ont une valeur illustrative. En Amérique latine, le Brésil n'a pas été pris en compte en raison de l'imperceptibilité de l'impact.

**** Sont exclus le Brésil en Amérique latine, la Chine et l'Inde en Asie et les Etats-Unis dans les régions plus développées en raison de l'imperceptibilité de l'impact. La Thaïlande et l'Ouganda sont également exclus.

***** La Thaïlande et l'Ouganda sont également exclus.

... Impact non mesurable

Source : voir Notes techniques

Tableau principal 3A : Estimation de l'impact du VIH/sida sur la population active* en fonction de trois cas de figure relatifs à la durée de l'incapacité de travail aux stades III et IV de l'évolution de la maladie, 50 pays, 1995

Pays	Prévalence du VIH	Impact du VIH/sida sur la population active								
		Cas de figure 1			Cas de figure 2			Cas de figure 3		
Ordre alphabétique des pays, par région	Estimation du pourcentage de personnes de 15 à 49 ans séropositives en 2003 (%)	Estimation du nombre de personnes souffrant d'une incapacité de travail partielle - stade III	Estimation du nombre de personnes souffrant d'une incapacité de travail totale - stade IV	Estimation du nombre total de personnes souffrant d'une incapacité de travail - stades III, IV	Estimation du nombre de personnes souffrant d'une incapacité de travail partielle - stade III	Estimation du nombre de personnes souffrant d'une incapacité de travail totale - stade IV	Estimation du nombre total de personnes souffrant d'une incapacité de travail - stades III, IV	Estimation du nombre de personnes souffrant d'une incapacité de travail partielle - stade III	Estimation du nombre de personnes souffrant d'une incapacité de travail totale - stade IV	Estimation du nombre total de personnes souffrant d'une incapacité de travail - stades III, IV
Afrique subsaharienne										
Angola	3,9	1.100	1.040	2.140	1.110	1.020	2.130	1.300	600	1.900
Bénin	1,9	170	170	340	180	160	340	200	100	300
Botswana	37,3	1.440	1.370	2.810	1.460	1.340	2.800	1.700	790	2.490
Burkina Faso	4,2	3.490	3.300	6.790	3.520	3.240	6.760	4.110	1.900	6.010
Burundi	6,0	7.970	7.550	15.520	8.030	7.420	15.450	9.400	4.340	13.740
Cameroun	6,9	1.510	1.430	2.940	1.520	1.410	2.930	1.780	820	2.600
République centrafricaine	13,5	2.060	1.960	4.020	2.080	1.920	4.000	2.430	1.120	3.550
Tchad	4,8	1.070	1.020	2.090	1.080	1.000	2.080	1.270	580	1.850
Congo	4,9	1.390	1.320	2.710	1.400	1.290	2.690	1.640	760	2.400
Côte d'Ivoire	7,0	8.390	7.940	16.330	8.460	7.800	16.260	9.890	4.560	14.450
République démocratique du Congo	4,2	27.860	26.400	54.260	28.090	25.930	54.020	32.860	15.170	48.030
Djibouti	2,4	520	500	1.020	530	480	1.010	620	280	900
Erythrée	2,7	220	210	430	220	210	430	260	120	380
Ethiopie	4,4	12.870	12.190	25.060	12.970	11.980	24.950	15.180	7.000	22.180
Gabon	8,1	230	210	440	220	210	430	260	120	380
Gambie	1,2	90	90	180	90	90	180	110	50	160
Ghana	3,1	2.690	2.540	5.230	2.710	2.500	5.210	3.170	1.460	4.630
Guinée	3,2	560	530	1.090	560	520	1.080	660	300	960
Kenya	6,7	10.150	9.620	19.770	10.230	9.450	19.680	11.970	5.530	17.500
Lesotho	28,9	80	70	150	80	70	150	90	40	130
Libéria	5,9	120	120	240	120	110	230	140	70	210
Malawi	14,2	7.650	7.240	14.890	7.710	7.120	14.830	9.020	4.160	13.180
Mali	1,9	930	880	1.810	940	860	1.800	1.100	510	1.610
Mozambique	12,2	2.050	1.940	3.990	2.070	1.910	3.980	2.420	1.120	3.540
Namibie	21,3	240	220	460	230	220	450	280	130	410
Nigéria	5,4	10.350	9.800	20.150	10.430	9.630	20.060	12.200	5.630	17.830
Rwanda	5,1	1.150	1.090	2.240	1.160	1.070	2.230	1.350	620	1.970
Afrique du Sud	21,5	4.150	3.940	8.090	4.190	3.860	8.050	4.900	2.260	7.160
Soudan	2,3	5.680	5.380	11.060	5.730	5.290	11.020	6.700	3.090	9.790
Swaziland	38,8	130	130	260	130	130	260	160	70	230
Togo	4,1	490	460	950	490	450	940	570	270	840
Ouganda	4,1	31.730	30.060	61.790	31.990	29.520	61.510	37.420	17.270	54.690
République-Unie de Tanzanie	8,8	11.070	10.490	21.560	11.160	10.300	21.460	13.060	6.030	19.090
Zambie	16,5	11.280	10.680	21.960	11.370	10.490	21.860	13.300	6.140	19.440
Zimbabwe	24,6	14.800	14.020	28.820	14.920	13.780	28.700	17.460	8.060	25.520
Asie										
Cambodge	2,6	130	130	260	130	120	250	160	70	230
Chine	0,1	6.950	6.580	13.530	7.000	6.470	13.470	8.190	3.780	11.970
Inde**	0,8	24.560	23.270	47.830	24.770	22.860	47.630	28.970	13.370	42.340
Myanmar	1,2	2.200	2.080	4.280	2.220	2.040	4.260	2.590	1.200	3.790
Thaïlande	1,5	19.910	18.860	38.770	20.070	18.530	38.600	23.480	10.840	34.320
Amérique latine et Caraïbes										
Bahamas	3,0	80	80	160	80	80	160	100	40	140
Belize	2,4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Brésil	0,7	4.450	4.220	8.670	4.490	4.140	8.630	5.250	2.420	7.670
République dominicaine	1,7	570	540	1.110	580	540	1.120	680	310	990
Guyana	2,5	70	70	140	70	70	140	90	40	130
Haïti	5,6	5.540	5.240	10.780	5.580	5.150	10.730	6.530	3.010	9.540
Honduras	1,8	240	220	460	240	220	460	280	130	410
Trinidad et Tobago	3,2	100	90	190	100	90	190	110	50	160
Régions plus développées										
Fédération de Russie	1,1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Etats-Unis	0,6	30.100	28.510	58.610	30.350	28.010	58.360	35.500	16.380	51.880

Tableau principal 3A : Estimation de l'impact du VIH/sida sur la population active* en fonction de trois cas de figure relatifs à la durée de l'incapacité de travail aux stades III et IV de l'évolution de la maladie, 50 pays, 1995
Resumé

	Prévalence du VIH	Impact du VIH/sida sur la population active								
		Cas de figure 1			Cas de figure 2			Cas de figure 3		
		Estimation pondérée du pourcentage de personnes de 15 à 49 ans séropositives en 2003 (%)	Estimation du nombre de personnes souffrant d'une incapacité de travail partielle - stade III	Estimation du nombre de personnes souffrant d'une incapacité de travail totale - stade IV	Estimation du nombre total de personnes souffrant d'une incapacité de travail - stades III, IV	Estimation du nombre de personnes souffrant d'une incapacité de travail partielle - stade III	Estimation du nombre de personnes souffrant d'une incapacité de travail totale - stade IV	Estimation du nombre total de personnes souffrant d'une incapacité de travail - stades III, IV	Estimation du nombre de personnes souffrant d'une incapacité de travail partielle - stade III	Estimation du nombre de personnes souffrant d'une incapacité de travail totale - stade IV	Estimation du nombre total de personnes souffrant d'une incapacité de travail - stades III, IV
Total (Afrique subsaharienne, 35 pays)	7,7	185.680	175.910	361.590	187.180	172.780	359.960	218.980	101.070	320.050
Total (Asie, 5 pays)	0,4	53.750	50.920	104.670	54.190	50.020	104.210	63.390	29.260	92.650
Total (Amérique latine et Caraïbes, 8 pays)	1,0	11.050	10.460	21.510	11.140	10.290	21.430	13.040	6.000	19.040
Total (Régions plus développées, 2 pays)	0,8	30.100	28.510	58.610	30.350	28.010	58.360	35.500	16.380	51.880
Total (50 pays)	1,5	280.580	265.800	546.380	282.860	261.100	543.960	330.910	152.710	483.620

* Personnes frappées d'incapacité de travail partielle (stade III) ou totale (stade IV) à cause du VIH/sida (voir Frank et Sehgal, 2004).

** Le taux de prévalence du VIH est une estimation correspondant au milieu de l'intervalle de variation, élaborée par le BIT à partir d'une fourchette (0, 4% -1,3% de niveau inférieur et supérieur respectivement) établie par l'ONUSIDA pour 2003.

Source : voir Notes techniques

Tableau principal 3B: Projection de l'impact du VIH/sida sur la population active* en fonction de trois cas de figure relatifs à la durée de l'incapacité de travail aux stades III et IV de l'évolution de la maladie, 50 pays, 2005

Pays	Prévalence du VIH	Impact du VIH/sida sur la population active								
		Cas de figure 1			Cas de figure 2			Cas de figure 3		
Ordre alphabétique des pays, par région	Estimation du pourcentage de personnes de 15 à 49 ans séropositives en 2003 (%)	Estimation du nombre de personnes souffrant d'une incapacité de travail partielle - stade III	Estimation du nombre de personnes souffrant d'une incapacité de travail totale - stade IV	Estimation du nombre total de personnes souffrant d'une incapacité de travail - stades III, IV	Estimation du nombre de personnes souffrant d'une incapacité de travail partielle - stade III	Estimation du nombre de personnes souffrant d'une incapacité de travail totale - stade IV	Estimation du nombre total de personnes souffrant d'une incapacité de travail - stades III, IV	Estimation du nombre de personnes souffrant d'une incapacité de travail - stade III	Estimation du nombre de personnes souffrant d'une incapacité de travail totale - stade IV	Estimation du nombre total de personnes souffrant d'une incapacité de travail - stades III, IV
Afrique subsaharienne										
Angola	3,9	9.430	8.930	18.360	9.510	8.780	18.290	11.120	5.130	16.250
Bénin	1,9	3.110	2.940	6.050	3.130	2.890	6.020	3.660	1.690	5.350
Botswana	37,3	9.140	8.660	17.800	9.220	8.510	17.730	10.780	4.980	15.760
Burkina Faso	4,2	15.010	14.220	29.230	15.130	13.970	29.100	17.700	8.170	25.870
Burundi	6,0	9.680	9.170	18.850	9.760	9.010	18.770	11.420	5.270	16.690
Cameroun	6,9	25.140	23.820	48.960	25.350	23.400	48.750	29.650	13.690	43.340
République centrafricaine	13,5	9.900	9.380	19.280	9.980	9.210	19.190	11.670	5.390	17.060
Tchad	4,8	5.510	5.220	10.730	5.560	5.130	10.690	6.500	3.000	9.500
Congo	4,9	5.240	4.960	10.200	5.280	4.880	10.160	6.180	2.850	9.030
Côte d'Ivoire	7,0	17.060	16.170	33.230	17.210	15.880	33.090	20.130	9.290	29.420
République démocratique du Congo	4,2	49.140	46.550	95.690	49.540	45.730	95.270	57.960	26.750	84.710
Djibouti	2,4	750	710	1.460	760	700	1.460	890	410	1.300
Erythrée	2,7	1.420	1.350	2.770	1.430	1.330	2.760	1.680	780	2.460
Ethiopie	4,4	76.070	72.070	148.140	76.700	70.800	147.500	89.720	41.410	131.130
Gabon	8,1	1.070	1.010	2.080	1.080	990	2.070	1.260	580	1.840
Gambie	1,2	480	450	930	480	440	920	560	260	820
Ghana	3,1	12.420	11.760	24.180	12.520	11.550	24.070	14.640	6.760	21.400
Guinée	3,2	3.050	2.890	5.940	3.070	2.840	5.910	3.590	1.660	5.250
Kenya	6,7	84.000	79.580	163.580	84.690	78.180	162.870	99.070	45.730	144.800
Lesotho	28,9	8.600	8.150	16.750	8.670	8.010	16.680	10.150	4.680	14.830
Libéria	5,9	2.690	2.550	5.240	2.710	2.500	5.210	3.170	1.460	4.630
Malawi	14,2	37.070	35.120	72.190	37.380	34.500	71.880	43.730	20.180	63.910
Mali	1,9	3.650	3.450	7.100	3.680	3.390	7.070	4.300	1.980	6.280
Mozambique	12,2	39.270	37.210	76.480	39.600	36.550	76.150	46.320	21.380	67.700
Namibie	21,3	6.470	6.130	12.600	6.530	6.020	12.550	7.640	3.520	11.160
Nigéria	5,4	100.220	94.940	195.160	101.040	93.270	194.310	118.200	54.550	172.750
Rwanda	5,1	16.600	15.720	32.320	16.730	15.450	32.180	19.570	9.030	28.600
Afrique du Sud	21,5	153.170	145.110	298.280	154.430	142.550	296.980	180.650	83.380	264.030
Soudan	2,3	8.860	8.390	17.250	8.930	8.250	17.180	10.450	4.820	15.270
Swaziland	38,8	5.550	5.250	10.800	5.590	5.160	10.750	6.540	3.020	9.560
Togo	4,1	5.150	4.880	10.030	5.190	4.790	9.980	6.070	2.800	8.870
Ouganda	4,1	29.630	28.070	57.700	29.870	27.570	57.440	34.940	16.130	51.070
République-Unie de Tanzanie	8,8	55.900	52.960	108.860	56.360	52.030	108.390	65.930	30.430	96.360
Zambie	16,5	46.870	44.400	91.270	47.260	43.620	90.880	55.280	25.510	80.790
Zimbabwe	24,6	82.480	78.140	160.620	83.160	76.760	159.920	97.280	44.900	142.180
Asie										
Cambodge	2,6	4.450	4.220	8.670	4.490	4.140	8.630	5.250	2.420	7.670
Chine	0,1	20.370	19.290	39.660	20.530	18.950	39.480	24.020	11.090	35.110
Inde**	0,8	147.010	139.280	286.290	148.220	136.820	285.040	173.390	80.030	253.420
Myanmar	1,2	7.700	7.300	15.000	7.770	7.170	14.940	9.090	4.190	13.280
Thaïlande	1,5	36.080	34.180	70.260	36.370	33.570	69.940	42.540	19.640	62.180
Amérique latine et Caraïbes										
Bahamas	3,0	290	270	560	290	270	560	340	160	500
Belize	2,4	80	80	160	80	80	160	100	40	140
Bésil	0,7	15.280	14.480	29.760	15.410	14.220	29.630	18.020	8.320	26.340
République dominicaine	1,7	3.770	3.570	7.340	3.800	3.510	7.310	4.450	2.050	6.500
Guyana	2,5	430	400	830	430	400	830	500	230	730
Haïti	5,6	11.890	11.270	23.160	11.990	11.070	23.060	14.030	6.470	20.500
Honduras	1,8	1.520	1.440	2.960	1.530	1.420	2.950	1.800	830	2.630
Trinitad et Tobago	3,2	610	580	1.190	610	570	1.180	720	330	1.050
Régions plus développées										
Fédération de Russie	1,1	11.200	10.620	21.820	9.170	8.460	17.630	10.730	4.950	15.680
Etats-Unis	0,6	7.640	7.240	14.880	7.700	7.110	14.810	9.010	4.160	13.170

Tableau principal 3B: Projection de l'impact du VIH/sida sur la population active* en fonction de trois cas de figure relatifs à la durée de l'incapacité de travail aux stades III et IV de l'évolution de la maladie, 50 pays, 2005
Résumé

	Prévalence du VIH	Impact du VIH/sida sur la population active								
		Cas de figure 1			Cas de figure 2			Cas de figure 3		
	Estimation pondérée du pourcentage de personnes de 15 à 49 ans séropositives en 2003 (%)	Estimation du nombre de personnes souffrant d'une incapacité de travail partielle - stade III	Estimation du nombre de personnes souffrant d'une incapacité de travail totale - stade IV	Estimation du nombre total de personnes souffrant d'une incapacité de travail - stades III, IV	Estimation du nombre de personnes souffrant d'une incapacité de travail partielle - stade III	Estimation du nombre de personnes souffrant d'une incapacité de travail totale - stade IV	Estimation du nombre total de personnes souffrant d'une incapacité de travail - stades III, IV	Estimation du nombre de personnes souffrant d'une incapacité de travail partielle - stade III	Estimation du nombre de personnes souffrant d'une incapacité de travail totale - stade IV	Estimation du nombre total de personnes souffrant d'une incapacité de travail - stades III, IV
Total (Afrique subsaharienne, 35 pays)	7,7	939.800	890.310	1.830.110	947.530	874.640	1.822.170	1.108.400	511.570	1.619.970
Total (Asie, 5 pays)	0,4	215.610	204.270	419.880	217.380	200.650	418.030	254.290	117.370	371.660
Total (Amérique latine et Caraïbes, 8 pays)	1,0	33.870	32.090	65.960	34.140	31.540	65.680	39.960	18.430	58.390
Total (Régions plus développées, 2 pays)	0,8	18.840	17.860	36.700	16.870	15.570	32.440	19.740	9.110	28.850
Total (50 pays)	1,5	1.208.120	1.144.530	2.352.650	1.215.920	1.122.400	2.338.320	1.422.390	656.480	2.078.870

* Personnes frappées d'incapacité de travail partielle (stade III) ou totale (stade IV) à cause du VIH/sida (voir Frank et Sehgal, 2004).

** Le taux de prévalence du VIH est une estimation correspondant au milieu de l'intervalle de variation, élaborée par le BIT à partir d'une fourchette (0, 4% -1,3% de niveau inférieur et supérieur respectivement) établie par l'ONUSIDA pour 2003.

Source : voir Notes techniques

Tableau principal 3C Projection de l'impact du VIH/sida sur la population active* en fonction de trois cas de figure relatifs à la durée de l'incapacité de travail aux stades III et IV de l'évolution de la maladie, 50 pays, 2015

Pays	Prévalence du VIH	Impact du VIH/sida sur la population active								
		Cas de figure 1			Cas de figure 2			Cas de figure 3		
Ordre alphabétique des pays, par région	Estimation du pourcentage de personnes de 15 à 49 ans séropositives en 2003 (%)	Estimation du nombre de personnes souffrant d'une incapacité de travail partielle - stade III	Estimation du nombre de personnes souffrant d'une incapacité de travail totale - stade IV	Estimation du nombre total de personnes souffrant d'une incapacité de travail - stades III, IV	Estimation du nombre de personnes souffrant d'une incapacité de travail partielle - stade III	Estimation du nombre de personnes souffrant d'une incapacité de travail totale - stade IV	Estimation du nombre total de personnes souffrant d'une incapacité de travail - stades III, IV	Estimation du nombre de personnes souffrant d'une incapacité de travail partielle - stade III	Estimation du nombre de personnes souffrant d'une incapacité de travail totale - stade IV	Estimation du nombre total de personnes souffrant d'une incapacité de travail - stades III, IV
Afrique subsaharienne										
Angola	3,9	19.280	18.270	37.550	19.440	17.940	37.380	22.740	10.500	33.240
Bénin	1,9	5.650	5.360	11.010	5.700	5.260	10.960	6.670	3.080	9.750
Botswana	37,3	14.480	13.710	28.190	14.590	13.470	28.060	17.070	7.880	24.950
Burkina Faso	4,2	17.250	16.350	33.600	17.400	16.060	33.460	20.350	9.390	29.740
Burundi	6,0	15.680	14.860	30.540	15.810	14.600	30.410	18.500	8.540	27.040
Cameroun	6,9	47.230	44.750	91.980	47.620	43.960	91.580	55.710	25.710	81.420
République centrafricaine	13,5	10.980	10.400	21.380	11.070	10.220	21.290	12.950	5.980	18.930
Tchad	4,8	6.600	6.260	12.860	6.660	6.150	12.810	7.790	3.600	11.390
Congo	4,9	6.320	5.990	12.310	6.370	5.880	12.250	7.450	3.440	10.890
Côte d'Ivoire	7,0	25.850	24.490	50.340	26.060	24.060	50.120	30.490	14.070	44.560
République démocratique du Congo	4,2	59.270	56.160	115.430	59.760	55.170	114.930	69.910	32.270	102.180
Djibouti	2,4	9.370	8.880	18.250	9.450	8.720	18.170	11.050	5.100	16.150
Erythrée	2,7	3.350	3.180	6.530	3.380	3.120	6.500	3.960	1.820	5.780
Ethiopie	4,4	103.340	97.910	201.250	104.190	96.180	200.370	121.890	56.260	178.150
Gabon	8,1	1.180	1.110	2.290	1.180	1.090	2.270	1.380	640	2.020
Gambie	1,2	540	510	1.050	540	500	1.040	630	290	920
Ghana	3,1	15.610	14.790	30.400	15.740	14.530	30.270	18.420	8.500	26.920
Guinée	3,2	3.390	3.220	6.610	3.420	3.160	6.580	4.000	1.850	5.850
Kenya	6,7	117.780	111.590	229.370	118.750	109.620	228.370	138.920	64.120	203.040
Lesotho	28,9	10.890	10.320	21.210	10.980	10.140	21.120	12.850	5.930	18.780
Libéria	5,9	5.160	4.880	10.040	5.200	4.800	10.000	6.080	2.810	8.890
Malawi	14,2	42.530	40.290	82.820	42.880	39.580	82.460	50.160	23.150	73.310
Mali	1,9	4.620	4.370	8.990	4.650	4.300	8.950	5.440	2.510	7.950
Mozambique	12,2	51.840	49.110	100.950	52.260	48.240	100.500	61.140	28.220	89.360
Namibie	21,3	9.750	9.230	18.980	9.830	9.070	18.900	11.500	5.300	16.800
Nigéria	5,4	186.510	176.700	363.210	188.050	173.580	361.630	219.970	101.530	321.500
Rwanda	5,1	15.480	14.670	30.150	15.610	14.410	30.020	18.260	8.430	26.690
Afrique du Sud	21,5	247.380	234.360	481.740	249.410	230.230	479.640	291.760	134.660	426.420
Soudan	2,3	24.420	23.130	47.550	24.620	22.720	47.340	28.800	13.290	42.090
Swaziland	38,8	7.600	7.200	14.800	7.660	7.070	14.730	8.960	4.140	13.100
Togo	4,1	6.980	6.610	13.590	7.040	6.500	13.540	8.230	3.800	12.030
Ouganda	4,1	17.500	16.580	34.080	17.650	16.290	33.940	20.640	9.530	30.170
République-Unie de Tanzanie	8,8	53.870	51.040	104.910	54.310	50.130	104.440	63.540	29.320	92.860
Zambie	16,5	46.780	44.310	91.090	47.160	43.530	90.690	55.170	25.460	80.630
Zimbabwe	24,6	95.730	90.700	186.430	96.520	89.100	185.620	112.910	52.110	165.020
Asie										
Cambodge	2,6	10.390	9.850	20.240	10.480	9.670	20.150	12.260	5.660	17.920
Chine	0,1	280.310	265.560	545.870	282.610	260.870	543.480	330.600	152.590	483.190
Inde**	0,8	420.190	398.080	818.270	423.640	391.050	814.690	495.580	228.730	724.310
Myanmar	1,2	20.330	19.260	39.590	20.500	18.920	39.420	23.980	11.070	35.050
Thaïlande	1,5	21.070	19.970	41.040	21.250	19.620	40.870	24.860	11.470	36.330
Amérique latine et Caraïbes										
Bahamas	3,0	330	320	650	340	310	650	390	180	570
Belize	2,4	150	140	290	150	140	290	180	80	260
Brésil	0,7	14.990	14.200	29.190	15.110	13.950	29.060	17.680	8.160	25.840
République dominicaine	1,7	7.570	7.170	14.740	7.630	7.050	14.680	8.930	4.120	13.050
Guyana	2,5	640	600	1.240	640	590	1.230	750	350	1.100
Haïti	5,6	14.270	13.520	27.790	14.390	13.280	27.670	16.830	7.770	24.600
Honduras	1,8	4.290	4.060	8.350	4.330	3.990	8.320	5.060	2.330	7.390
Trinitad et Tobago	3,2	1.370	1.300	2.670	1.380	1.280	2.660	1.620	750	2.370
Régions plus développées										
Fédération de Russie	1,1	37.680	35.700	73.380	37.990	35.070	73.060	44.440	20.510	64.950
Etats-Unis	0,6	10.650	10.090	20.740	10.740	9.920	20.660	12.570	5.800	18.370

Tableau principal 3C
Résumé

Projection de l'impact du VIH/sida sur la population active* en fonction de trois cas de figure relatifs à la durée de l'incapacité de travail aux stades III et IV de l'évolution de la maladie, 50 pays, 2015

	Prévalence du VIH	Impact du VIH/sida sur la population active								
		Cas de figure 1			Cas de figure 2			Cas de figure 3		
		Estimation pondérée du pourcentage de personnes de 15 à 49 ans séropositives en 2003 (%)	Estimation du nombre de personnes souffrant d'une incapacité de travail partielle - stade III	Estimation du nombre de personnes souffrant d'une incapacité de travail totale - stade IV	Estimation du nombre total de personnes souffrant d'une incapacité de travail - stades III, IV	Estimation du nombre de personnes souffrant d'une incapacité de travail partielle - stade III	Estimation du nombre de personnes souffrant d'une incapacité de travail totale - stade IV	Estimation du nombre total de personnes souffrant d'une incapacité de travail - stades III, IV	Estimation du nombre de personnes souffrant d'une incapacité de travail partielle - stade III	Estimation du nombre de personnes souffrant d'une incapacité de travail totale - stade IV	Estimation du nombre total de personnes souffrant d'une incapacité de travail - stades III, IV
Total (Afrique subsaharienne, 35 pays)	7,7	1.310.190	1.241.290	2.551.480	1.320.960	1.219.380	2.540.340	1.545.290	713.230	2.258.520
Total (Asie, 5 pays)	0,4	752.290	712.720	1.465.010	758.480	700.130	1.458.610	887.280	409.520	1.296.800
Total (Amérique latine et Caraïbes, 8 pays)	1,0	43.610	41.310	84.920	43.970	40.590	84.560	51.440	23.740	75.180
Total (Régions plus développées, 2 pays)	0,8	48.330	45.790	94.120	48.730	44.990	93.720	57.010	26.310	83.320
Total (50 pays)	1,5	2.154.420	2.041.110	4.195.530	2.172.140	2.005.090	4.177.230	2.541.020	1.172.800	3.713.820

* Personnes frappées d'incapacité de travail partielle (stade III) ou totale (stade IV) à cause du VIH/sida (voir Frank et Sehgal, 2004).

** Le taux de prévalence du VIH est une estimation correspondant au milieu de l'intervalle de variation, élaborée par le BIT à partir d'une fourchette (0, 4% -1,3% de niveau inférieur et supérieur respectivement) établie par l'ONUSIDA pour 2003.

Source : voir Notes techniques

Tableau principal 4 : Estimations et projections relatives aux pertes subies par la population active masculine, féminine et totale dues à la mortalité liée au VIH/sida en termes absolus et en pourcentage de la population active totale, 50 pays, 1995-2015

Pays	Prévalence du VIH	Pertes dues à la mortalité subies par la population active masculine, féminine et totale cumulées jusqu'aux années 1995, 2000, 2005, 2010 et 2015									
		Jusqu'à 1995				Jusqu'à 2000				Jusqu'à 2005	
		Hommes	Femmes	Total	Total des pertes exprimées en pourcentage de la population active (%)	Hommes	Femmes	Total	Total des pertes exprimées en pourcentage de la population active (%)	Hommes	Femmes
Afrique subsaharienne											
Angola	3,9	10.200	6.000	16.200	0,3	37.100	27.900	65.000	1,1	95.700	82.300
Bénin	1,9	2.800	800	3.500	0,1	13.200	5.100	18.200	0,6	36.500	23.800
Botswana	37,3	900	500	1.400	0,2	14.200	9.700	24.000	3,1	61.000	63.300
Burkina Faso	4,2	30.900	20.100	51.100	1,0	95.400	81.500	176.800	3,0	187.000	183.100
Burundi	6,0	76.300	74.200	150.600	4,6	144.500	150.900	295.400	8,3	223.500	233.800
Cameroun	6,9	15.700	5.200	20.900	0,4	74.500	31.200	105.700	1,7	233.800	133.300
République centrafricaine	13,5	18.500	9.700	28.200	1,7	59.000	41.700	100.800	5,5	116.500	97.700
Tchad	4,8	10.900	6.000	16.900	0,6	33.700	24.500	58.200	1,6	37.500	58.600
Congo	4,9	12.600	4.100	16.600	1,4	41.400	20.700	62.200	4,2	58.800	68.200
Côte d'Ivoire	7,0	77.500	25.700	103.200	1,8	238.700	107.400	346.100	5,2	444.500	237.800
Rép. démocratique du Congo	4,2	303.100	198.400	501.500	2,8	466.300	356.800	823.000	4,4	728.800	572.000
Djibouti	2,4	900	300	1.200	0,5	3.000	1.500	4.500	1,6	7.600	4.400
Erythrée	2,7	3.900	3.100	7.100	0,5	8.600	6.700	15.300	0,8	18.600	15.600
Ethiopie	4,4	128.800	59.800	188.600	0,7	420.900	313.400	734.200	2,1	922.900	862.400
Gabon	8,1	2.600	1.400	4.000	0,8	6.900	4.900	11.900	2,1	13.100	11.100
Gambie	1,2	1.200	500	1.700	0,4	3.900	2.100	6.000	0,9	7.500	5.400
Ghana	3,1	28.700	12.700	41.400	0,5	85.200	56.700	141.800	1,5	163.200	138.800
Guinée	3,2	6.800	3.900	10.600	0,3	19.500	14.600	34.200	0,8	38.700	34.300
Kenya	6,7	101.400	40.600	141.900	1,1	398.000	250.200	648.300	4,2	912.900	752.000
Lesotho	28,9	39.200	200	39.300	6,0	54.700	6.700	61.500	8,3	77.000	38.000
Libéria	5,9	2.300	1.200	3.500	0,5	10.200	5.900	16.100	1,6	25.700	15.900
Malawi	14,2	76.800	38.700	115.500	2,3	230.400	162.400	392.800	6,9	450.800	392.500
Mali	1,9	9.900	6.600	16.500	0,3	26.200	21.300	47.500	0,8	48.800	45.000
Mozambique	12,2	23.600	6.000	29.600	0,4	147.000	79.100	226.100	2,4	400.500	318.600
Namibie	21,3	2.100	700	2.800	0,5	17.100	8.100	25.200	3,2	58.100	37.800
Nigéria	5,4	109.500	38.200	147.700	0,4	395.700	186.800	582.500	1,3	1.030.400	598.400
Rwanda	5,1	30.200	28.700	59.000	2,2	141.200	145.800	287.100	6,5	242.700	271.400
Afrique du Sud	21,5	51.600	13.400	64.900	0,4	374.800	125.100	499.900	2,5	1.387.000	683.000
Soudan	2,3	5.000	2.400	7.400	0,1	22.000	6.700	28.700	0,2	91.600	29.100
Swaziland	38,8	1.200	400	1.500	0,5	12.800	5.700	18.500	4,9	44.100	25.700
Togo	4,1	4.900	1.800	6.700	0,4	23.300	10.700	34.000	1,7	55.700	33.100
Ouganda	4,1	287.400	190.300	477.700	4,6	563.600	474.100	1.037.700	8,4	773.200	708.300
République-Unie de Tanzanie	8,8	102.900	63.100	166.000	1,1	331.600	277.300	608.900	3,3	666.900	655.700
Zambie	16,5	95.800	49.900	145.700	3,5	296.100	205.100	501.200	10,2	555.900	438.700
Zimbabwe	24,6	132.400	73.200	205.600	3,7	443.800	322.600	766.400	11,7	948.600	801.400
Asie											
Cambodge	2,6	3.100	-1.700	1.400	0,0	13.200	3.200	16.400	0,2	48.600	21.900
Chine	0,1	21.200	50.000	71.100	0,0	63.000	83.100	146.200	0,0	257.000	200.500
Inde*	0,8	382.300	161.200	543.600	0,1	1.107.600	351.700	1.459.400	0,4	2.386.100	719.400
Myanmar	1,2	28.900	12.300	41.300	0,2	90.800	24.700	115.500	0,5	240.000	67.400
Thaïlande	1,5	279.500	54.400	333.900	1,0	611.000	129.200	740.200	2,1	937.300	215.200
Amérique latine et Caraïbes											
Bahamas	3,0	800	300	1.100	0,8	2.400	1.400	3.800	2,4	4.200	3.100
Belize	2,4	0	0	0	0,0	200	100	300	0,3	800	300
Brésil	0,7	55.500	16.700	72.200	0,1	243.800	54.500	298.300	0,3	512.400	138.300
République dominicaine	1,7	7.300	1.400	8.700	0,3	21.100	6.100	27.200	0,7	48.000	20.000
Guyana	2,5	600	200	800	0,3	1.900	900	2.700	0,9	4.400	2.400
Haïti	5,6	47.300	29.100	76.400	2,3	114.600	100.300	214.900	5,5	180.500	197.400
Honduras	1,8	4.200	1.200	5.300	0,3	10.100	4.000	14.100	0,5	21.300	9.500
Trinidad et Tobago	3,2	1.100	100	1.100	0,2	3.600	600	4.200	0,7	8.200	2.400
Régions plus développées											
Fédération de Russie	1,1	0	0	0	0,0	7.400	1.300	8.700	0,0	167.300	45.100
Etats-Unis	0,6	470.300	35.800	506.000	0,4	861.300	60.700	922.000	0,6	1.208.100	108.100

										Pays
Jusqu'à 2005 (suite)		Jusqu'à 2010				Jusqu'à 2015				Ordre alphabétique des pays, par région
Total	Total des pertes exprimées en pourcentage de la population active (%)	Hommes	Femmes	Total	Total des pertes exprimées en pourcentage de la population active (%)	Hommes	Femmes	Total	Total des pertes exprimées en pourcentage de la population active (%)	
Afrique subsaharienne										
178.000	2,7	188.500	176.400	364.800	4,7	308.500	299.700	608.100	6,8	Angola
60.300	1,7	67.100	52.700	119.900	3,1	100.400	89.800	190.200	4,2	Bénin
124.200	13,3	129.900	143.300	273.100	26,4	198.000	229.500	427.500	36,2	Botswana
370.100	5,5	292.500	299.300	591.800	7,6	423.400	432.500	855.900	9,3	Burkina Faso
457.300	10,5	321.000	338.600	659.600	12,8	448.000	465.800	913.800	15,8	Burundi
367.100	5,0	476.300	317.400	793.700	9,6	754.900	542.600	1.297.500	13,8	Cameroun
214.100	10,5	178.700	163.200	341.900	14,8	248.600	233.600	482.200	18,4	République centrafricaine
126.100	3,0	73.000	95.800	201.500	4,2	116.200	138.100	289.200	5,2	Tchad
140.800	8,5	90.000	94.300	199.700	10,3	129.000	126.200	272.400	12,0	Congo
682.300	8,8	658.300	372.600	1.031.000	11,8	893.100	516.800	1.409.800	14,3	Côte d'Ivoire
1.300.700	6,3	1.005.000	826.100	1.831.100	7,6	1.343.100	1.118.200	2.461.300	8,9	République démocratique du Congo
12.000	3,9	14.200	8.900	23.100	6,9	22.200	14.200	36.400	9,7	Djibouti
34.300	1,6	35.400	33.000	68.300	2,6	56.400	55.800	112.200	3,7	Erythrée
1.785.300	4,3	1.546.200	1.438.800	2.985.000	6,5	2.289.600	2.158.300	4.447.800	8,5	Ethiopie
24.300	3,7	19.800	17.900	37.700	5,1	27.200	25.000	52.200	6,1	Gabon
12.900	1,6	11.000	8.700	19.700	2,2	14.900	12.500	27.400	2,7	Gambie
302.000	2,7	248.300	238.800	487.100	3,7	348.200	356.200	704.300	4,7	Ghana
73.000	1,7	59.700	57.600	117.200	2,4	84.100	83.400	167.500	2,9	Guinée
1.664.900	9,2	1.554.000	1.445.300	2.999.300	14,2	2.303.000	2.245.000	4.548.000	18,9	Kenya
115.000	13,8	139.000	83.100	222.100	24,1	198.000	129.300	327.200	32,3	Lesotho
41.600	3,5	48.800	34.800	83.500	6,0	75.400	55.300	130.700	8,2	Libéria
843.300	13,1	701.600	678.300	1.379.800	18,4	991.600	998.900	1.990.500	22,5	Malawi
93.800	1,5	75.100	72.600	147.700	2,0	108.800	105.100	213.800	2,5	Mali
719.100	6,6	691.500	669.000	1.360.500	11,1	1.004.200	1.048.800	2.053.000	14,9	Mozambique
95.900	10,5	112.700	84.300	197.000	18,5	170.700	133.200	303.900	24,6	Namibie
1.628.800	3,0	1.986.300	1.285.700	3.272.000	5,3	3.180.200	2.165.300	5.345.500	7,5	Nigéria
514.100	10,3	350.200	410.300	760.400	13,4	470.400	547.200	1.017.600	15,7	Rwanda
2.070.000	9,2	2.782.300	1.641.000	4.423.300	18,2	4.057.300	2.577.200	6.634.500	25,3	Afrique du Sud
120.600	0,9	226.200	81.000	307.300	2,1	376.200	150.200	526.400	3,2	Soudan
69.800	15,7	82.900	52.500	135.400	26,2	124.600	80.000	204.600	34,3	Swaziland
88.800	3,9	93.800	63.000	156.800	6,0	138.700	97.600	236.300	8,0	Togo
1.481.500	10,4	948.400	895.300	1.843.700	11,0	1.143.300	1.086.400	2.229.700	11,2	Ouganda
1.322.600	6,3	1.010.800	1.069.400	2.080.200	8,8	1.375.400	1.482.800	2.858.300	10,6	République-Unie de Tanzanie
994.600	17,9	831.900	685.500	1.517.400	23,6	1.151.400	953.800	2.105.200	28,1	Zambie
1.749.900	22,8	1.533.100	1.390.300	2.923.500	32,7	2.165.300	1.990.600	4.156.000	40,7	Zimbabwe
Asie										
70.500	0,9	111.800	78.200	189.900	2,1	187.000	147.100	334.000	3,3	Cambodge
457.500	0,1	1.285.200	492.300	1.777.500	0,2	3.955.400	1.288.600	5.243.900	0,6	Chine
3.105.500	0,7	4.546.700	1.404.300	5.951.000	1,2	7.811.200	2.463.800	10.275.000	1,9	Inde*
307.300	1,1	502.800	161.700	664.500	2,2	847.300	296.800	1.144.100	3,5	Myanmar
1.152.600	3,1	1.160.600	295.900	1.456.500	3,7	1.260.500	350.600	1.611.100	3,9	Thaïlande
Amérique latine et Caraïbes										
7.300	4,1	5.800	4.800	10.600	5,6	7.700	6.800	14.400	7,0	Bahamas
1.100	1,0	1.600	600	2.200	1,8	2.500	1.100	3.600	2,6	Belize
650.600	0,7	749.000	225.400	974.500	1,0	931.000	315.600	1.246.700	1,2	Bésil
68.000	1,6	87.500	39.100	126.600	2,8	134.200	63.100	197.300	4,0	République dominicaine
6.700	2,0	7.600	4.200	11.700	3,4	11.000	5.900	16.900	4,9	Guyana
377.900	8,1	252.200	254.000	506.200	10,1	339.500	346.200	685.700	12,3	Haiti
30.800	1,0	41.300	19.000	60.300	1,7	70.600	34.000	104.600	2,6	Honduras
10.600	1,6	14.600	6.000	20.600	3,0	21.800	10.900	32.700	4,7	Trinidad et Tobago
Régions plus développées										
212.400	0,3	552.800	199.100	751.900	1,0	1.041.800	477.700	1.519.600	2,2	Fédération de Russie
1.316.200	0,8	1.540.100	174.700	1.714.800	1,0	1.873.300	270.600	2.143.900	1,3	Etats-Unis

Tableau principal 4 : Estimations et projections relatives aux pertes subies par la population active masculine, féminine et totale dues à la mortalité liée au VIH/sida en termes absolus et en pourcentage de la population active totale, 50 pays, 1995-2015
Résumé

Pays	Prévalence du VIH	Pertes dues à la mortalité subies par la population active masculine, féminine et totale cumulées jusqu'aux années 1995, 2000, 2005, 2010 et 2015									
		Jusqu'à 1995				Jusqu'à 2000				Jusqu'à 2005	
		Hommes	Femmes	Total	Total des pertes exprimées en pourcentage de la population active (%)	Hommes	Femmes	Total	Total des pertes exprimées en pourcentage de la population active (%)	Hommes	Femmes
Ordre alphabétique des pays, par région	Estimation pondérée du pourcentage de personnes de 15 à 49 ans séropositives en 2003 (%)										
Total (Afrique subsaharienne, 35 pays)	7,7	1.808.500	987.800	2.796.000	1,2	5.254.500	3.550.900	8.805.700	3,2	11.165.100	8,670,500
Total (Asie, 5 pays)	0,4	715.000	276.200	991.300	0,1	1.885.600	591.900	2.477.700	0,2	3.869.000	1,224,400
Total (Amérique latine et Caraïbes, 8 pays)	1,0	116.800	49.000	165.600	0,2	397.700	167.900	565.500	0,6	779.800	373,400
Total (Régions plus développées, 2 pays)	0,8	470.300	35.800	506.000	0,0	868.700	62.000	930.700	0,0	1.375.400	153,200
Total (50 pays)	1,5	3.110.600	1.348.800	4.458.900	0,2	8.406.500	4.372.700	12.779.600	0,6	17.189.300	10,421,500

* Le taux de prévalence du VIH est une estimation correspondant au milieu de l'intervalle de variation, élaborée par le BIT à partir d'une fourchette (0,4% -1,3% de niveau inférieur et supérieur respectivement) établie par l'ONUSIDA pour 2003.

Source : voir Notes techniques

Jusqu'à 2005 (suite)		Jusqu'à 2010				Jusqu'à 2015				
Total	Total des pertes exprimées en pourcentage de la population active (%)	Hommes	Femmes	Total	Total des pertes exprimées en pourcentage de la population active (%)	Hommes	Femmes	Total	Total des pertes exprimées en pourcentage de la population active (%)	
19.879.100	6,3	18.583.500	15.324.800	33.956.100	9,4	26.840.300	22.744.900	49.636.900	12,0	Total (Afrique subsaharienne, 35 pays)
5.093.400	0,4	7.607.100	2.432.400	10.039.400	0,7	14.061.400	4.546.900	18.608.100	1,2	Total (Asie, 5 pays)
1.153.000	1,1	1.159.600	553.100	1.712.700	1,5	1.518.300	783.600	2.301.900	1,9	Total (Amérique latine et Caraïbes, 8 pays)
1.528.600	0,3	2.092.900	373.800	2.466.700	0,7	2.915.100	748.300	3.663.500	1,1	Total (Régions plus développées, 2 pays)
27.654.100	1,3	29.443.100	18.684.100	48.174.900	2,2	45.335.100	28.823.700	74.210.400	3,2	Total (50 pays)

Tableau principal 5: Estimation de l'impact indirect de la mortalité due au VIH/sida sur les enfants (2003) et de son impact direct sur les personnes en âge de travailler, 50 pays, années 1995, 2005 et 2015

Pays	Prévalence du VIH	Impact de la mortalité due au VIH/sida									
		Sur les enfants	Sur les hommes et les femmes en âge de travailler (15 à 64 ans)								
		2003	1995			2005			2015		
Ordre alphabétique des pays, par région	Estimation du pourcentage de personnes de 15 à 49 ans séropositives en 2003 (%)	Estimation du nombre total d'orphelins de 0 à 17 ans causé par le VIH/sida	Estimation du nombre annuel de décès dus au VIH/sida parmi les hommes en âge de travailler	Estimation du nombre annuel de décès dus au VIH/sida parmi les femmes en âge de travailler	Estimation du nombre total annuel de décès dus au VIH/sida parmi les personnes en âge de travailler	Projection du nombre annuel de décès dus au VIH/sida parmi les hommes en âge de travailler	Projection du nombre annuel de décès dus au VIH/sida parmi les femmes en âge de travailler	Projection du nombre total annuel de décès dus au VIH/sida parmi les personnes en âge de travailler	Projection du nombre annuel de décès dus au VIH/sida parmi les hommes en âge de travailler	Projection du nombre annuel de décès dus au VIH/sida parmi les femmes en âge de travailler	Projection du nombre total annuel de décès dus au VIH/sida parmi les personnes en âge de travailler
Afrique subsaharienne											
Angola	3,9	110.000	1.650	1.230	2.880	11.640	13.070	24.710	22.480	28.040	50.520
Bénin	1,9	34.000	390	70	460	4.740	3.400	8.140	6.790	8.020	14.820
Botswana	37,3	120.000	3.680	110	3.780	11.890	12.070	23.960	16.530	21.390	37.930
Burkina Faso	4,2	260.000	5.080	4.050	9.130	16.990	22.340	39.320	20.050	25.160	45.210
Burundi	6,0	200.000	9.870	11.010	20.880	10.580	14.790	25.370	18.110	22.980	41.090
Cameroun	6,9	240.000	2.690	1.270	3.960	32.580	33.300	65.870	54.830	68.930	123.750
République centrafricaine	13,5	110.000	3.100	2.310	5.410	11.620	14.320	25.930	12.830	15.940	28.770
Tchad	4,8	96.000	1.620	1.190	2.810	6.490	7.960	14.440	7.790	9.520	17.310
Congo	4,9	97.000	2.410	1.230	3.640	6.570	7.160	13.730	7.490	9.070	16.560
Côte d'Ivoire	7,0	310.000	12.900	9.070	21.970	20.570	24.150	44.710	42.310	25.410	67.730
République démocratique du Congo	4,2	770.000	35.490	37.510	73.000	58.040	70.710	128.750	69.780	85.530	155.310
Djibouti	2,4	5.000	140	100	240	910	1.060	1.970	1.470	1.850	3.320
Erythrée	2,7	39.000	340	240	580	1.800	1.930	3.730	3.890	4.900	8.790
Ethiopie	4,4	720.000	19.450	14.270	33.710	90.960	108.360	199.320	121.350	149.420	270.780
Gabon	8,1	14.000	340	250	590	1.250	1.550	2.800	1.370	1.710	3.080
Gambie	1,2	2.300	190	60	250	600	650	1.250	620	780	1.410
Ghana	3,1	170.000	4.730	2.310	7.040	15.510	17.020	32.530	18.480	22.430	40.910
Guinée	3,2	35.000	940	530	1.470	3.770	4.210	7.980	4.020	4.880	8.900
Kenya	6,7	650.000	17.830	8.760	26.590	104.980	115.110	220.090	138.000	170.620	308.610
Lesotho	28,9	100.000	170	20	190	11.440	11.100	22.540	11.700	16.840	28.540
Libéria	5,9	36.000	190	130	320	3.310	3.730	7.040	5.960	7.540	13.510
Malawi	14,2	500.000	12.540	7.500	20.040	44.680	52.460	97.140	49.660	61.780	111.440
Mali	1,9	75.000	1.340	1.090	2.430	4.150	5.400	9.550	5.350	6.740	12.090
Mozambique	12,2	470.000	4.310	1.060	5.370	50.870	52.030	102.910	58.610	77.210	135.820
Namibie	21,3	57.000	450	170	620	8.440	8.520	16.960	11.240	14.290	25.540
Nigéria	5,4	1.800.000	16.730	10.380	27.110	124.660	137.930	262.580	218.320	270.370	488.680
Rwanda	5,1	160.000	1.490	1.510	3.010	17.680	25.800	43.490	16.410	24.150	40.560
Afrique du Sud	21,5	1.100.000	8.610	2.270	10.880	211.730	189.600	401.330	285.210	362.950	648.160
Soudan**	2,3	87.000	370	14.520	14.880	13.640	9.580	23.220	30.320	33.660	63.980
Swaziland	38,8	65.000	230	120	350	6.540	7.990	14.530	8.350	11.550	19.900
Togo	4,1	54.000	870	410	1.280	6.520	6.980	13.500	8.240	10.040	18.290
Ouganda	4,1	940.000	46.180	36.950	83.130	35.090	42.540	77.630	20.650	25.200	45.860
République-Unie de Tanzanie	8,8	980.000	16.730	12.280	29.010	65.500	80.970	146.470	62.870	78.280	141.150
Zambie	16,5	630.000	16.910	12.640	29.540	54.750	68.060	122.810	54.740	67.810	122.560
Zimbabwe	24,6	980.000	22.430	16.350	38.780	98.000	118.120	216.110	111.510	139.330	250.830
Asie											
Cambodge**	2,6	92.000	240	100	340	7.000	4.660	11.660	15.020	12.210	27.230
Chine**	0,1	100.000	4.820	13.390	18.210	40.020	13.340	53.360	555.640	178.800	734.440
Inde***	0,8	1.500.000	44.160	20.200	64.360	246.600	138.590	385.190	669.150	431.790	1.100.940
Myanmar**	1,2	71.000	4.340	1.420	5.760	15.460	4.720	20.190	37.560	15.710	53.270
Thaïlande**	1,5	290.000	42.580	9.590	52.170	72.690	21.830	94.520	38.220	17.000	55.220
Amérique latine et Caraïbes											
Bahamas**	3,0	2.600	160	50	210	390	360	750	440	440	880
Belize**	2,4	1.300	3	3	6	120	100	220	190	210	400
Brésil**	0,7	260.000	9.170	2.500	11.660	29.280	10.760	40.040	24.930	14.350	39.280
République dominicaine**	1,7	47.000	1.110	400	1.510	5.570	4.310	9.880	10.020	9.820	19.840
Guyana**	2,5	5.200	110	90	190	550	570	1.120	810	860	1.670
Haïti**	5,6	200.000	8.090	6.410	14.500	13.710	17.440	31.160	16.570	20.830	37.390
Honduras**	1,8	22.000	370	240	610	2.130	1.860	3.990	5.670	5.570	11.240
Trinitad et Tobago**	3,2	7.400	230	20	250	1.030	570	1.600	1.810	1.780	3.590
Régions plus développées											
Fédération de Russie**	1,1	54.000	0	0	0	18.290	11.070	29.360	63.400	35.330	98.730
Etats-Unis	0,6	...	71.610	7.260	78.860	17.650	13.340	20.020	22.540	5.370	27.920

Tableau principal 5:
Résumé

Estimation de l'impact indirect de la mortalité due au VIH/sida sur les enfants (2003) et de son impact direct sur les personnes en âge de travailler, 50 pays, années 1995, 2005 et 2015

	Prévalence du VIH	Impact de la mortalité due au VIH/sida									
		Sur les enfants	Sur les hommes et les femmes en âge de travailler (15 à 64 ans)								
		2003	1995			2005			2015		
Estimation pondérée du pourcentage de personnes de 15 à 49 ans séropositives en 2003 (%)	Estimation du nombre total d'orphelins de 0 à 17 ans causé par le VIH/sida	Estimation du nombre annuel de décès dus au VIH/sida parmi les hommes en âge de travailler	Estimation du nombre annuel de décès dus au VIH/sida parmi les femmes en âge de travailler	Estimation du nombre total annuel de décès dus au VIH/sida parmi les personnes en âge de travailler	Projection du nombre annuel de décès dus au VIH/sida parmi les hommes en âge de travailler	Projection du nombre annuel de décès dus au VIH/sida parmi les femmes en âge de travailler	Projection du nombre total annuel de décès dus au VIH/sida parmi les personnes en âge de travailler	Projection du nombre annuel de décès dus au VIH/sida parmi les hommes en âge de travailler	Projection du nombre annuel de décès dus au VIH/sida parmi les femmes en âge de travailler	Projection du nombre total annuel de décès dus au VIH/sida parmi les personnes en âge de travailler	
Total (Afrique subsaharienne, 35 pays)	7,7	12.016.300	272.390	212.970	485.330	1.168.490	1.293.970	2.462.410	1.527.330	1.884.320	3.411.710
Total (Asie, 5 pays)	0,4	2.053.000	96.140	44.700	140.840	381.770	183.140	564.920	1.315.590	655.510	1.971.100
Total (Amérique latine et Caraïbes, 8 pays)	1,0	545.500	19.243	9.713	28.936	52.780	35.970	88.760	60.440	53.860	114.290
Total (Régions plus développées, 2 pays)	0,8	54.000	71.610	7.260	78.860	35.940	24.410	49.380	85.940	40.700	126.650
Total (50 pays)	1,5	14.668.800	459.383	274.643	733.966	1.638.980	1.537.490	3.165.470	2.989.300	2.634.390	5.623.750

* Le taux de prévalence du VIH est une estimation correspondant au milieu de l'intervalle de variation, élaborée par le BIT à partir d'une fourchette (0, 4% -1,3% de niveau inférieur et supérieur respectivement) établie par l'ONUSIDA pour 2003.

** Le nombre d'orphelins est une estimation provisoire.

... Non disponible

Source : voir Notes techniques

Tableau principal 6A : Estimation de l'accroissement de la charge économique et sociale dû aux décès et à la maladie liés au VIH/sida en fonction de trois cas de figure relatifs à la durée de l'incapacité de travail aux stades III et IV de l'évolution de la maladie, 50 pays, 1995

Pays	Prévalence du VIH	Accroissement de la charge économique dû au VIH/sida						
		Trois cas de figure	Cas de figure 1		Cas de figure 2		Cas de figure 3	
		Impact dû aux décès	Impact dû à la maladie	Impact total (%)	Impact dû à la maladie	Impact total (%)	Impact dû à la maladie	Impact total (%)
Ordre alphabétique des pays, par région	Estimation du pourcentage de personnes de 15 à 49 ans séropositives en 2003 (%)	Augmentation du taux de dépendance économique due au VIH/sida estimé pour 1995 (en %)	Augmentation additionnelle du taux de dépendance économique (estimation, en %)		Augmentation additionnelle du taux de dépendance économique (estimation, en %)		Augmentation additionnelle du taux de dépendance économique (estimation, en %)	
Afrique subsaharienne								
Angola	3,9	0,3	0,1	0,3	0,1	0,3	0,1	0,3
Bénin	1,9	...	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Botswana	37,3	...	0,8	0,8	0,8	0,8	0,7	0,7
Burkina Faso	4,2	0,5	0,2	0,7	0,2	0,7	0,2	0,7
Burundi	6,0	0,4	1,0	1,4	1,0	1,4	0,9	1,3
Cameroun	6,9	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
République centrafricaine	13,5	0,0	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
Tchad	4,8	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Congo	4,9	...	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Côte d'Ivoire	7,0	...	0,4	0,4	0,4	0,4	0,3	0,3
République démocratique du Congo	4,2	...	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
Djibouti	2,4	...	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Erythrée	2,7	...	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ethiopie	4,4	...	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1
Gabon	8,1	...	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Gambie	1,2	0,2	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1	0,2
Ghana	3,1	...	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Guinée	3,2	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0
Kenya	6,7	...	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2
Lesotho	28,9	3,6	0,0	3,7	0,0	3,7	0,0	3,7
Libéria	5,9	...	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Malawi	14,2	0,3	0,6	0,8	0,6	0,8	0,5	0,8
Mali	1,9	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Mozambique	12,2	...	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Namibie	21,3	...	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Nigéria	5,4	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Rwanda	5,1	...	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1
Afrique du Sud	21,5	...	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Soudan	2,3	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0
Swaziland	38,8	...	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Togo	4,1	...	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Ouganda	4,1	...	1,2	1,2	1,2	1,2	1,0	1,0
République-Unie de Tanzanie	8,8	...	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2
Zambie	16,5	0,1	0,8	0,9	0,8	0,9	0,7	0,8
Zimbabwe	24,6	1,9	0,9	2,9	0,9	2,9	0,8	2,8
Asie								
Cambodge	2,6	...	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Chine	0,1	...	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Inde*	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Myanmar	1,2	...	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Thaïlande	1,5	...	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2
Amérique latine et Caraïbes								
Bahamas	3,0	0,0	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Belize	2,4	...	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Brésil	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
République dominicaine	1,7	...	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0
Guyana	2,5	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Haïti	5,6	...	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
Honduras	1,8	...	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Trinidad et Tobago	3,2	...	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0
Régions plus développées								
Fédération de Russie	1,1	...	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Etats-Unis	0,6	...	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Accroissement de la charge sociale dû au VIH/sida							Pays
Trois cas de figure	Cas de figure 1		Cas de figure 2		Cas de figure 3		
Impact dû aux décès	Impact dû à la maladie	Impact total (%)	Impact dû à la maladie	Impact total (%)	Impact dû à la maladie	Impact total (%)	
Augmentation du taux de dépendance due au VIH/sida estimé pour 1995 (en %)	Augmentation additionnelle dans le taux de dépendance ajusté (estimation, en %)		Augmentation additionnelle dans le taux de dépendance ajusté (estimation, en %)		Augmentation additionnelle dans le taux de dépendance ajusté (estimation, en %)		Ordre alphabétique des pays, par région
Afrique subsaharienne							
...	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	Angola
...	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	Bénin
...	0,9	0,9	0,9	0,9	0,8	0,8	Botswana
0,0	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,3	Burkina Faso
1,5	1,0	2,5	1,0	2,5	0,9	2,4	Burundi
...	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	Cameroun
0,4	0,5	0,9	0,5	0,9	0,4	0,8	République centrafricaine
...	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	Tchad
0,5	0,4	0,9	0,4	0,9	0,3	0,8	Congo
0,4	0,5	0,8	0,5	0,8	0,4	0,8	Côte d'Ivoire
0,8	0,5	1,3	0,5	1,3	0,4	1,2	République démocratique du Congo
...	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	Djibouti
0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	Erythrée
...	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	Ethiopie
0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,2	Gabon
...	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	Gambie
...	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	Ghana
...	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	Guinée
0,1	0,3	0,4	0,3	0,4	0,3	0,4	Kenya
2,4	0,0	2,4	0,0	2,4	0,0	2,4	Lesotho
0,2	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	0,2	Libéria
1,2	0,6	1,8	0,6	1,8	0,5	1,8	Malawi
...	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	Mali
...	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	Mozambique
...	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	Namibie
...	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	Nigéria
0,0	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	Rwanda
0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	Afrique du Sud
...	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	Soudan
...	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	Swaziland
...	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	Togo
2,3	1,2	3,5	1,2	3,5	1,1	3,4	Ouganda
0,4	0,3	0,7	0,3	0,6	0,2	0,6	République-Unie de Tanzanie
1,1	0,9	2,0	0,9	2,0	0,8	1,9	Zambie
1,2	1,0	2,2	1,0	2,2	0,9	2,1	Zimbabwe
Asie							
...	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	Cambodge
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	Chine
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	Inde*
0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	Myanmar
0,6	0,3	0,9	0,3	0,9	0,3	0,8	Thaïlande
Amérique latine et Caraïbes							
0,3	0,2	0,5	0,2	0,5	0,2	0,5	Bahamas
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	Belize
...	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	Brésil
0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	République dominicaine
0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	Guyana
0,8	0,6	1,4	0,6	1,4	0,5	1,3	Haïti
...	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	Honduras
0,1	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1	0,2	Trinidad et Tobago
Régions plus développées							
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	Fédération de Russie
0,2	0,0	0,3	0,0	0,3	0,0	0,3	Etats-Unis

Tableau principal 6A:
Résumé

Estimation de l'accroissement de la charge économique et sociale dû aux décès et à la maladie liés au VIH/sida en fonction de trois cas de figure relatifs à la durée de l'incapacité de travail aux stades III et IV de l'évolution de la maladie, 50 pays, 1995

	Prévalence du VIH	Accroissement de la charge économique dû au VIH/sida						
		Trois cas de figure	Cas de figure 1		Cas de figure 2		Cas de figure 3	
		Impact dû aux décès	Impact dû à la maladie	Impact total (%)	Impact dû à la maladie	Impact total (%)	Impact dû à la maladie	Impact total (%)
	Estimation pondérée du pourcentage de personnes de 15 à 49 ans séropositives en 2003 (%)	Augmentation du taux de dépendance économique due au VIH/sida estimé pour 1995 (en %)	Augmentation additionnelle du taux de dépendance économique (estimation, en %)		Augmentation additionnelle du taux de dépendance économique (estimation, en %)		Augmentation additionnelle du taux de dépendance économique (estimation, en %)	
Total (Afrique subsaharienne, 35 pays)	7,7	0,4	0,2	0,6	0,2	0,6	0,2	0,6
Total (Asie, 5 pays)	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total (Amérique latine et Caraïbes, 8 pays)	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total (Régions plus développées, 2 pays)	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total (50 pays)	1,5	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0

* Le taux de prévalence du VIH est une estimation correspondant au milieu de l'intervalle de variation, élaborée par le BIT à partir d'une fourchette (0,4% -1,3% de niveau inférieur et supérieur respectivement) établie par l'ONUSIDA pour 2003.

... Différence non significative de zéro

Source : voir Notes techniques

Accroissement de la charge sociale dû au VIH/sida

Trois cas de figure	Cas de figure 1		Cas de figure 2		Cas de figure 3		
	Impact dû aux décès	Impact dû à la maladie	Impact total (%)	Impact dû à la maladie	Impact total (%)	Impact dû à la maladie		Impact total (%)
Augmentation du taux de dépendance due au VIH/sida estimé pour 1995 (en %)	Augmentation additionnelle dans le taux de dépendance ajusté (estimation, en %)		Augmentation additionnelle dans le taux de dépendance ajusté (estimation, en %)		Augmentation additionnelle dans le taux de dépendance ajusté (estimation, en %)		
0,1	0,3	0,4	0,3	0,4	0,2	0,4	Total (Afrique subsaharienne, 35 pays)
0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	Total (Asie, 5 pays)
0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	Total (Amérique latine et Caraïbes, 8 pays)
0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	Total (Régions plus développées, 2 pays)
0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	Total (50 pays)

Tableau principal
6B:

Projection de l'accroissement de la charge économique et sociale dû aux décès et à la maladie liés au VIH/sida en fonction de trois cas de figure relatifs à la durée de l'incapacité de travail aux stades III et IV de l'évolution de la maladie, 50 pays, 2005

Pays	Prévalence du VIH	Accroissement de la charge économique dû au VIH/sida						
		Trois cas de figure	Cas de figure 1		Cas de figure 2		Cas de figure 3	
		Impact dû aux décès	Impact dû à la maladie	Impact total (%)	Impact dû à la maladie	Impact total (%)	Impact dû à la maladie	Impact total (%)
Ordre alphabétique des pays, par région	Estimation du pourcentage de personnes de 15 à 49 ans séropositives en 2003 (%)	Augmentation du taux de dépendance économique due au VIH/sida projeté pour 2005 (en %)	Augmentation additionnelle du taux de dépendance économique (projection, en %)		Augmentation additionnelle du taux de dépendance économique (projection, en %)		Augmentation additionnelle du taux de dépendance économique (projection, en %)	
Afrique subsaharienne								
Angola	3,9	4,3	0,5	4,7	0,5	4,7	0,4	4,7
Bénin	1,9	...	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Botswana	37,3	7,6	3,4	11,3	3,4	11,3	3,0	10,8
Burkina Faso	4,2	2,1	0,8	2,9	0,8	2,8	0,7	2,8
Burundi	6,0	2,5	0,9	3,4	0,9	3,4	0,8	3,3
Cameroun	6,9	1,7	1,0	2,7	1,0	2,7	0,9	2,6
République centrafricaine	13,5	2,8	1,7	4,5	1,7	4,5	1,5	4,3
Tchad	4,8	2,5	0,4	2,9	0,4	2,9	0,4	2,9
Congo	4,9	1,9	0,9	2,8	0,9	2,8	0,8	2,7
Côte d'Ivoire	7,0	0,6	0,6	1,2	0,6	1,2	0,5	1,1
République démocratique du Congo	4,2	0,7	0,6	1,3	0,6	1,3	0,5	1,2
Djibouti	2,4	0,2	0,7	0,8	0,6	0,8	0,6	0,7
Erythrée	2,7	0,1	0,2	0,3	0,2	0,3	0,2	0,3
Ethiopie	4,4	0,5	0,7	1,2	0,7	1,2	0,7	1,1
Gabon	8,1	2,2	0,5	2,8	0,5	2,8	0,5	2,7
Gambie	1,2	1,7	0,2	1,9	0,2	1,9	0,2	1,9
Ghana	3,1	0,6	0,4	1,1	0,4	1,1	0,4	1,0
Guinée	3,2	1,6	0,2	1,8	0,2	1,8	0,2	1,8
Kenya	6,7	0,0	1,8	1,8	1,8	1,8	1,6	1,6
Lesotho	28,9	9,1	3,2	12,6	3,2	12,5	2,8	12,1
Libéria	5,9	0,3	0,5	0,8	0,5	0,8	0,4	0,8
Malawi	14,2	3,9	2,2	6,1	2,2	6,1	1,9	5,9
Mali	1,9	0,2	0,2	0,3	0,2	0,3	0,2	0,3
Mozambique	12,2	1,2	1,5	2,7	1,5	2,7	1,3	2,6
Namibie	21,3	1,5	2,2	3,7	2,2	3,7	2,0	3,5
Nigéria	5,4	3,1	0,5	3,6	0,5	3,6	0,4	3,5
Rwanda	5,1	0,4	1,4	1,8	1,4	1,8	1,2	1,6
Afrique du Sud	21,5	1,6	2,1	3,7	2,1	3,7	1,9	3,5
Soudan	2,3	0,4	0,2	0,6	0,2	0,6	0,1	0,5
Swaziland	38,8	7,4	3,3	10,9	3,3	10,9	2,9	10,5
Togo	4,1	1,1	0,6	1,8	0,6	1,7	0,6	1,7
Ouganda	4,1	0,5	0,8	1,3	0,8	1,3	0,7	1,3
République-Unie de Tanzanie	8,8	2,1	1,1	3,2	1,1	3,2	0,9	3,1
Zambie	16,5	4,8	2,9	7,8	2,9	7,7	2,5	7,4
Zimbabwe	24,6	14,0	4,6	19,2	4,5	19,1	4,0	18,5
Asie								
Cambodge	2,6	0,1	0,2	0,4	0,2	0,4	0,2	0,3
Chine	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1
Inde*	0,8	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Myanmar	1,2	0,4	0,1	0,5	0,1	0,5	0,1	0,5
Thaïlande	1,5	0,1	0,4	0,5	0,4	0,5	0,4	0,5
Amérique latine et Caraïbes								
Bahamas	3,0	0,6	0,7	1,2	0,6	1,2	0,6	1,1
Belize	2,4	0,0	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Brésil	0,7	0,2	0,1	0,3	0,1	0,3	0,1	0,3
République dominicaine	1,7	0,3	0,3	0,5	0,3	0,5	0,2	0,5
Guyana	2,5	0,4	0,3	0,7	0,3	0,7	0,3	0,7
Haïti	5,6	0,5	1,1	1,6	1,1	1,6	0,9	1,5
Honduras	1,8	0,3	0,1	0,4	0,1	0,4	0,1	0,4
Trinitad et Tobago	3,2	0,1	0,3	0,4	0,3	0,4	0,3	0,4
Régions plus développées								
Fédération de Russie	1,1	0,1	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	0,2
Etats-Unis	0,6	0,1	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	0,2

Accroissement de la charge sociale dû au VIH/sida							Pays
Trois cas de figure	Cas de figure 1		Cas de figure 2		Cas de figure 3		
Impact dû aux décès	Impact dû à la maladie	Impact total (%)	Impact dû à la maladie	Impact total (%)	Impact dû à la maladie	Impact total (%)	
Augmentation du taux de dépendance due au VIH/sida projeté pour 2005 (en %)	Augmentation additionnelle dans le taux de dépendance ajusté (projection, en %)		Augmentation additionnelle dans le taux de dépendance ajusté (projection, en %)		Augmentation additionnelle dans le taux de dépendance ajusté (projection, en %)		Ordre alphabétique des pays, par région
							Afrique subsaharienne
0,8	0,5	1,3	0,5	1,3	0,4	1,2	Angola
0,6	0,3	1,0	0,3	1,0	0,3	0,9	Bénin
6,1	4,1	10,4	4,1	10,4	3,6	9,9	Botswana
1,3	0,9	2,2	0,8	2,2	0,8	2,1	Burkina Faso
1,3	1,0	2,4	1,0	2,4	0,9	2,3	Burundi
2,0	1,2	3,2	1,2	3,2	1,1	3,0	Cameroun
4,4	2,0	6,5	2,0	6,5	1,7	6,2	République centrafricaine
...	0,5	0,5	0,5	0,5	0,4	0,4	Tchad
0,1	1,0	1,2	1,0	1,1	0,9	1,0	Congo
3,0	0,8	3,8	0,8	3,8	0,7	3,7	Côte d'Ivoire
1,7	0,7	2,4	0,7	2,4	0,6	2,3	Rép. démocratique du Congo
0,6	0,8	1,5	0,8	1,5	0,7	1,4	Djibouti
0,3	0,3	0,6	0,2	0,6	0,2	0,6	Erythrée
1,0	0,8	1,8	0,8	1,8	0,7	1,7	Ethiopie
1,4	0,6	2,0	0,6	2,0	0,5	1,9	Gabon
0,4	0,3	0,7	0,3	0,7	0,2	0,7	Gambie
0,7	0,5	1,2	0,5	1,2	0,4	1,1	Ghana
0,2	0,3	0,5	0,3	0,5	0,2	0,4	Guinée
3,6	2,0	5,8	2,0	5,7	1,8	5,5	Kenya
6,5	3,8	10,6	3,8	10,6	3,4	10,2	Lesotho
1,2	0,6	1,8	0,6	1,8	0,5	1,8	Libéria
5,6	2,3	8,0	2,3	8,0	2,1	7,8	Malawi
0,4	0,2	0,6	0,2	0,6	0,2	0,6	Mali
2,8	1,6	4,4	1,6	4,4	1,4	4,3	Mozambique
4,1	2,5	6,8	2,5	6,7	2,2	6,4	Namibie
0,8	0,6	1,4	0,6	1,4	0,5	1,3	Nigéria
2,8	1,5	4,3	1,5	4,3	1,3	4,1	Rwanda
4,6	2,9	7,6	2,9	7,6	2,5	7,2	Afrique du Sud
0,1	0,2	0,3	0,2	0,3	0,2	0,3	Soudan
5,5	4,1	9,8	4,1	9,8	3,6	9,3	Swaziland
1,2	0,8	2,0	0,8	2,0	0,7	2,0	Togo
4,1	0,8	4,9	0,8	4,9	0,7	4,8	Ouganda
2,3	1,1	3,5	1,1	3,5	1,0	3,3	République-Unie de Tanzanie
7,4	3,4	11,0	3,3	10,9	3,0	10,5	Zambie
10,1	5,1	15,7	5,1	15,7	4,5	15,1	Zimbabwe
							Asie
0,3	0,2	0,6	0,2	0,6	0,2	0,5	Cambodge
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	Chine
0,2	0,1	0,3	0,1	0,3	0,1	0,3	Inde*
0,6	0,1	0,7	0,1	0,7	0,1	0,7	Myanmar
2,1	0,5	2,6	0,5	2,6	0,5	2,6	Thaïlande
							Amérique latine et Caraïbes
2,2	0,8	2,9	0,8	2,9	0,7	2,9	Bahamas
0,4	0,2	0,7	0,2	0,7	0,2	0,6	Belize
0,4	0,1	0,4	0,1	0,4	0,1	0,5	Brésil
0,7	0,4	1,1	0,4	1,1	0,3	1,1	République dominicaine
5,1	0,5	5,6	0,5	5,6	0,4	5,5	Guyana
1,8	1,1	3,0	1,1	3,0	1,0	2,9	Haiti
0,3	0,2	0,4	0,2	0,4	0,1	0,4	Honduras
0,9	0,4	1,4	0,4	1,4	0,4	1,3	Trinidad et Tobago
							Régions plus développées
0,1	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1	0,2	Fédération de Russie
0,6	0,0	0,6	0,0	0,6	0,0	0,6	Etats-Unis

Tableau principal
6B:
Résumé

Projection de l'accroissement de la charge économique et sociale dû aux décès et à la maladie liés au VIH/sida en fonction de trois cas de figure relatifs à la durée de l'incapacité de travail aux stades III et IV de l'évolution de la maladie, 50 pays, 2005

	Prévalence du VIH	Accroissement de la charge économique dû au VIH/sida						
		Trois cas de figure	Cas de figure 1		Cas de figure 2		Cas de figure 3	
		Impact dû aux décès	Impact dû à la maladie	Impact total (%)	Impact dû à la maladie	Impact total (%)	Impact dû à la maladie	Impact total (%)
	Estimation pondérée du pourcentage de personnes de 15 à 49 ans séropositives en 2003 (%)	Augmentation du taux de dépendance économique due au VIH/sida projeté pour 2005 (en %)	Augmentation additionnelle du taux de dépendance économique (projection, en %)		Augmentation additionnelle du taux de dépendance économique (projection, en %)		Augmentation additionnelle du taux de dépendance économique (projection, en %)	
Total (Afrique subsaharienne, 35 pays)	7,7	2,5	1,0	3,5	1,0	3,5	0,9	3,4
Total (Asie, 5 pays)	0,4	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1
Total (Amérique latine et Caraïbes, 8 pays)	1,0	0,3	0,1	0,4	0,1	0,4	0,1	0,4
Total (Régions plus développées, 2 pays)	0,8	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1
Total (50 pays)	1,5	0,2	0,2	0,4	0,2	0,4	0,2	0,4

* Le taux de prévalence du VIH est une estimation correspondant au milieu de l'intervalle de variation, élaborée par le BIT à partir d'une fourchette (0, 4% -1,3% de niveau inférieur et supérieur respectivement) établie par l'ONUSIDA pour 2003.

... Différence non significative de zéro

Source : voir Notes techniques

Accroissement de la charge sociale dû au VIH/sida

Trois cas de figure	Cas de figure 1		Cas de figure 2		Cas de figure 3		
	Impact dû aux décès	Impact dû à la maladie	Impact total (%)	Impact dû à la maladie	Impact total (%)	Impact dû à la maladie		Impact total (%)
Augmentation du taux de dépendance due au VIH/sida projeté pour 2005 (en %)	Augmentation additionnelle dans le taux de dépendance ajusté (projection, en %)		Augmentation additionnelle dans le taux de dépendance ajusté (projection, en %)		Augmentation additionnelle dans le taux de dépendance ajusté (projection, en %)		
2,1	1,1	3,2	1,1	3,2	1,0	3,1	Total (Afrique subsaharienne, 35 pays)
0,1	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1	0,2	Total (Asie, 5 pays)
0,5	0,1	0,6	0,1	0,6	0,1	0,6	Total (Amérique latine et Caraïbes, 8 pays)
0,3	0,0	0,3	0,0	0,3	0,0	0,3	Total (Régions plus développées, 2 pays)
0,1	0,3	0,4	0,3	0,4	0,2	0,3	Total (50 pays)

Projection de l'accroissement de la charge économique et sociale dû aux décès et à la maladie liés au VIH/sida en fonction de trois cas de figure relatifs à la durée de l'incapacité de travail aux stades III et IV de l'évolution de la maladie, 50 pays, 2015

Pays	Prévalence du VIH	Accroissement de la charge économique dû au VIH/sida						
		Trois cas de figure	Cas de figure 1		Cas de figure 2		Cas de figure 3	
		Impact dû aux décès	Impact dû à la maladie	Impact total (%)	Impact dû à la maladie	Impact total (%)	Impact dû à la maladie	Impact total (%)
Ordre alphabétique des pays, par région	Estimation du pourcentage de personnes de 15 à 49 ans séropositives en 2003 (%)	Augmentation du taux de dépendance économique due au VIH/sida projeté pour 2015 (en %)	Augmentation additionnelle du taux de dépendance économique (projection, en %)		Augmentation additionnelle du taux de dépendance économique (projection, en %)		Augmentation additionnelle du taux de dépendance économique (projection, en %)	
Afrique subsaharienne								
Angola	3,9	4,5	0,7	5,2	0,7	5,2	0,6	5,1
Bénin	1,9	0,7	0,5	1,2	0,5	1,2	0,4	1,1
Botswana	37,3	10,2	5,6	16,3	5,5	16,3	4,9	15,6
Burkina Faso	4,2	2,5	0,7	3,2	0,7	3,2	0,6	3,1
Burundi	6,0	1,8	1,2	2,9	1,2	2,9	1,0	2,8
Cameroun	6,9	3,8	1,5	5,4	1,5	5,4	1,4	5,2
République centrafricaine	13,5	7,3	1,6	9,0	1,6	9,0	1,4	8,8
Tchad	4,8	5,8	0,4	6,2	0,4	6,2	0,3	6,2
Congo	4,9	3,0	0,8	3,8	0,8	3,8	0,7	3,7
Côte d'Ivoire	7,0	4,2	0,8	5,1	0,8	5,1	0,7	5,0
République démocratique du Congo	4,2	2,0	0,5	2,5	0,5	2,5	0,5	2,4
Djibouti	2,4	0,6	0,9	1,5	0,9	1,5	0,8	1,4
Erythrée	2,7	0,5	0,4	0,9	0,4	0,9	0,3	0,9
Ethiopie	4,4	2,3	0,8	3,1	0,8	3,1	0,7	3,0
Gabon	8,1	3,6	0,5	4,1	0,5	4,1	0,4	4,1
Gambie	1,2	2,6	0,2	2,8	0,2	2,8	0,2	2,8
Ghana	3,1	1,4	0,4	1,9	0,4	1,9	0,4	1,8
Guinée	3,2	3,5	0,2	3,7	0,2	3,7	0,2	3,7
Kenya	6,7	0,8	2,3	3,1	2,2	3,1	2,0	2,8
Lesotho	28,9	16,2	3,9	20,7	3,9	20,7	3,5	20,2
Libéria	5,9	1,8	0,7	2,5	0,7	2,5	0,6	2,4
Malawi	14,2	9,3	2,1	11,6	2,0	11,6	1,8	11,3
Mali	1,9	0,8	0,2	1,0	0,2	1,0	0,2	1,0
Mozambique	12,2	4,9	1,7	6,7	1,7	6,7	1,5	6,5
Namibie	21,3	9,9	2,9	13,1	2,9	13,1	2,6	12,7
Nigéria	5,4	3,7	0,7	4,4	0,7	4,4	0,6	4,3
Rwanda	5,1	1,7	1,1	2,8	1,1	2,7	0,9	2,6
Afrique du Sud	21,5	9,3	3,3	12,9	3,3	12,9	2,9	12,5
Soudan	2,3	1,4	0,3	1,7	0,3	1,7	0,3	1,7
Swaziland	38,8	18,0	4,2	23,0	4,2	22,9	3,7	22,4
Togo	4,1	2,2	0,7	2,9	0,7	2,9	0,6	2,8
Ouganda	4,1	1,3	0,3	1,7	0,3	1,7	0,3	1,6
République-Unie de Tanzanie	8,8	6,5	0,8	7,4	0,8	7,4	0,7	7,3
Zambie	16,5	8,5	2,5	11,2	2,4	11,2	2,2	10,9
Zimbabwe	24,6	24,7	5,2	31,2	5,2	31,1	4,6	30,4
Asie								
Cambodge	2,6	0,8	0,4	1,3	0,4	1,3	0,4	1,2
Chine	0,1	0,5	0,2	0,7	0,2	0,7	0,1	0,7
Inde*	0,8	0,7	0,2	0,9	0,2	0,9	0,2	0,9
Myanmar	1,2	2,8	0,3	3,1	0,3	3,0	0,2	3,0
Thaïlande	1,5	1,4	0,2	1,6	0,2	1,6	0,2	1,6
Amérique latine et Caraïbes								
Bahamas	3,0	1,8	0,7	2,4	0,7	2,4	0,6	2,4
Belize	2,4	1,1	0,3	1,3	0,3	1,3	0,2	1,3
Bésil	0,7	1,5	0,1	1,6	0,1	1,6	0,1	1,6
République dominicaine	1,7	0,5	0,4	1,0	0,4	1,0	0,4	0,9
Guyana	2,5	1,5	0,5	2,0	0,5	2,0	0,4	2,0
Haiti	5,6	1,4	1,1	2,5	1,1	2,4	0,9	2,3
Honduras	1,8	1,6	0,3	1,9	0,3	1,9	0,3	1,9
Trinidad et Tobago	3,2	0,7	0,6	1,3	0,6	1,3	0,5	1,3
Régions plus développées								
Fédération de Russie	1,1	0,6	0,2	0,8	0,2	0,8	0,2	0,8
Etats-Unis	0,6	0,7	0,0	0,7	0,0	0,7	0,0	0,7

Accroissement de la charge sociale dû au VIH/sida							Pays
Trois cas de figure	Cas de figure 1		Cas de figure 2		Cas de figure 3		
Impact dû aux décès	Impact dû à la maladie	Impact total (%)	Impact dû à la maladie	Impact total (%)	Impact dû à la maladie	Impact total (%)	
Augmentation du taux de dépendance due au VIH/sida projeté pour 2015 (en %)	Augmentation additionnelle dans le taux de dépendance ajusté (projection, en %)		Augmentation additionnelle dans le taux de dépendance ajusté (projection, en %)		Augmentation additionnelle dans le taux de dépendance ajusté (projection, en %)		Ordre alphabétique des pays, par région
							Afrique subsaharienne
2,2	0,8	3,0	0,8	3,0	0,7	2,9	Angola
1,3	0,5	1,8	0,5	1,8	0,4	1,7	Bénin
19,1	7,0	27,4	6,9	27,3	6,1	26,4	Botswana
2,6	0,7	3,4	0,7	3,4	0,6	3,3	Burkina Faso
4,1	1,3	5,5	1,2	5,4	1,1	5,3	Burundi
5,4	2,0	7,5	2,0	7,5	1,8	7,3	Cameroun
8,1	1,9	10,1	1,9	10,1	1,7	9,9	République centrafricaine
0,6	0,4	1,0	0,4	1,0	0,4	0,9	Tchad
2,1	0,9	3,1	0,9	3,1	0,8	3,0	Congo
5,5	1,1	6,6	1,0	6,6	0,9	6,4	Côte d'Ivoire
2,6	0,6	3,2	0,6	3,2	0,6	3,1	République démocratique du Congo
2,1	1,2	3,3	1,2	3,3	1,1	3,2	Djibouti
1,0	0,5	1,5	0,4	1,5	0,4	1,4	Erythrée
2,2	0,9	3,1	0,9	3,1	0,8	3,0	Ethiopie
2,3	0,6	2,9	0,6	2,9	0,5	2,8	Gabon
0,8	0,2	1,1	0,2	1,1	0,2	1,0	Gambie
1,4	0,5	1,9	0,5	1,9	0,4	1,8	Ghana
0,6	0,2	0,8	0,2	0,8	0,2	0,8	Guinée
8,0	2,6	10,8	2,6	10,8	2,3	10,5	Kenya
16,9	5,1	22,9	5,1	22,8	4,5	22,2	Lesotho
2,4	0,9	3,3	0,9	3,3	0,8	3,2	Libéria
9,6	2,2	12,0	2,2	12,0	2,0	11,8	Malawi
0,6	0,2	0,8	0,2	0,8	0,2	0,8	Mali
4,8	1,8	6,8	1,8	6,7	1,6	6,5	Mozambique
9,0	3,6	12,9	3,6	12,9	3,2	12,4	Namibie
2,2	0,9	3,2	0,9	3,2	0,8	3,1	Nigéria
3,9	1,2	5,1	1,1	5,1	1,0	5,0	Rwanda
13,4	4,9	18,9	4,8	18,9	4,3	18,3	Afrique du Sud
0,7	0,5	1,2	0,5	1,2	0,4	1,2	Soudan
13,9	5,7	20,4	5,7	20,4	5,0	19,7	Swaziland
2,5	0,9	3,4	0,9	3,4	0,8	3,3	Togo
4,1	0,3	4,5	0,3	4,5	0,3	4,4	Ouganda
4,0	0,9	5,0	0,9	5,0	0,8	4,9	République-Unie de Tanzanie
12,6	2,9	15,9	2,9	15,9	2,6	15,5	Zambie
23,5	6,0	30,9	5,9	30,9	5,3	30,0	Zimbabwe
							Asie
1,2	0,5	1,7	0,5	1,7	0,4	1,6	Cambodge
0,3	0,2	0,5	0,2	0,5	0,2	0,5	Chine
0,8	0,3	1,1	0,3	1,1	0,3	1,0	Inde*
2,0	0,3	2,3	0,3	2,3	0,3	2,2	Myanmar
2,5	0,3	2,7	0,3	2,7	0,2	2,7	Thaïlande
							Amérique latine et Caraïbes
4,0	0,8	4,8	0,8	4,8	0,8	4,7	Bahamas
1,3	0,4	1,7	0,4	1,7	0,4	1,6	Belize
0,7	0,1	0,8	0,1	0,8	0,1	0,8	Brésil
2,3	0,6	2,9	0,6	2,9	0,6	2,8	République dominicaine
8,2	0,8	9,0	0,7	9,0	0,7	8,9	Guyana
4,0	1,2	5,2	1,2	5,2	1,1	5,1	Haïti
1,1	0,4	1,5	0,4	1,5	0,4	1,4	Honduras
2,7	1,0	3,7	1,0	3,7	0,8	3,6	Trinidad et Tobago
							Régions plus développées
1,3	0,3	1,6	0,3	1,6	0,2	1,6	Fédération de Russie
0,8	0,0	0,8	0,0	0,8	0,0	0,8	Etats-Unis

Tableau principal 6C:
Résumé

Projection de l'accroissement de la charge économique et sociale dû aux décès et à la maladie liés au VIH/sida en fonction de trois cas de figure relatifs à la durée de l'incapacité de travail aux stades III et IV de l'évolution de la maladie, 50 pays, 2015

	Prévalence du VIH	Accroissement de la charge économique dû au VIH/sida						
		Trois cas de figure	Cas de figure 1		Cas de figure 2		Cas de figure 3	
		Impact dû aux décès	Impact dû à la maladie	Impact total (%)	Impact dû à la maladie	Impact total (%)	Impact dû à la maladie	Impact total (%)
	Estimation pondérée du pourcentage de personnes de 15 à 49 ans séropositives en 2003 (%)	Augmentation du taux de dépendance économique due au VIH/sida projeté pour 2015 (en %)	Augmentation additionnelle du taux de dépendance économique (projection, en %)		Augmentation additionnelle du taux de dépendance économique (projection, en %)		Augmentation additionnelle du taux de dépendance économique (projection, en %)	
Total (Afrique subsaharienne, 35 pays)	7,7	4,2	1,0	5,3	1,0	5,3	0,9	5,1
Total (Asie, 5 pays)	0,4	0,7	0,2	0,8	0,2	0,8	0,2	0,8
Total (Amérique latine et Caraïbes, 8 pays)	1,0	1,5	0,1	1,6	0,1	1,6	0,1	1,6
Total (Régions plus développées, 2 pays)	0,8	0,6	0,1	0,7	0,1	0,7	0,1	0,7
Total (50 pays)	1,5	0,7	0,3	1,0	0,3	1,0	0,3	0,9

* Le taux de prévalence du VIH est une estimation correspondant au milieu de l'intervalle de variation, élaborée par le BIT à partir d'une fourchette (0,4% -1,3% de niveau inférieur et supérieur respectivement) établie par l'ONUSIDA pour 2003.

Source : voir Notes techniques

Accroissement de la charge sociale dû au VIH/sida

Trois cas de figure	Cas de figure 1		Cas de figure 2		Cas de figure 3		
	Impact dû à la maladie	Impact total (%)	Impact dû à la maladie	Impact total (%)	Impact dû à la maladie	Impact total (%)	
Impact dû aux décès	Impact dû à la maladie	Impact total (%)	Impact dû à la maladie	Impact total (%)	Impact dû à la maladie	Impact total (%)	
Augmentation du taux de dépendance due au VIH/sida projeté pour 2015 (en %)	Augmentation additionnelle dans le taux de dépendance ajusté (projection, en %)		Augmentation additionnelle dans le taux de dépendance ajusté (projection, en %)		Augmentation additionnelle dans le taux de dépendance ajusté (projection, en %)		
4,5	1,3	5,8	1,3	5,8	1,1	5,7	Total (Afrique subsaharienne, 35 pays)
0,6	0,2	0,8	0,2	0,8	0,2	0,8	Total (Asie, 5 pays)
0,9	0,2	1,1	0,2	1,1	0,2	1,1	Total (Amérique latine et Caraïbes, 8 pays)
1,0	0,1	1,1	0,1	1,1	0,1	1,1	Total (Régions plus développées, 2 pays)
0,6	0,4	1,1	0,4	1,1	0,4	1,0	Total (50 pays)