ACADEMIE ROYALE
DES SCIENCES
D'OUTRE-MER

Sous la Haute Protection du Roi

ISSN 0001-4176

Nouvelle Série
Nieuwe Reeks

41

Année
Jaargang 1995

Supplément n° 1
Supplement nr. 1

BULLETIN DES SEANCES

SIDA et développement en Afrique
Publication à l'occasion de l'attribution du
Prix International Roi Baudouin pour le Développement à
The Aids Support Organization (TASO)
(Bruxelles, le 22 mars 1995)

AIDS en ontwikkeling in Afrika
Publicatie ter gelegenheid van de toekenning van de
Internationale Koning Boudewijnprijs voor Ontwikkelingswerk aan
The Aids Support Organization (TASO)
(Brussel, 22 maart 1995)

KONINKLIJKE ACADEMIE
VOOR OVERZEESE
WETENSCHAPPEN

Onder de Hoge Bescherming van de Koning

MEDEDELINGEN DER ZITTINGEN

Avis aux auteurs

L'Académie publie les études dont la valeur scientifique a été reconnue par la Classe intéressée.

Les travaux de moins de 32 pages sont publiés dans le *Bulletin des Séances*, tandis que les travaux plus importants peuvent prendre place dans la collection des *Mémoires*.

Les manuscrits doivent être adressés au secrétariat, rue Defacqz 1, boîte 3, 1000 Bruxelles. Ils seront conformes aux instructions aux auteurs pour la présentation des manuscrits dont le tirage à part peut être obtenu au secrétariat sur simple demande.

Les textes publiés par l'Académie n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs.

Bericht aan de auteurs

De Academie geeft de studies uit waarvan de wetenschappelijke waarde door de betrokken Klasse erkend werd.

De werken die minder dan 32 bladzijden beslaan worden in de *Mededelingen der Zittingen* gepubliceerd, terwijl omvangrijkere werken in de verzameling der *Verhandelingen* kunnen opgenomen worden.

De handschriften dienen gestuurd te worden naar het secretariaat, Defacqzstraat 1, bus 3, 1000 Brussel. Ze moeten conform zijn aan de aanwijzingen aan de auteurs voor het voorstellen van de handschriften. Overdrukken hiervan kunnen op eenvoudige aanvraag bij het secretariaat bekomen worden.

De teksten door de Academie gepubliceerd verbinden slechts de verantwoordelijkheid van hun auteurs.

Abonnement 1995 (4 num. + suppl.) : 2 650 BEF

rue Defacqz 1 boîte 3
B-1000 Bruxelles (Belgique)
Compte bancaire 603-1415389-09
de l'Académie

Defacqzstraat 1 bus 3
B-1000 Brussel (België)
Bankrekening 603-1415389-09
van de Academie

ACADEMIE ROYALE
DES SCIENCES
D'OUTRE-MER

Sous la Haute Protection du Roi

ISSN 0001-4176

Nouvelle Série
Nieuwe Reeks

41

Année
Jaargang 1995

Supplément n° 1
Supplement nr. 1

BULLETIN DES SEANCES

SIDA et développement en Afrique
Publication à l'occasion de l'attribution du
Prix International Roi Baudouin pour le Développement à
The Aids Support Organization (TASO)
(Bruxelles, le 22 mars 1995)

AIDS en ontwikkeling in Afrika
Publicatie ter gelegenheid van de toekenning van de
Internationale Koning Boudewijnprijs voor Ontwikkelingswerk aan
The Aids Support Organization (TASO)
(Brussel, 22 maart 1995)

KONINKLIJKE ACADEMIE
VOOR OVERZEESE
WETENSCHAPPEN

Onder de Hoge Bescherming van de Koning

MEDEDELINGEN DER ZITTINGEN

TABLE DES MATIERES - INHOUDSTAFEL

Avant-propos / Woord vooraf / Foreword ..... 5 ; 6 ; 7
P. Piot. — Introduction / Inleiding / Introduction ..... 9 ; 11 ; 13
M. Lechat. — TASO - Laureate of the King Baudouin International Development Prize 1994 15
Y. Verhasselt. — The Aids Support Organization 21
M. Laga & A. Buve. — Socio-economische aspecten van de AIDS-epidemie in Afrika 27
P. Bouvier. — Les conséquences du SIDA sur les structures socio-parentales en Afrique subsaharienne 39
G. Carrin. — De economische effecten van HIV/AIDS op de gezinshuishouding in ruraal Subsaharisch Afrika. Een verkenning 55
J.-M. Amat-Roze. — Entre développement et sous-développement, l'infection à VIH et le SIDA en Afrique subsaharienne 79

Avant-propos

Le Prix International Roi Baudouin pour le Développement est attribué tous les deux ans. Depuis le début, une collaboration fructueuse s'est établie entre la Fondation Roi Baudouin et l'Académie Royale des Sciences d'Outre-Mer. Nous sommes particulièrement heureux de pouvoir poursuivre cette tradition.

Le Prix 1994 a été attribué à TASO (The Aids Support Organization). Cette organisation œuvre en Ouganda afin d'endiguer le drame du SIDA, non seulement en soutenant les victimes (appelées «clients») sur le plan médical, social et psychologique et en propageant la prévention, mais aussi en stimulant une attitude positive et en intégrant les communautés locales.

La cérémonie officielle de la remise du prix eut lieu au Palais Royal le 22 mars 1995 en présence du Roi, de la Reine et de la Reine Fabiola.

Le SIDA est devenu une pandémie, qui affecte le plus les pays en développement, et particulièrement l'Afrique (où l'Ouganda est fortement atteint). Les relations entre le SIDA et le développement sont très complexes. D'une part, le SIDA constitue une menace pour le développement ; d'autre part, pauvreté et sous-développement facilitent la diffusion de la maladie. Dans cet ouvrage, divers aspects des relations entre SIDA et développement en Afrique sont analysés par des spécialistes. Nous les remercions vivement de leur contribution.

La présente publication a pu être réalisée grâce au soutien de la Fondation Roi Baudouin. Par cette voie, nous tenons à lui exprimer toute notre reconnaissance.

Y. Verhasselt
Secrétaire perpétuelle
de l'Académie Royale
des Sciences d'Outre-Mer

Woord vooraf

De Internationale Koning Boudewijnprijs voor Ontwikkelingswerk wordt om de twee jaar toegekend sinds 1980. Vanaf het begin is een vruchtbare samenwerking tot stand gekomen tussen de Koning Boudewijnstichting en de Koninklijke Academie voor Overzeese Wetenschappen. Wij waarderen ten zeerste deze traditie te kunnen verderzetten.

De Prijs 1994 werd toegekend aan TASO (The Aids Support Organization). Deze vereniging tracht in Oeganda het AIDS-drama in te dijken niet alleen door de slachtoffers („cliënten" genoemd) medisch, sociaal en psychologisch te begeleiden en voorlichting te verschaffen, maar ook door een positieve houding aan te moedigen en de lokale gemeenschappen in te schakelen.

De officiële prijsuitreiking vond plaats in het Koninklijk Paleis op 22 maart 1995 in aanwezigheid van de Koning, de Koningin en Koningin Fabiola.

AIDS is een pandemie die voornamelijk de ontwikkelingslanden treft en in het bijzonder Afrika (vooral Oeganda). De betrekkingen tussen AIDS en ontwikkeling zijn zeer complex. Enerzijds betekent AIDS een bedreiging voor de ontwikkeling ; anderzijds wordt de spreiding van de ziekte vergemakkelijkt door armoede en onderontwikkeling. In dit werk worden door specialisten verschillende aspecten geanalyseerd van de betrekkingen tussen AIDS en ontwikkeling. Wij zijn hen bijzonder dankbaar voor hun gewaardeerde bijdrage.

Deze publicatie werd verwezenlijkt dankzij de steun van de Koning Boudewijnstichting. Wij wensen hiervoor onze erkentelijkheid te betuigen.

Y. VERHASSELT
Vast Secretaris
van de Koninklijke Academie
voor Overzeese Wetenschappen

Foreword

The King Baudouin International Prize for Development is awarded every two years. Since the very beginning a fruitful cooperation has developed between the King Baudouin Foundation and the Royal Academy of Overseas Sciences. We feel particularly happy to keep up this custom.

The 1994 Prize was awarded to TASO (The Aids Support Organization). This organization is operating in Uganda in order to counter the dramatic effects of AIDS not only by supporting the victims (called "clients") medically, socially and psychologically and by spreading preventive measures, but also by stimulating positive attitudes and by integrating local communities.

The official ceremony of the prize-award took place in the "Palais Royal" on 22nd March 1995 before the King, the Queen and the Queen Fabiola.

AIDS has become a pandemic, which strikes mostly developing countries and particularly Africa (Uganda is highly affected). The connections between AIDS and development are intricate. On the one hand, AIDS is a threat for development and on the other hand poverty and underdevelopment contribute to the diffusion of the disease. In this work, various aspects of the connections between AIDS and development in Africa are analysed by specialists. We thank them very much for their participation.

Thanks to the support of the King Baudouin Foundation, the present publication could be achieved. Through this way we would like to express our full acknowledgements.

Y. VERHASSELT
Permanent Secretary
of the Royal Academy
of Overseas Sciences

Bull. Séanc. Acad. r. Sci. Outre-Mer
Meded. Zitt. K. Acad. overzeese Wet.
41 (1995, Suppl. 1) : 9-10

Introduction

par

P. Piot *

Depuis presque vingt ans maintenant, un certain nombre de pays d'Afrique sont confrontés à l'infection par le VIH, épidémie occultée d'abord, nouvelle maladie ensuite, véritable calamité actuellement. Il est aujourd'hui évident que l'épidémie du SIDA ne sera pas éradiquée aussi vite qu'elle est apparue, comme un voleur dans la nuit. L'épidémie du SIDA, à l'inverse de celle du virus d'Ebola, n'a pas été un coup de massue, mais fera sans nul doute partie, pour très longtemps encore, peut-être définitivement, de la condition humaine, non seulement en Afrique, mais dans le monde entier.

Plus de quinze millions d'hommes, de femmes et d'enfants vivent aujourd'hui infectés par le VIH ; chaque jour, sept mille cinq cents personnes sont contaminées. Près de cinq millions de gens souffrent du SIDA ou sont décédés des suites du SIDA entre-temps, et l'Organisation Mondiale de la Santé estime que d'ici à l'an 2000, il y aura jusqu'à dix millions d'orphelins, conséquence de la mort de leurs parents du SIDA.

Les retombées économiques de l'épidémie du SIDA sont aussi perceptibles actuellement dans les pays les plus affectés, presque tous en Afrique. La raison principale en est que le groupe le plus contaminé est celui des jeunes adultes, sur lequel précisément la société compte pour la production et le développement. Ce sont eux aussi qui produisent la nourriture, qui travaillent dans les mines et les usines, qui dirigent les écoles et les hôpitaux, et même qui gouvernent le pays... Pour chaque personne atteinte du SIDA, encore un plus grand nombre de gens sont, directement ou indirectement, frappés et entraînés dans une spirale de destruction : dans la famille, au travail ou dans le voisinage. L'amélioration de la santé des enfants, si péniblement obtenue, est à présent inexistante dans un nombre croissant de pays. Bref, et comme cet ouvrage l'illustre amplement, le SIDA menace le développement même d'un continent qui compte plus qu'assez de problèmes.

Depuis que le SIDA a été pour la première fois décrit aux Etats-Unis en 1981, nous avons acquis beaucoup d'expérience sur nos réactions à cette nouvelle épidémie. Tout d'abord, nous avons appris que le SIDA fera partie, pour de nombreuses années encore, de notre vie, et surtout qu'il n'existe aucune

* Membre de l'Académie, Directeur exécutif «Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA» (ONUSIDA), CH-1211 Genève 27 (Suisse).

solution simple et unilatérale, que ce soit concernant un médicament ou un vaccin ou concernant un changement d'attitude. Néanmoins, la leçon la plus importante est peut-être que la prévention du SIDA est possible (ce qui n'était pas du tout évident voici dix ans).

Lorsqu'un certain nombre de conditions sont réunies, la propagation du virus peut être endiguée, comme cela a été démontré dans beaucoup d'endroits en Afrique. Il s'agit ici en général de projets qui déploient des approches multiples et qui sont solidement enracinés dans la population. Un climat de soutien politique et social est essentiel. En outre, il s'est avéré possible d'atténuer les souffrances des patients infectés par le VIH et des autres ayant développé le SIDA, principalement par des soins et un accompagnement appropriés, mais souvent aussi grâce à une organisation autonome et la mobilisation de la communauté entière. De cette dernière, «The AIDS Support Organization» (TASO), sous la conduite énergique de Noerine Kaleeba, est assurément le pionnier. Mais il faut aussi convenir que les succès remportés n'ont généralement eu qu'une influence locale et qu'il est à présent plus que nécessaire d'appliquer ces projets à grande échelle.

Peut-être est-ce la tendance quasi universelle à nier et pour ainsi dire à masquer la menace du SIDA qui est le plus gros problème. Cet état de négation reste un obstacle majeur à l'engagement politique dans la lutte contre le SIDA. Sans un tel engagement, les indispensables programmes à grande échelle sur le SIDA ne recevront que peu ou pas d'appui et la communication ouverte sur le SIDA sera difficile, voire impossible.

J'espère que l'attribution du Prix International Roi Baudouin pour le Développement 1994 à TASO stimulera la lutte contre le SIDA en Afrique et que cette publication contribuera à faire mieux prendre conscience de l'importance de l'épidémie du SIDA pour le développement de l'Afrique et des autres parties du Tiers-Monde, en particulier chez tous ceux qui sont impliqués dans la coopération au développement.

Bull. Séanc. Acad. r. Sci. Outre-Mer
Meded. Zitt. K. Acad. overzeese Wet.
41 (1995, Suppl. 1) : 11-12

Inleiding

door

P. Piot *

Een aantal Afrikaanse landen wordt nu al bijna twintig jaar geconfronteerd met HIV-infectie, eerst als stille epidemie, vervolgens als nieuwe ziekte, en nu als een ware ramp. Het is nu duidelijk dat de AIDS-epidemie niet even snel zal verdwijnen als ze gekomen is, als een dief in de nacht. De AIDS-epidemie is geen opstoot zoals de Ebola-virus-epidemie, maar zal ongetwijfeld nog voor zeer lang, misschien voor goed, behoren tot de *condition humaine*, niet alleen in Afrika, maar over de gehele wereld.

Meer dan vijftien miljoen mannen, vrouwen en kinderen leven vandaag met HIV-infectie, en elke dag worden nog eens zevenduizend vijfhonderd mensen besmet. Bijna vijf miljoen mensen hebben AIDS of zijn ondertussen aan AIDS gestorven, en de Wereldgezondheidsorganisatie schat dat er tegen het jaar 2000 tot tien miljoen wezen zullen zijn ten gevolge van AIDS bij hun ouders.

De economische gevolgen van de AIDS-epidemie worden nu ook zichtbaar in de ergst getroffen landen — bijna alle in Afrika. Dit is in de eerste plaats het geval omdat het vooral jonge volwassenen zijn die worden besmet, juist deze groep op wie de maatschappij rekent voor productie en ontwikkeling. Het zijn ook diegenen die voedsel produceren, in de mijnen en fabrieken werken, scholen en ziekenhuizen beheren, en zelfs het land leiden... Voor elke persoon met AIDS wordt nog een groter aantal mensen, rechtstreeks of onrechtstreeks, getroffen en meegesleurd in een spiraal van destructie : in de familie, op het werk of in het dorp of de stadsbuurt. De zo moeizaam verworven verbetering van de gezondheid van kinderen is in een stijgend aantal landen ongedaan gemaakt. Kort samengevat — en zoals dit boek uitvoerig illustreert —, bedreigt AIDS de ontwikkeling zelf van een continent dat al meer dan genoeg problemen heeft.

Sinds AIDS in 1981 voor het eerst beschreven werd in de Verenigde Staten hebben we heel wat ervaring opgedaan met onze reactie op deze nieuwe epidemie. We hebben in de eerste plaats geleerd dat AIDS nog vele jaren een deel van ons leven zal zijn en vooral dat er geen eenvoudige en eenzijdige oplossingen bestaan, noch qua medicatie en vaccin, noch qua gedragsveran-

* Lid van de Academie, Executief Directeur „Joint United Nations Programme on AIDS" (UNAIDS), CH-1211 Geneva 27 (Switzerland).

dering. Nochtans is de belangrijkste les misschien dat AIDS-preventie mogelijk is (dat was tien jaar geleden helemaal niet duidelijk).

Als aan een aantal voorwaarden voldaan is, kan de verspreiding van het virus ingedijkt worden, zoals aangetoond op vele plaatsen in Afrika. Meestal gaat het hier om projecten die multipele benaderingen gebruiken en stevige wortels hebben in de bevolking. Een ondersteunend politiek en sociaal klimaat is essentieel. Bovendien is het ook mogelijk gebleken om het lijden van met HIV-besmetten en AIDS-patiënten te verzachten, in de eerste plaats door aangepaste zorg en begeleiding, maar vaak ook door zelforganisatie en de mobilisatie van de hele gemeenschap. Van dit laatste is „The AIDS Support Organization" (TASO), onder de bezielende leiding van Noerine Kaleeba, ongetwijfeld de pionier. Maar het is ook een feit dat deze successen meestal maar een lokale invloed hadden en dat er een grote nood is om deze projecten nu op grote schaal uit te voeren.

Misschien is de vrijwel universele neiging om de bedreiging van AIDS te ontkennen en als het ware weg te wensen nog het grootste probleem. Deze staat van ontkenning blijft een geweldige hinderpaal voor politiek engagement bij de bestrijding van AIDS. Zonder dit engagement, krijgen de broodnodige, grootschalige AIDS-programma's geen of onvoldoende steun en is open communicatie over AIDS moeilijk tot onmogelijk.

Ik hoop dat de toekenning van de Internationale Koning Boudewijn Prijs voor Ontwikkelingswerk 1994 aan TASO de AIDS-bestrijding in Afrika zal stimuleren en dat deze publicatie zal bijdragen tot een beter inzicht in het belang van de AIDS-epidemie voor de ontwikkeling van Afrika en andere delen van de Derde Wereld, in het bijzonder bij al wie betrokken is bij ontwikkelingswerk.

Bull. Séanc. Acad. r. Sci. Outre-Mer
Meded. Zitt. K. Acad. overzeese Wet.
41 (1995, Suppl. 1) : 13-14

Introduction

by

P. PIOT *

For almost twenty years now, a number of African countries have been faced with HIV infection, first a secret epidemic, then a new illness, now a real disaster. Today it is obvious that the AIDS epidemic will not vanish as quickly as it appeared, like a thief in the night. Unlike the Ebola virus epidemic, the AIDS epidemic is not a knockdown blow, but will undoubtedly be part, for a very long time, maybe forever, of the *condition humaine*, not only in Africa, but all over the world.

Today more than fifteen million men, women and children are living with HIV infection ; every day another seven thousand five hundred people are infected. Nearly five million people are suffering from AIDS or have died of AIDS in the meantime, and the World Health Organization considers that by the year 2000 there will be up to ten million orphans because of their parents' decease from AIDS.

The economic consequences of the AIDS epidemic are now also felt in the most stricken countries, almost all in Africa. This is in the first place due to the fact that young adults are most infected, precisely the group which society relies on for production and development. They are also the ones who provide food, work in pits and factories, run schools and hospitals, and even rule the country... For each person with AIDS, a larger number of people are, directly or indirectly, affected and driven into a spiral of destruction : among the family, at work or in the neighbourhood. The improvement in children's health, achieved with so much difficulty, is absent in an increasing number of countries. In short, and as is fully shown in this book, AIDS is threatening the very development of a continent which has already more than enough problems.

Since AIDS was described for the first time in the United States in 1981, we have gained a lot of experience about our reactions to this new epidemic. First of all, we have learned that AIDS will be part of our life for many years, and above all that there is no simple and unilateral solution, neither concerning medication or vaccine, nor concerning a change of attitude. Never-

* Member of the Academy, Executive Director Joint United Nations Programme on AIDS (UNAIDS), CH-1211 Geneva 27 (Switzerland).

theless, the most important lesson is perhaps that AIDS prevention is possible (this was not at all obvious ten years ago). When a number of conditions are present, the spreading of the virus can be restrained, as shown in many places in Africa. Here we generally deal with schemes which display numerous approaches and which are deeply rooted among the population. A supporting political and social climate is essential. Moreover, it has also proved possible to alleviate the pain of HIV-infected and AIDS patients, mainly through a proper treatment and support, but often as well through self-organization and the mobilization of the whole community, among which "The AIDS Support Organization" (TASO), under the invigorating leadership of Noerine Kaleeba, is certainly the pioneer. However, it is true that this success had a local influence mostly and that the schemes urgently need applying on a large scale.

But the biggest problem is perhaps the almost universal tendency to deny and as it were to hide away the AIDS threat. This state of denial remains a major obstacle to the political commitment for the struggle against AIDS. Without such a commitment, the necessary large-scale AIDS programmes will get insufficient or no support at all and open communication about AIDS will be difficult or even impossible.

I hope that the "King Baudouin International Development Prize" awarded to TASO will stimulate the fight against AIDS in Africa and that this publication will contribute to a better awareness of the importance of the AIDS epidemic for the development of Africa and other parts of the Third World, especially to those who are involved in development cooperation.

Bull. Séanc. Acad. r. Sci. Outre-Mer
Meded. Zitt. K. Acad. overzeese Wet.
41 (1995, Suppl. 1) : 15-19

TASO – Laureate of the King Baudouin International Development Prize 1994

by

M. LECHAT *

KEY WORDS. — AIDS ; Development ; Uganda.

SUMMARY. — The 1994 King Baudouin International Development Prize was awarded to The AIDS Support Organization (TASO) in Uganda "for the example of solidarity it sets and its effectiveness as an instrument of community development, particularly in the field of AIDS prevention and support for AIDS patients and their families in Uganda". The basic objectives of TASO are the prevention of AIDS through a change of behaviour in the rural areas, and the support of the community by improving the socioeconomic conditions of the victims of the disease. Its motto is : *Live positively with AIDS.* TASO serves as an example to individuals and communities in the Third World taking in their hands their fate in situations of extreme distress. The success of TASO also emphasizes the often overlooked potential of local non-governmental organizations. Finally, beyond its specific activities, TASO in a paradoxical way revealed itself as a catalyst of development. In a world teeming with what is called today *complex emergencies*, i.e. mass murders, wars, famines, refugees, epidemics, natural disasters, TASO shows how to reconcile the short term — the immediate and horrible — with the long term, which still keeps hope. It shows how to turn a tragedy, AIDS, into an instrument for development. It is this most innovative approach that the King Baudouin Foundation wanted to stress in awarding the 1994 Prize to TASO.

RESUME. — *TASO - Lauréat du Prix International Roi Baudouin pour le Développement 1994.* — Le Prix International Roi Baudouin pour le Développement 1994 a été attribué à TASO — «The AIDS Support Organization» (Ouganda) — pour «son engagement exemplaire en matière de solidarité et de développement communautaire et pour l'efficacité de son action en matière de prévention et d'accompagnement du SIDA en Ouganda». Les objectifs de TASO sont essentiellement la prévention du SIDA par la promotion d'un changement de comportement dans les campagnes et le soutien de la communauté pour améliorer les conditions socio-économiques des victimes de la maladie. Son slogan est : *Vivre positivement avec le SIDA.* Au-delà de ses activités spécifiques dans le domaine du SIDA, TASO représente un exemple d'essai de prise en charge de leurs problèmes par les individus et les communautés

* Member of the Academy, President of the Selection Committee King Baudouin International Development Prize, rue des Trois Tilleuls 109, B-1170 Brussels (Belgium).

du Tiers-Monde confrontés à des situations d'extrême détresse. Le succès de TASO témoigne aussi de l'importance de la contribution trop souvent négligée des organisations non gouvernementales locales. Enfin, au-delà de ses activités spécifiques, TASO, de manière paradoxale, s'est aussi révélé un catalyseur du développement. Dans un monde toujours confronté davantage à des urgences de toute nature — meurtres de population, guerres, famines, réfugiés, épidémies, catastrophes naturelles —, TASO montre la voie menant à une réconciliation des deux, l'horrible immédiat et l'espoir à long terme. Comment transformer une tragédie, le SIDA, en un instrument de développement. C'est aussi ce qu'a voulu couronner la Fondation Roi Baudouin en attribuant le Prix 1994 à TASO.

SAMENVATTING. — *TASO - Laureaat van de Internationale Koning Boudewijnprijs voor Ontwikkelingswerk 1994.* — De Internationale Koning Boudewijnprijs voor Ontwikkelingswerk 1994 werd toegekend aan de organisatie TASO — The AIDS Support Organization (Oeganda) — „voor haar voorbeeld van solidariteit en haar hefboomfunctie inzake gemeenschapsontwikkeling, vooral op het vlak van AIDS-preventie en de begeleiding van AIDS-patiënten en hun families in Oeganda". TASO stelt zich vooral tot doel AIDS te voorkomen door op het platteland een mentaliteitswijziging op gang te brengen en de gemeenschap te steunen bij het verbeteren van de socio-economische omstandigheden waarin de slachtoffers van de ziekte leven. Het motto is *Positief leven met AIDS*. TASO staat model voor enkelingen en gemeenschappen in de Derde Wereld die in uitzonderlijk moeilijke omstandigheden hun lot in eigen handen willen nemen. Het succes van TASO beklemtoont het belang van de steun van niet-gouvernementele plaatselijke organisaties, wat soms over het hoofd wordt gezien. Ten slotte heeft TASO zich, naast haar specifieke activiteiten, op paradoxale wijze omgevormd tot een ontwikkelingsinstrument. In een wereld die geconfronteerd wordt met complexe noodsituaties zoals massamoorden, oorlogen, hongersnood, vluchtelingen, epidemieën en natuurrampen, toont TASO de weg die leidt naar een verzoening van enerzijds de verschrikkingen van vandaag en anderzijds de hoop van morgen. Het toont aan hoe een tragedie, AIDS, tot een ontwikkelingsinstrument kan omgevormd worden. Het is ook dit uiterst vernieuwende aspect dat de Koning Boudewijnstichting heeft willen beklemtonen door de Prijs 1994 aan TASO toe te kennen.

*
* *

The King Baudouin International Development Prize 1994 has been awarded by the King Baudouin Foundation to The AIDS Support Organization (TASO) "for the example it sets and its effectiveness as an instrument of community development, particularly in the field of AIDS prevention and support for AIDS patients and their families in Uganda".

The history of TASO, its objectives, its achievements and its prospects for the future will be extensively developed in the following pages. The King Baudouin Foundation is particularly grateful to the Royal Academy of Overseas Sciences for its initiative of dedicating a special issue of its *Bulletin/ Mededelingen* to TASO and the problem of AIDS. By doing so, the Academy

contributes to give TASO the large audience it deserves as a model in approaching AIDS and other emergencies in a perspective of sustainable development.

In a few words, TASO is an organization — or should we say a community network — launched and managed by victims of AIDS. It was invented — we can speak here of a genuine most imaginative concept — by a group of individuals suffering from or infected with AIDS, as well as their relatives, grouped around Noerine Kaleeba, its dynamic creator and leader. Its objectives may be summarized by the motto : "Live positively with AIDS". Advice, moral support to the patients and their families, changing attitudes, prevention, community activities, care of orphans, legal counselling, information of the rights and duties of the patients, and many other crucial issues are the concern of TASO. It exerts its action through its network of so-called clients, over 50,000 at present, and some hundred advisors in the villages of Uganda. The particularity of TASO is to combine medical treatment with psychological and social support. This approach is increasingly considered at present as a reference model for the fight against AIDS in Africa, and most likely elsewhere in the world in the future.

The King Baudouin International Prize is a Prize for Development. The objective of the prize is primarily to reward "people or organizations, without regard to national origin, who have made a substantial contribution towards development of the Third World or towards the cooperation and good relations among industrialized and developing countries and among their peoples".

Since its creation, the prize has been awarded seven times. The 1980 Prize was exceptionally shared between two laureates, the Consultative Group on International Agricultural Research, CGIAR, for its contribution to the improvement of food production, that is its major role in the Green Revolution, and the Brazilian sociologist Paulo Freire for his brillant contribution to the elimination of illiteracy in the Third World. In 1982, Dr A.T. Ariyaratne received the prize in recognition of the activities of Sarvodaya Shramadana, an organization whose purpose is to enhance self-reliance in the rural communities of Sri Lanka. The 1984 laureate was Dr W. Plowright, from Great Britain, who developed the vaccine against rinderpest, a major cattle plague in Africa. The International Foundation for Science, in Sweden, was awarded the prize in 1986, for the originality and effectiveness of its action consisting in providing small grants in order to enable young scientists in developing countries to initiate research projects and establish a network of collaboration. The activities of the Indian Council of Agricultural Research of India in the training of farmers and in the transfer of technology were recognized in 1988. The next prize, 1990, was awarded to the Kagiso Trust (Peace Foundation) of South Africa, a multiracial non-governmental organization acting to promote development while respecting human dignity, through a large number

of non-violent, but not always innocent, well-targeted actions in the field of health, education, alphabetization, agricultural cooperation, social aid as well as various other solidarity promoting programmes. As for the penultimate prize, 1992, it was given to the Grameen Bank, the "Bank of the Poor", in Bangladesh, for its recognition of the role of women in the development process and the setting-up of a novel financial credit system contributing to the improvement of the social and material conditions of women and their families in rural areas.

The focus on development, whatever the definition one gives to this process, is clear for all these laureates. What about TASO, the 1994 laureate ? One may wonder if, and to what extent, an organization such as TASO, which stems from an unexpected calamity, so to speak a counter-developmental emergency, does contribute to development. It does indeed, for a number of reasons, beyond its specific merits in the fight against AIDS.

Firstly, it serves as a model. Here is a group of individuals — and for that matter the most excluded and hopeless ones faced with a fateful future, who resolutely take in their hands their own problems and try to reduce their dependency. This is an example for other problems afflicting humankind. This remarkable approach should however not be misinterpreted. It should not become an alibi for leaving to themselves people faced with misery of whatever kind. That would be the most perverse of conclusions.

Secondly, the success of TASO emphasizes the importance of local non-governmental organizations (NGO's) in developing countries. These organizations are at the moment a most neglected partner of national governments, international organizations and NGO's from rich countries operating locally. Their potential contribution is largely underutilized. Moreover, local NGO's are often at the advantage of reaching the poor and the vulnerable groups of the population. They also know best the social and cultural factors at work which may influence the implementation and acceptability of development programmes. Having roots in the community, they are in an excellent position to identify needs, constraints and opportunities and to promote initiative. Awarding the prize to TASO is also stressing the major importance of local NGO's.

Finally, and most importantly, TASO, a basically help organization according to its *raison d'être*, has paradoxically revealed itself as a catalyst for development.

Over the successive years there has clearly been an evolution in the types of laureates rewarded by the King Baudouin International Development Prize. This evolution possibly goes along the changing and relatively uncertain concept of development. To judge from the latest awards, it seems that the emphasis has shifted on new approaches and initiatives of decidedly inno-

vative nature, rather than on achievements, whatever their great merits, along known routes. TASO responds to this preoccupation. In a world increasingly faced with what is nowadays called "complex emergencies" — wars, famines, refugees, epidemics, mass murders, natural or technological disasters — one is tempted to see only what is immediate and close at hand. Starting from AIDS, and through AIDS, TASO is indicating the way to reconcile both aspects of development, the horrible close by in the short term, and the hopeful for the long term. It is showing how to turn a tragedy into an instrument for development.

Bull. Séanc. Acad. r. Sci. Outre-Mer
Meded. Zitt. K. Acad. overzeese Wet.
41 (1995, Suppl. 1) : 21-26

The Aids Support Organization

by

Y. VERHASSELT *

Africa is particularly affected by the AIDS pandemic. One of the countries with the highest infection rate is Uganda. At present, 1,5 million Ugandans are infected with the HIV virus. It is estimated that in 1998 there will be nearly two million HIV positive and a quarter of a million AIDS patients.

The consequences are dramatic. Particularly young adults are affected. In Uganda the situation is alarming. At the moment that this country is trying to overcome the consequences of a long civil war, the rapid expansion of AIDS is aggravating economic recovery. Moreover, the medical and social infrastructure is insufficient to cope with the new problems. Because of all these circumstances, the action of TASO is so important.

The first case of AIDS was discovered in Uganda in 1982 (in the Rakai district west of Lake Victoria). TASO started its activities in 1986-87. Its origin goes back to a small group of people, most of them HIV infected. They gathered in order to help each other. Noerine Kaleeba was at the origin of the group.

In 1986, while studying at Hull University in England, Noerine Kaleeba's husband, Chris, was found to be seriously ill. He was the first AIDS patient at Castle Hill Hospital, where he stayed for four months. There Chris was treated in a professional and humane way, and he and his wife were morally supported by a group of volunteers, a so-called "Buddy group". This experience inspired them to set up The Aids Support Organization in their native country, where at the time there was no help available for HIV infected people.

In November 1987, shortly after Chris Kaleeba died, TASO was formally established. It included seventeen volunteers — twelve of them were either HIV-positive or already affected by AIDS — who started to react jointly against the AIDS epidemic in Uganda. They belonged to various social backgrounds (manual workers, employees, graduates, etc.). The negative image of the disease required a social approach.

TASO is a non-religious — although its members were all Christians —, non-political organization open to everyone. Its objective is to support AIDS

* Permanent Secretary of the Royal Academy of Overseas Sciences, Defacqzstreet 1/B 3, B-1000 Brussels (Belgium).

patients and their families, more precisely in their distressing loneliness, and to help them continue a meaningful life. The first funds came from a number of aid organizations, mainly British, but TASO has been trying to find local financial support, which is exceptionally rare in Africa and is worth mentioning. While having a small budget and a limited staff, it manages to support 25,000 cases. Although it is a non-governmental organization, TASO has a constructive relationship with the Ugandan government. Thanks to the dynamic leadership of Mrs. Kaleeba, the organization was able to develop from a small group into one of the largest community-based organizations in Africa.

Fig. 1. — Noerine Kaleeba with one of her four daughters.

Noerine Kaleeba is a charismatic, particularly active and motivated woman, totally committed to defeat HIV/AIDS. She is currently the director of TASO. Mother of four daughters, she has a charming personality. She is the inspiring force of TASO, for whom fighting against AIDS is a priority.

The organization was born in order to meet the needs of people living with AIDS and their families through counselling, training of counsellors, medical and nursing care, social support and material help and sensitization of the public and community outreach. Its activities start with counselling centres which are linked to a hospital. Seven centres are operating ; they are based in Kampala/Mulago, Masaka, Mbarara, Tororo, Jinja, Mkali and Entebbe.

These centres are open daily throughout the week. If necessary, medical teams are sent to the rural areas to assist bedridden or housebound patients.

The patients, called "clients" are assisted not only medically, but also psychologically and socially. Counselling is also carried out in order to provide emotional support and to stimulate prevention in order to reduce the rate of HIV infection. Not only AIDS sufferers or HIV-infected people can become clients of TASO, but also family members and anyone who decides to ask the organization for help. Clients must be prepared not just to receive help but also to work positively together with counsellors. They become involved in the work of prevention and can even learn to become counsellors or trainers themselves. They are members of the organization and, as such, they take part in the decision-making.

Counsellors — many of them are HIV-positive — play a key role in the organization. They are trained by TASO (four days' induction course). They gather information from the local community about the medical, social and financial status of the client and his or her family in order to draw up a file which will allow them to provide a personalized assistance. Counsellors are also ideally placed to set up a link with the local community. AIDS is the starting point for all those involved to join together to think about their living conditions and how to improve them. Counsellors give assistance in various problems of education, religion, moral and legal matters and provide home care. Each counsellor has approximately ten clients he or she visits every week or fortnight. When a client dies, the counsellor remains in touch with the family in order to assist orphans or infected family members. Food (eggs and powder milk) is distributed to needy clients and medication is provided freely under medical supervision. Medicines are mainly given to treat common HIV-related diseases, but also include intravenous infusions for cases of severe dehydration.

Since 1990, a programme supporting directly the village communities has been developed. It is based upon the participation of volunteers from the village committee formed and supervised by trainers from TASO. One of the main objectives is making people aware of AIDS prevention measures. At the same time, the organization is trying to persuade people to adopt a more positive attitude towards AIDS sufferers and towards individuals who have contracted the HIV virus. A network of detection is being established.

The clients of the various centres are invited to take part in community activities. Different forms of expression, such as music (songs, dances) and theatre, are used as a tool for communicating the message of TASO and spreading AIDS prevention.

TASO is operating at several levels :

— The personal level consists of a relationship between the client and the counsellor, the aim of which is to tell clients about their rights and duties and to provide them with reliable information ;

— The family level by which the family is supported and given advice can take action either within one of the TASO centres (nutritional or health problems) or at a community level (psychological or material support) ;
— The community level, thanks to counsellors and rural organizers of activities, helps communities to find appropriate solutions to their problems and to appraise the importance of the actions taken ;
— The national and international level aims at making as many people as possible aware of the AIDS epidemic and helps AIDS sufferers to "live positively" with their disease by liberating them from feelings of guilt.

An important aspect of the support to the village communities is economic. Village counsellors are specifically involved in the provision of care and assistance to sufferers. With the aim of improving the economic conditions of the members, income-generating activities have been put up in which sick and infected people can take part. Craft industry is being stimulated (carving, pearl necklaces) as well as cloth-, sheet-, net-making, etc. TASO is looking for ways to help people to secure an income. The agricultural problem is very serious. The epidemic is disrupting food production and is threatening the entire economy. AIDS is generating a huge amount of debt for the next generation. In many rural areas it has become almost impossible to launch agricultural projects because the farming population has been largely decimated by AIDS. As crop yields are decreasing, people have to cope with malnutrition and unbalanced diets. Food is sometimes even sold to buy medicines. Because of shortage of manpower, planting is delayed and crops are inadequately weeded ; there is little or no attempt to fight crop disease. Labour-intensive crops are turned into crops which require less work but also produce poorer yield. The remaining family members usually limit themselves to growing only the food they need for living.

The problem of orphans is one of the most tragic consequences of this disease. Because of the high adult mortality from AIDS, the traditional caretaker system for children with a family has broken down in many cases. Sometimes the rest of the family refuses to take in a child whose parents have died of AIDS. They are frightened the child will infect them. In other cases, adoption by other family members is simply not possible since the entire social system has collapsed due to the large number of people who are sick, thus placing too heavy a burden on those who are still healthy.

TASO always begins by trying to find other family members or friends who are prepared to take in the child. Potential foster parents are told about AIDS to rule out any misconception about the danger of catching the disease. The foster family is given as much help as possible to ensure that the child they have agreed to care for is not only fed and clothed but also given the chance to go to school.

As there are not enough resources to help all orphans, TASO has put forward a number of criteria designed to help the most needy children. These

Fig. 2. — This woman is helped by TASO to run a little farm to support her family financially after her husband died of AIDS.

include children who attend overcrowded schools, who have to help their family in the evenings, and then have to return, hungry and exhausted, to school the next morning. For the most gifted of these children for whom no other home can be found, TASO has developed a programme allowing them to be given a proper education at a boarding school. This helps to prevent them from being caught in a vicious circle of poverty, sickness and illiteracy.

TASO has brought a new approach to the fight against AIDS by changing the attitude towards the victims and infected people. TASO workers have helped them to regain self-respect, to continue to have a meaningful life and to play a useful role in their family and community. The organization provides

medical and nursing care, information, material aid, but above all moral support. The slogan "living positively with AIDS" relieves the burden of the disease.

Aid is given to local communities in order to develop economic activities, the revenue from which is used to improve the welfare of sick people and their families. Small-scale projects are being supported.

TASO is a high-quality source of information on the AIDS evolution and is universally recognized as a leading reference in the fight against AIDS. It serves as an exemple and model in other countries.

TASO has succeeded in building up a network of solidarity that forms the basis of local development. This self-help plays an important role in the quality of life, economically and socially, of the AIDS-victims and their families.

Bull. Séanc. Acad. r. Sci. Outre-Mer
Meded. Zitt. K. Acad. overzeese Wet.
41 (1995, Suppl. 1) : 27-38

Socio-economische aspecten van de AIDS-epidemie in Afrika

door

M. Laga * & A. Buve **

Trefwoorden. — Afrika ; AIDS ; Socio-economische impact.

Samenvatting. — De AIDS-epidemie in Afrika heeft verstrekkende gevolgen op socio-economisch gebied en leidt tot verarming van families en bevolkingsgroepen. De stijging van de mortaliteit in de meest economisch actieve leeftijdsgroepen heeft een vermindering van de economische productiviteit tot gevolg. De verzorging van grote aantallen AIDS-patiënten vormt een extra belasting voor gezondheidsdiensten en families. In zwaar getroffen streken zijn de limieten van de opvangmogelijkheden van de traditionele *extended family* bereikt. De begeleiding van families die zorgen voor patiënten en weeskinderen vereist een vernieuwende aanpak waarin gemeenschappen en hulporganisaties elk hun rol spelen. Een eerste vereiste daartoe is dat er geen discriminatie van AIDS-patiënten voorkomt.

Resume. — *Les aspects socio-économiques de l'épidémie du SIDA en Afrique.* — L'épidémie du SIDA en Afrique est lourde de conséquences sur le plan socio-économique et entraîne un appauvrissement des familles et de fractions de la population. La hausse du taux de mortalité parmi les groupes d'âge les plus actifs économiquement provoque une baisse de la productivité économique. Les soins aux nombreux malades du SIDA représentent une charge supplémentaire pour les services de santé et les familles. Dans les régions durement frappées, les possibilités d'accueil de la traditionnelle *extended family* ont atteint leurs limites. L'accompagnement des familles ayant la charge de malades et d'enfants orphelins exige une approche nouvelle où les communautés et les associations d'aide jouent chacune leur rôle. Pour cela, une condition préalable est l'absence de toute discrimination à l'égard des malades du SIDA.

Summary. — *Socioeconomic Aspects of the AIDS Epidemic in Africa.* — From the socioeconomic point of view, the AIDS epidemic in Africa has serious consequences and leads to an impoverishment of families and sections of the population. The rise in the death rate of the age groups taking the most active part in the economy causes a fall in the economic productivity. The treatment of numerous AIDS patients involves an extra burden for health services and families. In severely stricken areas the limits of relief possibilities in the traditional extended family have been reached. The guidance of families which care for patients and orphans requires a new approach in which communities and aid organizations each play their part. A prerequisite hereto is the absence of any discrimination against AIDS patients.

---

* Hoofd SOA/HIV Research en Interventie Eenheid, Instituut voor Tropische Geneeskunde, Nationalestraat 155, B-2000 Antwerpen (België).

** Wetenschappelijk medewerkster SOA/HIV Research en Interventie Eenheid, Instituut voor Tropische Geneeskunde, Nationalestraat 155, B-2000 Antwerpen (België).

The epidemic of HIV-1 seropositivity in Africa is a social event, not simply a biological occurrence [1] *

Inleiding

Volgens schattingen van de Wereldgezondheidsorganisatie waren er begin 1995 wereldwijd minstens twintig miljoen mensen besmet met het HIV en waren er acht miljoen AIDS-patiënten. De overgrote meerderheid van de AIDS-patiënten zijn mensen uit ontwikkelingslanden. Afrika is nog altijd het zwaarst getroffen continent en neemt ongeveer 70% van alle HIV-infecties voor zijn rekening. In sommige Afrikaanse landen heeft de epidemie een schijnbaar evenwicht bereikt, in die zin dat de prevalentie van HIV-infectie niet meer schijnt toe te nemen ; in andere landen, zoals Zuid-Afrika, is er nog wel een snelle stijging van de prevalentie. In de ergst getroffen landen van zuidelijk en oostelijk Afrika is het niet ongewoon om bij jonge volwassenen in steden HIV-prevalenties te vinden tussen 15% en 30%. Het spreekt dan ook vanzelf dat de socio-economische impact van de HIV/AIDS-epidemie (voorlopig) in Afrika het sterkst voelbaar zal zijn.

Het verband tussen de HIV/AIDS-epidemie in Afrika en slechte socio-economische omstandigheden is tweezijdig. De negatieve demografische en socio-economische impact van AIDS in Afrika is vrij goed gedocumenteerd. Het verband tussen armoede en de snelle verspreiding van het virus is minder bestudeerd. Toch zijn er aanwijzingen dat er een oorzakelijk verband kan bestaan tussen moeilijke economische omstandigheden en de AIDS-epidemie in bepaalde delen van Afrika. Armoede dwingt mannen tot migratie op zoek naar werk, terwijl hun vrouwen thuis blijven, en drijft vrouwen en meisjes in de prostitutie, om maar een paar mechanismen te noemen. Een studie in Zimbabwe bijvoorbeeld heeft duidelijk aangetoond dat HIV-positieve fabrieksarbeiders vaker gescheiden leven van hun vrouwen dan HIV-negatieve arbeiders [2].

In dit hoofdstuk willen we het vooral hebben over de socio-economische impact van AIDS op families en bevolkingsgroepen. We zullen eerst in het kort de demografische impact van AIDS bespreken, die een daling van de economische productiviteit tot gevolg heeft. Vervolgens zullen we het hebben over de kosten van de ziekte en ten slotte bespreken we de impact op familiestructuren en kinderen.

---

* De cijfers tussen haakjes [ ] verwijzen naar de noten en referenties pp. 36-38.

AIDS heeft een micro-economische en een macro-economische impact

Dat chronische ziekten tot verarming leiden van patiënten en hun familie is een al lang bekend feit. Deze verarming wordt veroorzaakt door de kosten die ziekten met zich meebrengen, samen met een daling van de economische productiviteit tengevolge van ziekte. Het ligt dan ook in de lijn der verwachtingen dat AIDS-patiënten en hun families afdalen op de socio-economische ladder.

AIDS in Afrika onderscheidt zich echter van de meeste andere chronische ziekten door de grote aantallen patiënten en families die eronder lijden, zodat er niet alleen effecten op micro-economisch niveau te verwachten vallen maar ook een impact op macro-economisch niveau. Men heeft geschat dat binnenkort AIDS globaal vijfhonderd miljard dollar per jaar zal kosten en een daling van het globaal bruto nationaal product met 1% zal veroorzaken [3]. In Afrika zou de daling in *per capita* bruto nationaal product tegen het jaar 2015 zelfs 10% bedragen [4], dit als direct gevolg van de stijging van de morbiditeit en de mortaliteit, die vooral de economisch actieve leeftijdsgroepen treft.

De demografische impact van AIDS

AIDS is een aandoening met een dodelijke afloop die vooral volwassenen in de leeftijdsgroep 15 tot 50 jaar treft en in bepaalde streken in Afrika is AIDS nu al de eerste doodsoorzaak onder volwassenen. Een studie in het Massaka district in Oeganda wees uit dat de jaarlijkse sterfte onder HIV-seropositieve personen zestig maal hoger was dan onder HIV-seronegatieve personen. AIDS was verantwoordelijk voor 40% van de mortaliteit bij de bevolking, doch in de leeftijdsgroep 20-35 jaar waren 89% van alle sterfgevallen te wijten aan AIDS [5].

Het is nog onduidelijk wat het effect van deze toename van de mortaliteit bij relatief jonge volwassenen op de bevolkingsgroei in Afrika zal zijn. Het maken van projecties van de bevolkingstoename is moeilijk omdat er tot nog toe weinig empirische gegevens zijn die toelaten realistische schattingen van bepaalde parameters te maken. Zo is er bvb. voor Afrika nog altijd geen goede schatting van de gemiddelde incubatieperiode tussen het moment van infectie en het begin van AIDS. Er is ook nog heel weinig cijfermateriaal over het effect van hoge prevalenties van HIV-infectie op fertiliteit. In de beginjaren van de AIDS-epidemie was er grote bezorgdheid dat de epidemie in Afrika zou leiden tot een negatieve bevolkingsaangroei en dus tot de ontvolking van grote delen van Afrika. Tegenwoordig zijn experts het erover eens dat, zelfs met de meest pessimistische scenario's voor mortaliteit en fertiliteit, de bevolkingsgroei in Afrika wel zal afnemen maar niet zal negativeren. Men mag daarbij niet vergeten dat de gemiddelde bevolkingsaangroei in Afrika

ten zuiden van de Sahara hoog is, rond de 3% per jaar [6]. In Zambia bvb., één van de zwaarst getroffen landen in Afrika, zou zelfs in het slechtste geval de bevolking tussen 1990 en 2030 nog verdubbelen. Zonder AIDS zou de Zambiaanse populatie tussen 1990 en 2030 toenemen van acht miljoen naar vierendertig miljoen. In de veronderstelling dat de AIDS-epidemie wel een toename van de mortaliteit maar geen afname van de fertiliteit veroorzaakt, zouden er tegen het jaar 2030 vijfentwintig miljoen Zambianen zijn, dus 25% minder dan verwacht. In het slechtste geval, d.w.z. in het geval dat de AIDS-epidemie niet alleen het sterftecijfer zou doen stijgen maar ook de fertiliteit zou doen dalen, zou de bevolking van Zambia tegen het jaar 2030 toch nog toenemen tot vijftien miljoen [7].

Achter deze cijfers verschuilen zich veranderingen in de leeftijdsstructuur die heel belangrijke implicaties hebben voor socio-economische ontwikkeling. In Zambia zou op korte tot middellange termijn het percentage volwassenen in de leeftijdsgroep 15 tot 49 jaar afnemen, met als gevolg dat een kleinere groep economisch productieve volwassenen moet werken voor een grotere groep kinderen en ouderlingen. Op langere termijn zouden de effecten van de AIDS-epidemie op de vruchtbaarheid zich kunnen laten voelen en zou het percentage volwassenen in de leeftijdsgroep 15 tot 49 jaar terug toenemen.

Verlies van productiviteit

Zoals al aangegeven in de vorige paragraaf, heeft de morbiditeit en mortaliteit in de jonge bevolkingsgroepen een vermindering van arbeidskracht tot gevolg. Daarbij komt nog dat HIV-infectie in de beginjaren vooral mensen in steden en hoger geschoolden in de maatschappij trof. Er zijn verschillende verklaringen naar voor gebracht om de associatie tussen HIV-infectie en hoger socio-economisch niveau te verklaren. Een vaak aangehaalde verklaring was dat rijkere mannen, door het feit dat ze meer geld hebben, meer mogelijkheden hebben om naar prostituées te gaan en dus een hoger risico hebben op HIV-infectie [8, 9, 10]. Een meer plausibele verklaring is wellicht dat hoger geschoolde mensen op latere leeftijd huwen en meer kortdurende relaties aangaan vóór hun huwelijk [11]. Anderzijds is er in rurale populaties herhaaldelijk een associatie aangetoond tussen een verblijf in een stad en HIV-infectie.

Verlies van hoger geschoolde elementen in de maatschappij betekent niet alleen het verlies van specifieke competenties maar ook het verlies van relatief zware investeringen in onderwijs en opleiding. De stijging van het sterftecijfer onder geschoold personeel is gedocumenteerd door een paar studies die in Zambia zijn verricht. Een eerste studie was uitgevoerd bij verpleegsters in twee ziekenhuizen. Tussen 1980 en 1991 was de mortaliteit onder deze verpleegsters toegenomen met een factor 13, van 2 per 1 000 tot 27 per 1 000 [12]. Met andere woorden, deze gezondheidsdiensten in Zambia verliezen jaarlijks

ongeveer 3% van hun verplegend personeel door mortaliteit, voor het grootste deel ten gevolge van AIDS. Een studie verricht in eenentwintig bedrijven in de hoofdstad Lusaka en de Copperbelt bracht eenzelfde trend aan het licht, d.w.z. een stijging van de mortaliteit onder hun personeel van 2 per 1 000 in 1987 tot 20 per 1 000 in 1993 [13].

De maatschappij verliest nu dus volwassenen met hogere scholing, maar op langere termijn is het te vrezen dat deze mensen niet volledig vervangen zullen worden door nieuwe cohorten van geschoolde jongeren. Het is immers zo dat, als een familie het economisch moeilijk krijgt en prioriteiten voor uitgaven moeten herschikt worden, de scholing van kinderen één van de eerste uitgaven is die geschrapt worden. Waar een ouder ziek is, worden kinderen, en dan vooral meisjes, ook vaak van school gehouden om in het huishouden te helpen.

De impact van de AIDS-epidemie op de landbouwproductiviteit zal variëren van streek tot streek en afhangen van een aantal factoren zoals het relatief belang van seizoenarbeid, het niveau van specialisatie van de landbouwproductie en de tijd die moet besteed worden aan het halen van water en brandstof [14]. Als men bedenkt dat de *per capita* voedselproductie in Afrika de laatste tien jaar al ernstig is afgenomen door droogte en economische crisis, dan moet men vrezen dat er in bepaalde streken in Afrika ernstige voedselschaarsten zullen optreden. De AIDS-epidemie maakt families in rurale gebieden meer kwetsbaar voor natuurrampen zoals droogte [15]. In streken waar *cash crops*, zoals koffie, een belangrijke bron van inkomsten vormen, zullen deze gewassen vervangen worden door andere, minder arbeidsintensieve gewassen, zoals maniok, die in de primaire voedselbehoeften voorzien [16]. Dit betekent dan weer verarming van rurale families.

AIDS veroorzaakt ook op een minder directe manier verlies van productiviteit. Zorg voor een ziek familielid kan tijd vergen en moeilijk te combineren zijn met voltijds werk. Gezondheidsdiensten die moeite hebben om de grote aantallen zwaar zieke patiënten te verzorgen, delegeren meer en meer van deze zorg naar de familie of vrijwilligers in de omgeving van deze patiënt. Hiermee zouden in de gezondheidszorg kosten kunnen gespaard worden als bvb. de hospitalisatieduur ingekort wordt. Het blijft echter de vraag in hoeverre thuisgezondheidszorg kosten van verzorging niet afwentelt op families die het zo al moeilijk hebben om het hoofd boven water te houden.

Ten slotte is er nog de tijd die besteed wordt aan het bijwonen van begrafenissen, traditioneel in Afrika een zeer belangrijk ritueel. In hun boek *AIDS in Afrika* halen Barnett & Blaikie het geval aan van een dorp in Oeganda waar men noodgedwongen de traditionele duur van een begrafenis heeft moeten reduceren van één week tot anderhalve dag [17].

De kosten van de ziekte

De verzorging van patiënten met AIDS is relatief duur voor gezondheidsdiensten die al te kampen hebben met tekorten, zoals dit het geval is met de meeste gezondheidsdiensten in ontwikkelingslanden. Een van de eerste studies over de kosten van behandeling van AIDS-patiënten in Afrika becijferde dat de kost per patiënt in Zaïre tussen de 132 en de 1 585 dollar schommelde en in Tanzania tussen de 104 en de 631 dollar [18]. Een meer recente studie van de Wereldbank in Tanzania zet dit in scherp perspectief : indien alle AIDS-patiënten in Tanzania in officiële gezondheidsdiensten zouden behandeld worden en inderdaad ook de medicatie krijgen die hen is voorgeschreven, dan zou dit in 1991 de Tanzaniaanse staat 27,2 miljoen dollar gekost hebben, ongeveer de helft van het budget voor volksgezondheid [19].

Daarbij moeten nog de kosten geteld worden die patiënten en hun families zelf maken. Ziek zijn kost geld, zelfs daar waar gezondheidszorg in principe gratis is. Dit is gedocumenteerd door een studie in een districtsziekenhuis in Zambia. Een gemiddelde opname van tien dagen in het ziekenhuis kostte de familie het equivalent van vijf dagen loon van een arbeider (Buve & Foster), dit niettegenstaande verzorging in het ziekenhuis praktisch gratis was en patiënten gratis te eten kregen. Veel geld werd besteed aan kleine „verwennerijen" zoals een fles Coca-Cola of koekjes. De kosten van verlies van productiviteit door familieleden die bij de patiënt in het ziekenhuis bleven, waren niet meegerekend. Ontevredenheid over de kwaliteit van officiële gezondheidszorg of teleurstelling over het uitblijven van genezing, heeft ook tot gevolg dat vele patiënten hun geluk gaan beproeven in de privé-sector, bij traditionele genezers en bij kwakzalvers, waarvoor grote sommen geld moeten neergeteld worden.

Al deze kosten zijn te becijferen, maar er zijn ook verborgen kosten voor het gezondheidssysteem die moeilijker in cijfers zijn uit te drukken. Studies uitgevoerd in verschillende landen in Afrika hebben een grote bezettingsgraad van hospitaalbedden door HIV-geïnfecteerde patiënten aangetoond. Op diensten interne geneeskunde in Kinshasa, Abidjan en Kampala waren 50 tot 55% van de patiënten besmet met HIV [20, 21, 22]. Een gelijkaardige prevalentie van HIV-seropositiviteit is gedocumenteerd in een districtsziekenhuis in Zambia [23]. Als men bedenkt dat in deze ziekenhuizen vóór de AIDS-epidemie de bezettingsgraad al hoog was en dat de gezondheidsinfrastructuur nauwelijks is uitgebreid, dan moet het wel zo zijn dat HIV-negatieve patiënten uit ziekenhuizen zijn „verdreven". Het is moeilijk te zeggen wat het effect hiervan is op de kwaliteit van de verzorging van niet-HIV-geïnfecteerde patiënten.

Ten slotte moet hier ook nog even het probleem van tuberculose vermeld worden. Mensen die geïnfecteerd zijn met tuberculose — ongeveer 60% van de volwassenen in Afrika — en met HIV, hebben een sterk verhoogd risico op actieve TB. In tal van landen ziet men dan ook een enorme stijging van

het aantal nieuwe TB-gevallen. Het is nog onduidelijk wat het effect op HIV-seronegatieve mensen zal zijn van deze toename van TB-patiënten, maar men verwacht dat ook onder niet-HIV-geïnfecteerden er een stijging zal optreden van tuberculosegevallen.

De impact van AIDS op de familie

Hoewel de impact van AIDS op individuen en families in Afrika varieert al naargelang de socio-economische context, kunnen toch enkele algemene observaties gemaakt worden. De hoger beschreven extra kosten van ziekte en de daling van inkomsten vormen een zware belasting voor families. Traditioneel zorgt de *extended family* in Afrika voor de opvang van zieken, ouderen en wezen of, zoals CAMPBELL & WILLIAMS het uitdrukken, „in the context of AIDS care and prevention, the family is the national strength. The family is already available, and capable of sharing responsibility with the health services for the care of people with HIV/AIDS" [24]. Maar in zwaar getroffen gebieden waar bijna elke familie direct of indirect met AIDS geconfronteerd is, is de economische, sociale en emotionele druk op de families te groot en zijn de limieten van de capaciteiten van de *extended family* bereikt. In Lusaka (Zambia) bvb. bleken familieleden van AIDS-patiënten die in het ziekenhuis waren opgenomen, bereid om voor hun ziek familielid te zorgen, maar gaven de meesten er toch de voorkeur aan dat de patiënt in het ziekenhuis bleef, om de eenvoudige reden dat ze het materieel niet aankonden. Vooral AIDS-patiënten met diarree waren een probleem voor families die geen stromend water noch sanitair hebben [25]. Noerine Kaleeba, stichtster van TASO, een NGO die zich bezighoudt met de opvang van AIDS-patiënten in Oeganda, verwoordt het als volgt : „family links are tight and binding, but AIDS is beginning to challenge this useful and traditionally understood process" [26]. Van dertig AIDS-patiënten die in het Masaka district in Oeganda werden gevolgd, kreeg de overgrote meerderheid slechts minimale verzorging van familieleden. Als redenen voor deze verwaarlozing werden voedselschaarste, gebrek aan geld voor medicatie en tijdgebrek aangehaald, maar ook stigmatisatie. In een paar gevallen zou verwaarlozing zelfs het leven verkort hebben [27].

De opvang en begeleiding van AIDS-patiënten en hun families vormen een enorme uitdaging voor gemeenschappen en hulporganisaties. Families hebben niet alleen psycho-sociale begeleiding nodig maar in de meeste gevallen is het lenigen van materiële noden een grotere prioriteit [28]. Hoe deze opvang het best georganiseerd kan worden en op langere termijn in stand kan gehouden worden is in de meeste gevallen nog niet duidelijk.

De impact van AIDS op kinderen

De internationale belangstelling voor de impact van de AIDS-epidemie op de kinderen is tot nu toe vooral gegaan naar het probleem van het stijgend aantal AIDS-wezen. Het aantal kinderen dat één of beide ouders verloren heeft aan AIDS, stijgt dramatisch snel in bepaalde streken van Afrika. De Wereldgezondheidsorganisatie schat dat ongeveer vijftien miljoen kinderen die zelf niet geïnfecteerd zijn met HIV, tegen het eind van de eeuw hun moeder zullen verliezen aan AIDS. Weeskinderen wier ouders aan AIDS gestorven zijn, hebben vaak te kampen met stigmatisatie en discriminatie, wat tot vereenzaming en vervreemding leidt, vooral als de *extended family* niet langer in staat is om ze te verzorgen en op te voeden. Hun kansen op adoptie zijn geringer. Potentiële adoptieouders zijn — begrijpelijkerwijze — terughoudend om zich te engageren tegenover een zeer jong weeskind dat mogelijk zelf besmet is met HIV.

In elk geval heeft het wegvallen van één of beide ouders over het algemeen een sterke daling van de levensstandaard tot gevolg. Voor vele kinderen betekent dit het einde van hun scholing. Ofwel wordt naar school gaan te duur, ofwel moeten ze zorg dragen voor de jongere broertjes en zusjes, ofwel worden ze naar familie gestuurd op het platteland waar geen scholen zijn of scholen met een laag niveau van onderwijs. BARNETT & BLACKIE beschrijven heel treffend een „gezin" in het Rakai district, waar vier kinderen tussen drie en elf jaar alleen proberen te overleven.

> They are living in their parental home and are looked after by two aunts, sisters of their deceased father. Sometimes the children spend time in their grandfather's house. The aunts provide food for the orphans. Other aunts living in adjacent villages help with school fees, clothes and when there is sickness.
> The oldest three children are in school, but all have had their education seriously disrupted by the illness and death of their parents ; so they are still in the first year of primary school.
> The family has chosen to care for the orphans in this way to avoid the danger of them losing their home and their land because landowners in the district have been trying to use an old law to claim the property of orphans [29].

In steden zullen weeskinderen die zonder opvang achterblijven zich bij het stijgend aantal straatkinderen, die momenteel wereldwijd op acht miljoen geschat worden, voegen. Deze kinderen, en dan vooral de meisjes, lopen zelf een verhoogd risico op HIV-besmetting, omdat ze blootgesteld zijn aan geweld, inclusief sexueel geweld. Bovendien is prostitutie vaak de enige manier om te overleven. Het opzetten van AIDS-preventieprogramma's voor deze kinderen vormt een speciale uitdaging.

In Afrika is er traditioneel grote weerstand tegen weeshuizen en men is het er over eens dat het probleem van de „AIDS-wezen" best aangepakt wordt door families en gemeenschappen te steunen in het lenigen van zowel de

materiële als de psycho-sociale noden van het kind. Op verschillende plaatsen, o.a. in Zimbabwe, wordt er geëxperimenteerd met subsidies aan dorpsgemeenschappen die voor weeskinderen zorgen. Hierbij is het belangrijk dat AIDS-wezen op dezelfde manier behandeld worden als andere wezen om, enerzijds, stigmatisatie te voorkomen en, anderzijds, te verhinderen dat die kinderen, gezien de grote internationale belangstelling, vooral van religieuze organisaties, een „elite behandeling" krijgen.

Een ander belangrijk gevolg van de AIDS-epidemie is de impact op de kindersterfte. Baby's en kinderen geraken besmet met HIV, vooral door transmissie van het virus van moeder naar kind, en in mindere mate door transfusies met besmet bloed. Tegen het jaar 2000 zou AIDS bij kinderen onder de vijf jaar in Centraal- en Oost-Afrika verantwoordelijk zijn voor jaarlijks ongeveer een half miljoen sterfgevallen. Dat zou resulteren in een stijging van het kindersterftecijfer van 132 tot ongeveer 159-189 per 1 000 [30]. Bijgevolg zou de vooruitgang op gebied van kindersterfte ten gevolge van succesvolle programma's zoals vaccinaties en orale rehydratatie voor diarree teniet worden gedaan door de AIDS-epidemie.

HIV/AIDS en discriminatie

Discriminatie tegenover mensen met HIV en hun omgeving is een frequent beschreven fenomeen, wereldwijd. In een rapport van de Verenigde Naties in 1991 over „Prevention of discrimination and protection of minorities" werd een balans opgemaakt van de meest voorkomende vormen van discriminatie [31] :

— Discriminerende wetgeving : bvb. wetten die testen voor HIV-infectie voor bepaalde groepen verplichten, restricties voor immigratie/visa voor HIV-positieve personen in bepaalde landen ;
— Discriminatie door overheidsinstellingen of privé-instellingen : bvb. ontslaan van HIV-positieve werknemers, isoleren van HIV-positieve gevangenen of uitsluiten van sociale woningen voor HIV-positieven ;
— Discriminatie door het medisch personeel : bvb. weigeren van behandelen van AIDS-patiënten ;
— Discriminatie van families en gemeenschappen : bvb. stigmatisatie en sociale uitsluiting van homoseksuelen, prostituées, AIDS-wezen.

Over welke discriminatie het ook gaat, het is duidelijk dat uitsluiting tengevolge van AIDS ernstige emotionele, sociale en zelfs fysieke gevolgen kan hebben. Op de wereldtop van Ministers van Volksgezondheid werd in 1988 duidelijk verklaard dat stigmatisatie en discriminatie van mensen met HIV/AIDS de volksgezondheid ondermijnt en moet vermeden worden. AIDS-discriminatie kan bvb. *risicopersonen* ervan weerhouden zich te laten testen en zo bijdragen tot verdere verspreiding van het virus. HIV/AIDS-discriminatie

wordt enerzijds veroorzaakt door vooroordelen tegenover bepaalde groepen die geassocieerd zijn met de AIDS-epidemie (bvb. homoseksuelen, prostituées) en wordt anderzijds gevoed door angst, gebaseerd op het gebrek aan kennis over hoe het virus zich verspreidt en de associatie met de dood.

De tot nu toe meest gebruikte strategieën om AIDS-discriminatie te bestrijden zijn wetgeving, voorlichtingsprogramma's of een combinatie van beide. Voorlichtingsprogramma's zijn vooral belangrijk omdat ze de bevolking duidelijk maken hoe HIV wel en niet kan overgedragen worden, maar ze blijken niet voldoende te zijn om discriminerend gedrag in te dijken. Dit werd duidelijk verwoord door de „New South Wales Inquiry into HIV and AIDS Related Discrimination" :

> Information alone can increase, rather than reduce, fear and prejudice. Education must address not only the facts of HIV infection, particularly the means of transmission, but also the bases of pre-existing prejudice, stereotype and discrimination against those popularly identified with, and discriminated (against) because of HIV and AIDS.
> Education which focuses on re-humanizing people with HIV, particularly those in traditionally stigmatized groups, has the potential to reduce discrimination by promoting a more caring attitude [32].

Een manier om te verzekeren dat AIDS-opvoeding het menselijk aspect van het HIV/AIDS-probleem niet uit het oog verliest, is HIV/AIDS-patiënten zoveel mogelijk een actieve rol te laten spelen in die programma's. Zo verklaarde een AIDS-patiënt ooit op een internationaal AIDS congres : „We (= the AIDS patients) are not the problem, we are part of the solution".

Conclusies

De globale HIV/AIDS-epidemie stelt de beleidsmensen, de internationale gemeenschap en allen die zich met AIDS-bestrijding bezighouden voor een nooit eerder geziene uitdaging. De impact van de epidemie op de familiestructuur, op de gezondheidszorg en de gemeenschap zal creatieve oplossingen vereisen die nu nog altijd niet helemaal duidelijk zijn. Daar waar er een „vernieuwende" aanpak is uitgeprobeerd (zoals bvb. thuiszorg, actieve participatie van HIV-positieven), zijn er duidelijk hoopgevende signalen, hoewel die projecten vaak nog te kleinschalig of eenzijdig gericht zijn.

Gezien de omvang van de AIDS-pandemie vandaag, met een zeer zware persoonlijke, sociale en economische kost, moeten de internationale, nationale en lokale gemeenschappen blijvend aangespoord worden om preventieve en ondersteunende acties verder te blijven uitvoeren en financieren, en daarbij is samenwerking en coördinatie op alle niveaus van essentieel belang.

NOTEN EN REFERENTIES

[1] Hunt, C. W. 1989. Migrant labour and sexually transmitted disease : AIDS in Africa. — *J. Health Soc. Behav.,* **30** : 353-373.

[2] Bassett, M. T., Emmanuel, J. C., Katzenstein, D. A. *et al.* 1990. HIV infection in urban men in Zimbabwe. — VIth International Conference on AIDS (San Francisco, June 1990). Abstract ThC 581.

[3] Cookson, C. 1992. An economic infection. — Financial Times, 1 December 1992.

[4] Way, P. O. & Over, M. 1992. The projected economic impact of an African AIDS epidemic — Annual Meeting of the Population Association of America (Denver, April/May 1992).

[5] Mulder, D. W., Nunn, A. J., Wagner, H. U., Kamali, A. & Kengeya-Kayondo, J. F. 1994. HIV-1 incidence and HIV-1 associated mortality in a rural Ugandan population cohort. — *AIDS,* **8** : 87-92.

[6] World Development Report 1993. Investing in Health. The World Bank. Oxford University Press, New York.

[7] Fylkesnes, K., Brunborg, H. & Msiska, R. 1994. The socioeconomic impact of AIDS. Background paper I : Zambia : The current HIV/AIDS situation and future demographic impact. Ministry of Health, Lusaka.

[8] Melbye, M., Bayley, A., Manuwele, J.K. *et al.* 1986. Evidence for heterosexual transmission and clinical manifestations of human immunodeficiency virus infection and related conditions in Lusaka, Zambia. — *Lancet,* **2** : 1113-1115.

[9] Ryder, R. W., Ndilu, M., Hassig, S. E. *et al.* 1990. Heterosexual transmission of HIV-1 among employees and their spouses at two large businesses in Zaire. — *AIDS,* **4** : 725-732.

[10] Allen, S., Lindan, C., Serufilira, A. *et al.* 1991. Human immunodeficiency virus infection in urban Rwanda. Demographic and behavioral correlates in a representative sample of childbearing women. — *Jama,* **266** (12) : 1657-1663.

[11] Carael, M., Cleland, J., Adeokun, L. *et al.* 1991. Overview and selected findings of sexual behaviour surveys. — *AIDS,* **5** (suppl.) : S65-S74.

[12] Buve, A., Foster, S. D., Mbwili, C., Mungo, E., Tollenare, N. & Zeko, M. 1994. Mortality among female nurses in the face of the AIDS epidemic : a pilot study in Zambia. — *AIDS,* **8** : 396.

[13] Baggaley, R., Chilangwa, D., Godfrey-Fausset, P. & Porter, J. 1993. Impact of HIV on Zambian business. — VIIIth International Conference on AIDS in Africa (Marrakech, 12-16 December 1993). Abstract W.RT 003.

[14] Hanson, K. 1992. The economic impact of AIDS : an assessment of the available evidence. Health Economics and Financing Programme, London School of Hygiene and Tropical Medicine. — *In* : Danziger, R. 1994. The social impact of HIV/AIDS in developing countries. — *Soc. Sci. Med.,* **39** : 905-917.

[15] Foster, S. D. 1993. Maize production, drought and AIDS in Monze District, Zambia. — *Health Pol. Plann.,* **8** : 247-254.

[16] Gillespie, S. 1989. Potential impact of AIDS on farming systems. — Land Use Policy, 301-312.

[17] Barnett, T. & Blaikie, P. 1992. AIDS in Africa : Its Present and Future Impact. — Belhaven Press, London.

[18] Over, M. S., Bertozzi, S., Chin, J. 1989. Guidelines for rapid estimation of the direct and indirect costs of HIV infection in a developing country. — *Health Policy,* **11** : 169-186.

[19] World Bank 1992. Tanzania : AIDS assessment and planning study. The World Bank, Washington D.C.

[20] Hassig, S. E., Perriens, J., Baende, E., Kahotwa, M., Bishagara, K., Kinkela, N. & Kapita, B. 1990. An analysis of the economic impact of HIV infection among patients at Mama Yemo Hospital, Kinshasa, Zaire. — *AIDS,* **4** : 883-887.

[21] Lucas, S. B., Hounnou, A., Peacock, C. *et al.* 1993. The mortality and pathology of HIV infection in a West African city. — *AIDS,* **7** : 1569-1579.

[22] Tembo, G., Friesan, H., Asiimwe-Okiror, G., Moses, R., Naamara, W., Bakyaita, N. & Musinguzi, J. 1994. Bed occupancy due to HIV/AIDS in an urban hospital medical ward in Uganda. — *AIDS,* **8** : 1169-1171.

[23] Buve, A. M. A., Foster, S. D., Kelly, M. P. & Mukonka, V. 1992. Workload associated with HIV disease at a district hospital in Zambia. — VIIIth International Conference on AIDS/III STD World Congress (Amsterdam, June 1992). Abstract PoD 5700.

[24] Campbell, I. D. & Williams, G. 1990. AIDS Management : An integrated approach strategies for hope. Number 3. Actionaid, Amref fand World in Need, Oxford.

[25] Nkowane, A. 1990. Determinants of relatives' ability to cope and its effects on rejection or acceptance of HIV/AIDS patients in an urban community in Zambia (Bsc thesis). School of Medicine, University of Lusaka.

[26] Kaleeba, N. 1989. Can community carers cope ? — *Wld AIDS,* **4** (July 1989) : 7-10.

[27] Seeley, J., Kajura, E., Bachengana, C., Okongo, M. & Wagner, U. 1993. The extended family and support for people with AIDS in a rural population in South West Uganda : a safety net with holes ? — *AIDS Care,* **5** : 117-122.

[28] Ankrah, E. M. 1991. AIDS and the social side of health. — *Soc. Sci. Med.,* **32** : 967-980.

[29] Barnett, T. & Blaikie, P. 1990. Communities cope by adapting agriculture. — *Wld AIDS,* **8** (March 1990) : 9.

[30] Preble, E. 1990. Impact of HIV/AIDS on African children. — *Soc. Sci. Med.,* **31** : 671-680.

[31] United Nations Sub-Commission on Prevention of Discrimination and Protection of Minorities. Discrimination against HIV-infected people or people with AIDS. Progress Report by the Special Rapporteur (E/CN.4/Sub.2/1991/10).

[32] New South Wales Anti-Discrimination Board 1992. Discrimination — the Other Epidemic. Report of the Inquiry into HIV and AIDS-Related Discrimination (April 1992).

Bull. Séanc. Acad. r. Sci. Outre-Mer
Meded. Zitt. K. Acad. overzeese Wet.
41 (1995, Suppl. 1) : 39-53

Les conséquences du SIDA sur les structures socioparentales en Afrique subsaharienne

par

P. Bouvier *

Mots-cles. — Afrique ; Enfants ; Femmes ; Homosexualité ; Pandémie ; Prostitution ; SIDA, Virus.

Resume. — Bien que le SIDA ne soit pas la principale cause de mortalité en Afrique subsaharienne, les médias et les organes de recherche lui ont attribué une importance considérable. De telle sorte qu'en dépit de l'insuffisance de l'information et du caractère aléatoire des méthodes de prévision, les scénarios catastrophes se sont multipliés. L'inquiétude, voire la panique, s'est ainsi emparée de l'opinion. Toutefois, en Afrique la maladie en général étant perçue comme un défaut d'harmonie entre un individu et son environnement socioculturel, cette conception ne pouvait manquer de rejaillir sur le SIDA. Cependant, l'affection prenant de l'extension, les conceptions ont évolué et à l'ostracisme observé au départ, a succédé un processus de déculpabilisation. Il a été constaté, en outre, que les réactions du milieu parental variaient en fonction du secteur d'activité et du milieu de résidence, les femmes et les enfants constituant des groupes vulnérables et étant donc particulièrement touchés. Mais quoi qu'il en soit, la cellule familiale demeure le milieu le plus approprié pour soutenir le malade et lui dispenser les soins adéquats.

Samenvatting. — *De gevolgen van AIDS op de socio-parentele structuren in Subsaharisch Afrika.* — Hoewel AIDS niet de belangrijkste sterfte-oorzaak is in Subsaharisch Afrika, hebben de media en de onderzoeksorganen haar een aanzienlijk belang toegeschreven. In die mate zelfs dat ondanks het gebrek aan informatie en het onzekere karakter van de ramingmethodes, de catastrofe-scenario's steeds talrijker werden. Angst, en zelfs paniek, maakte zich op die manier van de publieke opinie meester. Gezien in Afrika ziekte in het algemeen beschouwd wordt als een gebrek aan harmonie tussen het individu en zijn socioculturele omgeving, lag het voor de hand dat deze conceptie ook voor AIDS zou opgaan. Omdat de aandoening zich uitbreidde, evolueerden de concepties en de bij de aanvang waargenomen uitsluiting maakte plaats voor een wegebben van het schuldgevoel. Er werd ook vastgesteld dat de reacties van het parentele milieu varieerden in functie van de activiteitensector en de verblijfplaats. Aangezien vrouwen en kinderen de meest kwetsbare groep vormden, werden vooral zij getroffen. Wat er ook van zij, de familie blijft het meest geschikte milieu om de zieke te steunen en adequaat te verzorgen.

* Membre de l'Académie ; prof. fac. Sci. pol., soc. et écon. Université Libre de Bruxelles, chemin des Oiseleurs 105, B-1180 Bruxelles (Belgique).

SUMMARY. — *The consequences of AIDS on the socio-parental structures in sub-Saharan Africa.* — Although AIDS is not the main cause of death in sub-Saharan Africa, the media and research units have made it a matter of great importance. To the extent that, despite the insufficiency of information and the unreliability of forecasting methods, alarmist rumours have spread. Anxiety, even panic, has seized public opinion. However, as sickness in Africa is generally seen as a lack of harmony between an individual and his sociocultural environment, this conception could not fail to rebound on AIDS. Nevertheless, as the disease was spreading, conceptions changed and the ostracism first observed gave way to a process of guiltlessness. It has also been noticed that the reactions of the parental circle varied according to the branch of activity and home background, women and children belonging to the vulnerable groups and thus being particularly affected. Nevertheless, the family unit remains the most appropriate environment to support sick individuals and to provide proper medical care.

*
* *

Si Camus ou Claudel avaient écrit aujourd'hui, eussent-ils centré le thème de leurs réflexions romanesques ou dramatiques sur le SIDA plutôt que sur la peste ou la lèpre ?

Le SIDA, en effet, possède ce commun dénominateur avec quelques autres maladies qui, avant d'être traitées ou éradiquées, frappèrent les imaginations au point de devenir des faits socioculturels autant que cliniques. La polarisation actuelle, tant médiatique que scientifique, sur le SIDA se justifie-t-elle sur le plan de la psychologie collective ou celui, *stricto sensu*, des problèmes de santé ?

En ce qui a trait à l'Afrique subsaharienne, une première observation s'impose quant à la réponse à donner à cette question. Les maladies sexuellement transmissibles (MST), dont le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), y sont loin de constituer la principale cause de mortalité. Plutôt que de prendre en compte seulement le nombre de décès imputable aux différentes affections, la Banque Mondiale et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), dans un souci de précision et de représentativité, ont préféré élaborer un indicateur de la charge de morbidité globale (CMG) portant sur la perte d'années de vie corrigées du facteur invalidité (AVCI). D'après ces données, la ventilation des pertes d'AVCI, selon leur cause en Afrique subsaharienne, est la suivante (pourcentages) :

— Paludisme : 10,8 ;
— Infections respiratoires : 10,8 ;
— Affections diarrhéiques : 10,4 ;
— Maladies de l'enfance évitables par vaccination : 9,6 ;
— MST et VIH : 8,8 etc. [1] *

* Les chiffres entre crochets [ ] renvoient aux notes et références, pp. 52-53.

L'ensemble des maladies sexuellement transmissibles n'apparaît donc pas comme le premier facteur de morbidité, loin s'en faut. Si l'on ajoute à ce constat les conséquences de la malnutrition et de la sous-nutrition sur la santé, l'impact du SIDA sera encore à relativiser davantage. En effet, selon la Banque Mondiale, dans le monde, «le quart de la morbidité infantile est en grande partie imputable à des régimes alimentaires déséquilibrés, directement ou en association avec des maladies infectieuses. La prévalence des retards de croissance (...) est (...) de 40% environ en Afrique subsaharienne» [2].

Avant donc de s'interroger sur l'impact sociologique du SIDA, il y a lieu de se demander pourquoi il a acquis une telle importance d'un point de vue psychosocial.

Le SIDA et l'information

Au début des années quatre-vingts, lorsque le SIDA entre dans l'histoire des traumatismes humains, il est marqué, d'entrée de jeu, par une dimension éthique et emblématique des plus prononcée. Apparu en Occident, principalement dans les milieux des homosexuels et des drogués, il se charge immédiatement d'une valeur symbolique et devient une sorte de sanction *sui generis* de débordements, de dérives, de déviances sociales. Belle occasion pour les médias, toujours en quête de sensations fortes, d'émotions faciles et donc, de drames à la une, ainsi que de périls planétaires, de s'emparer du sujet. Les scénarios-catastrophes vont dès lors se multiplier. D'autant plus que les organes de recherche ne vont pas demeurer en reste. Et malgré le manque de données et le caractère aléatoire de nombre d'entre elles, des conclusions et des prévisions souvent très pessimistes sont cependant avancées. Les défenseurs des valeurs morales de la chrétienté embrayeront le pas profitant de l'occasion pour dénoncer les atteintes au système de valeur et aux règles de conduite orthodoxes, comme en témoignent les prises de position du Pape Jean-Paul II.

NABARRO & MCCONNELL [3] font état, à ce sujet, des anticipations extrêmement sombres diffusées par l'Institut PANOS, certains articles parus dans le *British Medical Bulletin*, l'*International Defense Review*, certains ouvrages spécialisés [4], divers exposés présentés à la 5e Conférence internationale sur le SIDA à Montréal en 1989. Ils rappellent une série d'articles publiés dans le *Guardian* en 1987 à propos du SIDA en Afrique qui se terminait par : «... un appel à l'aide qui pourrait devenir un requiem pour l'Afrique».

Ils attirent également l'attention sur les tentatives de modélisation qui ont été faites en la matière par R.M. Anderson, entre autres, ou par P. Sato et ses collègues à l'OMS et qui prévoient des conséquences démographiques importantes ou une augmentation considérable des cas d'infection par le SIDA dans un proche avenir.

A l'opposé, certains auteurs considèrent que ces spéculations sur l'extension du SIDA sont sans fondement parce qu'elles sont basées sur des informations non fiables, des échantillons de population réduits et non représentatifs, des types de test inappropriés. NABARRO & MCCONNELL citent, à ce sujet, l'enquête menée par FID Konotey-Ahulu auprès de cliniciens et d'épidémiologistes dans seize pays d'Afrique subsaharienne qui se demandaient pourquoi les médias du monde entier conspiraient avec certains scientifiques pour devenir «... aussi gratuitement extravagants avec la contre-vérité» [5].

Il faut d'ailleurs souligner que R. M. Anderson et son équipe avaient reconnu que la valeur prédicative de leur modèle était limitée, étant donné les lacunes quantitatives et qualitatives des données disponibles. Or, certains constats ont été faits qui suggèrent que le taux d'expansion du virus est moins rapide que ce qui avait été annoncé, que dans certains cas (notamment au Zaïre) il se serait stabilisé et dans d'autres encore (au Kenya) il aurait diminué [6].

Compte tenu de ces diverses tentatives d'évaluation, le seul point sur lequel, apparemment, un accord puisse se faire est l'insuffisance et le caractère aléatoire des données. Ces lacunes résultent des difficultés à réunir une information pertinente à propos du SIDA. Il a été souligné à ce sujet que : «En dépit de tout ce qui est connu, plusieurs questions fondamentales relatives à l'épidémiologie du SIDA demeurent sans réponse, et il existe une incertitude considérable en ce qui a trait à l'exacte étendue, l'évolution ultérieure et l'impact éventuel de la pandémie VIH/SIDA» [8].

A cette insuffisance de l'information s'ajoute le fait que la justesse des méthodes de prévision, en ce compris celle de l'OMS, est limitée en raison de la connaissance incomplète des changements qui se produisent dans les caractéristiques de l'infection due au VIH et la proportion d'enfants et d'adultes porteurs du VIH qui développent finalement le SIDA et meurent. A ceci s'ajoutent d'autres incertitudes qui incluent la périodicité et le niveau auxquels l'incidence du VIH atteint son maximum dans différentes populations et l'influence des caractéristiques démographiques, géographiques, sociales et économiques sur le taux de propagation de l'infection des populations infectées, en ce moment, à des groupes d'âge plus jeune et aux milieux ruraux [9].

Une telle situation ne pouvait qu'engendrer supputations, débats et controverses, ce qui n'a pas manqué, comme évoqué ci-avant. Mais un point qu'il y a lieu de mettre en évidence est que, malgré ces lacunes et ces imprécisions, nombre d'analyses portant sur le VIH et/ou le SIDA ne mentionnent pas ces carences et se présentent dès lors en des termes qui, s'ils ne sont pas absolument affirmatifs, n'en sont pas moins tels qu'ils tendent à accréditer des scénarios souvent très alarmistes bien qu'incontrôlés et, dans l'état actuel des données, incontrôlables.

Le rapport de la Banque Mondiale sur le développement dans le Monde de 1993, portant spécifiquement sur les problèmes de santé, illustre cet aspect de la manière dont le SIDA est souvent exposé. Il s'exprime comme suit :

«Le SIDA : menace pour le développement. L'épidémie par VIH est grave et va en s'aggravant. On estime qu'en 1990 il y avait dans le monde 9 millions de personnes porteuses du VIH et, d'après les estimations de l'OMS, il pourrait y en avoir 26 millions en l'an 2000... Le SIDA entrera alors pour 3,3% dans la charge de morbidité globale et il provoquera au total 1,8 millions de décès par an. Comme le taux d'infection peut doubler en très peu de temps et que la maladie se propage rapidement à des pays qui, jusque-là, avaient peu de cas d'infection, le nombre total de cas en l'an 2000 pourrait bien être deux à trois fois plus élevé» [10].

Autre avis encore plus péremptoire : la déclaration de Londres sur la prévention du SIDA, adoptée par le Sommet Mondial des Ministres de la Santé consacré aux programmes de prévention du SIDA affirme que : «Le SIDA étant un problème mondial qui fait peser une grave menace sur l'humanité, une action de tous les gouvernements et de tous les individus est nécessaire d'urgence pour appliquer la stratégie mondiale de lutte contre le SIDA...» [11].

Le SIDA et l'opinion

Si quelques traits du SIDA permettent d'expliquer pourquoi la maladie a frappé, à ce point, les imaginations du grand public, ils ne suffisent pas à saisir la collusion qui, d'une certaine manière, rapproche les médias et les milieux scientifiques et fait proliférer les scénarios-catastrophes déjà évoqués.

En effet, si le caractère incurable du SIDA au stade actuel, son mode de transmission via les rapports sexuels entre autres, les groupes sociaux où il est principalement apparu dans un premier temps en Occident (homosexuels, drogués), la façon dont il s'est mondialement répandu, l'efficacité limitée des méthodes de prévention sont autant d'éléments susceptibles d'engendrer une certaine angoisse parmi les strates des populations directement ou indirectement concernées, la culpabilisation des personnes atteintes et leur sentiment de victimisation, les réactions de rejet de tout ou partie de leur entourage, ils ne devraient pas, en revanche, influer sur les cénacles qui ont à traiter de la maladie d'un point de vue objectif. Mais, comme l'a constaté Th. Kuhn, en fait, la science comme la recherche n'est pas neutre et les démarches s'en réclamant sont le produit des espaces socioculturels et socio-économiques dans lesquels elles s'enracinent. Th. Kuhn souligne en ce domaine que la recherche scientifique se développe au sein de «paradigmes» résultant des croissances, méthodes et techniques sur lesquelles s'accorde la communauté des chercheurs qui, dès lors, consacrent leurs travaux à essayer de résoudre les problèmes que ces paradigmes leur suggèrent [12].

Or, il est évident que le discours sur le SIDA propulsé par les médias a été pour beaucoup dans la panique et l'angoisse qui ont atteint, d'une façon plus

ou moins diffuse ou manifeste, les groupes les plus menacés des populations, voire même celles-ci en général.

Evoquer le SIDA comme un danger sans précédent dans l'histoire de la santé publique ou comme la tragédie médicale survenant dans les dernières décennies du XXe siècle, par exemple, ne pouvait manquer d'attirer l'attention des responsables de l'information. Dès lors, les dés étaient jetés et le SIDA allait envahir les écrans, les radios, la presse écrite, ... Au point de susciter l'inquiétude de certains milieux officiels comme en atteste cette résolution de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe constatant que «... l'origine du SIDA reste encore inconnue...» et s'inquiétant «... du manque de rigueur de l'information diffusée au sujet du SIDA...» [13]. Mais une sorte de cercle vicieux de l'alerte au SIDA allait néanmoins s'enclencher désormais, personne ne voulant être en reste : gouvernements, organismes internationaux, OMS en tête, corps médical, centres de recherche, ... Cette spirale devenant peu à peu obsessionnelle s'est alimentée, en outre, à la menace qu'a fait porter la maladie sur le respect de la dignité humaine et des droits de l'homme. Les risques de discrimination sont progressivement devenus tels que l'Union européenne s'est sentie obligée de se prononcer fermement en cette matière. Sa résolution du 22 décembre 1989 prévoit, en effet, en ce qui concerne la lutte contre les discriminations que : «Toute discrimination à l'encontre des personnes atteintes par le SIDA ou l'infection VIH constitue une violation des droits de l'homme et empêche, par ses effets d'exclusion et de stigmatisation, une politique efficace de prévention» [14]. Toute une législation nationale et internationale a ainsi vu le jour dans le but de protéger la liberté des individus (en empêchant les tests obligatoires) et d'éviter les discriminations envers les malades ou les personnes infectées.

Le problème de la perception par l'opinion du problème du SIDA se pose toutefois de façon particulière en Afrique. Si les ondes de choc provoquées par les médias occidentaux ne se produisent qu'avec effets amortis et retardés dans les pays africains, elles y exercent cependant leur influence. D'autant plus que la coopération internationale s'est elle aussi polarisée sur le sujet, entre autres l'OMS. Toutefois, la façon d'intégrer la maladie dans les conceptions socioculturelles africaines étant différente de celle prévalant en Occident, le SIDA ne pouvait échapper à cet angle de vision spécifique. Deux points sont à mettre en évidence en ce domaine.

En premier lieu, le fait que la maladie n'est pas ressentie selon les mêmes paramètres qu'en Occident. Précédemment, nous avions noté que : «Dans la conception traditionnelle..., la maladie est considérée comme le signe matériel d'un défaut d'harmonie entre un être vivant et son milieu social, ou entre une personne et son environnement visible ou invisible. Ce signe est lui-même l'expression d'un châtiment que la nature impose à celui qui transgresse une règle de la société ou une loi de l'environnement matériel ou immatériel» [15]. Une première conséquence à tirer de cette façon d'intégrer la maladie dans

l'ensemble des représentations collectives est que le lien entre les modes de transmission du SIDA et l'apparition de l'infection tels que perçus par la médecine moderne n'est pas, loin s'en faut, aperçu de la même façon en Afrique. Dans la mesure, effectivement, où la maladie est conçue comme un dérèglement social dû à une forme ou une autre de transgression des normes éthiques prescrites par les systèmes de valeur en usage, l'acceptation ou l'accréditation des modes de transmission du SIDA par la relation sexuelle ou, en second lieu par le sang (seringue, transfusion, mère-enfant), n'est pas nécessairement reconnue. D'autant plus que dans la logique de cette conception, un mal quelconque n'est considéré tel qu'au moment où il se manifeste de façon clinique, c'est-à-dire quand l'individu se sent effectivement souffrant. Ce qui, dans le cas de l'épidémiologie du VIH et du SIDA, revêt évidemment une importance toute particulière.

Mais, de plus, le malade risquant de compromettre le bon ordonnancement des phénomènes naturels, il est inséré dans son environnement sociologique d'une façon particulière. Si, en général, il est pris en charge par sa communauté sociofamiliale de manière à créer les conditions permettant, en parallèle, de lui restituer son équilibre, son identité, son intégrité, de rétablir l'harmonie entre lui et les forces sacrées, et enfin d'éviter les dysfonctionnements de l'ordre socioculturel, il peut aussi, à partir d'un certain stade, ou dans certaines circonstances, être considéré comme un danger potentiel justifiant son éviction du groupe. L'absence de thérapie en ce qui a trait au SIDA entraîne, dans un tel contexte, des conséquences fort importantes.

A côté de cet aspect microsociologique, au plan macrosociologique, le SIDA allait exploser dans l'histoire de la santé publique en Afrique comme marqué d'un double opprobre. D'une part, l'idée fut avancée que l'origine du SIDA se situait en Afrique subsaharienne d'où il fut transplanté aux Etats-Unis. Si cette hypothèse ne put jamais être vérifiée et paraît largement abandonnée aujourd'hui, elle n'en marqua pas moins, en son temps, certains courants d'opinion trop heureux de trouver un nouvel argument leur permettant de jeter le discrédit sur ce continent. En outre, l'épidémiologie du SIDA en Afrique s'avéra à ce point différente de celle observée aux Etats-Unis qu'elle obligea les analystes à repenser l'épidémie selon d'autres critères que ceux qui y avaient été mis en évidence. D'ailleurs, les premières observations faites en Afrique rencontrèrent au début beaucoup de scepticisme aux Etats-Unis [16].

De plus, lorsqu'il apparut, sur base de divers relevés faits sur le terrain, que le milieu des prostituées constituait dans de nombreux pays africains un «réservoir» pour l'infection due au VIH [17] et, bien que la prostitution n'y revête pas la même signification sociale et culturelle qu'en Occident, ce constat allait permettre que soit diabolisée encore davantage la maladie aggravant ainsi les troubles psychiques qu'elle est de nature à engendrer.

Enfin, les ressorts psychologiques fréquemment utilisés dans les campagnes d'information et de prévention par leur contenu affectif ajoutent encore à

la charge traumatique de l'affection. Il a été noté à ce propos que : «Un certain nombre de campagnes d'information sur le SIDA avaient mis principalement l'accent sur l'encouragement des populations à éviter le SIDA — la maladie qui tue. Dans un pays, la campagne de sensibilisation présentait un poster montrant un groupe de personnes mettant en terre un cercueil avec la légende «si tu as le SIDA, tu meurs». Des slogans semblables tels «le SIDA tue» ou encore le fameux «ne meurs pas par ignorance» ont proliféré. Conçus ostensiblement pour décourager ou effrayer les populations pour qu'elles évitent les comportements à risques, ces messages aggravent les traumatismes émotionnels et les souffrances personnelles que le VIH et le SIDA sont susceptibles de causer aux personnes qui sont déjà infectées [18].

Le SIDA et la famille

Il a paru nécessaire de brosser rapidement ce tableau de la façon dont l'information sur le VIH et le SIDA a été transmise et reçue car il constitue incontestablement l'arrière-fond sur lequel se greffent les réactions sociofamiliales que le virus et la maladie ont suscitées en Afrique. Mais l'analyse des réponses données par son entourage à un malade ou un individu reconnu séropositif n'est pas sans se heurter à certaines difficultés. Tout d'abord, les comportements varient dans le temps ; ils diffèrent selon les milieux concernés ; ils se modifient selon les groupes d'âge, le genre (homme ou femme), l'occupation, le système de valeur des personnes atteintes, ... Il y a donc lieu de se garder de généralisations abusives.

Sur le plan général, toutefois, il est à remarquer que les attitudes au sein de la famille seront conditionnées par les croyances qui y règnent sur la vie et la mort, le sacré, les relations aux ancêtres, et les normes éthiques qui prévalent concernant les rapports domestiques, le statut des hommes, des femmes et des enfants, la place et le rôle de la sexualité, ...

Les réactions inventoriées couvrent dès lors un vaste éventail allant du rejet pur et simple pour des raisons d'ordre économique, de prestige social, de crainte de la contamination, de menace socioculturelle, aux manifestations de solidarité active où le malade est soigné et pris en charge par ses parents (les degrés de parenté étant variables) jusqu'au moment de son décès.

L'évolution des comportements dans le temps a été présentée comme suit [19]. Lorsque l'affection était encore exceptionnelle et aux premiers stades de ses manifestations, la peur, la paranoïa, l'exclusion étaient les réflexes les plus souvent enregistrés. Certains observateurs ont fait état à cet égard de ce qu'en Afrique de l'Est, si un des membres d'un couple était atteint du SIDA, la stratégie mise en œuvre par le conjoint était de s'en servir comme bouc émissaire, de le maintenir isolé, voire d'exercer sur lui des violences [20]. Ensuite, lorsqu'il apparaît que le mal est sans issue, si ce n'est la mort, se

développe un certain fatalisme qui n'empêche cependant pas, dans certains cas, le désir de vouloir échapper à son destin ou d'en perdre conscience en se livrant, par exemple, à la débauche ou à l'alcoolisme. En troisième phase, au fur et à mesure que la maladie se répand et ne peut plus dès lors être considérée comme une anomalie induite dans la société par quelques rares individus, un processus de déculpabilisation prend place dans la communauté qui accepte de prendre en charge la personne souffrante et s'efforce de trouver des solutions aux problèmes engendrés de ce fait.

Les réponses du milieu socioparental varient aussi en fonction du secteur d'activité et de l'aire de résidence. Le milieu rural semble avoir, en cette matière, retenu davantage l'attention que le milieu urbain. Si peu d'explications sont fournies quant à cette focalisation, on peut supposer qu'elle est due notamment aux facteurs suivants. En premier lieu, le fait que la proportion de personnes infectées ou malades soit relativement élevée dans les métiers qualifiés et semi-qualifiés [21] touche principalement le milieu industriel et urbain. Mais, en conséquence, il est apparu, sans doute, aux yeux des observateurs qu'il était plus facile ou moins difficile pour les travailleurs exerçant de telles professions d'assumer les répercussions morales et matérielles de la maladie. En effet, ces strates jouissent d'un niveau de ressources généralement bien supérieur à celui des paysans. Elles ont accès relativement aisément aux infrastructures sociomédicales, par ailleurs beaucoup plus développées en ville que dans les campagnes. Et ceci inclut à la fois la médecine moderne et la médecine traditionnelle, nombre de «tradi-praticiens» s'étant installés en ville. Les organisations syndicales ou autres peuvent faire pression pour que des systèmes de protection, de dispensation de soins soient mis en œuvre par les autorités publiques pour que les entreprises coopèrent aux programmes de prévention. Dans un ordre d'idées différent, l'anonymat qui caractérise la vie sociale urbaine par rapport au milieu rural, ne serait-ce que dans une certaine mesure, permet sans doute d'échapper plus facilement à la réprobation et l'éventuel ostracisme de l'entourage familial et/ou professionnel. Cependant, la dislocation de la parenté étendue dans les sites urbains et la distanciation des liens familiaux sont parfois à l'origine d'un tel isolement que l'individu se voit contraint de retourner dans son lieu d'origine.

Dans les sociétés villageoises, le SIDA, qu'il touche les hommes ou les femmes, se répercute directement sur les niveaux de productivité et pèse dès lors sur les ressources disponibles pour le foyer, au manque à gagner ou à la diminution des revenus s'ajoutant le coût des soins. Si c'est la femme qui est atteinte, étant donné qu'elle s'occupe généralement des cultures vivrières, la baisse de son rendement pèsera directement sur les disponibilités alimentaires, provoquera la mise au travail précoce des enfants et nuira à leur scolarisation. S'il s'agit du conjoint pratiquant les cultures de rente ou assumant des fonctions rémunérées en dehors du foyer, l'apparition de l'affection engendrera tôt ou tard une chute des revenus qui affecte non seulement le niveau de vie immédiat,

mais handicape aussi l'avenir en diminuant les moyens à investir dans l'achat d'intrants (semences, engrais, matériels, ...). Les frais additionnels qu'engendre la maladie (médicaments, hospitalisation, funérailles, ...) sont parfois insupportables pour des communautés déjà aux limites de la survie. Les solutions ne peuvent alors être trouvées que dans des réaménagements des rapports familiaux, des comportements de fuite, de rejet, d'enfermement du groupe sur lui-même qui, d'une façon ou d'une autre, sont à l'origine de dysfonctionnements sociaux. Mais, si le coût du SIDA en termes de ressources financières, d'investissement en temps et énergie, de présence, de dévouement affectif est parfois si élevé qu'il apparaît insoutenable, et en tout cas fragilise les communautés qui doivent l'assumer, il peut aussi être à l'origine de nouvelles formes de solidarité comme en témoigne TASO.

Etant donné les retombées économiques du SIDA, d'une part, et le profond dualisme qui caractérise les structures sociales africaines de l'autre, il n'est pas étonnant que les sentiments qu'il provoque diffèrent selon le niveau des revenus des personnes directement ou indirectement concernées. Comme le mentionnent Nabarro & McConnell, une recherche menée en Ouganda par M.E. Ankrah, M. Lubega et S. Nkumbi dans quarante familles étudiées intensivement pendant cinq mois a révélé que, dans la mesure où le SIDA était associé à des comportements libertins, il était estimé que la personne responsable de l'infection était celle qui devait en supporter la charge. Ou encore, elle a enregistré l'opinion formulée parfois selon laquelle les hommes atteints du SIDA appartenaient à la classe aisée puisqu'ils étaient à même de s'offrir plusieurs partenaires et que, dès lors, ils étaient capables de pourvoir eux-mêmes aux soins dont ils avaient besoin [22].

Le SIDA et les femmes

Constituant souvent un des groupes vulnérables de la société, objet de discriminations diverses sur les plans juridique, économique, culturel sur lesquels, au lendemain de la Conférence mondiale sur les femmes organisée à Pékin, il n'est pas besoin d'insister, les femmes en tant qu'acteurs directement ou indirectement impliqués par le SIDA jouent un rôle considérable et en subissent les effets de façon particulièrement aiguë.

Premièrement, la maladie accroît les discriminations et l'infériorisation que les femmes ont fréquemment à subir en Afrique comme ailleurs. Il a été constaté que, dans les cas où il s'avérait que dans un couple l'épouse était porteuse du VIH, elle était abandonnée par son mari au profit d'une autre partenaire (ce qui d'ailleurs accroît les risques d'infection), ceci pouvant enclencher une série de réactions en chaîne, la femme délaissée l'étant alors par sa famille, sa belle-famille, les amis, les voisins, ... Les exemples de ces femmes bannies, privées de leurs sources de revenus, dépourvues de moyens

de défense légale, et cependant en charge de leurs enfants qui subissent, par le fait même, les contrecoups de ces préjudices, ne sont pas rares. Ainsi, à la périphérie de Niamey, tout un quartier, Kwara-Tegui, est habité pratiquement uniquement par des femmes seules, chefs de ménage.

Sans nécessairement donner lieu à des situations aussi dramatiques, les femmes ont cependant souvent à affronter les effets du SIDA de façon particulièrement pénible. Si elle est elle-même affectée, elle devra néanmoins poursuivre aussi longtemps qu'elle en sera capable ses tâches quotidiennes (dont le poids et la durée ont été abondamment commentés), car la survie de la famille en dépend. Si elle ne l'est pas, c'est sur elle que retombera le surcroît de travail dû aux soins à dispenser aux malades et aux nouvelles besognes qui lui incombent désormais suite à la défection de ces derniers. Parfois aussi les femmes se découvrant infectées par le VIH sont placées devant un dilemme particulièrement traumatisant. Etant donné la valeur accordée en Afrique à la fécondité, le fait de devoir s'interdire, dans cette circonstance, d'avoir des enfants est de nature à entraîner des chocs émotionnels très profonds [23]. Dans la situation où c'est le conjoint qui est porteur du virus ou malade du SIDA, comme il vient d'être mentionné, l'épouse sera confrontée à des travaux additionnels et des ressources moindres. Lors du décès de son mari, la veuve verra souvent son statut se dégrader encore davantage. Toutes les questions relatives aux modalités de la tenure foncière, aux règles successorales de fait ou de droit, à l'accès au crédit vont se poser avec une intensité accrue. Désormais, elle aura à subir, en outre, le poids moral de la dégradation que connaîtra sa position dans l'échelle des valeurs sociales.

Mais l'inégalité de la femme par rapport à l'homme, dans ce contexte, revêt aussi des dimensions moins perceptibles. En Afrique (et pas seulement sur ce continent), les mœurs sont souvent telles que sa liberté, sa capacité de négocier ses rapports sexuels avec son conjoint est limitée. Par ailleurs, elle encourra plus facilement et plus rapidement l'accusation d'immoralité que ce dernier.

L'impact de la prostitution est également une composante de la transmission sexuelle du VIH évoquée à de nombreuses reprises, entre autres en Afrique centrale. Les substrats culturels constituent, à cet égard, le fondement des attitudes observables. Selon que les niveaux de tolérance, les espaces de libertés comportementales, ou à l'opposé les tabous, les interdits, la rigueur morale, la valeur attachée à la virginité des femmes avant le mariage, dessinent les contours des conduites considérées comme acceptables ou non, la prostitution et ses diverses formes (professionnelle, occasionnelle, scolaire, polygamie de fait, ...) joue un rôle plus ou moins important. Les modèles culturels véhiculés par les strates dirigeantes, le prestige attaché aux preuves de la virilité des hommes, les appétits de consommation de certaines catégories de femmes, les nécessités de la survie pour d'autres, sont autant d'éléments qui interfèrent en ce domaine. Au laxisme des mœurs sexuelles vient s'ajouter l'effet de

certains comportements comme la résistance souvent constatée à l'usage des préservatifs.

Face à ces situations, l'auto-organisation des femmes leur a été fréquemment d'un grand secours. Ceci offre d'ailleurs une autre confirmation du point abordé ci-avant, à savoir que la recherche de solutions aux problèmes posés par le VIH et le SIDA amène à des restructurations sociales plus ou moins profondes.

Le SIDA et les enfants

Les enfants représentent les victimes sans aucun doute les plus innocentes des problèmes suscités par le SIDA. Deux cas de figure peuvent être, en ce qui les concerne, mis en évidence. D'une part, les enfants nés de mères infectées par le VIH, d'autre part, les enfants qui ne risquent pas l'infection mais qui vivent dans un milieu parental où l'un ou l'autre des ascendants est porteur du virus ou malade. Les risques que font subir à leur postérité les mères infectées et les probabilités accrues d'une mortalité précoce sont de nature, une fois encore, à induire des comportements spécifiques : surprotection ou, au contraire, abandon total ou partiel. Quant aux jeunes, non infectés mais obligés de vivre parmi des parents menacés ou malades, ils ont néanmoins à supporter eux aussi le poids de l'*a-normalité* dans laquelle ils évoluent. Ils seront forcément marqués par cet environnement, à la fois au sein de leur foyer où ils seront mis à contribution ou marginalisés et à l'extérieur de celui-ci où ils auront éventuellement à subir brimades, mépris, exclusion, ... Le décalage, la discordance qu'ils ressentent vis-à-vis de leurs semblables ne peuvent manquer de les marquer psychologiquement et d'influencer leur avenir, leur perception de la sexualité, de la médecine, ... Orphelins ou non, ils courent le risque de venir augmenter le nombre des enfants de la rue ou dans la rue dont on sait les problèmes qui sont les leurs et qu'ils posent à la société.

Les orphelins justement qui, en tout état de cause, ont vécu tout ou partie de leur enfance dans une ambiance familiale marquée par les difficultés, les dérèglements, le désarroi suscités par la maladie devront ensuite affronter toute une série d'obstacles se dressant sur leur parcours : seront-ils accueillis et comment par leurs parents éloignés, à défaut trouveront-ils une famille d'accueil et de quelle façon y seront-ils intégrés et pourront-ils s'y intégrer, comment vivront-ils leur séjour éventuel en orphelinat ... ?

Il apparaît fort important vis-à-vis des enfants qui, d'une façon ou d'une autre, sont victimes des effets du SIDA, de ne pas accroître les discriminations auxquelles ils sont exposés et donc d'essayer de répondre à leurs besoins de la même façon que pour les enfants se trouvant dans des conditions semblables mais dues à d'autres causes.

Le SIDA et la société civile

Au sein de la société civile, quelques groupes sont considérés comme étant à haut risque. Ce sont principalement les travailleurs migrants, les transporteurs, les militaires, les professionnels du sexe, les toxicomanes [24].

Les migrations professionnelles, en Afrique subsaharienne, sont de divers types : pendulaires, saisonnières, à moyen terme, à longue échéance, ... ; elles portent sur des distances plus ou moins importantes ; elles sont familiales ou individuelles. Si ces caractéristiques influent certes sur le taux de risque, il n'en demeure pas moins que, sauf peut-être le cas des migrations pendulaires, ces types de déplacements sont en soi générateurs de comportements propices à l'expansion de l'infection. Par exemple, les migrants qui sont amenés à quitter leur famille pour des laps de temps étendus sont un groupe particulièrement vulnérable. En effet, leurs foyers sont parmi les plus exposés à des fractures de leurs assises conjugales et donc sexuelles. La propension à établir des relations avec des partenaires parallèles ou occasionnel(le)s s'accroît en conséquence. Cependant, l'intensité de la mobilité (cas des camionneurs et des saisonniers) est également de nature à augmenter les risques, les personnes éloignées de leur cellule familiale, en ce inclus leur conjoint, pendant des périodes plus ou moins longues, étant portées à recourir aisément au commerce du sexe. Sur ce plan, les ruraux qui quittent leur aire habituelle de résidence, pour le milieu urbain, vont se trouver dans un cadre socioculturel profondément différent. Les pressions, les réprobations, les sanctions qui s'exercent au village en cas de manquement aux codes sociaux et éthiques se dissolvent en milieu urbain, particulièrement dans les aires semi-urbanisées ou dans les bidonvilles. Ceci explique, sans doute, d'une part, les taux de prévalence plus élevés en ville qu'en milieu rural et, d'autre part, les tentations auxquelles sont soumis les villageois fraîchement débarqués. Le cas des ouvriers travaillant dans les mines en Afrique du Sud et dans le Copperbelt a été identifié ainsi comme une catégorie sociale à haut taux de prévalence.

Les zones de conflit constituent aussi des foyers d'expansion du VIH et de la maladie particulièrement dangereuses. Outre la dilution complète des codes moraux qu'engendrent, le plus souvent, les luttes ouvertes, toute campagne de prévention et/ou d'information s'avère, bien entendu, dans une telle conjoncture, totalement vaine. Les us et coutumes des militaires, des moins répréhensibles (recours au commerce du sexe) jusqu'aux plus condamnables (viols), sont en eux-mêmes des instruments de diffusion du virus.

Les familles disloquées, décimées par les guérillas ou luttes internes avec leur cortège de veufs et veuves, d'orphelins, de déracinés, de déséquilibrés, de névrosés prolongent les effets déstructurants de la maladie en elle-même.

Conclusion

En Afrique, la famille a, la plupart du temps, été considérée comme le meilleur substrat sur lequel greffer des soins et un support efficace. La claustration des malades n'est plus considérée aujourd'hui comme une méthode moralement, socialement, cliniquement adéquate de les traiter. L'environnement socioparental paraît être le seul capable, dans la conjoncture actuelle, de fournir le soutien affectif et clinique indispensable aux malades. Mais si la cellule familiale (restreinte ou étendue) est à même de fournir un tel appui dans des situations difficiles mais néanmoins gérables, il est un plafond à partir duquel ceci devient impraticable. Les apports extérieurs (financiers, médicaux, matériels, affectifs, ...) sont dès lors indispensables pour assumer le poids de la maladie sans encourir des traumatismes profonds pour les survivants et les condamnés.

Un énorme problème demeure cependant. Les familles les plus démunies, les plus nécessiteuses, les plus désemparées sont souvent celles qui n'ont pas le moindre accès aux services susceptibles de les aider.

Ainsi, beaucoup reste à faire en matière de SIDA, comme pour les autres problèmes essentiels de santé en Afrique.

NOTES ET REFERENCES

[1] Rapport sur le développement dans le monde 1993. Investir dans la santé, Banque Mondiale, Washington D.C., pp. 28-29.

[2] Le retard de croissance est «... l'insuffisance staturale par rapport à l'âge [qui] est le symptôme de malnutrition protéino-énergétique le plus répandu». Rapport sur le développement dans le monde 1993, *op. cit.*, p. 78.

[3] Nabarro, D. & McConnell, Cl. 1989. The impact of AIDS on socioeconomic development. — *AIDS,* **3** (suppl. 1) : 265-272.

[4] Fleming, A. F., Carballo, M., Fitzsimons, D., Bailey, M. R. & Man, J. M. (Eds.) 1988. The Global Impact of Aids. — Alan R. Liss, New York.

[5] Konotey-Ahulu, FID 1987. AIDS in Africa : misinformation and disinformation. — *Lancet,* **2** : 206-207, cité par Nabarro, D. & McConnell, Cl., *op. cit.*, p. 266.

[6] Nabarro, D. & McConnell, Cl., *op. cit.*, p. 267.

[7] Mertens, T. E., Burton, A., Stoneburner, R., Sato, P., Low Beer, D., Carael, M. & Belsey, E. 1994. Global estimates and epidemiology of HIV infections and AIDS. — *AIDS,* **8** (suppl. 1) : S 361.

[8] *Id. ibid.*, p. S 361.

[9] *Id. ibid.*, p. S 365.

[10] Rapport sur le développement dans le monde 1993, *op. cit.*, p. 103.

[11] L'Institut de Sociologie et l'A.S.B.L. Aide Info SIDA 1990. Le SIDA : un défi aux droits, 10-11-12 mai 1990, Cahier de documentation, Université Libre de Bruxelles, Document de l'Assemblée générale des Nations-Unies, A/43/122.

[12] KUHN, T. 1970. The Structure of Scientific Revolutions, 2nd ed., International Encyclopedia of United Science, Foundations of the Unity of Science, Volumes I-II of the Encyclopedia, Vol. 2, n° 2, University of Chicago Press, Chicago, pp. 23 et suivantes.

[13] Résolution 812 (1983) relative au syndrome immunodéficitaire acquis (SIDA), Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe, Trente-cinquième session ordinaire.

[14] Résolution du Conseil et des Ministres de la Santé des Etats membres réunis au sein du Conseil du 22 décembre 1989 concernant la lutte contre le SIDA (90/C 10/02), Journal officiel des Communautés européennes, 16/1/90, n° C 10/4.

[15] BOUVIER, P. & BEERNAERTS, J.P. 1988. Santé et culture : une zone de santé intégrée. — Actes du Cinquantenaire du CEMUBAC : Centre scientifique et médical de l'Université Libre de Bruxelles pour ses activités de coopération, XCV, Secrétariat général, Institut de Sociologie, Bruxelles, p. 82.

[16] CARAEL, M., VAN DE PERRE, P., LEPAGE, P., BALEGAMIRE, B., HENNART, P., DE MOL, P. & BUTZLER, J.P. Le syndrome d'Immuno-Déficience Acquise (SIDA) en Afrique. — Actes du Cinquantenaire du CEMUBAC, *op. cit.*, p. 170.

[17] FOSTER, S. & LUCAS, S. 1993. Socioeconomic Aspects of HIV and AIDS in developing countries, Health Policy Unit, Department of Public Health and Policy, London School of Hygiene and Tropical Medecine, PHP Departmental Publication, no. 3, p. 11.

[18] The Personal and Social Impact of HIV and AIDS in developing countries, Draft Document, CTPA/CNP/EVA, February 1993, p. 26.

[19] Institut PANOS 1993. Le vrai coût du SIDA. Un nouveau défi au développement. — L'Harmattan, Paris, pp. 74-78.

[20] NABARRO, D. & MCCONNELL, Cl., *op. cit.*, p. S 269.

[21] The Personal and Social Impact of HIV and AIDS in developing countries, *op. cit.*, pp. 4-5.

[22] NABARRO, D. & MCCONNEL, Cl., *op. cit.*, p. S 268.

[23] The Personal and Social Impact of HIV and AIDS in developing countries, *op. cit.*, p. 20.

[24] Rapport sur le développement dans le monde 1993, *op. cit.*, p. 105.

Bull. Séanc. Acad. r. Sci. Outre-Mer
Meded. Zitt. K. Acad. overzeese Wet.
41 (1995, Suppl. 1) : 55-78

De economische effecten van HIV/AIDS op de gezinshuishouding in ruraal Subsaharisch Afrika. Een verkenning

door

G. CARRIN *

TREFWOORDEN. — AIDS ; Gezinshuishouding ; HIV ; Subsaharisch Afrika.

SAMENVATTING. — Vrouwen en kinderen behoren tot de bevolkingsgroepen met een belangrijk risico voor HIV/AIDS. In dit artikel bestuderen we voornamelijk de economische invloed van HIV/AIDS op vrouwen en hun gezin in ruraal Subsaharisch Afrika. Het is immers belangrijk om goed geïnformeerd te zijn over de manieren waarop gezinnen omgaan met HIV/AIDS. HIV/AIDS-interventieprogramma's kunnen dan hun strategieën en beleidsinstrumenten beter afstemmen op de realiteit van de gezinseconomie. Zo kunnen economische prikkels worden ingevoerd die de HIV/AIDS-incidentie gevoelig zouden verminderen. Tot de belangrijkste maatregelen horen het verbeteren van de gezondheidszorg van de HIV/AIDS-patiënt via thuiszorg, het verbeteren van de inkomenspositie van de vrouw en het waarborgen van toegang tot onderwijs van kinderen van arme gezinnen die door HIV/AIDS worden getroffen.

RESUME. — *Les effets économiques du VIH/SIDA sur le ménage en Afrique subsaharienne rurale. Une exploration.* — Les femmes et les enfants appartiennent aux groupes de la population qui sont caractérisés par un risque important au VIH/SIDA. Dans cet article, nous étudions surtout l'influence économique du VIH/SIDA sur les femmes et leurs familles en Afrique rurale au sud du Sahara. Il est important d'être informé de façon adéquate en ce qui concerne les réponses des familles par rapport au VIH/SIDA. Les programmes d'intervention en matière de VIH/SIDA peuvent ainsi mieux accorder leurs instruments à la réalité de l'économie familiale. Des incitations économiques peuvent être établies afin de réduire l'incidence du VIH/SIDA. Parmi les incitations les plus importantes, nous comptons l'amélioration des soins du patient VIH/SIDA à travers les soins à domicile, l'amélioration du revenu de la femme et la garantie d'accès à l'enseignement pour les enfants des familles pauvres qui sont menacées par le VIH/SIDA.

SUMMARY. — *The economic effects of HIV/AIDS on the housekeeping in rural sub-Saharian Africa. An exploration.* — Women and children belong to the population

* Gezondheidseconoom Division of Intensified Cooperation with Countries (ICO) van de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO), Genève ; deeltijds hoogleraar aan de Universitaire Faculteiten Sint-Ignatius Antwerpen (UFSIA) en aan de Boston University (USA).

categories that are most affected by the risk of contracting HIV/AIDS. In this article, we study the economic effects of HIV/AIDS on women and their families in rural sub-Saharan Africa. It is important to be well-informed about the way families cope with the presence of HIV/AIDS. HIV/AIDS programmes can then better finetune their content to the reality of the family economy. Economic incentives can be established in order to reduce the HIV/AIDS incidence. The most important incentives we discuss are the improvement of health care for the HIV/AIDS patient via home-based care, the increase of income of women, and the guarantee of education for children in poor HIV/AIDS-affected families.

Inleiding

De Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) schat dat medio 1994 ca. 10 miljoen mensen in Subsaharisch Afrika geïnfecteerd waren met het *Human Immunodeficiency Virus* (HIV). Ongeveer 2,5 miljoen patiënten zouden zijn getroffen door het *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS). Tegen het jaar 2000 worden 5 miljoen AIDS-patiënten voorspeld (WHO 1994a).

Het moet worden benadrukt dat HIV/AIDS allang geen mannelijke homofiele ziekte meer is. In Subsaharisch Afrika gebeurt de transmissie van het virus trouwens hoofdzakelijk via heteroseksueel gedrag. Op dit ogenblik wordt door de WGO het aantal HIV^+ vrouwen in de wereld geschat op 7 tot 8 miljoen. Wereldwijd stelt men de helft van de nieuwe infecties vast bij vrouwen, voornamelijk bij adolescenten en jonge vrouwen. Men verwacht dat tegen het jaar 2000, 4 miljoen van de 14 miljoen seropositieve vrouwen zullen overleden zijn (WHO 1995). Er wordt ook geraamd dat tegen het einde van dit decennium het aantal vrouwelijke geïnfecteerde patiënten groter zal zijn dan het aantal mannelijke patiënten (WHO 1994a en Petros-Barvazian & Merson 1990). Ook moet aangestipt worden dat wanneer het aantal HIV-infecties bij vrouwen stijgt, tevens het aantal geïnfecteerde zuigelingen zal vermeerderen. Ruwweg kan men stellen dat één derde van de baby's van seropositieve moeders wordt geïnfecteerd.

Hoe verhoudt HIV/AIDS zich nu tot andere ziekten in Afrika? De Economic Commission for Africa (1994) merkt op dat in Afrika andere ziekten zoals malaria, pneumonia en cholera een groter effect hebben op de gezondheid en het socio-economisch leven. Zo zijn er, bijvoorbeeld, jaarlijks 110 miljoen gevallen van malaria in Subsaharisch Afrika. Malaria is overigens de belangrijkste oorzaak van zuigelingensterfte in Subsaharisch Afrika (WHO/AFRO 1992).

Waarom wordt er dan zoveel belang gehecht aan HIV/AIDS? Ten eerste is er voorlopig geen effectieve behandeling tegen HIV/AIDS, die op dit ogenblik altijd fataal afloopt. Ten tweede, tijdens de asymptomatische fase kunnen seropositieve personen het HIV overdragen. Ten derde, zuigelingen kunnen bij de geboorte besmet worden via hun seropositieve moeder. Ten

vierde, er zijn op dit ogenblik vele jonge volwassenen die in hun meest productieve jaren geïnfecteerd worden, voornamelijk via heteroseksueel contact. Ten vijfde, seksueel overdraagbare aandoeningen kunnen de verspreiding van HIV/AIDS stimuleren. Ten zesde is AIDS een factor bij het handhaven en zelfs verhogen van de incidentie van besmettelijke ziekten zoals tuberculose (Economic Commission for Africa 1994). Genoeg redenen dus om de bestrijding van HIV/AIDS een belangrijke plaats te geven in programma's voor de promotie van de volksgezondheid in Afrika.

Bij de studie van de effecten van HIV/AIDS op de samenleving, nemen de kwetsbare groepen een belangrijke plaats in. Naast mobiele bevolkingsgroepen (zoals migranten, mijnwerkers en chauffeurs) en medisch personeel en druggebruikers, behoren de vrouwen en kinderen tot de meest kwetsbare groepen van de bevolking (Foster & Lucas 1991). In dit artikel spitsen we ons toe op deze laatste groep. Een eerste belangrijke reden voor deze keuze is het aanzienlijke risico van vrouwen en hun kinderen op infectie met het HIV. Via seksuele betrekkingen kunnen de vrouwen van seropositieve mannen besmet worden. Kinderen van seropositieve moeders kunnen als zuigeling besmet worden bij de geboorte. Een tweede reden is de cruciale rol van vrouwen in de opvoeding van de kinderen en het welzijn van het gezin in het algemeen (Sandström 1994). Vrouwen nemen ook in belangrijke mate deel aan de landbouw- en commerciële activiteiten. Het risico is nochtans dat vrouwen bij het overlijden van hun man alle lasten van het gezin te dragen hebben. Deze lasten kunnen overmatig zijn. In zulke omstandigheden zijn het dan voornamelijk de moeders uit de lage-inkomensgroepen die in de armoede terecht kunnen komen. Gezinnen die reeds arm waren, zien hun armoede nog vergroten. Het spreekt vanzelf dat het welzijn van de kinderen uit zulke gezinnen speciaal bedreigd wordt.

We kozen om voornamelijk de economische invloed van HIV/AIDS op vrouwen en hun gezin in ruraal Subsaharisch Afrika te bestuderen. Hierbij steunen we hoofdzakelijk op empirische studies in Oost-Afrika. Het is belangrijk om goed geïnformeerd te zijn over de werking van de gezinshuishouding. HIV/AIDS-interventieprogramma's kunnen dan immers hun strategieën en beleidsinstrumenten beter afstemmen op de realiteit van de gezinseconomie. Zo kunnen bijvoorbeeld economische prikkels worden ingevoerd die een daling van de HIV/AIDS-incidentie in de hand werken.

In het eerste hoofdstuk gaan we dieper in op de kwetsbaarheid van vrouwen en kinderen voor HIV/AIDS. De voornaamste methoden bij de economische analyse van HIV/AIDS worden toegelicht in het tweede hoofdstuk. In het derde hoofdstuk bespreken we de economische effecten van HIV/AIDS, voornamelijk op de vrouw en haar gezin. Aansluitende beleidsmaatregelen worden dan belicht in het vierde hoofdstuk. Verdere beschouwingen worden geformuleerd in het vijfde hoofdstuk. Nadien volgt het besluit.

1. Vrouwen en kinderen als kwetsbare groep

Vrouwen vormen een erg kwetsbare groep. In 1991 werd gerapporteerd dat één derde van de 6 miljoen HIV$^+$ personen vrouwen waren. De transmissie van man naar vrouw is ook tot 2,5 maal effectiever dan die van vrouw naar man. Een vrouw loopt bijgevolg meer risico, zelfs indien ze trouw zou blijven aan één levenspartner. Zwangere vrouwen zijn ook aan risico onderhevig tijdens bloedtransfusies naar aanleiding van complicaties bij de geboorte en *post-partum* bloedingen.

Vrouwen worden des te meer blootgesteld aan het virus in geval van risicovol seksueel gedrag. Zulk gedrag kan een culturele of economische rationaliteit hebben (Heise & Elias 1995). De sociale druk op vrouwen om kinderen te baren kan ertoe leiden dat ze relaties onderhouden met meerdere mannen. Seks kan ook worden gebruikt om voedsel voor het gezin te verzekeren of om andere noodzakelijke goederen te kopen. Met andere woorden, regelrechte armoede kan vrouwen ertoe brengen meervoudige seksuele relaties aan te knopen.

Prostituées vormen nog eens een bijzonder kwetsbare groep binnen de vrouwelijke bevolking [1] *. Studies wijzen uit dat prostitutées vaak een heterogene groep vormen, met verschillende gedragingen en risico's. Uit de studie van Kreis *et al.* (1986) in Nairobi [2] blijkt dat prostituées met een lagere socio-economische status eerder werkzaam zijn in de armere gebieden van de stad. Daarenboven is hun prijs verschillend van die van prostituées die in een hotel of bar werken en die een hogere status hebben. Gemiddeld genomen vraagt de prostituée uit de eerste groep 0,5 $ per contact en heeft ze 963 contacten per jaar. Van deze arme groep vrouwen was 66 % seropositief. Een prostituée uit de groep met de hogere status daarentegen, rekende van 5 $ tot 15 $ per contact aan en had gemiddeld 124 contacten per jaar. Van deze laatste groep was 31 % seropositief. Men bemerkt dat er dus een negatieve relatie optreedt tussen de prijs van een contact en de kans van de prostituée om HIV$^+$ te zijn [3].

Kinderen vertegenwoordigen ook een bijzonder kwetsbare groep. Bij zuigelingen wordt de kans op HIV/AIDS bepaald door hun moeders. Er wordt geschat dat de kans voor een seropositieve moeder om haar kind te infecteren vóór of tijdens de geboorte 25 % bedraagt. Foster & Lucas (1991) citeren schattingen dat AIDS in de jaren negentig jaarlijks 250 000 tot een 500 000 kinderen dodelijk zal treffen in een tiental Oost- en Centraal-Afrikaanse landen. Ook zal een groot aantal kinderen wees worden en kwetsbaarder worden : tegen het jaar 2000 zouden 5 tot 10 miljoen kinderen hun moeder ofwel beide ouders verloren hebben ten gevolge van AIDS (WHO 1995).

---

* De cijfers tussen haakjes [ ] verwijzen naar de noten en referenties pp. 73-75.

Men heeft ook vastgesteld dat een aantal schoolmeisjes seks gebruikt om schoolgeld te betalen. Hierdoor wordt het HIV-risico bij deze meisjes verhoogd. Het gebruik in sommige landen om jonge meisjes te koppelen aan mannen die vijf of tien jaar ouder zijn, versterkt dit risico. Door hun oudere leeftijd hebben deze mannen immers, gemiddeld genomen, reeds verschillende partners gehad. Er is dus meer kans dat zij hun jeugdige partners verder besmetten.

2. Methoden voor de economische analyse van HIV/AIDS

Doorgaans wordt veel aandacht besteed aan de directe en indirecte kosten van AIDS [4]. De directe kosten bestaan voornamelijk uit (i) de kosten van de behandeling van AIDS en van opportunistische infecties, (ii) de kosten van preventieprogramma's. Er zijn ook de indirecte kosten die hoofdzakelijk bestaan uit (i) het inkomensverlies voor het gezin ten gevolge van ziekte en van overlijden en (ii) het inkomensverlies of productiviteitsverlies van familieleden of andere personen die zorg verlenen aan HIV/AIDS-patiënten. De directe kosten per infectie bedragen gewoonlijk één- tot tweemaal het *per capita* Bruto Nationaal Product (BNP). Indirecte kosten kunnen tien, vijftien of zelfs twintig keer groter zijn dan de directe kosten (Bertozzi 1995). Naast de kostenanalyse is er ook de kosten-effectiviteitsanalyse. Deze bestudeert de verhouding tussen kosten en effectiviteit van bijvoorbeeld alternatieve preventiecampagnes of behandelingsmethoden. De effectiviteit kan worden uitgedrukt in, bijvoorbeeld, het aantal vermeden HIV-infecties [5] of overlijdens ten gevolge van AIDS.

Verder is er de studie van de macro-economische aspecten van HIV/AIDS. De haalbaarheid van alternatieve overheidsbudgetten voor HIV/AIDS-bestrijding kan worden nagegaan vanuit het standpunt van de publieke financiën. Tevens kan de invloed van HIV/AIDS-infectie en -mortaliteit ten gevolge van AIDS op zowel arbeid als kapitaal in de economie worden onderzocht. Dit laat toe om verder schattingen te maken van de negatieve effecten van de ziekte op de economische groei van een land [6].

Kostenanalyse, kosten-effectiviteitsanalyse en de macro-economische analyse zijn zeker belangrijke componenten van de toegepaste economische analyse betreffende HIV/AIDS. Nochtans is het ook bijzonder nuttig om het economisch gedrag van mensen ten opzichte van HIV/AIDS te onderzoeken. Deze laatste analyse is typisch micro-economisch en zal ons meer leren over de economische prikkels waarvoor families en hun leden gevoelig zijn. Het zijn dan verder de beleidsmakers die hun programma's ter controle van HIV/AIDS zullen kunnen aanpassen aan deze prikkels.

In de verdere analyse richten we ons op het overlevingsmechanisme van de vrouw wanneer haar man door HIV/AIDS wordt getroffen. We steunen in belangrijke mate op de studie van *Topouzis* (1994) in drie districten in Oeganda

(Kabarole, Tororo en Gulu). Hieruit blijkt trouwens dat er beduidend meer AIDS-weduwen zijn dan AIDS-weduwnaars. Deze weduwen blijken eerder jong te zijn, namelijk tussen de 15 en 35 jaar. Noteer nog dat wij voortaan „familie" zullen begrijpen als de grote familie, met leden uit tenminste drie generaties die bij elkaar wonen [7]. „Gezin" zal worden gebruikt wanneer het gaat over vader, moeder en kinderen. Uiteraard zal in de Afrikaanse context een familie verschillende gezinnen kunnen bevatten [8].

3. Invloed van HIV/AIDS op het gezinshuishouden

3.1. Inkomensvorming, consumptie en gezondheidsstatus : basiselementen

Aan de hand van figuur 1 bespreken we eerst de belangrijkste schakels tussen de inkomensvorming, consumptie en gezondheidsstatus in een landbouwersgezin dat gevrijwaard is van HIV/AIDS en andere belangrijke ziekten. De schakels worden weergegeven door pijlen. Het positieve of negatieve teken achter elke pijl geeft weer of het verband tussen twee variabelen positief dan wel negatief is [9]. In 3.2 analyseren we dan op welke wijze dit standaardschema moet worden aangepast voor de specifieke invloed van HIV/AIDS.

Starten we met de productiefactoren kapitaal, arbeid en overige *inputs* die nodig zijn voor de inkomensvorming (pijlen 1). Kapitaal kan bestaan uit overheidsinfrastructuur (bvb. wegen, watervoorziening) en particulier kapitaal (bvb. landbouwgrond, gereedschap, veestapel). Arbeid is de totale tijd die door het gezin wordt ingezet voor de inkomensvorming. Tot de overige *inputs* rekenen we bijvoorbeeld meststoffen. Het inkomen kan zowel in natura als in geld worden uitgedrukt.

Het inkomen wordt verder gebruikt ofwel om particuliere consumptie te financieren ofwel om besparingen te realiseren (pijlen 2). Op hun beurt zullen de besparingen worden gebruikt om kapitaal verder op te bouwen ; ook kunnen leningen worden gebruikt om kapitaal te financieren (pijlen 3). Elementen van de particuliere consumptie, in het bijzonder de uitgaven voor basisbehoeften [10] zullen een positieve invloed hebben op de gezondheidsstatus (pijl 4).

De gezondheidsstatus in het gezin [11] wordt tevens beïnvloed door milieufactoren (bvb. aanwezigheid van vectoren van parasitaire ziekten), de overheidsuitgaven voor basisbehoeften en het gezondheidsgedrag (bvb. met betrekking tot seks en alcohol) (pijlen 5).

De gezondheidsstatus in het gezin zal verder een effect hebben op arbeid en het gebruik van kapitaal en overige *inputs* (pijl 6). Niet alleen de kwantiteit maar ook de kwaliteit (of productiviteit) van arbeid kan positief beïnvloed worden door een betere gezondheid van de arbeidende gezinsleden. Het spreekt ook vanzelf dat de aanwending van kapitaal en de overige *inputs* efficiënter kan gebeuren wanneer de arbeid zowel kwantitatief als kwalitatief verbetert.

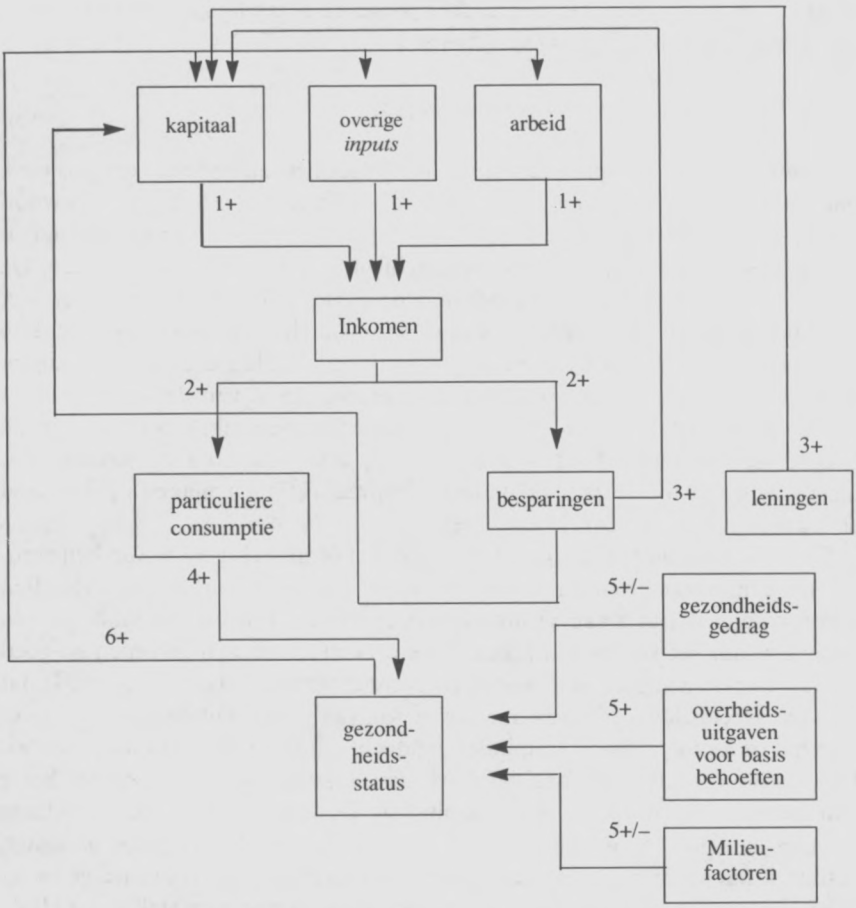

Fig. 1. — De verbanden tussen inkomensvorming, consumptie en gezondheidsstatus : basis-elementen.

Het is nu algemeen aanvaard dat inspanningen voor de verbetering van de factor arbeid, bijvoorbeeld via betere gezondheidszorg of beter onderwijs, de economische positie van een gezin kunnen bevorderen. In de economische literatuur drukt men er vaak op dat arbeid minstens even belangrijk is als kapitaal voor de economische vooruitgang ; daarom duidt men arbeid dikwijls aan als „menselijk kapitaal" [12].

3.2. Inkomensvorming, consumptie en gezondheidsstatus : de effecten van HIV/AIDS

Hier bespreken we meer speciaal hoe het economisch raderwerk binnen het gezin wordt beïnvloed door HIV/AIDS [13, 14]. Om de verdere analyse en

de discussie te vergemakkelijken, maken we gebruik van figuur 2. Men bemerkt dat figuur 1 de kern uitmaakt van figuur 2.

3.2.1. Impact op de landbouwactiviteiten [15]

Vrouwen zullen rekening moeten houden met het feit dat hun seropositieve man minder arbeid zal kunnen verrichten. En bij zijn overlijden is er gewoon een arbeidskracht minder in het gezin. Verder is één van de grote problemen dat de weduwe, volgens het gewoonterecht, geen land erft van haar man. De familie van de man kan de eigendommen opeisen. Daardoor vermindert het beschikbare kapitaal ten behoeve van de vrouw en haar gezin (pijl 15). In deze gevallen kan het gezinsinkomen bijgevolg dalen. Nochtans kan, in Oeganda, de weduwe op een officiële en wettelijke manier 15 % van de landeigendom van haar overleden man opeisen. De meeste vrouwen zijn echter niet op de hoogte van dit recht. Voorlopig is de enige zekerheid voor de weduwe dat haar zonen (13 tot 15 jaar of ouder) aanspraak kunnen maken op het land en eigendom van hun overleden vader.

Een vrouw in de hoedanigheid van weduwe of als echtgenote van een seropositieve man moet zich dus noodgedwongen aanpassen om te overleven. Een eerste reactie is dat zulke vrouwen hun eigen werktijd op het land moeten verlengen om het verlies aan productieve arbeidstijd en aan inkomen zo goed mogelijk op te vangen. Wat weduwen betreft, vermeldt Topouzis (1994) dat zij hun arbeidsdag verlengen met twee tot vier uren. Dit brengt dan weer mee dat de kleinere kinderen minder aandacht zullen krijgen van hun moeder. Ook zal het bereiden van maaltijden wellicht haastiger gebeuren, wat ten koste kan gaan van de kwaliteit van die maaltijden. De vrouw zou ook haar kinderen kunnen aanspreken om allerlei werk te verrichten. Als het jonge kinderen betreft, kunnen die nochtans niet meteen worden ingezet als volwaardige werkkrachten in de gezinshuishouding. Globaal genomen mag men stellen dat HIV/AIDS de totale werktijd in het gezin dreigt te verminderen, zodat landbouwproductie en inkomen op hun beurt kunnen dalen (pijl 7).

Ten tweede, het gebruikte landbouwareaal dreigt te verminderen (pijl 8) als een reactie op de vermindering van de beschikbare arbeidstijd in het gezin. Ook wordt vermeld door Topouzis (1994) dat door het overlijden van de man, planten en wieden vaak vertraagd wordt. Soms gaat een landbouwseizoen aan een gezin voorbij, door niet te planten of te wieden, wat de voedselbevoorrading van het gezin in het gedrang brengt. Is of wordt de weduwe zélf seropositief, dan blijft er het risico dat zij haar landbouwactiviteiten gewoon gaat staken. „Waarom nog plannen voor morgen, als men morgen dreigt te sterven" was een veel gehoorde opmerking in de bestudeerde Oegandese districten. Uiteraard leidt zulk gedrag tot extreme voedselschaarste en ondervoeding in het gezin.

Ten derde, om het verlies aan arbeid te minimalizeren kan een verschuiving optreden in de teelten : bananen, koffie, tomaten, gierst en rijst worden ver-

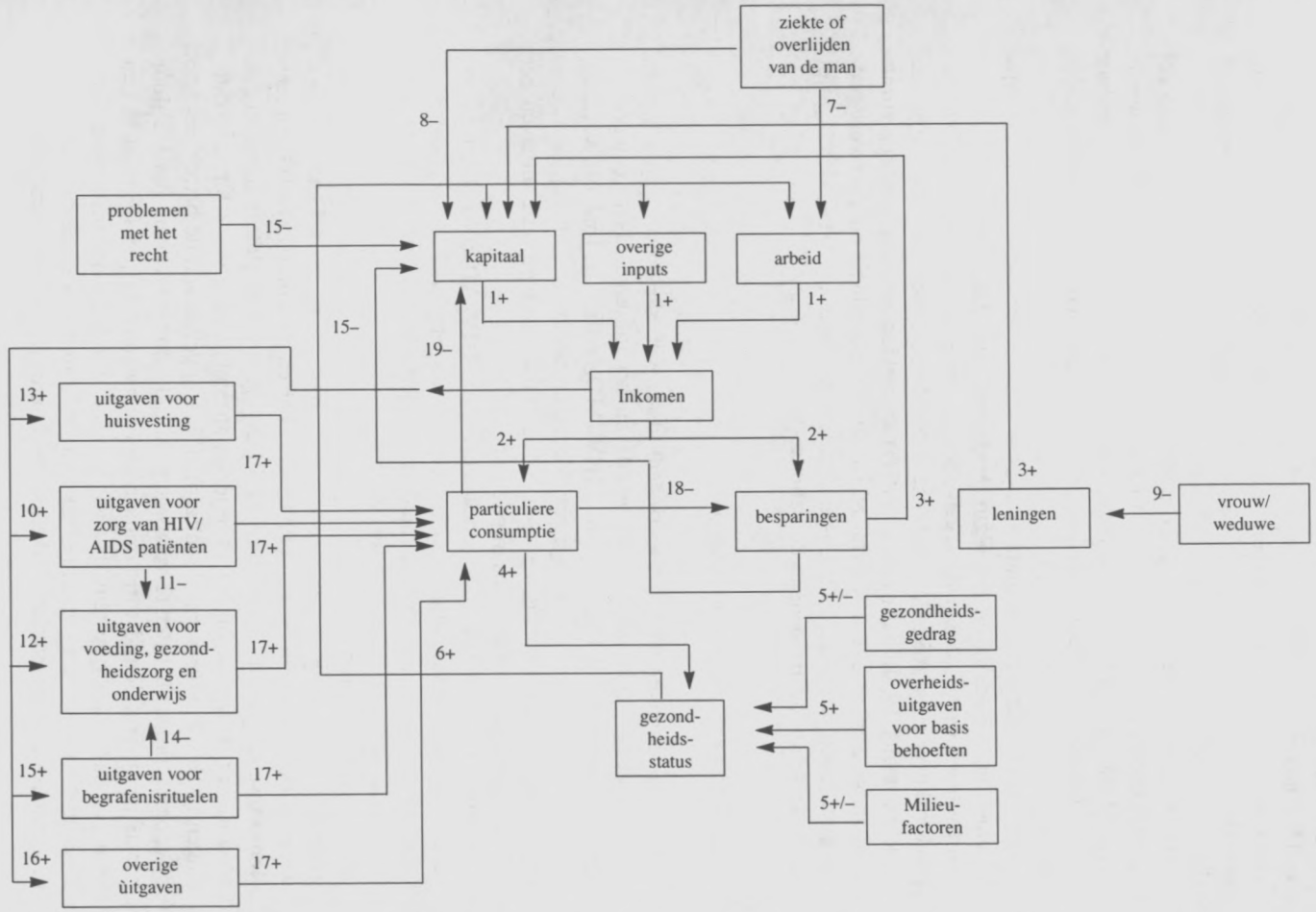

Fig. 2. — Inkomensvorming, consumptie en gezondheidsstatus : de effecten van HIV/AIDS.

vangen door minder arbeidsintensieve teelten zoals cassava en aardappelen. Dit kan tegelijkertijd een verschuiving meebrengen naar minder voedzame teelten. Om dezelfde redenen kan ook een verandering optreden in de veeteelt : zo kan een kleinere veestapel (met veelal varkens en kippen) verkozen worden, omdat die minder arbeid vereist (FAO 1994).

Ten vierde is er ook het feit dat een vrouw of weduwe minder een beroep zal kunnen doen op leningen (pijl 9) en technisch landbouwadvies [16]. Zo wordt vermeld dat technische adviseurs hun professionele activiteiten bij gezinnen vaak verminderen, omdat zij zoveel tijd besteden aan het bijwonen van begrafenissen van AIDS-patiënten [17].

Tot hiertoe mag men besluiten dat er een tekort zal optreden aan arbeidskrachten en arbeidstijd in het gezin. Voor het gezin dat met HIV/AIDS geconfronteerd wordt, dreigt de voedselbevoorrading te verminderen [18]. Gezinnen die vroeger reeds lage inkomens hadden, kunnen nu in de armoede terechtkomen [19]. Berkley *et al.* (1994) vermelden een studie in een rurale Afrikaanse gemeenschap, waarbij 89 % van de mortaliteit bij de meest productieve groep, namelijk de 25-34-jarigen, te wijten was aan HIV. Men begrijpt dat zulke schok de armoede in de hand werkt.

3.2.2. Impact op het uitgavenpatroon

In figuur 2 maken we een onderscheid tussen vijf categorieën van uitgaven. Het niveau van deze uitgaven hangt af van het inkomen. Deze categorieën zijn : huisvesting (pijl 13), zorg voor HIV/AIDS-patiënten (pijl 10), voeding, gezondheidszorg voor de overige gezinsleden en onderwijs (pijl 12), begrafenis (pijl 15) en de overige uitgaven (pijl 16). Tezamen vormen deze uitgaven het geheel van de particuliere consumptie (pijlen 17).

Bespreken we eerst de gezondheidszorg voor HIV/AIDS-patiënten in het gezin. Men kan ervan uitgaan dat het geldinkomen van het gezin dat door HIV/AIDS wordt getroffen, vermindert. Dit gedaalde inkomen komt dan nog eens onder druk te staan wanneer men minimale zorg voor de HIV/AIDS-patiënt wil financieren (pijl 10). Er is dan vaak geen geld meer om de gewone gezondheidszorg voor de kinderen te betalen (pijl 11). In dit verband verwijzen we naar de studie van Ngugi (1990) over het effect van HIV/AIDS bij een Kenyaanse jongeman op zijn familie [20]. Ngugi vermeldt dat de economische kosten voor de familie bij het overlijden aanzienlijk zijn : de verloren investeringen in het onderwijs van de jongeman, het opgeven van de betrekking van de moeder om hem beter te verzorgen, de tijd voor verzorging besteed door broers en zussen, de tijd van familieleden die kwamen helpen (gemiddeld tien uren per dag), aankoop van speciaal voedsel, drank en ontsmettingsmiddel. De studie van Davachi *et al.* (1988) over de kosten van kinderen met AIDS in Kinshasa leverde ook opmerkelijke bevindingen [21] : de gemiddelde kost

van een opname (met een ligduur van gemiddeld 25 dagen) bedroeg 90 $ en vertegenwoordigde drie keer het gemiddelde maandinkomen.

Het verminderde consumptievermogen leidt ook gauw tot het stopzetten van het onderwijs van sommige of alle kinderen (pijl 11). Ofwel kan men het schoolgeld niet meer betalen, ofwel heeft men de kinderen nodig voor werk in het gezin zelf of op het land. Zo werd er berekend dat slechts 20 % van de kinderen van gezinnen getroffen door HIV/AIDS school liepen in het district van Tororo (Oeganda).

De voedingsgewoonten kunnen ook wijzigen. Vermindering van geldinkomen en de eigen landbouwproductie kunnen leiden tot minder variëteit in de voeding en een vermindering van het aantal maaltijden (pijl 12). AIDS-weduwen hebben minder geld voor vlees en vis, olie, melk, suiker en zout. Velen moeten zich voortaan beperken tot een eenvoudig dieet van bijvoorbeeld gierst en cassava met een groentensaus. Soms moeten zij een deel van de eigen voedselproductie verkopen om medische zorg voor de kinderen te financieren.

De levensstandaard kan ook veranderen wat huisvesting betreft. Vanwege de druk op de beschikbare tijd en een lager inkomen in het algemeen, kan er minder worden besteed aan bijvoorbeeld noodzakelijke investeringen in of herstelling van een woning (pijl 13).

Bij overlijden van de AIDS-patiënt zijn er de begrafeniskosten die een flink stuk kunnen wegnemen van het budget dat normaal voor voeding, gezondheidszorg en onderwijs bedoeld is (pijl 14). De hogervermelde studie van Davachi *et al.* (1988) in Kinshasa haalt aan dat de gemiddelde kosten van de begrafenis van AIDS-patiënten 320 $ bedroeg, wat overeenkomt met elf maanden salaris. Omwille van de financiële implicaties van begrafenissen, zijn er ook veranderingen merkbaar in de begrafenisrituelen. In Oeganda zou de rouwperiode verminderd zijn van een week tot een drietal dagen. Ook wordt minder geld besteed aan de begrafenis en het ontvangen van familie bij die gelegenheid (pijl 15).

De analyse die we tot hiertoe maakten, was deze van een gezinshuishouding in een statische context. Er zijn verder dynamische aspecten verbonden aan de huishouding van gezin en familie. Er kan onvoldoende geld zijn voor het aankopen van noodzakelijke *inputs* zoals meststoffen of voor het uitvoeren van nodige investeringen. In dat geval kan men eerst de besparingen verminderen of stopzetten (pijl 18). Daarenboven kan men genoodzaakt zijn om kapitaal in natura aan te spreken (FAO 1994). In vele gevallen neemt dit de vorm van het verkopen van vee, of bijvoorbeeld van een transportmiddel, of zelfs van de woning zelf (pijl 19). Door deze beslissingen zal het kapitaal verminderen. In een verdere periode hebben deze kapitaalsverminderingen dan weer een nadelige invloed op het inkomen en de landbouwproductie. Zo kan een gezin in een vicieuze cirkel van kapitaalsvermindering, inkomensdaling en hieropvolgende kapitaalsvermindering terechtkomen.

3.3. Verdere impact op de wezen

De WGO schat dat einde 1993 2,5 miljoen kinderen één of beide ouders verloren had ten gevolge van AIDS. Tussen 5 en 10 miljoen kinderen, minder dan 10 jaar oud, zullen wees worden tegen het einde van dit decennium ; 90 % van deze kinderen zouden uit de Subsaharisch-Afrika-regio zijn (WHO & UNICEF 1994). Wat betreft de moederloze [22] wezen zijn er ook sombere vooruitzichten. In Zambia bijvoorbeeld zou tegen het jaar 2000 4 tot 7,1 % van de kinderen onder de 15 jaar moederloos geworden zijn [23, 24].

Uit de vorige paragraaf blijkt duidelijk hoe het welzijn van halve wezen reeds afneemt wanneer het gezin wordt getroffen door HIV/AIDS : het consumptieniveau in het algemeen, en de onderwijsdeelname in het bijzonder, dalen. Wanneer beide ouders komen te overlijden, wordt hun welzijn nog feller bedreigd. Zulke wezen kunnen in eerste instantie worden opgevangen door de grootouders of andere familie. Het is echter niet zeker dat zij aanspraak kunnen maken op voldoende onderwijs, kleding, voeding, enz. De familie die hen opvangt kan zelf reeds arm zijn, met alle beperkingen vandien op „nodige" uitgaven. Daarenboven kan de familie niet bereid zijn waarlijk te helpen omdat er een AIDS-stigma rust op de wezen. Het wordt nog moeilijker wanneer wezen totaal op zichzelf zijn aangewezen en wanneer zij een eigen gezin moeten organiseren. De vraag is dan hoe zij zich zullen onderhouden. Deze vraag wordt nog acuter wanneer de familie van de wezen het land en andere eigendom van de overleden ouders opeist.

Wezen die voorheen in een stedelijk gebied woonden en waarvan beide ouders overleden zijn, worden vaak terug naar het platteland gebracht. Daar starten ze een nieuw leven in vaak moeilijke omstandigheden. Bijvoorbeeld moeten ze, vaak tegen hun zin, deelnemen aan de landbouwactiviteiten van het gezin. Ze komen ook terecht in een familie waarvan ze vervreemd zijn en waar ze soms onvoldoende aandacht krijgen. Sommige wezen vluchten weg van huis omdat ze niet kunnen aarden in hun familiekring, of omdat ze het HIV/AIDS-stigma willen vermijden. Ze worden straatkinderen [25] en moeten zichzelf behelpen via allerlei baantjes of zelfs prostitutie, met een aanzienlijk risico voor HIV/AIDS als gevolg. Andere kinderen worden dan weer gedwongen om te helpen bij het huishouden of om geldinkomen te genereren, en zullen dus niet langer school kunnen lopen.

3.4. Impact op de familiehuishouding

Het traditionele vangnet van de grote familie komt ook onder druk te staan. Dit geldt meer speciaal voor families die reeds behoorden tot de armere groepen van de samenleving. Neem bijvoorbeeld een arm gezin dat wezen moet opvangen van een overleden broer en schoonzus. Hoe moeten ze tewerkgaan wanneer ze zelfs hun eigen kinderen niet naar behoren kunnen voeden en

onderwijs kunnen laten genieten ? Dikwijls ontstaat er dan competitie tussen de eigen kinderen en de verwelkomde wezen. Gewoonlijk zijn het dan de wezen die verliezen, en worden ze bij gebrek aan geld van school weggehaald. MULLER & ABBAS (1990) rapporteren [26] in dit verband, voor Oeganda, een verschil tussen een steekproef van families met en zonder wezen. Ze stellen een duidelijke financiële druk vast op de families met wezen : van de families met wezen zijn er 47 % die verklaren onvoldoende geld te hebben om de kinderen school te laten lopen ; daarentegen zijn er bij families zonder wezen slechts 10 % die geldtekort rapporteren.

Weduwen kunnen ook na het overlijden van hun man het AIDS-stigma meedragen. Het is opvallend dat waar voorheen de familie hielp in geval van nood, diezelfde familie nu de zogenaamde AIDS-weduwe kan uitstoten. In dit verband is het interessant om op te merken dat de Oegandese *The Aids Support Organisation* (TASO) de verwijzing naar „patiënten" of „door HIV/AIDS getroffen gezinnen en families" vermijdt. TASO spreekt eerder van *clients* [27].

4. Beleidsmaatregelen

We bespreken nu een aantal geselecteerde [28] beleidsmaatregelen die rechtstreeks aansluiten bij de analyse hierboven. We verwijzen trouwens naar de verschillende verbanden in figuur 2. Deze beleidsmaatregelen zijn gericht op HIV/AIDS-patiënten, de vrouwen en weduwen en de kinderen en wezen. De bespreking steunt o.m. op de *Lusaka Declaration* van 1994. Deze verklaring is het resultaat van een *workshop* die door het *Centre International de l'Enfance* [29] werd georganiseerd in Zambia in februari 1994. Deze *workshop* had tot doel de mogelijke methoden van steun te bespreken ten behoeve van families en kinderen uit oostelijk en zuidelijk Afrika die rechtstreeks of onrechtstreeks getroffen worden door HIV/AIDS (CIE 1994).

4.1. HIV/AIDS-PATIENTEN : THUISZORG

Gezondheidszorg voor de HIV/AIDS-patiënt is een zware last voor de familie. Zeker wanneer het hospitalisatie betreft, is de financiële kost aanzienlijk. Thuiszorg is nu één van de maatregelen die de kost van de gezondheidszorg voor het gezin kan verminderen (pijl 12 in figuur 2). Noteer dat thuiszorg elke vorm inhoudt van zelfzorg, alsook zorg gegeven door gezinsleden of gezondheidswerker (bvb. verpleger) bij de patiënt thuis. Deze zorg kan zowel medisch als psychosociaal en spiritueel zijn.

We sommen enkele belangrijke redenen op om thuiszorg te stimuleren, en dit vanuit het standpunt van de patiënt en zijn gezin (WHO 1993) :

(i) Essentiële zorg kan zonder meer thuis worden georganiseerd. Dure uitrusting en geneesmiddelen zijn niet nodig. Schoon water, zeep, essentiële geneesmiddelen volstaan.

(ii) Zieke of stervende HIV/AIDS-patiënten worden liever thuis verzorgd, zeker wanneer ze beseffen dat genezing in het hospitaal niet mogelijk is.

(iii) Gewoonlijk is thuiszorg goedkoper voor het gezin omdat dure hospitaalrekeningen en de transportkosten naar en van het hospitaal worden vermeden.

(iv) Ook gezinsleden kunnen thuiszorg verkiezen omdat ze hun taken thuis beter kunnen organizeren en ook geen tijd verliezen door transport- en reiskosten naar en van het hospitaal.

TASO is één van de organisaties die thuiszorg en familiehulp aan HIV/AIDS-patiënten stimuleren. In de Oegandese context is dit vrij belangrijk, gezien TASO ongeveer 25 000 leden kan betrekken bij haar activiteiten. Ook in Kwazulu (Zuid-Afrika) is er een pilootprogramma voor thuiszorg gestart waarbij men streeft naar een nauwe samenwerking tussen hospitalen, dispensaria en *community health workers* (VAN PRAAG 1995).

Ook vanuit het standpunt van de overheid kan het aanmoedigen van thuiszorg voordelig zijn. Het kan kostenbesparend zijn van zodra, bijvoorbeeld, lagere toelagen voor hospitaalzorg moeten worden gebudgetteerd. Er komen dus middelen vrij, waaruit dan weer kan worden geput om steun voor de organisatie van de thuiszorg te financieren (pijl 5).

Merken we ook op dat het uiteindelijke budget voor hospitaalzorg beter kan worden benut : hospitaalpersoneel en de beschikbare geneesmiddelen kunnen beter worden ingezet ten voordele van die patiënten die effectief kunnen worden geholpen door hospitaalzorg. Thuiszorg wordt dan ook een efficiënte methode om de trend naar het ontzeggen van hospitaalzorg aan seronegatieve patiënten om te buigen. VAN PRAAG & LUNT (1994) vermelden een studie in 1988 in het Mamo Yemo Hospitaal in Kinshasa [30] waarbij werd vastgesteld dat de helft van de opgenomen patiënten HIV^+ waren. Vermits de hospitaalbedden volledig bezet waren vóór de HIV/AIDS-epidemie, kan men besluiten dat potentiële hospitaalpatiënten met andere aandoeningen niet werden behandeld. De hoge mortaliteit onder de seronegatieve patiënten laat verder blijken dat het meestal de zieksten onder hen zijn die dan werden opgenomen. Deze resultaten worden bevestigd door een studie in het Kenyatta Hospitaal [31] : tussen 1988-89 en 1992 werden er 20 % minder seronegatieve patiënten opgenomen en de mortaliteit bij deze groep steeg van 15 % naar 23 % (VAN PRAAG & LUNT 1995).

4.2. Vrouwen en weduwen

4.2.1. Verbeteren van de inkomenspositie

Een groot probleem voor weduwen in een aantal Subsaharisch-Afrika-landen is het bestaande erfrecht. Volgens de traditie in Oeganda erft de familie van de overledene zijn eigendom. De traditie wil ook dat de broers van de overledene (of andere dichte familieleden) de weduwe „erven". De transfer van de eigendom en van de weduwe naar de familie van de man heeft te maken met de bruidschat die door de man werd betaald bij zijn huwelijk. Deze bruidschat geeft dan o.m. de clan van de overledene het recht om de vrouw te erven bij het overlijden van die man. Dit „vrouwenerfrecht" is trouwens een belangrijke risicofactor bij het verder verspreiden van AIDS, wanneer de weduwe seropositief is ; de mannelijke clanleden hebben immers het recht op seksuele betrekkingen met de geërfde weduwe. De economische bescherming van de vrouw en haar kinderen door de familie is nochtans niet langer verzekerd. De familie kan de vrouw en haar gezin aan hun lot overlaten, bijvoorbeeld omwille van het AIDS-stigma. Op die wijze kunnen weduwen en hun kinderen in de armoede terechtkomen.

De overheid zou een beleid kunnen uitwerken om weduwen en hun gezin voor armoede te behoeden. Zo kan, ten eerste, de overheid optreden op het vlak van het verbeteren van erfeniswetgeving. Er kan gewerkt worden aan het toewijzen van een recht op erfenis bij overlijden van de man (pijl 15). Maatregelen kunnen ook worden genomen om vrouwen toegang te geven tot kredieten (pijl 9) en technisch advies bij landbouw- of commerciële activiteiten.

Ten tweede zijn inkomensgenererende activiteiten meer dan ooit nodig om gezinnen en families met HIV/AIDS uit de armoede te houden. Initiatieven die bijvoorbeeld kleinhandel en ambachtelijke activiteiten stimuleren, zijn erg waardevol. Deze initiatieven kunnen gesteund worden via speciale fondsen. Ook kunnen eenvoudige kredietmechanismen worden opgezet om zulke activiteiten van start te laten gaan [32]. Zo heeft TASO een systeem opgestart om aan haar leden kredieten (pijl 3) te verlenen voor de kippenteelt en maïs- en arachideteelt.

De initiatieven die betere inkomens garanderen, zullen er ook toe bijdragen om risicovol seksueel gedrag bij voornamelijk arme vrouwen te verminderen of uit te schakelen (Poudel 1995). Dat vrouwen en meisjes vaak uit economische noodzaak overgaan tot risicovolle seks met vele partners wordt nog eens geïllustreerd door de studie van Rwabukwali *et al.* (1991) [33] : in 72 % van de gevallen van een steekproef van HIV^+ vrouwen in Kampala, Oeganda, was „economische noodzaak" de eerste reden voor risicovol seksueel gedrag. Het is interessant om te vermelden dat een groep Nigeriaanse vrouwen zei

de prostitutie te staken wanneer men hen zou helpen aan een baantje met een gemiddeld maandinkomen van $ 15 (Over & Piot 1990).

Ten derde wordt er ook aangeraden om materiële en financiële steun te voorzien voor gezinnen en families met HIV/AIDS. Deze steun moet echter tijdelijk zijn om afhankelijkheid te vermijden.

4.2.2. Verbeteren van informatie

De zwakste groepen in de samenleving vallen het makkelijkst ten prooi aan HIV-infectie (Bloom & Lyons 1993). Zo is er heel wat onwetendheid bij vrouwen over de band tussen seksueel gedrag en HIV/AIDS. Dit laatste leidt dan, bijvoorbeeld, tot een miniem condoomgebruik. Armere vrouwen hebben ook een grotere kans om in de prostitutie terecht te komen, wat hen nog maar eens gevoeliger maakt voor de ziekte. Bloom & Lyons (1993) vermelden ook, voor Azië dan, dat er veel intraveneuze druggebruikers zijn bij etnische groepen. Zonder informatie over de risico's van gebruik van vuile naalden leidt dit zonder meer tot een hogere HIV/AIDS-prevalentie.

De rol van informatie over HIV/AIDS is van grote betekenis. Een onmiddellijk effect van betere informatie mag evenwel niet worden verwacht. Ook zal moeten worden uitgemaakt welke de „doelgroepen" zijn. Hier dient bestudeerd op welke manier de doelgroepen het best kunnen beïnvloed of overtuigd worden om bepaalde gedragingen te veranderen. Een reeds voor de hand liggende doelgroep is die van de prostituées [34].

Een andere groep die meer dient betrokken te worden bij informatiecampagnes i.v.m. gezondheidsgedrag is die van monogame vrouwen (pijl 5). Deze zijn immers bedreigd door HIV/AIDS via multi-partner seksueel gedrag van hun echtgenoten. In Zambia bleek bijvoorbeeld dat veel vrouwen machteloos staan tegenover het seksuele gedrag van hun man : vrouwen zelf kunnen wel monogaam zijn, maar mannen blijken dat veel minder te zijn (Mushingeh *et al.* 1991) [35]. Tevens wordt opgemerkt dat heel wat informatieprogramma's de mannen niet of nog onvoldoende als doelgroep erkennen. Het gevolg is dat seksuele partners van mannen met hoog risicogedrag op hun beurt een steeds groter risico lopen (Heise & Elias 1995).

Weduwen in het bijzonder zijn ook veelal angstig over hun sero-status en die van hun kinderen. Weduwen willen wel een HIV-test ondergaan, maar zijn dikwijls niet geïnformeerd over de plaats waar zulke tests kunnen worden verricht. Weduwen die geïnformeerd zijn over hun sero-status kunnen soms rustiger werken aan de toekomst van hun kinderen. Zo besloot een seropositieve weduwe in Gulu district (Oeganda) een bankrekening te openen voor haar zestienjarige dochter. Deze laatste zou dan verder voor haar zussen en broers kunnen zorgen na het overlijden van de moeder.

4.3. Wezen : onderwijs en opvang

Wat wezenzorg betreft, wordt in het algemeen de opening van nieuwe weeshuizen afgeraden. Men geeft de voorkeur aan een grotere inbreng van de familie via opvang en adoptie. De overheid is wellicht te vinden voor zulke beleidssuggestie omdat het stopzetten van de bouw van nieuwe weeshuizen kostenbesparend is voor de publieke financiën. Nochtans moeten ook voldoende financiële prikkels worden voorzien voor die families waarvan verwacht wordt dat zij de wezen (blijven) opvangen. Een van de belangrijkste prikkels, althans voor de armere families, is het verlenen van gratis onderwijs aan weeskinderen (pijl 12). Gratis onderwijs kan ook worden verstrekt aan de halve wezen die een zware financiële last betekenen voor hun moeder. Voor arme families en gezinnen zal er dan wat ruimte komen in hun budget, zodat de aankoop van andere noodzakelijke goederen en diensten wordt vergemakkelijkt. Het zou trouwens best kunnen dat zulke subsidies effectief zijn bij het verminderen van de HIV/AIDS-transmissie ; immers, meisjes zouden dan geen seks meer moeten gebruiken als middel om hun schoolgelden te betalen.

Dit onderwijs moet ook zo goed mogelijk worden aangepast aan de noden van de kinderen. Zo hebben oudere kinderen uit gezinnen getroffen door HIV/AIDS eerder behoefte aan een vakopleiding die ze snel kunnen valoriseren. Na opleiding en tewerkstelling kunnen deze kinderen dan een inbreng doen in de familiehuishouding.

De school is ook een ideale plaats voor informatie-overdracht over HIV/AIDS. Zo werd onlangs een informatie-pakket (WHO & UNESCO 1994) uitgebracht ten behoeve van leraars en leerlingen (Cherney 1995). In het algemeen betekent het stimuleren van de toegang voor meisjes tot het onderwijs een investering die tevens de effectiviteit van HIV/AIDS-preventieprogramma's zal verbeteren. Immers, via het onderwijs en informatie krijgen meisjes een beter inzicht in de HIV/AIDS-problematiek. In dit verband dient te worden vermeld dat in Subsaharisch Afrika de kans op transmissie van HIV voor een belangrijk deel te wijten is aan seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA) [36]. SOA-controle zou dus deel moeten uitmaken van de strijd tegen AIDS en een plaats krijgen in informatie over HIV/AIDS (Berkley *et al.* 1994). HIV/AIDS-interventieprogramma's zouden aldus een grotere baat [37] kunnen opleveren dan voorheen.

5. Verdere beschouwingen

Uiteraard zijn het niet enkel de HIV/AIDS-gezinnen die door armoede kunnen worden getroffen. Over het algemeen schept men een ethisch probleem wanneer een behoorlijk uitgebouwde strategie van armoedebestrijding enkel de HIV/AIDS-families zou ten goede komen. Dit risico bestaat inderdaad

wanneer men automatisch gratis onderwijs zou toekennen aan kinderen van HIV/AIDS-families, en niet noodzakelijk aan overige arme gezinnen. Het toekennen van financiële steun aan HIV/AIDS-gezinnen houdt tevens het gevaar in dat men arme gezinnen zonder HIV/AIDS zou kunnen verwaarlozen.

Er moet dus veeleer gedacht worden aan een anti-armoedebeleid dat de hele arme bevolking ten goede komt, en niet alleen de HIV/AIDS getroffen patiënten en families. Zoniet, is er trouwens kans dat arme gezinnen een lakse houding [38] zullen aannemen tegen HIV/AIDS en de preventieprogramma's : immers, wordt men getroffen door HIV/AIDS, dan wordt men toch speciaal financieel geholpen. Om gelijkaardige redenen heeft TASO het systematisch gratis uitdelen van maaltijden aan patiënten die op consultatie kwamen, stopgezet (Europese Unie 1995).

Een cruciale vraag bij dit alles is echter wie de bovenvermelde initiatieven op een houdbare manier zal financieren. Gezien de zwakke economische toestand van vele Subsaharisch Afrika-landen, ligt het voor de hand dat overeenkomsten zouden worden afgesloten tussen donoren, NGOs, gemeenschappen en de overheid. Het is dus aangewezen om financiële haalbaarheidsstudies te maken vooraleer nieuwe initiatieven van start gaan. Tevens moet bestudeerd worden op welke wijze de lokale gemeenschap kan worden betrokken bij zulke initiatieven. Zulke analyses moeten de duurzaamheid van nieuwe initiatieven en projecten op het oog hebben (Widy-Wirski 1994). Indien echte betrokkenheid van de gemeenschap ontbreekt, dan verliest deze snel interesse voor een nieuw initiatief. De geïnvesteerde inspanningen en fondsen dreigen dan op lange termijn hun effectiviteit te verliezen.

Besluit

Een drietal besluiten kan worden geformuleerd. Ten eerste, er moet worden gezocht naar een kost-effectieve behandeling van de HIV/AIDS-patiënt, dit in het belang van de patiënt zelf en dat van zijn gezin. Zo werd thuiszorg aangeduid als belangrijk voor het welzijn van de patiënt. Daarenboven betreft het hier een methode die de financiële druk van HIV/AIDS op het gezin wil minimalizeren.

Ten tweede, de studie van de gezinshuishouding leert ons meer over de beleidsinstrumenten die kunnen worden aangewend om de gezinnen meer opgewassen te maken tegen de negatieve effecten van HIV/AIDS. Een van de meest uitgesproken effecten op weduwen en hun kinderen was de grotere kans om in de armoede terecht te komen. De besproken instrumenten betroffen voornamelijk de beschikbaarheid van de *inputs* die nodig zijn voor de economische activiteiten van het gezin. Hierbij kan de nadruk worden gelegd op het belang voor de weduwe om van haar man te erven en van haar toegang

tot krediet. Tevens moeten de armere gezinnen geholpen worden, o.m. door aan hun kinderen gratis toegang te verlenen tot het onderwijs.

Ten derde moet de analyse van de gezinseconomie helpen bij het uittekenen van preventiestrategieën. Het substantieel verbeteren van de inkomenspositie is op zichzelf reeds een middel tot preventie. Weduwen en meisjes hangen op die manier minder af van seksuele relaties om te voorzien in het onderhoud van het gezin ; op deze wijze zijn zij minder gevoelig voor transmissie van het virus. Deelname van de kinderen aan het onderwijs en de mogelijkheid die het onderwijs biedt voor informatieoverdracht over de ziekte is ook van kapitaal belang voor het verminderen van de transmissie van HIV/AIDS.

In dit artikel hebben wij vele belangrijke vragen onbeantwoord moeten laten. Zo is er de vraag naar het fertiliteitsgedrag van de vrouw wanneer haar man seropositief is. Op welke wijze kan verdere fertiliteit, en dus de kans op transfer van het virus op een kind, worden vermeden ? Er moet ook worden ingegaan op sociale en economische prikkels om mannen aan te sporen tot een veilig seksueel gedrag. Op die manier kan hun gezin intact blijven en dreigt het niet of minder in de armoede te raken. En hoe ziet de gezinseconomie eruit wanneer de vrouw overlijdt ? Hoe zal de weduwnaar zijn rol zien in zijn gezin ? Er is ook heel wat onderzoek te verrichten naar de gezinshuishouding van andere kwetsbare groepen, en niet in het minst van gezinnen uit de mobiele bevolkingsgroepen. Ook moet worden onderzocht hoe de gezinshuishouding wordt beïnvloed door HIV/AIDS in stedelijke gebieden.

In het algemeen stellen we dat gezinnen en hun leden economisch rationeel zijn en dat ze bijgevolg reageren op economische prikkels. De kapitale uitdaging voor de economische analyse van de effecten van HIV/AIDS op de gezinnen is daarom om die prikkels te vinden die hen beschermen tegen HIV/AIDS en die hun algemeen welzijn ondersteunen. Grondige micro-economische analyses van productie, consumptie en gezondheidsgedrag in de gezinnen, bijvoorbeeld via gezinsenquêtes, dringen zich dus op. Hopelijk kunnen de eerder voorgestelde diagrammen van de schakels tussen deze variabelen behulpzaam zijn bij de aanzet van zulke analyses.

NOTEN EN REFERENTIES

[1] Voor de volledigheid moet worden gezegd dat vooral in rurale gebieden commerciële prostitutie niet voorkomt. Wel komt casuele seks voor met verschillende partners. Vanwege de connotatie van vriendschap, kan dit gepaard gaan met een gift in natura of geld. Zie bijvoorbeeld SCHOPPER *et al.* (1995).

[2] Samengevat in FOSTER & LUCAS (1991, p. 81).

[3] Deze negatieve relatie wordt bevestigd door MANOLOTO *et al.* (1990) in hun studie bij Filippijnse prostituées.

[4] Zie bijvoorbeeld BLOOM & LYONS (1993), KADDAR (1990) en OVER *et al.* (1989).

[5] Zie WORLD BANK (1992).
[6] Voorbeelden van macro-economische studies zijn CUDDINGTON (1994), en hoofdstuk III. A uit de Tanzania-studie van de WORLD BANK (1992).
[7] In het Engels spreekt men van *extended family*.
[8] Studie van families en gezinnen in de Afrikaanse context is bijzonder complex. Zie bijvoorbeeld SEELEY *et al.* (1995).
[9] Wanneer de aard van het verband niet éénduidig is, dan wordt dit weergegeven met een +/–.
[10] Hiertoe rekent men doorgaans de uitgaven voor voeding, gezondheid en onderwijs, en huisvesting.
[11] Omdat we de analyse hier bewust eenvoudig willen houden, maken we abstractie van verschillen in gezondheidsstatus tussen de gezinsleden.
[12] Zie SCHULZ (1981).
[13] We steunen voornamelijk op TOPOUZIS (1994) en BARNETT & BLAIKIE (1992). Noteer dat op dit ogenblik een omvangrijke studie op het vlak van de invloed van AIDS op de gezins- en familie-economie aan de gang is in Ivoorkust, Haïti en Burundi. Zie BECHU *et al.* (1994). De volledige resultaten werden evenwel nog niet gepubliceerd.
[14] Voor een gelijkaardige behandeling van dit thema, zie AINSWORTH & OVER (1992, pp. 7-11).
[15] Voor een goede samenvatting van de effecten van HIV/AIDS op de landbouw, zie FAO (1994).
[16] Dit zijn diensten die veelal door de overheid worden georganiseerd. In Engelstalig vakjargon spreekt men van *extension services*.
[17] Zie HEMRICH (1995).
[18] Het is belangrijk om op te merken dat hieruit niet kan worden besloten dat de totale voedselproductie op dorpsniveau zou verminderen.
[19] Het is soms moeilijk om inkomensdalingen precies te meten. Alternatieve methoden kunnen worden gebruikt om wijzigingen in de levensstandaard te bestuderen ; zie bijvoorbeeld SEELEY *et al.* (1995).
[20] Referentie 114 bij FOSTER & LUCAS (1991).
[21] Referentie 41 bij FOSTER & LUCAS (1991).
[22] We herhalen dat het hier om moeders gaat die aan AIDS overlijden.
[23] WHO & UNICEF (1994, p. 111).
[24] Voor een gedetailleerde bespreking van het wezenprobleem in Tanzania, zie AINSWORTH & RWEGARULIRA (1992).
[25] Het aantal straatkinderen wordt op dit ogenblik geraamd op 100 miljoen ; zie WHO & UNICEF (1994).
[26] Referentie 109 bij FOSTER & LUCAS (1991).
[27] Zie TASO & WHO (1995) voor een overzicht van de werking van TASO.
[28] Voor een meer algemene bespreking van beleidsmaatregelen, zie KIT *et al.* (1995).
[29] Het *Centre International de l'Enfance* is gevestigd in Parijs.
[30] Zie HASSIG *et al.* (1990), besproken door VAN PRAAG & LUNT (1995, p. 8).
[31] Zie GILKS *et al.* (1993), besproken bij VAN PRAAG & LUNT (1995, p. 8).
[32] Voor een uitvoerige bespreking van methoden van kredietverlening aan kwetsbare groepen zoals vrouwen, zie WHO (1994b).
[33] Verder besproken bij HEISE & ELIAS (1995, p. 935).

[34] Snelle verandering in het gebruiken van condooms door prostituées is niet evident. Eén van de redenen is dat prostituées zich dikwijls onvoldoende sterk kunnen opstellen tegenover hun klanten. In principe kan hier ook aan economische prikkels worden gedacht om het gedrag te veranderen. Zo vermeldt BUCHAN (1992) dat in Calabar, Nigeria, een zelfhulpgroep van prostituées afsprak om de prijs van een contact te verhogen, en tevens elke klant te weigeren die geen condoom wilde gebruiken. De verwachting was dat de verhoging van de prijs de eventuele vermindering van de contacten zou compenseren.

[35] Besproken bij HEISE & ELIAS (1995, p. 934).

[36] Noteer dat wereldwijd het aantal patiënten dat tegelijkertijd een seksueel overdraagbare ziekte hebben en HIV^+ zijn, wordt geraamd op minstens 2 miljoen (WIDY-WIRSKI 1995).

[37] Deze baat kan bijvoorbeeld worden uitgedrukt in een verlaagde HIV/AIDS-incidentie.

[38] In economisch vakjargon zou men spreken van *moral hazard.*

BIBLIOGRAFIE

AINSWORTH, M. & OVER, M. 1992. The economic impact of AIDS : shocks, responses and outcomes. — World Bank, Africa Technical Department, Technical working paper no. 1.

AINSWORTH, M. & RWEGARULIRA, A.A. 1992. Coping with the AIDS epidemic in Tanzania : Survivor assistance. — World Bank, Africa Technical Department, Technical working paper no. 6.

BARNETT, T. & BLAIKIE, P. 1992. Aids in Africa. Its present and future impact. — Belhaven Press, London.

BECHU, N., CHEVALIER, E. & KADDAR, M. 1994. Devenir socio-économique des enfants et familles touchés par l'infection à VIH/SIDA dans les pays en développement. — Centre International de L'Enfance, Paris (France) (août 1994).

BERKLEY, S., PIOT, P. & SCHOPPER, D. 1994. AIDS : Invest now or pay more later. — *Finance and Development,* **31** (2) : 40-43.

BERTOZZI, S. 1995. Assessing and alleviating the real impact of AIDS. — *Global Aidsnews,* **1** : 10-11.

BLOOM, D. E. & LYONS, J. V. 1993. Economic Implications of AIDS in Asia. HIV/AIDS Regional Project, UNDP, New Dehli (India).

BUCHAN, J. 1992. Strategies for Managing the Impact of AIDS on Development. — *In* : The Economic and Social Consequences of AIDS on the ACP Countries, Brussels (Belgium).

CENTRE INTERNATIONAL DE L'ENFANCE 1994. Support to Children and Families Affected by HIV/AIDS — Lusaka Declaration (Zambia : Lusaka, Workshop 1-4 February 1994).

CHERNEY, S. 1995. AIDS : a glance back, a look forward. — *World Health,* **48** (2) : 18-19.

CUDDINGTON, J. T. 1994. Assessing the impact of AIDS on the growth path of the Malawian economy. — *Journal of Development Economics,* **43** (2) : 363-368.

DAVACHI, F., BAUDOUX, P., NDOKO, K., N'GALY, B. & MANN, J. 1988. The economic impact on families of children with AIDS in Kinshasa. — *In* : FLEMING, A. F., CARBALLO, M., FITZ SIMONS, D., BAILEY, M. & MANN, J. (eds.). The Global Impact of Aids. Alan R. Liss, New York, pp. 167-169.

ECONOMIC COMMISSION FOR AFRICA 1994. Survey of economic and social conditions in Africa 1991-1992, Addis-Ababa (Ethiopia).

EUROPESE UNIE 1995. Le Prix Roi Baudouin attribué à la TASO. La lutte contre le sida associée au développement. — *Le Courrier,* **151** (mai-juin).

FAO 1994. What has AIDS to do with agriculture ?, Rome (Italy).

FOSTER, S. & LUCAS, S. 1991. Socioeconomic aspects of HIV and AIDS in developing countries – a review and annotated bibliography. London School of Hygiene and Tropical Medicine, PHP Departmental Publication no. 3.

GILKS, C., ADAM, A., OTIENO, L., MWONGERA, F., AMIR, M. & PAUL, J. 1993. HIV infection in acute medical admissions to Kenyatta Hospital : 1988/89 compared to 1992. IXth International Conference on AIDS (Berlin, June 1993).

HASSIG, S. E., PERRIENS, J. *et al.* 1990. An analysis of the economic impact of HIV infection among patients at Mama Yemo Hospital, Kinshasa, Zaire. — *AIDS,* **4** : 883-887.

HEISE, L. L. & ELIAS, C. 1995. Transforming AIDS prevention to meet women's needs : a focus on developing countries. — *Social Science and Medicine,* **40** (7) : 931-943.

HEMRICH, G. 1995. The impact of HIV/AIDS on agricultural production systems and rural livelihoods in Africa. — *In* : Partnership in Poverty Alleviation : eight years of experience. BSF/IFAD/UNICEF/UNDP Joint Programme Review, report 0562, Kampala (Zambia) (February 1995).

KADDAR, M. 1990. L'impact économique de l'infection à VIH et du SIDA de la femme et de l'enfant. — *In* : Centre International de l'Enfance. Sida, enfant, famille. CIE, Paris, pp. 207-243.

KIT, SAfAIDS & WHO 1995. Facing the challenges of HIV/AIDS : a gender-based response (Amsterdam : KIT, Harare : SAfAIDS, Geneva : WHO).

MANOLOTO, C. R., HAYES, C. G., PADRE, L. P., ESPINOSA, G., ANDRADA, A., MEJIA, P., DANO, D. & BASACA-SEVILLA, V. 1990. Sexual behaviour of Filipino female prostitutes after diagnosis of HIV infection. — *South-East Asian Journal for Tropical Medicine and Public Health,* **21** (2) : 301-305.

MULLER, O. & ABBAS, N. 1990. The impact of AIDS mortality on children's education in Kampala, Uganda. — *AIDS Care,* **2** (1) : 77-80.

MUSHINGEH, C., CHAMA, W.K. & MULIKELELA, D.M. 1991. An Investigation of High-Risk Situations and Environments and their Potential Role in the Transmission of HIV in Zambia : The Case of the Copperbelt and Luapula Provinces. Report Prepared for the Population Council of Zambia.

NGUGI, E. N. 1990. Caste study : social economic impact of AIDS in a home and family. Unpublished.

OVER, M., BERTOZZI, S & CHIN, J. 1989. Guidelines for rapid estimation of the direct and indirect costs of HIV infection in a developing country. — *Health Policy,* **11** : 169-186.

OVER, M. & PIOT, P. 1990. HIV Infection and Other Sexually Transmitted Diseases. —

In : JAMISON, D. T. & MOSLEY, W. H. (eds.). The World Bank Health Sector Priorities Review. White cover report. World Bank.

PETROS-BARVAZIAN, A. & MERSON, M. 1990. Women and AIDS : A Challenge for Humanity. — *World Health,* **2** (9).

POUDEL, M. 1995. Poverty, prostitution and women. — *World Health,* **47** (6) : 10-11.

RWABUKWALI, C. *et al.* 1991. Socioeconomic determinants of sexual risk behavior among Baganda women in Kampala, Uganda. VIIth International Conference on AIDS (Florence, June 1991).

SANDSTRÖM, S. 1994. Poverty reduction : Learning the lessons of experience. — *Finance & Development,* **31** (3) : 30-33.

SCHOPPER, D., DOUSSANTOUSSE, S., AYIGA, N., EZATIRALE, G., IDRO, Z. J. & HOMSY, J. 1995. Village-based AIDS prevention in a rural district in Uganda. — *Health Policy and Planning,* **10** (2) : 171-180.

SCHULZ, T. 1991. Investing in people. University of California Press, Berkeley.

SEELEY, J. A., KAJURA, E. B. & MULDER, D. W. 1995. Methods used to study household coping strategies in rural South West Uganda. — *Health Policy and Planning,* **10** (1) : 79-88.

TASO & WHO 1995. TASO Uganda The Inside Story. Global Programme on Aids. WHO/GPA/TCO/HCS/95.1. — WHO, Geneva.

TOPOUZIS, D. 1994. The socioeconomic impact of HIV/AIDS on rural families, with an emphasis on youth. — *In* : FAO, Document TCP/UGA/2256 (Rome : February 1994).

VAN PRAAG, E. & LUNT, R. 1994. Provision of HIV/AIDS care in resource constrained settings. Discussion paper. Global Programme on Aids. — WHO, Geneva.

VAN PRAAG, E. 1995. The continuum of care : lessons from developing countries. Discussion paper. Global Programme on Aids. — WHO, Geneva.

WIDY-WIRSKI, R. 1994. Assessing sustainability of HIV/AIDS-related projects in Africa. Geneva : WHO/GPA, unpublished.

WIDY-WIRSKI, R. 1995. Sexually Transmitted Diseases in the AIDS Era : Agenda for Action. (Geneva : WHO/GPA, unpublished).

WHO 1993. AIDS Home care handbook. Global Programme on Aids. WHO/GPA/IDS/HCS/93.2. — WHO, Geneva.

WHO 1994a. Aids. Images of the epidemic. — WHO, Geneva.

WHO 1994b. Improving the health status of vulnerable groups through increasing availability of credit, particularly to women. — *In* : Final report of the Joint WHO-IBRD Workshop on "Banking for Health". WHO/DGH/ICO/BfH/1994 (Geneva, 15-17 June 1994).

WHO 1995. Women and AIDS. Women face avoidable risk of AIDS. — WHO Press Release WHO/61, 23 August 1995.

WHO/AFRO 1992. Regional programme for malaria control : achievements and prospects for the 1990s, Brazzaville (Congo).

WHO & UNESCO 1994. School health education to prevent AIDS and STD. A resource package for curriculum planners. — WHO, Geneva.

WHO & UNICEF 1994. Action for children affected by AIDS. Global Programme on Aids. WHO/GPA/TCO/HCS/94.7. — WHO, Geneva & UNICEF, New York.

WORLD BANK 1992. Tanzania : Aids assessment and planning study, Washington D.C. (USA).

DANKBETUIGING

De auteur is veel dank verschuldigd aan Stef Bertozzi, Michel Jancloes, Eric Van Praag en Ros Widy-Wirksy van de WGO voor belangrijke suggesties en de nuttige discussies rondom het thema van dit artikel. Ook dank aan Jeroen Carrin voor het nalezen van een vorige versie van dit artikel. Dit artikel wordt opgedragen aan Dr. Ros Widy-Wirsky, die heel recent overleed.

Bull. Séanc. Acad. r. Sci. Outre-Mer
Meded. Zitt. K. Acad. overzeese Wet.
41 (1995, Suppl. 1) : 79-88

Entre développement et sous-développement, l'infection à VIH et le SIDA en Afrique subsaharienne

par

J.-M. AMAT-ROZE *

MOTS-CLES. — Afrique subsaharienne ; Développement ; Infection ; SIDA ; Sous-développement ; VIH.

RESUME. — L'Afrique subsaharienne est le territoire le plus affecté par l'infection à VIH. Mais ses impacts géographique et démographique, sa dynamique de diffusion sont differenciés. L'observation des taux de séroprévalence et des taux d'incidence montre que les lieux ne sont pas égaux. Chacun d'eux illustre une forme de combinaison des nombreuses variables que la dynamique de l'infection met en jeu. Des territoires plus que d'autres concentrent un maximum de facteurs de risque. L'exemple de Bangui, capitale de la République Centrafricaine, pôle précoce de haute séroprévalence, illustre ces lieux où le jeu de relations, entre les forces et les formes du développement et du sous-développement, favorise un système infectieux comme celui de l'infection à VIH.

SAMENVATTING. — *Tussen ontwikkeling en onderontwikkeling, HIV-infectie en AIDS in Subsaharisch Afrika.* — Subsaharisch Afrika is de door de HIV-infectie meest getroffen regio. Maar haar geografische en demografische impact, haar verspreidingsdynamiek verschillen. De studies van de seroprevalentie- en incidentiecijfers tonen aan dat niet alle plaatsen gelijk zijn. Elk van hen illustreert een combinatievorm van talrijke variabelen door de infectiedynamiek geïmplementeerd. Bepaalde territoria, meer dan andere, houden een maximum aan risicofactoren in. Bangui, hoofdstad van de Centraalafrikaanse Republiek en vroegtijdig centrum van hoge seroprevalentie, is een voorbeeld van de gebieden waar het spel van de relaties tussen de krachten en de vormen van ontwikkeling en onderontwikkeling een besmettingssysteem als dat van HIV-infectie in de hand werkt.

SUMMARY. — *Between Development and Underdevelopment, HIV infection and AIDS in sub-Saharan Africa.* — Sub-Saharan Africa is the most affected area by HIV infection. But its geographic and demographic impacts, its dynamics of diffusion differ. The study of seroprevalence rates and incidence rates shows differences according to places. Each of them reveals a form of combination between many variables implemented by the dynamics of infection. Some areas are more affected than others and concentrate a maximum of risk factors. The example of Bangui, the capital of the

* Maître de conférences à l'Université de Paris-Sorbonne, 191 rue Saint-Jacques, F-75005 Paris (France).

Central African Republic, an early pole of high seroprevalence, shows the interplay between the forces and forms of development and underdevelopment which favours the appearance of an infection system such as that of HIV infection.

Introduction

En moins d'une décennie l'infection à VIH en Afrique subsaharienne est devenue un problème de santé publique majeur. Des caractères propres lui donnent son originalité. Mais tous les hommes et toutes les régions ne participent pas également à sa dynamique. L'infection met en jeu de très nombreuses variables, dont les principaux mots-clés pourraient être : sous-type viral, état de santé, dont MST et stade de la maladie, physiologie, structures démographiques, sociales, culturelles, politiques, fonctions des lieux et mobilité des populations. La combinaison de ces logiques varie selon les lieux et les personnes et construit des systèmes SIDA représentatifs des formes de l'épidémie. Lancés dans la spirale du développement, les jeunes Etats africains et leurs sociétés se sont trouvés tiraillés entre des forces aux rythmes contrariés, telles que croissances démographique et urbaine face aux régressions des investissements sociaux et du niveau de vie moyen. Certaines populations et lieux, accumulant les facteurs de risque, sont devenus particulièrement vulnérables à des agents infectieux comme les VIH. Ils sont devenus les cibles de la maladie.

1. Une épidémie sélective

Depuis maintenant dix ans, l'OMS publie régulièrement des informations traduisant l'ampleur de l'épidémie en Afrique subsaharienne. Les estimations de la séropositivité sont chaque fois revues à la hausse et l'Afrique subsaharienne apparaît comme le territoire privilégié de l'infection à VIH. Mais la valeur de ces informations générales est toute relative car beaucoup d'inconnues masquent la complexité de la situation. Par exemple, qu'en est-il réellement au Nigéria, première puissance démographique du continent, et sur les terres de conflits incessants comme le Sud-Soudan, l'Angola, la Sierra Leone ou le Libéria ? Les virus agissent comme s'ils avaient des cibles privilégiées tant dans l'espace que dans la société. Leurs impacts géographique et démographique, leur dynamique de diffusion sont largement différenciés.

Les sondages sérologiques permettent d'observer la dynamique spatiale et démographique de l'infection à une échelle fine. Certes, leurs insuffisances sont nombreuses (Amat-Roze & Dumont 1994) et l'espace ne sera jamais totalement couvert. Mais l'accumulation des résultats des enquêtes transversales et des suivis longitudinaux montrent la mouvance de l'épidémie comme ses formes de territorialité. De très grandes variations des niveaux d'infection sont possibles sur de courtes distances ; elles dessinent alors une marqueterie

spatiale faite d'une juxtaposition de territoires. Comme il existe des gradients de risque de contamination selon les personnes humaines, les lieux n'apparaissent pas égaux au regard de l'infection. Chacun d'eux illustre une forme de combinaison des nombreuses variables que la dynamique de l'infection met en jeu. L'espace n'est pas neutre et, en le façonnant, les hommes créent des milieux porteurs de risque.

A l'échelle des grands ensembles régionaux, les plus hautes séroprévalences sont observées en Afrique des Grands Lacs. Sept Etats, de l'Ouganda au Botswana, forment une chaîne méridienne de haute endémicité (fig. 1). Une

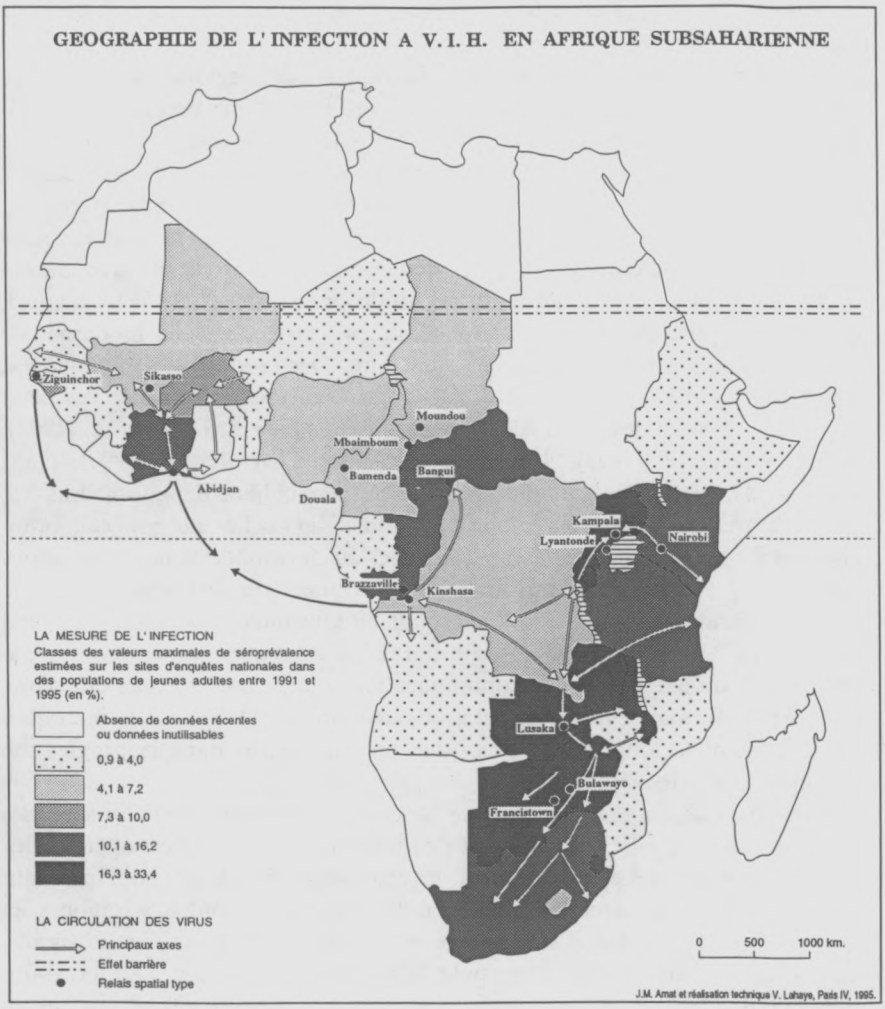

Fig. 1. — Géographie de l'infection à VIH en Afrique subsaharienne.

semblable situation ne se rencontre nulle part ailleurs sur le continent. En Afrique de l'Ouest, très hétérogène, la Côte d'Ivoire est le territoire privilégié de l'infection, tandis que dans d'autres Etats maritimes, comme le Bénin, le Sénégal, les taux sont bas et semblent le demeurer. En bordure du Sahara, les Etats sahéliens paraissent peu affectés, bien que s'accroissent les notifications de cas.

A l'échelle des Etats, des régions frontalières peuvent présenter des contrastes de séroprévalence et d'incidence étonnants : par exemple, les taux du Shaba, région minière du sud du Zaïre, apparaissent relativement bas à côté de ceux de la Zambie voisine. Il semble en être de même entre la Guinée-Bissau et le Sénégal, le Malawi et le Mozambique, la République centrafricaine et le Cameroun.

A l'intérieur d'un Etat, résider en ville ou dans un agglomérat à caractère urbain apparaît comme un facteur de risque. Plus d'une décennie épidémique enseigne que les pôles de séroprévalences les plus hautes se révèlent être surtout des capitales nationales ou régionales, des villes-étapes, des gîtes-étapes, des marchés ruraux aux points de rupture de charge sur les axes de transport. Ces agglomérations ont des dimensions très diverses, mais de la capitale multimillionnaire au gîte-étape de quelques centaines d'habitants, ils ont en commun d'être des nœuds sur le maillage du réseau de circulation, et des lieux d'appel, de brassage potentiel des populations entrées dans les circuits modernes de la vie de relation et de l'économie monétaire. Des études épidémiologiques, remarquables par leur souci de l'espace, ont bien mis en évidence ces lieux sensibles ; en voici des exemples : Wilkins *et al.* (1991), Maiga *et al.* (1993), Serwadda *et al.* (1992), Tembo *et al.* (1990), Gotanegre (1990). Dans certains cas, ce sont des capitales d'Etat comme Abidjan, Bangui ou Lusaka, dans d'autres des capitales régionales, comme Ziguinchor au Sénégal, Francistown au Botswana, Bukoba en Tanzanie, ou plus modestement des petites villes-étapes sur des axes transnationaux (routiers ou ferroviaires) comme Soma et Farafenni en Gambie, Lyantonde en Ouganda, Moundou au Tchad (fig. 1). Au Rwanda, J-F. Gotanègre notait en 1990 que «les communes traversées par un axe majeur de communication totalisaient 71% des nouveaux cas». Et il affirmait : «La fréquentation 'cosmopolite' des cabarets-boutiques qui s'égrènent le long de ces axes joue un rôle décisif dans la progression de l'infection» (Gotanegre 1990).

Mais les différences de prévalence observées entre tous ces lieux sensibles viennent nous rappeler la complexité de l'infection à VIH, son caractère multifactoriel, ses inconnues aussi. Ainsi, les capitales d'Etats, qui sont pourtant le plus au cœur de la vie de relation d'une nation, ne sont pas toujours les épicentres de l'épidémie. Etre capitale et en remplir les fonctions ne signifie pas systématiquement devenir un pôle de haute séroprévalence. Des territoires plus que d'autres concentrent un maximum de facteurs de risque ; ils engendrent un système infectieux très efficace.

L'échelle intra-urbaine permet aussi de relever de forts contrastes de prévalence et d'incidence. Quelques résultats d'enquêtes encore peu nombreuses sont cependant bien révélateurs des fonctions des différents quartiers et des modes de vie des populations (SMALLMAN-RAYNOR *et al.* 1992, GOTANEGRE 1990).

Les populations rurales sont en général moins affectées que les populations urbaines. A l'exception de la Guinée-Bissau (WILKINS *et al.* 1993), où l'infection semble être anciennement établie dans les espaces ruraux avec des taux de prévalence comparables à ceux des agglomérations, la pénétration des virus dans les régions rurales obéit à deux modèles :

— Celui de gradients de prévalence établis entre les pôles urbanisés ou aux caractères urbains, selon un système en auréole ou en taches coalescentes ;
— Celui de solutions de continuité où des taches de séropositivité apparaissent au cœur d'espaces ruraux sans que l'on puisse relever de relais spatiaux à proximité (AMAT-ROZE & DUMONT 1994).

Plusieurs études démontrent que les espaces ruraux proches des axes de relation peuvent être particulièrement vulnérables. C'est le cas d'une enquête menée en Ouganda, dans la région du Rakaï, portant sur la population générale adulte dans trois situations géographiques : des centres routiers captant un trafic international, des centres villageois sur des axes secondaires et des villages à l'écart des routes précédentes. Dans les premiers sites, la séroprévalence était de 26% chez les hommes et 46% chez les femmes, dans les seconds, de 22% et 28%, dans les troisièmes, de 8% et 9% (SERWADDA *et al.* 1992). En Tanzanie, dans la région de Mwanza, un fort gradient de séroprévalence selon trois types de sites a aussi été observé dans les populations adultes : de 11,8% en ville, le taux tombait à 7,8% dans les établissements au bord des routes et chutait à 2,5% en milieu rural (LONGIN *et al.* 1992). Les villages qui entretiennent d'intenses relations avec des foyers de haute séroprévalence sont plus exposés que ceux qui demeurent isolés (AMAT-ROZE 1989, 1993). L'enclavement géographique, l'autarcie, peuvent produire une forme de protection ou un effet-retard. Les sociétés sont moins exposées dans les villages isolés où les modes de vie sont restés traditionnels, où les relations humaines demeurent structurées à l'ancienne. Toutes ces dynamiques, observées tant en milieu rural qu'en agglomérations urbaines ou présentant des caractères urbains, traduisent, pour le meilleur ou pour le pire, le jeu entre tradition et modernité, sous-développement et développement.

2. L'épidémie africaine : le jeu de forces contraires

La rapidité de la diffusion des virus dans la population des jeunes adultes africains et la géographie actuelle de l'infection sont le résultat des logiques

interactives des différentes variables du système infectieux. Les explorations scientifique et sociale de la maladie menées en une décennie ont permis d'identifier quelques-unes de ces logiques. Nous insisterons ici sur celles du développement et celles du sous-développement, sachant bien que l'originalité globale de l'épidémie africaine et son hétérogénéité de détail ne peuvent être comprises qu'en faisant intervenir tout le jeu. Les recherches en biologie moléculaire par exemple, qui ont mis en évidence des sous-types viraux aux propriétés de transmissibilité sans doute différentes, contribuent à dessiner une nouvelle cartographie des virus. Ces sous-types ne participeraient-ils pas à l'explication des différences de rythme observées dans la propagation de l'infection, tant à l'échelle mondiale que régionale ?

L'évolution du développement peut être suivie à travers une sélection de variables indicatrices des dynamiques en cours. Certes, les informations sont statistiquement de valeurs très inégales. Appliquées ici aux grands ensembles régionaux des pays en développement et des pays émergents, elles masquent les disparités spatiales et sociales observées à échelle fine. Mais elles permettent de dégager des ordres de grandeur et de lire des tendances d'évolution instructives, qui contribuent en partie à expliquer la rapide épidémisation de l'infection dans les populations de jeunes adultes. Ces données sont extraites du *Rapport sur le développement humain*, édition 1994, publié pour le PNUD par Economica, Paris.

Le mot développement — terme très vulgarisé — n'est pas synonyme de croissance, caractérisée simplement par l'augmentation des dimensions économiques (indices de production), mais désigne «une amélioration des situations locales et régionales qui assure une certaine harmonie entre une croissance quantitative et une amélioration qualitative, dans les domaines social et culturel en particulier» (BRUNET *et al.* 1992). Amorcés au XIXe siècle, ces processus se sont amplifiés une première fois après la deuxième guerre mondiale et une seconde fois après les indépendances. Ils se sont traduits simultanément par :

— Une révolution démographique et des taux d'accroissement sans précédent (tableau 1) ;
— Une explosion de l'urbanisation (tableau 1) ;
— Une multiplication des facteurs de mobilité des populations et une massification des mouvements migratoires. En Afrique subsaharienne particulièrement, la vigueur de ces phénomènes s'est opposée aux indicateurs du développement économique et social. Une seule ligne budgétaire, celle de la Défense, a connu une croissance soutenue, grevant d'autant les budgets sociaux (tableau 2).

Les situations difficiles dans lesquelles se sont inscrits ces processus, aggravées dans certains Etats par une instabilité politique chronique, ont conduit à des déséquilibres, à des retards, voire à des bloquages politiques, économi-

ques, spatiaux, sociaux et culturels. Le tableau 2 illustre le déclassement de l'Afrique subsaharienne des autres ensembles régionaux en développement. Les choix politiques n'ont pas fait du progrès social une priorité (tableau 2 : l'alphabétisation des femmes, l'accès aux services de santé, les naissances suivies, la population par médecin, l'évolution des dépenses militaires en pourcentage des dépenses de santé et d'enseignement).

Tiraillées entre les forces très sélectives du développement et le maintien du sous-développement, les sociétés paient aujourd'hui le prix fort. Et le SIDA apparaît comme un marqueur de ces dynamiques contradictoires dans leurs diverses composantes et conséquences. Mais, à son tour, il aggrave la crise par ses impacts économiques et sociaux, ce qui ne peut que rendre plus difficile encore l'application des politiques de lutte et de prévention.

Dans cette spirale funeste, l'infection a des cibles socio-spatiales particulières. Hommes et lieux (voir première partie) ne sont pas égaux.

Les jeunes femmes sont les plus vulnérables. Physiologie, statut traditionnel de la femme dans la société africaine et sous-développement se combinent pour l'expliquer. Souvent réceptives aux campagnes de prévention, leurs

Tableau 1

Variables représentatives du développement dans les PVD et les pays émergents

Variables	Afrique subsaharienne	Etats arabes	Asie du Sud	Asie de l'Est	Asie du Sud-Est	Amérique latine et Caraïbes
Taux de croissance démographique en %						
— 1960-1992	**2,8**	2,9	2,3	1,9	2,3	2,3
— 1992-2000	**3,4**	2,7	2,0	1,2	1,8	1,7
Espérance de vie à la naissance en années						
— 1960	**40,0**	46,7	43,8	47,5	45,3	56,0
— 1992	**51,1**	64,3	58,5	70,5	62,9	67,7
Mortalité infantile en %						
— 1960	**165**	165	164	146	126	105
— 1992	**101**	54	94	27	55	47
Population urbaine en %						
— 1960	**14**	34	18	20	18	49
— 1992	**29**	55	27	31	30	73
— 2000	**38**	61	34	82	37	76
Taux d'accroissement de la population urbaine 1960-1992 en %	**6,0**	4,8	3,7	3,8	4,2	3,8

Tableau 2

Variables marqueurs du sous-développement et de freins au développement

Variables	Afrique subsaharienne	Etats arabes	Asie du Sud	Asie de l'Est	Asie du Sud-Est	Amérique latine et Caraïbes
Alphabétisation des adultes en %						
— femmes	**40**	45	33	69	80	84
— hommes (1992)	**63**	70	61	92	91	88
Accès aux services de santé en % (1992)	**59**	88	74	91	77	88
Naissances suivies en % (1992)	**40**	54	63	94	67	63
Mortalité des – 5 ans en ‰ (1992)	**160**	75	130	32	80	60
Population par médecin en % (1992)	**35 680**	2 230	3 320	750	7 040	1 330
Population < du seuil de pauvreté						
— totale	**54**	25	43	9	35	40
— urbaine	**65**	30	47	13	40	61
— rurale	**23**	22	32	–	24	30
en % (1992)						
Taux de croissance du PNB par habitant						
— 1965-1980	**1,5**	3,0	1,4	4,2	2,6	3,8
— 1980-1991	**– 1,1**	– 0,2	3,0	7,8	3,1	– 0,1
Dépenses militaires en % des dépenses de santé et d'enseignement						
— 1960	27	129	113	343	110	55
— 1990-1991	43	91	72	85	61	25

subordinations intellectuelle, sociale, économique, sexuelle, font que la majorité d'entre elles n'a ni l'autorité ni les moyens pour appliquer les mesures de prévention. Ne serait-il pas pressant, avant d'attendre les effets d'une amélioration économique et d'une meilleure formation sur les conditions de vie de ces femmes, ainsi que l'hypothétique reconnaissance de leurs droits, d'axer davantage les politiques de lutte sur leurs partenaires sexuels ?

Des lieux aussi sont très vulnérables. Pour illustrer le jeu de relations entre développement et sous-développement, nous prendrons l'exemple de Bangui, la capitale de la République centrafricaine, devenue en quelques années le pôle de fixation de l'épidémie dans le pays. Les taux de séroprévalence relevés lors de sondages séro-épidémiologiques dans des populations de fem-

mes enceintes y ont augmenté régulièrement : 1986 = 4,7%, 1987 = 5,2%, 1988 = 6,9%, 1989 = 8% (GEORGES *et al.* 1989) et, d'après des enquêtes réalisées aussi dans des populations de femmes enceintes en 1993 (rapportées par l'US Bureau of the Census, Population Division), la séroprévalence décelée était de 16% (US dept. of state 1994).

A l'écart des grands courants commerciaux et des axes internationaux africains, Bangui est un véritable bout du monde. Mais paradoxe, la capitale est néanmoins au cœur d'«une circulation aussi bien locale que nationale et internationale» (VILLIEN *et al.* 1990). Elle commande toute l'organisation commerciale du pays, cumulant les fonctions de production, d'échange, d'administration et de formation à l'échelle à garder et d'une petite partie du Tchad. Centré sur elle, le réseau routier est disposé en étoile. Dans un Etat sans tradition urbaine, Bangui, seule grande ville, accapare la croissance (population estimée : 80 000 habitants en 1960, plus de 450 000 en 1989). Ancien poste militaire fondé en 1889, cette capitale a entretenu autour d'elle un véritable désert urbain. Economiquement modeste, dans un pays enclavé, c'est un port au terminus de la voie navigable transéquatoriale Congo-Oubangui qui la relie à Brazzaville (pôle précoce de haute séroprévalence) et au chemin de fer Congo-Océan. Cet axe vital assure 90% du trafic des marchandises, les 4/5 des importations et les 2/3 des exportations (Marchés tropicaux, 11-1991).

Plaque tournante nationale incontestée, Bangui offre un milieu urbain très favorable à l'accroissement de la circulation interhumaine des virus. Elle cumule en effet de nombreux facteurs de risque :

— Un champ migratoire étendu ;
— Une population jeune : plus de 60% de moins de 20 ans ;
— Une paupérisation croissante.

En témoignent une des plus fortes mortalités infantiles relevées en milieu urbain (140 pour mille en 1983 selon l'UNICEF) et la détérioration des conditions sanitaires. Instabilité politique et crise économique au moment des plus forts accroissements démographiques ont conduit au non-développement.

Tous ces facteurs intriqués ont pu contribuer à former à Bangui, au terminus de l'axe vital de désenclavement de l'Oubangui, un pôle de fixation, de dissémination et d'amplification du système épidémique. L'infection à VIH en Centrafrique apparaît comme un témoignage du fonctionnement spatial de ce pays, marqué par une hypertrophie de la centralité et des déstabilisations nées de l'antagonisme entre les forces du développement et les résistances du sous-développement.

Conclusion

L'impact majeur de l'épidémie africaine est à venir. L'amélioration des conditions de vie et de l'état de santé des populations, l'évolution du statut des

femmes dans la société, dictent en grande partie l'avenir de la maladie. Des hommes et des femmes luttent, à leur mesure, pour ralentir sa course. Mais ils ne peuvent agir seuls ; l'énergie et la volonté doivent venir des autorités et les politiques doivent comprendre que la formation du capital humain et les investissements sociaux sont à la base du développement.

REFERENCES

AMAT-ROZE, J.-M. 1989. L'infection à VIH en Afrique noire, facteurs d'épidémisation et de régionalisation. — *Cah. d'Outre-Mer,* **42** (168) : 333-356.

AMAT-ROZE, J.-M. 1993. Les inégalités géographiques de l'infection à VIH et du SIDA en Afrique subsaharienne. — Soc. Sci. Méd., Londres, vol. 36, n° 10 : pp. 1247-1256.

AMAT-ROZE, J.-M. & DUMONT, G.-F. 1994. Le sida et l'avenir de l'Afrique. — *Ethique,* **12** (2) : 37-60.

BRUNET, R., FERRAS, R. & THÉRY, A. 1992. Les mots de la géographie. Dictionnaire critique. Reclus, La documentation française.

GEORGES, A. J. *et al.* 1989. Infection and morbidity due to HIV in Central African Republic. — IVth Internat. Conf. on AIDS and Assoc. Cancers in Africa (Marseilles, oct. 18-20), poster 077.

GOTANEGRE, J.-F. 1990. Analyse géographique de l'incidence du VIH et du SIDA au Rwanda en 1990. — *Cah. d'Outre-Mer,* **46** (183) : 233-252.

LONGIN, R. *et al.* 1992. The epidemiology of HIV infection in urban areas, roadside settlements and rural villages in Mwanza region, Tanzania. — *AIDS,* **6** : 1521-1528.

MAIGA, Y. I. *et al.* 1993. Etude de la séroprévalence de l'infection à VIH dans les 7 régions économiques du Mali. — VIIIe Conf. internat. sur le SIDA et les MST en Afrique (Marrakech, 12-16 décembre), MOP 55.

SERWADDA, D. *et al.* 1992. HIV-risk factors in three geographic strata of rural Rakai district, Uganda. — *AIDS,* **6** : 983-989.

SMALLMAN-RAYNOR, M. *et al.* 1992. Atlas of AIDS. — Blackwell Publ., Oxford, 430 pp.

TEMBO, G. *et al.* 1990. Sentinelle surveillance of HIV infection in Zambia. — TPE 28, Ve Conf. internat. sur le SIDA en Afrique, Kinshasa.

US DEPARTEMENT OF STATE 1994. — AIDS in the Central African Republic. Unclassified Cable, April, Bangui 001505.

VILLIEN, F. 1987. Bangui, ruralité et citadinité d'une ville d'Afrique centrale. — Thèse de Doctorat d'Etat, Univ. de Bordeaux III, 1035 pp.

VILLIEN F., SOUMILLE, P., VIDAL, P. & PIROVANO, J.-P. 1990. Bangui, capitale enclavée d'Afrique centrale. — Coll. Pays Enclavés, CRET n° 4, Bordeaux, 202 pp.

WILKINS, A. *et al.* 1991. Risk factors for HIV-2 infection in the Gambia. — *AIDS,* **5** : 1127-1132.

WILKINS, A. *et al.* 1993. The epidemiology of HIV infection in a rural area of Guinea-Bissau. — *AIDS,* **7** : 1119-1122.

CONTENTS

Foreword 7
P. Piot. — Introduction 13
M. Lechat. — TASO - Laureate of the King Baudouin International Development Prize 1994 15
Y. Verhasselt. — The Aids Support Organization 21
M. Laga & A. Buve. — Socioeconomic Aspects of the AIDS Epidemic in Africa 27
P. Bouvier. — The Consequences of AIDS on the Socio-Parental Structures in sub-Saharan Africa 39
G. Carrin. — The Economic Effects of HIV/AIDS on the Housekeeping in Rural sub-Saharan Africa. An Exploration 55
J.-M. Amat-Roze. — Between Development and Underdevelopment, HIV Infection and AIDS in sub-Saharan Africa 79

UNIVERSA B.V.B.A., Wetteren