



Résumé

Le développement du traitement antirétroviral (ARV) et sa diffusion large et rapide ont permis d'inverser la tendance en matière de riposte au VIH et au sida. Le nombre de nouvelles infections a diminué et ce chiffre devrait encore baisser puisqu'un plus grand nombre de personnes vivant avec le VIH reçoivent le traitement ARV, ce qui diminue leur charge virale et finit par réduire la transmission. Les personnes vivant avec le VIH qui ont accès au traitement et sont en mesure de suivre son protocole peuvent aujourd'hui vivre pleinement leur vie. Toutefois, comme le traitement ARV n'est pas encore disponible pour tous ceux qui en ont besoin, cette carence va entraîner plusieurs milliers de décès et empêcher un grand nombre de gens de vivre ou de gagner leur vie normalement. De plus, la résistance aux médicaments antirétroviraux les plus couramment utilisés est en hausse, ce qui réduit l'efficacité du traitement et oblige à investir dans de nouveaux programmes de surveillance et schémas thérapeutiques. Les données les plus récentes de l'ONUSIDA indiquent que la progression vers les objectifs pour 2020 (connaissance du statut VIH, traitement antirétroviral durable et suppression de la charge virale) est plus lente qu'espéré (ONUSIDA 2017).

L'évolution de l'épidémie de VIH et la disponibilité accrue du traitement ARV ont des incidences sur la main d'œuvre mondiale ; ce rapport les analyse et fait des projections dans ce domaine. Il estime le nombre de personnes vivant avec le VIH, la prévalence du virus, le nombre de décès et la morbidité liés au sida parmi la population active de tous les pays pour lesquels des données sont disponibles. Il évalue également l'impact économique et social du VIH sur les travailleuses et travailleurs et leurs foyers. A partir de données relatives à la santé, la méthodologie emploie également des données économiques et démographiques pour identifier les populations susceptibles d'être affectées ; elle exploite ensuite plusieurs études réalisées à partir d'enquêtes afin de traduire les résultats sur le plan de la santé en incidences économiques et sociales (méthodologie décrite en détail à l'annexe). L'ensemble des estimations épidémiologiques nationales, régionales et mondiales constitué par l'ONUSIDA à partir des données de surveillance, des résultats d'enquêtes et d'autres données connexes est une référence essentielle. L'ONUSIDA fournit des outils de modélisation aux équipes dans chaque pays ; cela permet ensuite d'extrapoler ces données partielles pour obtenir des estimations couvrant l'ensemble de la population. Les projections pour 2020 sont calculées à l'aide de ces modèles, en tenant compte des tendances démographiques et épidémiologiques et en intégrant une estimation probable du nombre de personnes sous traitement ARV. Pour ce rapport, les estimations concernant l'ensemble de la population ont été converties en estimations limitées aux travailleurs, en les multipliant par le taux d'activité respectif de la main d'œuvre masculine et féminine dans chaque pays. C'est pourquoi la fin de la période sur laquelle porte ce rapport coïncide avec l'échéance de 2020 fixée par l'ONUSIDA dans le cadre de sa stratégie « Accélérer la riposte » (ONUSIDA 2015).

Ce rapport présente les chiffres, à cinq ans d'intervalles, de la prévalence du VIH, du nombre de décès liés au sida et de l'incapacité de travail totale ou partielle de la main d'œuvre masculine et féminine, par pays, à l'échelle mondiale et pour différents groupes de pays (régions géographiques, groupes répartis en fonction du produit intérieur brut (PIB) moyen par habitant, et pays désignés comme prioritaires par l'ONUSIDA). Il fournit également des estimations pour les cinq incidences suivantes:

- perte de revenu imputable soit au décès soit à l'incapacité totale de travail (la personne est hors de la main d'oeuvre);
- perte de revenu imputable à une incapacité partielle de travail en raison des symptômes liés au sida;
- temps de travail consacré aux soins, au domicile des personnes en incapacité de travail totale ou partielle, mesuré en équivalent temps de travail annuel;
- temps de travail supplémentaire consacré aux tâches ménagères, effectué par les enfants, dans les foyers affectés par le sida, mesuré en équivalent temps de travail des enfants;
- nombre d'enfants dont l'éducation est entravée parce qu'ils vivent dans un foyer affecté par le sida.

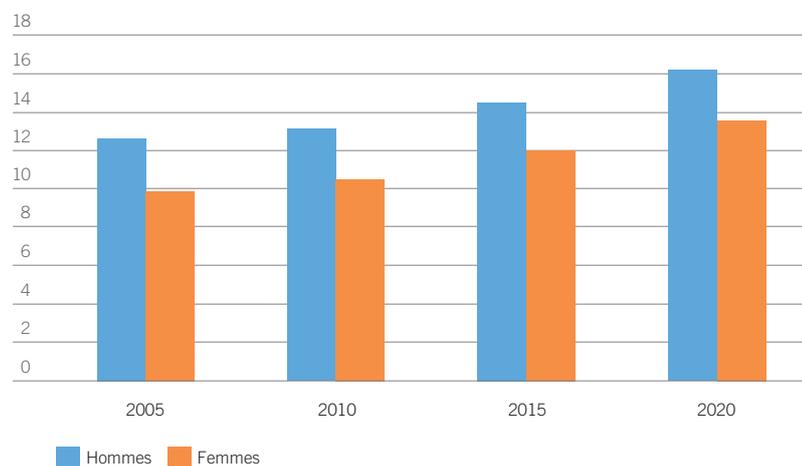
Ces incidences ont été retenues pour la présente étude car elles ont été mises en évidence lors d'analyses antérieures sur les conséquences socioéconomiques du sida et parce que la plupart des données requises étaient disponibles. D'autres incidences éventuelles, telles que les effets de la morbidité et de la mortalité liées au sida sur différents secteurs économiques d'un pays, seraient également intéressantes mais il n'y a pas suffisamment de données à ce sujet.

Les principales observations de ce rapport sont détaillées ci-dessous.

(a) Prévalence

Le nombre de personnes vivant avec le VIH parmi la population active a augmenté entre 2005 et 2015 et va continuer à progresser même si, comme prévu, l'accès au traitement antirétroviral est élargi. Malgré la baisse continue du nombre de nouvelles infections, le traitement ARV permet d'allonger la durée de vie des personnes tout en leur permettant de continuer à travailler. C'est ce que montre la figure S-1, qui indique le nombre de cas relevés parmi la main d'œuvre mondiale et les prévisions d'évolution de ce nombre sur la période 2005–2020. La prévalence totale est estimée à 29,9 millions de personnes en 2020.

Figure S-1: Nombre de personnes vivant avec le VIH parmi la main d'oeuvre mondiale, 2005–2020 (en millions)

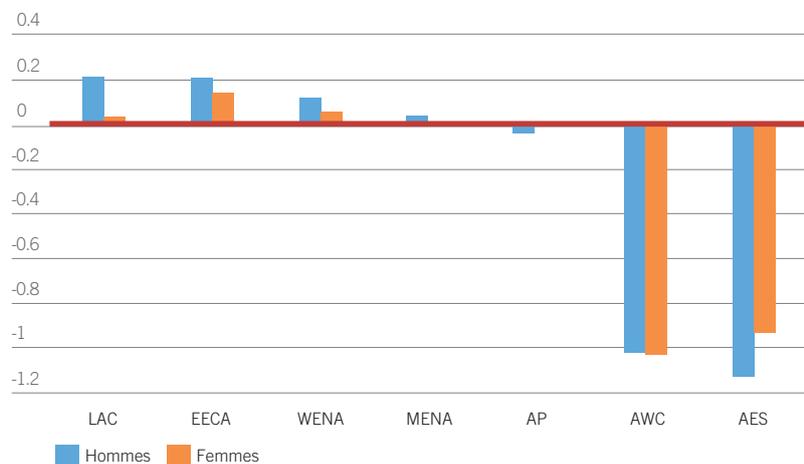


Nombre de cas parmi les personnes âgées de 15 ans et plus sur l'ensemble de la population, multiplié par le taux d'activité respectif des hommes et des femmes. Les chiffres de 2005, 2010 et 2015 résultent d'estimations; ceux de 2020 sont une projection.

Source: calculs de l'OIT à partir des estimations de 2016 de l'ONUSIDA

La prévalence du VIH est légèrement plus élevée chez les femmes que chez les hommes mais ceux-ci représentent la majorité des cas car ils sont plus nombreux à faire partie de la main d'oeuvre.

Un des aspects notables de l'évolution de la prévalence du VIH est le changement qui s'opère entre les différentes régions géographiques, telles qu'elles sont définies par l'Organisation mondiale de la Santé et utilisées par l'ONUSIDA. C'est ce que montre la figure S-2, avec des projections indiquant que la prévalence devrait augmenter d'ici 2020 dans les régions Amérique latine et les Caraïbes, Europe orientale et Asie centrale, Europe occidentale et centrale et Amérique du Nord, et Moyen-Orient et Afrique du Nord mais diminuer en Asie et Pacifique et dans les deux régions d'Afrique sub-saharienne. Cependant, il faut rappeler que les changements de pourcentages s'appliquent à un nombre de personnes beaucoup plus élevé en Afrique sub-saharienne (par exemple) que dans les régions où on prévoit une augmentation de la prévalence à l'approche de 2020.

Figure S-2: Evolution de la prévalence du VIH par région et par sexe, 2005–2020

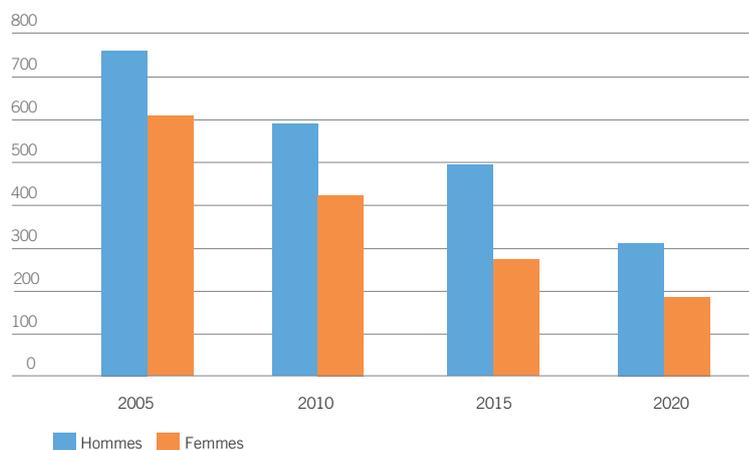
Prévalence du VIH parmi la main d'oeuvre en 2020 moins celle de 2005. Les régions sont désignées par leur code respectif: Amérique latine et les Caraïbes (LAC), Europe orientale et Asie centrale (EECA), Europe occidentale et centrale et Amérique du Nord (WENA), Moyen-Orient et Afrique du Nord (MENA), Asie et Pacifique (AP), Afrique occidentale et centrale (AWC) et Afrique orientale et australe (AES).

Source: calculs de l'OIT à partir des estimations de 2016 de l'ONUSIDA

(b) Mortalité

Comme le montre la figure S-3, la mortalité a considérablement diminué tant pour les hommes que pour les femmes. Le traitement antirétroviral étant plus largement accessible, les symptômes du sida sont moins graves pour des millions de personnes. C'est précisément pour cette raison qu'il est urgent de faire encore mieux car les quelque 500 000 décès parmi la population active, projetés pour 2020, sont presque tous évitables. Un point important à noter: alors que la tendance à la baisse de la mortalité parmi les femmes est quasi continue sur la période de 15 ans, en ce qui concerne les hommes, elle s'accélère uniquement sur les cinq dernières années d'après les projections pour 2020.

Figure S-3: Nombre de décès imputables au sida parmi la main d'oeuvre mondiale, par sexe, 2005–2020 (en milliers)



Mortalité liée au sida parmi la population mondiale âgée de 15 ans et plus, multipliée par le taux d'activité respectif des hommes et des femmes.

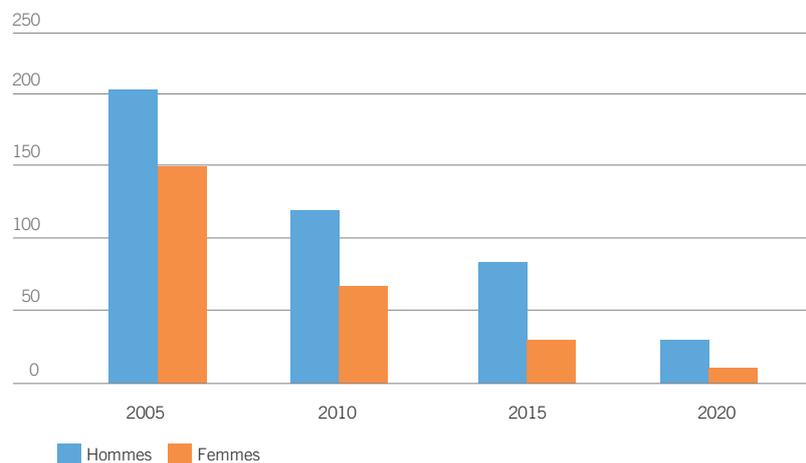
Source: calculs de l'OIT à partir des estimations de 2016 de l'ONUSIDA

Il convient de souligner que, comme le démontrent ces chiffres, le sida frappe généralement les travailleurs dans la fleur de l'âge, lorsqu'ils sont au niveau de productivité le plus élevé pour eux-mêmes, pour leur famille et pour la société. Ce sont les travailleurs à l'approche de la quarantaine qui présentent un risque de mortalité plus élevé, alors qu'ils sont encore dynamiques et ont acquis des compétences et de l'expérience.

(c) Incapacité de travail

Le nombre de personnes de la population active en incapacité de travail totale ou partielle liée au VIH et au sida a considérablement diminué depuis 2005 et cette tendance devrait se poursuivre, comme l'indiquent les figures S-4 et S-5. D'après les estimations, le nombre de personnes en incapacité totale de travail devrait s'établir à 40 000 en 2020 alors qu'il était de près de 350 000 en 2005, en recul de 85 pour cent pour les hommes et 93 pour cent pour les femmes. Sur la même période, le nombre de personnes en incapacité partielle de travail devrait être ramené de 655 000 à 95 000, en recul de 81 pour cent pour les hommes et 91 pour cent pour les femmes. Ces tendances suivent en gros celles de la mortalité, sauf que le nombre de cas est moindre. Une part importante des personnes susceptibles d'être dans l'incapacité de travailler risque également de mourir dans un avenir proche, faute d'avoir accès au traitement antirétroviral. Là aussi, ces conséquences peuvent être largement évitées.

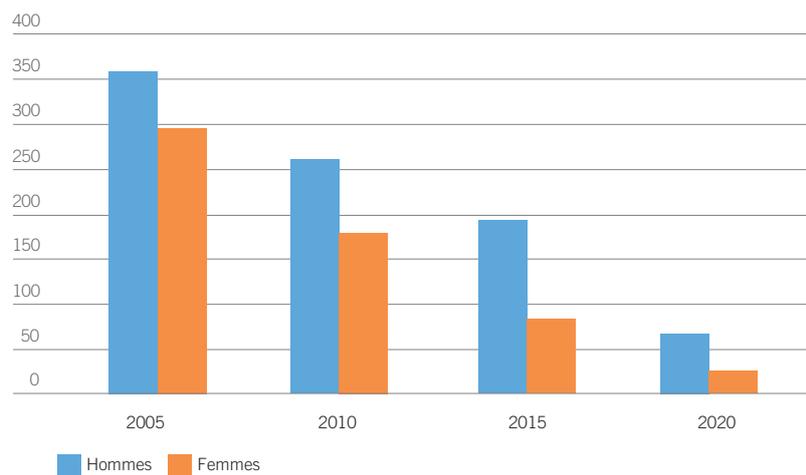
Figure S-4: Nombre d'hommes et de femmes de la main d'oeuvre mondiale en incapacité totale de travail en raison du VIH et du sida, 2005–2020 (en milliers)



Personnes de la main d'oeuvre mondiale en incapacité totale de travail en raison du sida (estimation), en partant de l'hypothèse d'un taux de CD4 inférieur à 100 pour la moitié d'entre elles. Les chiffres de 2005, 2010 et 2015 sont calculés à partir d'estimations et ceux de 2020 sont une projection.

Source: calculs de l'OIT à partir des estimations de 2016 de l'ONUSIDA

Figure S-5: Nombre d'hommes et de femmes de la population active mondiale en incapacité partielle de travail en raison du VIH et du sida, 2005–2020 (en milliers)



Personnes de la population active mondiale en incapacité partielle de travail en raison du sida (estimation), en partant de l'hypothèse d'un taux de CD4 compris entre 100 et 199 pour la moitié d'entre elles. Les chiffres de 2005, 2010 et 2015 sont calculés à partir d'estimations et ceux de 2020 sont une projection.

Source: calculs de l'OIT à partir des estimations de 2016 de l'ONUSIDA

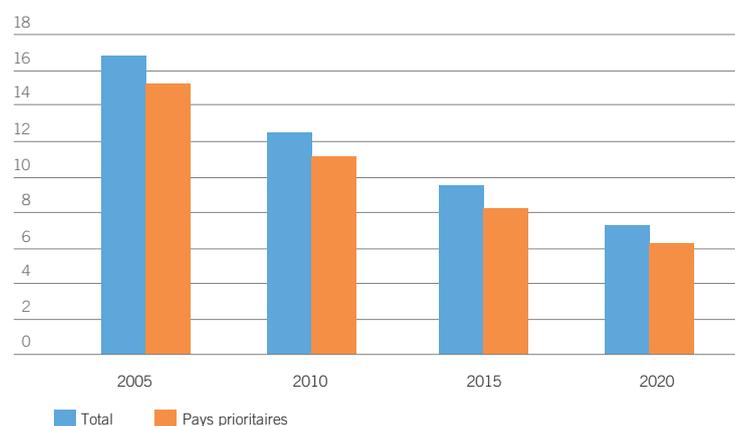
Les estimations quant au degré d'incapacité de travail reposent sur des hypothèses de sévérité des symptômes déterminées en évaluant le nombre de cellules CD4 protectrices dans des prélèvements sanguins, sachant qu'un nombre faible dénote une progression rapide de l'infection. En l'absence de preuves systématiques, la traduction de ces symptômes en perte de capacité de travail et de productivité est basée sur le point de vue des experts consultés dans le cadre de la préparation de ce rapport.

(d) Incidence n° 1: Perte de revenu imputable au décès ou à l'incapacité totale de travail

À l'instar des autres indicateurs, la perte de revenu liée au sida est en net recul depuis 2005 dans le monde entier et dans les pays désignés comme prioritaires par l'ONUSIDA, comme le montre la figure S-6.

Cependant, il convient de souligner que même en 2020, soit à la fin de la période étudiée dans ce rapport, la perte de revenu liée au sida atteindrait néanmoins la somme considérable de 7,2 milliards de dollars.

Figure S-6: Perte de revenu suite au décès ou à l'incapacité totale de travail imputables au sida, à l'échelle mondiale et dans les pays désignés comme prioritaires par l'ONUSIDA, 2005–2020 (en milliards de dollars PPA de 2010)



Montant total des revenus moyens, en milliards de dollars, mesuré en parité de pouvoir d'achat (PPA) de 2010 au niveau des pays, multiplié par le nombre correspondant de décès et les estimations en termes d'incapacité totale de travail.

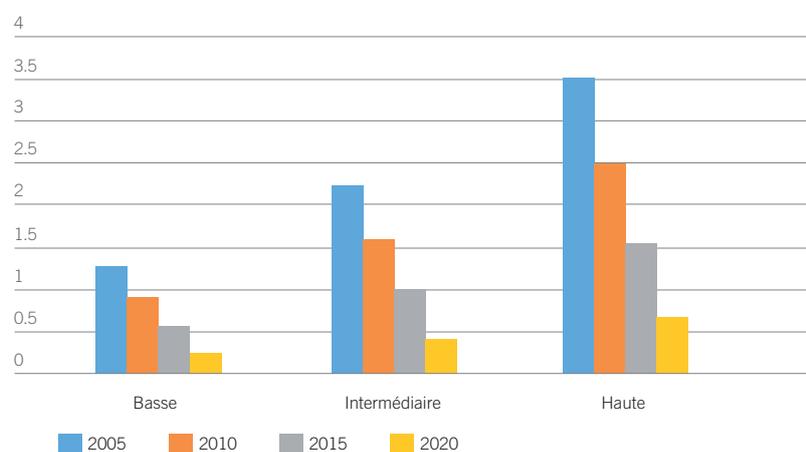
Sources: bases de données de l'ONUSIDA et du Rapport mondial sur les salaires de l'OIT, calculs de l'OIT

En ce qui concerne la perte de revenu, le rapport formule l'hypothèse que les personnes ne faisant plus partie de la population active, parce que décédées ou dans l'incapacité de travailler, avaient un revenu moyen identique à celui de la population en général dans chaque pays. Cette hypothèse, qui reconnaît aussi implicitement la contribution du travail effectué dans le secteur informel, a permis d'utiliser la base de données de l'OIT sur les salaires, avec des estimations supplémentaires pour les pays qui n'y figurent pas.

(e) Incidence n°2: Perte de revenu en raison d'une incapacité partielle de travail imputable au sida

La figure S-7 montre que la réduction de cette incidence, mesurée selon trois hypothèses différentes, se poursuit sur toute la période de l'étude. En 2020, la perte de revenu se situe à environ 20 pour cent de son niveau initial de 2005, ce qui traduit le déclin rapide, grâce au traitement antirétroviral, du nombre de travailleurs ayant un faible taux de CD4.

Figure S-7: Perte de revenu mondiale en raison de la baisse de productivité imputable au sida, 2005–2020, selon trois hypothèses de baisse de revenu (en milliards de dollars PPA de 2010)



Somme, au niveau mondial, du revenu moyen dans chaque pays multiplié par le nombre correspondant de personnes estimées en incapacité partielle de travail, multiplié par le pourcentage de baisse de productivité selon trois hypothèses de baisse.

Sources: bases de données de l'ONUSIDA et du Rapport mondial sur les salaires de l'OIT, calculs de l'OIT

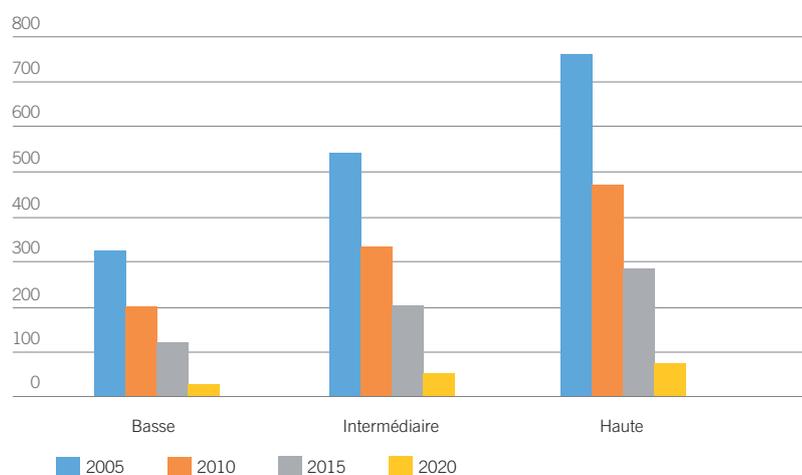
Trois hypothèses de baisse potentielle de productivité ont été prises en compte à partir des résultats observés dans la documentation disponible (voir la section II pour connaître l'origine de ces hypothèses et celles des figures S-8, S-9 et S-10). Sur la base de l'hypothèse intermédiaire, la perte de revenu due à l'incapacité partielle de travail passe de 13 pour cent (2005) à 6 pour cent (2020) de la perte de revenu

imputable aux décès et à l'incapacité totale de travail. Cette diminution indique également que chaque année, grâce à un meilleur accès aux ARV, il devrait y avoir de moins en moins de travailleurs susceptibles de ressentir les graves effets du sida sur la santé et la productivité.

(f) Incidence n°3: Supplément de travail pour la prestation de soins dans les foyers affectés par le sida

Avec cette incidence, l'analyse passe de la dimension mondiale à celle de la plupart des pays en développement dans lesquels les soins de santé sont moins institutionnalisés et où l'essentiel du poids des soins est supporté par les foyers. La figure S-8, qui représente trois hypothèses de mesure, montre une diminution considérable du travail lié aux soins sur la période d'étude. Sur la base de l'hypothèse intermédiaire, le nombre d'individus qui effectuent un travail lié aux soins passe de plus d'un demi-million de personnes en 2005 à légèrement plus de 50 000 en 2020. Comme c'est le cas pour les autres indicateurs et comme le traitement antirétroviral ne couvre pas encore tous les besoins, il restera un nombre significatif de personnes qui, en 2020, assumeront une charge de travail supplémentaire pour prodiguer des soins à leurs proches présentant des symptômes sévères liés au sida; ainsi on peut dire que le sida a pour effet de multiplier le nombre de personnes qu'il affecte. Les données de santé rendent l'impact direct du sida visible dans les statistiques mais il y a un impact invisible pourtant bien réel sur les personnes qui vivent dans un foyer affecté par le sida.

Figure S-8: Charge de travail liée aux soins, au niveau mondial, assurée par les foyers des travailleurs présentant des symptômes sévères du sida, selon trois hypothèses de charge de travail, 2005–2020 (en milliers d'années de travail)



Calculée à partir du nombre total de personnes estimées en incapacité partielle ou totale de travail, multiplié par la proportion de cas de sida par foyer, les deux au niveau des pays, multiplié par le nombre d'heures hebdomadaires de travail lié aux soins, selon trois hypothèses de charge de travail.

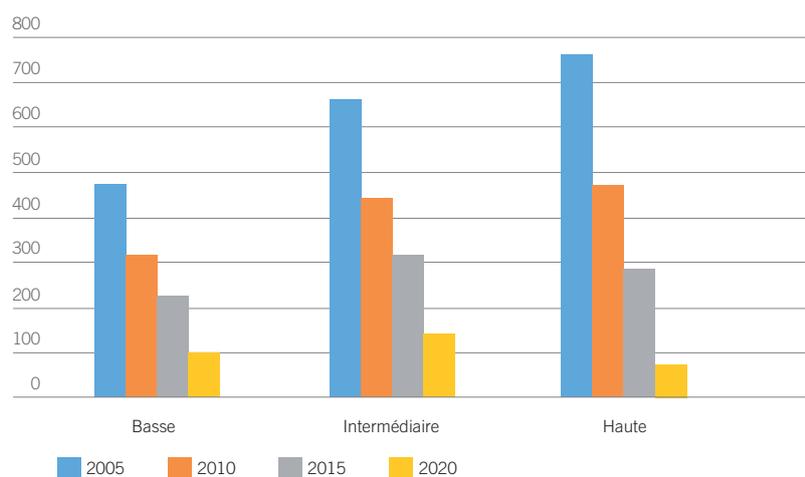
Sources: estimations de 2016 de l'ONUSIDA, enquêtes démographiques et sanitaires (EDS) avec modules sur le sida, calculs de l'OIT

A nouveau, trois hypothèses ont été prises en compte à partir des chiffres fournis par la documentation disponible sur la charge de travail liée aux soins dans les foyers affectés par le sida. Les résultats sont exprimés en nombre d'années de travail, une année représentant les 2 000 heures accomplies sur 50 semaines par une personne ayant un temps de travail hebdomadaire de 40 heures. Cela permet de visualiser le poids des soins comme s'il s'agissait d'une activité nécessitant un nombre donné de personnes à temps plein.

(g) Incidence n°4: tâches ménagères supplémentaires accomplies par les enfants dans les foyers affectés par le sida

Les travailleurs qui sont dans l'incapacité de travailler ne sont probablement pas non plus en mesure d'accomplir un grand nombre de tâches ménagères chez eux. Si d'autres membres du foyer doivent se charger des soins, il faut bien que quelqu'un les remplace pour faire le ménage, la cuisine, s'occuper des enfants, etc. Justement, ce sont souvent les enfants qui sont appelés à se charger de ces tâches ménagères, ce qui, au bout du compte, peut être considéré comme une forme de travail des enfants. La figure S-9 montre un déclin rapide et continu de cette charge de travail tout au long de la période d'estimation, quelle que soit l'hypothèse de mesure adoptée.

Figure S-9: Charge mondiale de tâches ménagères pour les foyers des travailleurs présentant des symptômes sévères du sida, selon trois hypothèses de charge de travail, (2005–2020) (en milliers d'équivalents-travail des enfants)



Calculée à partir de la somme du nombre de décès et du nombre de personnes en incapacité partielle ou totale de travail, multipliée par la proportion de cas de sida par foyer, multipliée par le nombre d'enfants par foyer, le tout dans chaque pays, multipliée par le nombre d'heures hebdomadaires de tâches ménagères selon trois hypothèses de charge de travail.

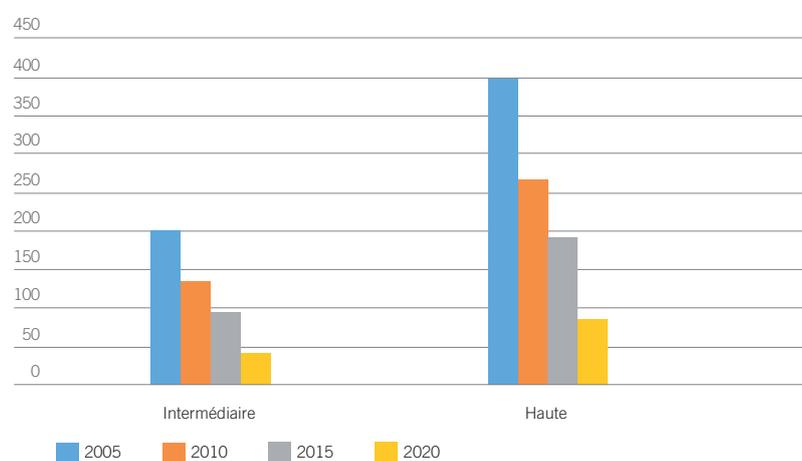
Sources: estimations de 2016 de l'ONUSIDA, enquêtes démographiques et sanitaires (EDS) avec modules sur le sida, calculs de l'OIT

Il y a une incertitude quant au nombre d'heures de tâches ménagères au-delà duquel, lorsqu'elles sont assurées par un enfant, elles peuvent être considérées comme du travail des enfants. L'OIT recommande toutefois un seuil de 21 heures par semaine. C'est pourquoi l'estimation du nombre total d'heures hebdomadaires de tâches ménagères effectuées par les enfants a été divisée par 21 pour obtenir le nombre d'équivalents-travail des enfants, en fonction de trois hypothèses de mesure reflétant le poids de ces tâches telles que décrites dans d'autres études sur le sujet.

(h) Incidence n°5: entrave à l'éducation des enfants vivant dans des foyers affectés par le sida

Au début de l'épidémie de sida, on craignait qu'une génération d'enfants soit privée d'éducation parce qu'ils perdraient leurs parents ou en raison du bouleversement de leur foyer et du stress. Heureusement, les études montrent que bon nombre de foyers ont une capacité d'adaptation dans ce domaine et que l'impact en termes d'entrave à l'éducation devrait être minime dans la plupart des pays (Ainsworth et Filmer, 2002). L'hypothèse basse correspond à une absence totale d'entrave à l'éducation tandis que les hypothèses intermédiaire et haute sont basées respectivement sur 5 et 10 pour cent d'enfants risquant de voir leur éducation entravée. Comme le montre la figure S-10, les chiffres sont relativement faibles, y compris pour l'hypothèse haute. Bien entendu, cette évaluation n'a de signification qu'en termes relatifs: le nombre d'enfants dont l'éducation est entravée parce que leur foyer est affecté par le sida reste modeste par rapport au nombre total d'enfants dont l'éducation est menacée en raison d'autres facteurs. Il n'en reste pas moins que le chiffre de 84 000 enfants qui, en 2020, verraient leurs possibilités d'éducation réduites parce que leur foyer est affecté par le sida, demeure élevé.

Figure S-10: Nombre total d'enfants dans le monde dont l'éducation est entravée parce qu'ils vivent dans un foyer affecté par le sida, selon deux hypothèses d'entrave, 2005-2020 (en milliers)



Calculé à partir du total du nombre de décès et du nombre cumulé de personnes en incapacité partielle ou totale de travail, multiplié par le nombre de cas de sida par foyer, multiplié par le nombre d'enfants par foyer, au niveau de tous les pays, multiplié par le taux d'entrave à l'éducation selon deux hypothèses d'entrave.

Sources: estimations de 2016 de l'ONUSIDA, enquêtes démographiques et sanitaires (EDS) avec modules sur le sida, calculs de l'OIT

En résumé, on peut dire que l'accès au traitement antirétroviral pour des millions de personnes qui vivent avec le VIH à travers le monde est une grande avancée. Parallèlement, alors que la prévention a progressé quasiment partout, apportant des améliorations sensibles dans bon nombre des pays désignés comme prioritaires par l'ONUSIDA, les écarts qui subsistent ont permis à la maladie de s'étendre à de nouvelles régions. C'est ce qui se traduit dans les tendances concernant la main d'œuvre mondiale. La perte de revenu reste une conséquence majeure du sida, d'autant plus qu'il y a une légère évolution vers l'apparition de nouveaux cas dans les pays à niveau de revenu relativement plus élevé. Les effets néfastes en termes de charge de travail supplémentaire et d'entrave à l'éducation qui frappent les foyers affectés par le sida devraient continuer à diminuer rapidement mais, comme la morbidité et la mortalité restent problématiques, ces effets secondaires le restent aussi. Il importe également de rappeler que les prévisions d'amélioration formulées dans ce rapport pour la plupart des indicateurs peuvent être compromises par l'émergence et la transmission futures d'une résistance aux ARV, et que ce risque est à surveiller de près pour assurer la pérennité des améliorations décrites dans la présente publication.

A la lumière de ce travail d'estimation de l'impact du VIH et du sida sur le monde du travail, il apparaît nécessaire de mieux intégrer les données de santé aux données sociales et économiques. Les travailleurs sont des êtres humains exposés aux mêmes risques pour leur santé que l'ensemble de la population mais ils sont aussi le pilier de l'économie. Leur foyer respectif est le lieu essentiel pour le travail, tout aussi indispensable, de reproduction sociale, celui qui consiste notamment à préparer les enfants à leur éducation et à leur vie d'adulte future. Pour réunir la politique de santé publique et la politique sociale et économique, il faut des données qui rendent compte de toutes les dimensions des diverses maladies liées au VIH.



Service du genre, de l'égalité, de la diversité et OITSIDA

Bureau international du Travail (BIT)
4, route des Morillons
CH-1211 Genève 22, Suisse
Tél. +41 22 799 6730
ged@ilo.org
www.ilo.org/ged



ONUSIDA

L'OIT est une organisation coparrainante de l'ONUSIDA