

# Le point sur l'épidémie de **SIDA**

**Décembre 2005**



Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

**ONUSIDA**

HCR-UNICEF-PAM-PNUD-UNFPA-ONUDC  
OIT-UNESCO-OMS-BANQUE MONDIALE



**Organisation  
mondiale de la Santé**

ONUSIDA/OMS – 2005  
Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA)  
Organisation mondiale de la Santé (OMS)

---

ONUSIDA/05.19F (version française, décembre 2005)

---

Version originale anglaise, UNAIDS/05.19E, décembre 2005 :

AIDS epidemic update: December 2005

Traduction – ONUSIDA

© Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) et Organisation mondiale de la Santé (OMS) 2005.

Tous droits de reproduction réservés. Les publications produites en commun par l'ONUSIDA et l'OMS peuvent être obtenues auprès du Centre d'information de l'ONUSIDA. Les demandes d'autorisation de reproduction ou de traduction des publications de l'ONUSIDA – qu'elles concernent la vente ou une distribution non commerciale – doivent être adressées au Centre d'Information à l'adresse ci-dessous ou par fax, au numéro +41 22 791 4187 ou par courriel : [publicationpermissions@unaids.org](mailto:publicationpermissions@unaids.org).

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la

part de l'ONUSIDA ou de l'OMS aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'ONUSIDA ou l'OMS, de préférence à d'autres. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'ONUSIDA et l'OMS ne garantissent pas que l'information contenue dans la présente publication est complète et correcte et ne pourront être tenus pour responsables des dommages éventuels résultant de son utilisation.

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

ONUSIDA.

Le point sur l'épidémie de SIDA : 2005.

"ONUSIDA/05.19F".

1. Infection à VIH – épidémiologie. 2. SIDA – épidémiologie. 3. Epidémie. I. Titre.



# Le point sur l'épidémie de SIDA

Rapport spécial sur la prévention du VIH

Décembre 2005



Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA  
**ONUSIDA**  
HCR-UNICEF-PAM-FNUD-UNFPA-ONU DC  
OIT-UNESCO-OMS-BANQUE MONDIALE



**Organisation  
mondiale de la Santé**



# TABLE DES MATIÈRES

---

## REMERCIEMENTS

|                                           |   |
|-------------------------------------------|---|
| L'ÉPIDÉMIE MONDIALE DE SIDA 2005 – RÉSUMÉ | 1 |
|-------------------------------------------|---|

|              |   |
|--------------|---|
| INTRODUCTION | 2 |
|--------------|---|

|                                                                       |   |
|-----------------------------------------------------------------------|---|
| INTENSIFICATION DE LA PRÉVENTION : SUR LE CHEMIN DE L'ACCÈS UNIVERSEL | 6 |
|-----------------------------------------------------------------------|---|

|                       |    |
|-----------------------|----|
| AFRIQUE SUBSAHARIENNE | 17 |
|-----------------------|----|

|      |    |
|------|----|
| ASIE | 31 |
|------|----|

|                                   |    |
|-----------------------------------|----|
| EUROPE ORIENTALE ET ASIE CENTRALE | 47 |
|-----------------------------------|----|

|          |    |
|----------|----|
| CARAÏBES | 56 |
|----------|----|

|                 |    |
|-----------------|----|
| AMÉRIQUE LATINE | 62 |
|-----------------|----|

|                                                  |    |
|--------------------------------------------------|----|
| AMÉRIQUE DU NORD, EUROPE OCCIDENTALE ET CENTRALE | 68 |
|--------------------------------------------------|----|

|                                 |    |
|---------------------------------|----|
| MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD | 74 |
|---------------------------------|----|

|         |    |
|---------|----|
| OCÉANIE | 78 |
|---------|----|

|        |    |
|--------|----|
| CARTES | 81 |
|--------|----|

|                                                    |    |
|----------------------------------------------------|----|
| Estimations mondiales en 2005 – Adultes et enfants | 82 |
|----------------------------------------------------|----|

|                                                                        |    |
|------------------------------------------------------------------------|----|
| Nombre d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH en 2005 – Estimations | 83 |
|------------------------------------------------------------------------|----|

|                                                                                      |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Nombre d'adultes et d'enfants nouvellement infectés par le VIH en 2005 – Estimations | 84 |
|--------------------------------------------------------------------------------------|----|

|                                                                             |    |
|-----------------------------------------------------------------------------|----|
| Nombre de décès dus au SIDA chez l'adulte et l'enfant en 2005 – Estimations | 85 |
|-----------------------------------------------------------------------------|----|

|               |    |
|---------------|----|
| BIBLIOGRAPHIE | 86 |
|---------------|----|

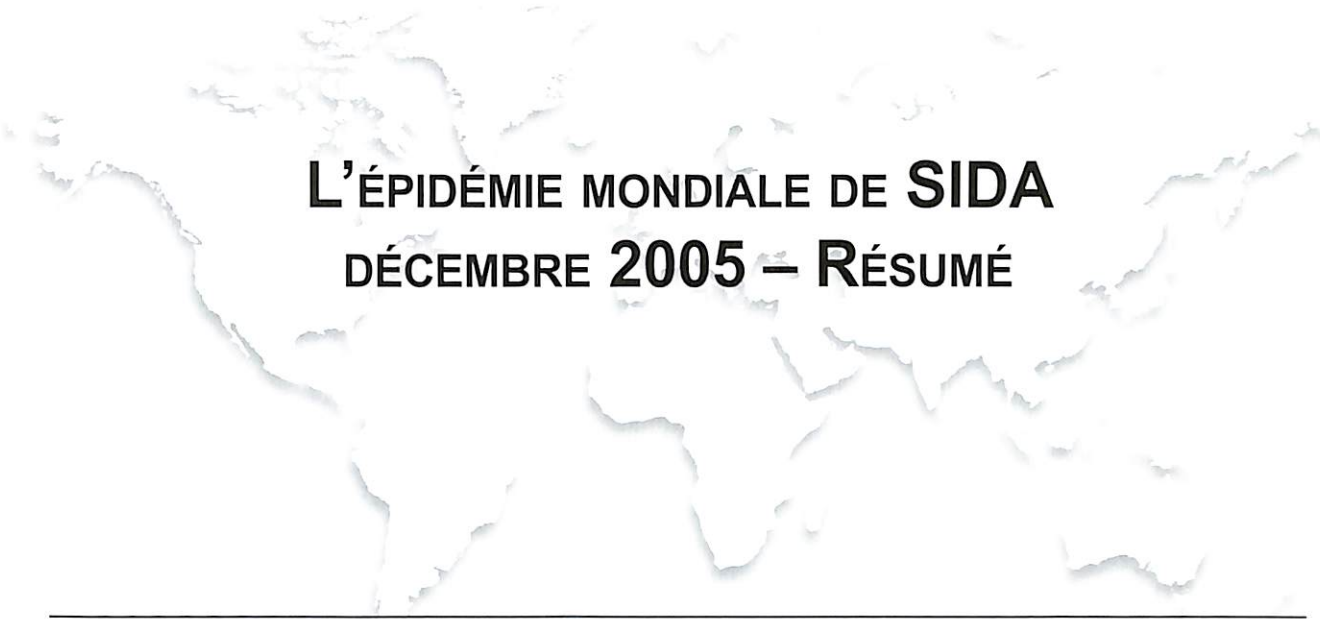
## REMERCIEMENTS

Le point sur l'épidémie de SIDA 2005 est un rapport du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) et de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Il comprend des contributions du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), du Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) et de Hein Marais.

Le point sur l'épidémie de SIDA : décembre 2005







# L'ÉPIDÉMIE MONDIALE DE SIDA

## DÉCEMBRE 2005 – RÉSUMÉ

---

### Nombre de personnes vivant avec le VIH en 2005

|                          |                                           |
|--------------------------|-------------------------------------------|
| <b>Total</b>             | <b>40,3 millions (36,7–45,3 millions)</b> |
| Adultes                  | 38,0 millions (34,5–42,6 millions)        |
| Femmes                   | 17,5 millions (16,2–19,3 millions)        |
| Enfants, moins de 15 ans | 2,3 millions (2,1–2,8 millions)           |

---

### Nouvelles infections à VIH en 2005

|                          |                                        |
|--------------------------|----------------------------------------|
| <b>Total</b>             | <b>4,9 millions (4,3–6,6 millions)</b> |
| Adultes                  | 4,2 millions (3,6–5,8 millions)        |
| Enfants, moins de 15 ans | 700 000 (630 000–820 000)              |

---

### Décès dus au SIDA en 2005

|                          |                                        |
|--------------------------|----------------------------------------|
| <b>Total</b>             | <b>3,1 millions (2,8–3,6 millions)</b> |
| Adultes                  | 2,6 millions (2,3–2,9 millions)        |
| Enfants, moins de 15 ans | 570 000 (510 000–670 000)              |

---

Dans ce tableau, les fourchettes autour des estimations définissent les limites dans lesquelles se situent les chiffres mêmes, sur la base des meilleures informations disponibles.

# INTRODUCTION

Le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) a tué plus de 25 millions de personnes depuis qu'il a été identifié en 1981, ce qui en fait l'une des épidémies les plus dévastatrices de l'histoire. Malgré un accès récemment amélioré aux traitements antirétroviraux et à la prise en charge dans de nombreuses régions du monde, l'épidémie de SIDA a fait 3,1 millions [2,8–3,6 millions] de décès en 2005, dont plus d'un demi-million (570 000) d'enfants.

Le nombre total de personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) a atteint son plus haut niveau : on estime que 40,3 millions [36,7–45,3 millions] de personnes vivent aujourd'hui avec le VIH. Près de 5 millions de personnes ont contracté une infection par le virus en 2005.

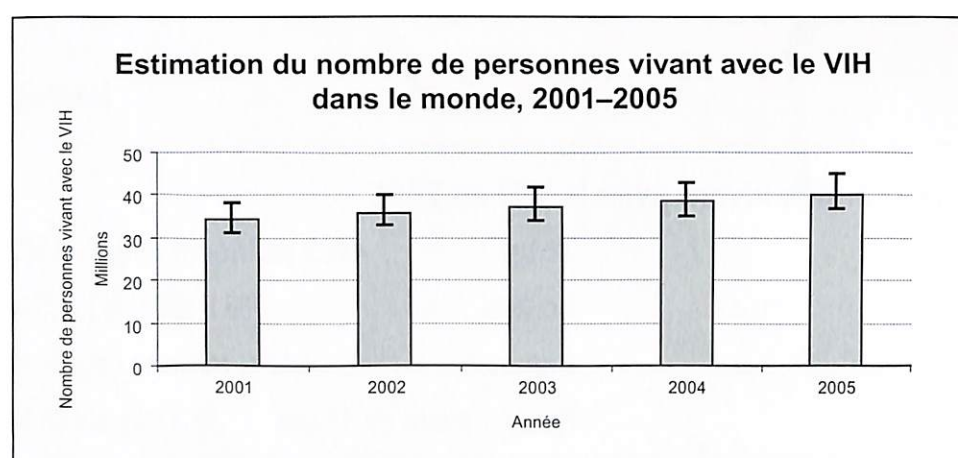


Figure 1

Tout indique que le VIH cède du terrain en présence d'interventions déterminées et concertées. Les efforts soutenus entrepris dans plusieurs milieux ont contribué à faire baisser l'incidence du VIH parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes dans de nombreux pays occidentaux, parmi les jeunes en Ouganda, chez les professionnel(le)s du sexe et leurs clients en Thaïlande et au Cambodge, ainsi que parmi les consommateurs de drogues injectables en Espagne et au Brésil. De nouvelles données montrent maintenant que les programmes de prévention lancés depuis un certain temps contribuent enfin à abaisser la prévalence du VIH au Kenya et au Zimbabwe, ainsi que dans les zones urbaines d'Haïti.

Le nombre de personnes vivant avec le VIH a augmenté dans toutes les régions sauf une au cours des deux dernières années. Aux Caraïbes, deuxième région la plus touchée du monde, la prévalence globale du VIH n'a pas changé en 2005 par rapport à 2003.

L'Afrique subsaharienne reste la plus touchée, elle qui compte 25,8 millions [23,8–28,9 millions] de personnes vivant avec le VIH, soit près d'un million de plus qu'en 2003. Deux tiers de toutes les personnes vivant avec le VIH se trouvent en Afrique subsaharienne, ainsi que

77% de toutes les femmes vivant avec le VIH (voir pages 17–30). On estime que 2,4 millions [2,1–2,7 millions] de personnes sont mortes de maladies liées au VIH dans cette région en 2005, alors que 3,2 millions [2,8–3,9 millions] de plus ont contracté une infection à VIH.

Des épidémies croissantes sont en cours en Europe orientale et en Asie centrale (voir pages 47–54), ainsi qu'en Asie de l'Est. Dans les premières nommées, le nombre de personnes vivant avec le VIH a augmenté d'un quart (passant à 1,6 million) depuis 2003, et le nombre de décès dus au SIDA a presque doublé (passant à 62 000) au cours de la même période. En Asie de l'Est, le nombre des personnes vivant avec le VIH en 2005 s'est accru d'un cinquième (pour atteindre 870 000), par rapport à deux ans plus tôt.

L'augmentation de la proportion de femmes touchées par l'épidémie se poursuit. En 2005, 17,5 millions [16,2–19,3 millions] de femmes vivaient avec le VIH—un million de plus qu'en 2003. Treize millions et demi de ces femmes [12,5–15,1 millions] vivent en Afrique subsaharienne. L'impact croissant sur les femmes est également visible en Asie du Sud et du Sud-Est (où près de deux millions de femmes vivent maintenant avec le VIH) ainsi qu'en Europe orientale et en Asie centrale.

| Statistiques et caractéristiques régionales du VIH et du SIDA, 2003 et 2005 |                                       |                                                            |                              |                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------|---------------------------------------------|
|                                                                             | Adultes et enfants vivant avec le VIH | Nouvelles infections à VIH chez les adultes et les enfants | Prévalence chez l'adulte (%) | Décès dus au SIDA chez l'adulte et l'enfant |
| <b>Afrique subsaharienne</b>                                                |                                       |                                                            |                              |                                             |
| 2005                                                                        | 25,8 millions<br>[23,8–28,9 millions] | 3,2 millions<br>[2,8–3,9 millions]                         | 7,2<br>[6,6–8,0]             | 2,4 millions<br>[2,1–2,7 millions]          |
| 2003                                                                        | 24,9 millions<br>[23,0–27,9 millions] | 3,0 millions<br>[2,7–3,7 millions]                         | 7,3<br>[6,7–8,1]             | 2,1 millions<br>[1,9–2,4 millions]          |
| <b>Afrique du Nord et Moyen-Orient</b>                                      |                                       |                                                            |                              |                                             |
| 2005                                                                        | 510 000<br>[230 000–1,4 million]      | 67 000<br>[35 000–200 000]                                 | 0,2<br>[0,1–0,7]             | 58 000<br>[25 000–145 000]                  |
| 2003                                                                        | 500 000<br>[200 000–1,4 million]      | 62 000<br>[31 000–200 000]                                 | 0,2<br>[0,1–0,7]             | 55 000<br>[22 000–140 000]                  |
| <b>Asie du Sud et du Sud-Est</b>                                            |                                       |                                                            |                              |                                             |
| 2005                                                                        | 7,4 millions<br>[4,5–11,0 millions]   | 990 000<br>[480 000–2,4 millions]                          | 0,7<br>[0,4–1,0]             | 480 000<br>[290 000–740 000]                |
| 2003                                                                        | 6,5 millions<br>[4,0–9,7 millions]    | 840 000<br>[410 000–2,0 millions]                          | 0,6<br>[0,4–0,9]             | 390 000<br>[240 000–590 000]                |
| <b>Asie de l'Est</b>                                                        |                                       |                                                            |                              |                                             |
| 2005                                                                        | 870 000<br>[440 000–1,4 million]      | 140 000<br>[42 000–390 000]                                | 0,1<br>[0,05–0,2]            | 41 000<br>[20 000–68 000]                   |
| 2003                                                                        | 690 000<br>[350 000–1,1 million]      | 100 000<br>[33 000–300 000]                                | 0,1<br>[0,04–0,1]            | 22 000<br>[11 000–37 000]                   |
| <b>Océanie</b>                                                              |                                       |                                                            |                              |                                             |
| 2005                                                                        | 74 000<br>[45 000–120 000]            | 8200<br>[2400–25 000]                                      | 0,5<br>[0,2–0,7]             | 3600<br>[1700–8200]                         |
| 2003                                                                        | 63 000<br>[38 000–99 000]             | 8900<br>[2600–27 000]                                      | 0,4<br>[0,2–0,6]             | 2000<br>[910–4900]                          |
| <b>Amérique latine</b>                                                      |                                       |                                                            |                              |                                             |
| 2005                                                                        | 1,8 million<br>[1,4–2,4 millions]     | 200 000<br>[130 000–360 000]                               | 0,6<br>[0,5–0,8]             | 66 000<br>[52 000–86 000]                   |
| 2003                                                                        | 1,6 million<br>[1,2–2,1 millions]     | 170 000<br>[120 000–310 000]                               | 0,6<br>[0,4–0,8]             | 59 000<br>[46 000–77 000]                   |
| <b>Caraïbes</b>                                                             |                                       |                                                            |                              |                                             |
| 2005                                                                        | 300 000<br>[200 000–510 000]          | 30 000<br>[17 000–71 000]                                  | 1,6<br>[1,1–2,7]             | 24 000<br>[16 000–40 000]                   |
| 2003                                                                        | 300 000<br>[200 000–510 000]          | 29 000<br>[17 000–68 000]                                  | 1,6<br>[1,1–2,7]             | 24 000<br>[16 000–40 000]                   |
| <b>Europe orientale et Asie centrale</b>                                    |                                       |                                                            |                              |                                             |
| 2005                                                                        | 1,6 million<br>[990 000–2,3 millions] | 270 000<br>[140 000–610 000]                               | 0,9<br>[0,6–1,3]             | 62 000<br>[39 000–91 000]                   |
| 2003                                                                        | 1,2 million<br>[740 000–1,8 million]  | 270 000<br>[120 000–680 000]                               | 0,7<br>[0,4–1,0]             | 36 000<br>[24 000–52 000]                   |
| <b>Europe occidentale et centrale</b>                                       |                                       |                                                            |                              |                                             |
| 2005                                                                        | 720 000<br>[570 000–890 000]          | 22 000<br>[15 000–39 000]                                  | 0,3<br>[0,2–0,4]             | 12 000<br><15 000                           |
| 2003                                                                        | 700 000<br>[550 000–870 000]          | 20 000<br>[13 000–37 000]                                  | 0,3<br>[0,2–0,4]             | 12 000<br><15 000                           |
| <b>Amérique du Nord</b>                                                     |                                       |                                                            |                              |                                             |
| 2005                                                                        | 1,2 million<br>[650 000–1,8 million]  | 43 000<br>[15 000–120 000]                                 | 0,7<br>[0,4–1,1]             | 18 000<br>[9000–30 000]                     |
| 2003                                                                        | 1,1 million<br>[570 000–1,8 million]  | 43 000<br>[15 000–120 000]                                 | 0,7<br>[0,3–1,1]             | 18 000<br>[9000–30 000]                     |
| <b>TOTAL</b>                                                                |                                       |                                                            |                              |                                             |
| 2005                                                                        | 40,3 millions<br>[36,7–45,3 millions] | 4,9 millions<br>[4,3–6,6 millions]                         | 1,1<br>[1,0–1,3]             | 3,1 millions<br>[2,8–3,6 millions]          |
| 2003                                                                        | 37,5 millions<br>[34,0–41,9 millions] | 4,6 millions<br>[4,0–6,0 millions]                         | 1,1<br>[1,0–1,2]             | 2,8 millions<br>[2,5–3,1 millions]          |



## Statistiques et caractéristiques régionales du VIH concernant les femmes, 2003 et 2005

|                                   |      | Nombre de femmes (15-49)<br>vivant avec le VIH | Pourcentage d'adultes (15-49)<br>vivant avec le VIH<br>qui sont des femmes (%) |
|-----------------------------------|------|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| Afrique subsaharienne             | 2005 | 13,5 millions [12,5–15,1 millions]             | 57                                                                             |
|                                   | 2003 | 13,1 millions [12,1–14,6 millions]             | 57                                                                             |
| Afrique du Nord et Moyen-Orient   | 2005 | 220 000 [83 000–660 000]                       | 47                                                                             |
|                                   | 2003 | 230 000 [78 000–700 000]                       | 50                                                                             |
| Asie du Sud et du Sud-Est         | 2005 | 1,9 million [1,1–2,8 millions]                 | 26                                                                             |
|                                   | 2003 | 1,6 million [950 000–2,4 millions]             | 25                                                                             |
| Asie de l'Est                     | 2005 | 160 000 [82 000–260 000]                       | 18                                                                             |
|                                   | 2003 | 120 000 [59 000–190 000]                       | 17                                                                             |
| Océanie                           | 2005 | 39 000 [20 000–62 000]                         | 55                                                                             |
|                                   | 2003 | 27 000 [14 000–43 000]                         | 44                                                                             |
| Amérique latine                   | 2005 | 580 000 [420 000–770 000]                      | 32                                                                             |
|                                   | 2003 | 510 000 [370 000–680 000]                      | 32                                                                             |
| Caraïbes                          | 2005 | 140 000 [88 000–250 000]                       | 50                                                                             |
|                                   | 2003 | 140 000 [87 000–250 000]                       | 50                                                                             |
| Europe orientale et Asie centrale | 2005 | 440 000 [300 000–620 000]                      | 28                                                                             |
|                                   | 2003 | 310 000 [210 000–430 000]                      | 26                                                                             |
| Europe occidentale et centrale    | 2005 | 190 000 [140 000–240 000]                      | 27                                                                             |
|                                   | 2003 | 180 000 [150 000–220 000]                      | 27                                                                             |
| Amérique du Nord                  | 2005 | 300 000 [150 000–440 000]                      | 25                                                                             |
|                                   | 2003 | 270 000 [130 000–400 000]                      | 25                                                                             |
| TOTAL                             | 2005 | 17,5 millions [16,2–19,3 millions]             | 46                                                                             |
|                                   | 2003 | 16,5 millions [15,2–18,2 millions]             | 47                                                                             |

## EVOLUTION RÉCENTE

L'épidémie continue de s'intensifier en Afrique australe (voir pages 20-25). Les niveaux d'infection à VIH parmi les femmes enceintes atteignent 20% – ou davantage – dans six pays d'Afrique australe (Afrique du Sud, Botswana, Lesotho, Namibie, Swaziland et Zimbabwe). Dans deux d'entre eux

signes encourageants d'une baisse de la prévalence du VIH à l'échelle nationale au Zimbabwe, même si les taux d'infection parmi les femmes enceintes restent exceptionnellement élevés (à 21% en 2004). De gros efforts devront être déployés pour maintenir cette tendance à la baisse.

*Il semblerait que certains des écarts dans l'accès aux traitements puissent se combler encore dans les toutes prochaines années, mais pas au rythme qui permettrait de maîtriser réellement l'épidémie... pour prendre le dessus sur les épidémies de SIDA partout dans le monde, il faudrait une expansion rapide et soutenue de la prévention du VIH.*

(Botswana et Swaziland), les niveaux d'infection se situent autour de 30%. L'épidémie en Afrique du Sud, l'une des plus importantes du monde, ne montre aucun signe de fléchissement. Au Mozambique voisin, les niveaux d'infection à VIH augmentent de façon alarmante. On note certains

En Afrique orientale, où par le passé la prévalence du VIH était considérablement moins élevée que plus au sud, la baisse de la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes observée en Ouganda depuis le milieu des années 1990 est maintenant visible dans les zones urbaines du Kenya, où les niveaux d'infection

sont en baisse. Dans les deux pays, les changements de comportement ont probablement contribué à cette tendance. Ils restent toutefois des cas exceptionnels, même si ailleurs en Afrique orientale (comme en Afrique de l'Ouest et centrale) la prévalence du VIH demeure stable depuis plusieurs années.

Plusieurs des épidémies d'Asie et d'Océanie sont en expansion (voir pages 31-46 et 76-78), notamment en Chine, en Papouasie-Nouvelle-Guinée et au Viet Nam. On note aussi des signes alarmants dans d'autres pays – dont le Pakistan et l'Indonésie – qui pourraient être au bord de graves épidémies. Dans toute l'Asie,

Toutefois, dans les pays à faible et moyen revenus, plus d'un million de personnes vivent désormais mieux et plus longtemps grâce au traitement antirétroviral. Du fait de l'élargissement récent des traitements depuis la fin 2003, entre 250 000 et 350 000 décès ont été évités en 2005. Les répercussions de l'élargissement spectaculaire de 2005 ne se feront pleinement sentir qu'à partir de 2006 et au cours des années qui suivront.

Il semblerait que certains des écarts dans l'accès aux traitements puissent se combler encore dans les toutes prochaines années, mais pas au rythme qui permettrait de maîtriser réellement l'épidémie. On sait

*Pour parvenir à l'accès universel,  
il faudra coordonner des approches radicalement différentes.*

les épidémies sont alimentées par l'association entre consommation de drogues injectables et commerce du sexe. Seuls quelques pays déploient des efforts suffisamment sérieux pour introduire des programmes axés sur ces comportements à risque à une échelle suffisante. Il en est de même en Europe orientale et en Asie centrale, où le nombre de personnes vivant avec le VIH s'est accru en 2005, et dans les Amériques, où un nombre croissant de femmes, notamment celles qui vivent dans la misère, est touché (voir pages 47-54 et 67-71).

## RÉDUIRE LES ÉCARTS

---

Les ripostes au SIDA se sont considérablement accrues et améliorées au cours de la décennie écoulée. Mais elles ne parviennent toujours pas à égaler, en ampleur ou en rapidité, une épidémie en aggravation constante.

Au cours des deux dernières années, l'accès aux traitements antirétroviraux s'est sensiblement amélioré. Ce n'est plus seulement dans les pays riches d'Amérique du Nord et d'Europe occidentale que les personnes en attente de traitements ont une chance d'en bénéficier. La couverture des traitements dans des pays comme l'Argentine, le Brésil, le Chili et Cuba est maintenant supérieure à 80%. Pourtant, malgré les progrès de certains pays, la situation est tout autre dans les pays les plus pauvres d'Amérique latine et des Caraïbes, en Europe orientale, dans la plus grande partie de l'Asie et pratiquement la totalité de l'Afrique subsaharienne. Au mieux, un Africain sur dix et un Asiatique sur sept en attente de traitement antirétroviral en bénéficieraient au milieu de 2005.

depuis longtemps que pour prendre le dessus sur les épidémies de SIDA partout dans le monde, il faudrait une expansion rapide et soutenue de la prévention du VIH. De fait, l'objectif doit être de faire en sorte que partout les pays s'approchent le plus possible de l'accès universel à la prévention, au traitement, à la prise en charge et à l'atténuation de l'impact du VIH.

Pour parvenir à l'accès universel, il faudra coordonner des approches radicalement différentes. Les objectifs de la prévention, du traitement, de la prise en charge et de l'atténuation de l'impact devront être poursuivis simultanément et non pas d'une manière séquentielle ou isolément. Les pays devront s'attacher à l'exécution des programmes, notamment pour renforcer les ressources humaines et institutionnelles, et à la mise en place de stratégies permettant le niveau le plus élevé possible d'intégration des services.

Toutes ces actions doivent être prises de toute urgence. Mais elles ne sont qu'un élément d'un enjeu plus important et à plus long terme. Maîtriser le SIDA exigera de s'attaquer avec davantage de détermination aux facteurs sous-jacents qui alimentent ces épidémies – à savoir les inégalités et injustices sociales. Il faudra surmonter les obstacles à l'accès toujours importants que sont la stigmatisation, la discrimination, les inégalités entre les sexes et les autres violations des droits humains. Il s'agira aussi de surmonter les nouvelles injustices dues au SIDA, à savoir le fait que des générations d'enfants sont rendus orphelins et l'anéantissement des capacités humaines et institutionnelles. Ce sont des difficultés extraordinaires qui exigent des ripostes extraordinaires.



# INTENSIFICATION DE LA PRÉVENTION : SUR LE CHEMIN DE L'ACCÈS UNIVERSEL

---

En 2005, on a compté près de cinq millions de nouvelles infections à VIH dans le monde, dont 3 200 000 uniquement en Afrique subsaharienne. La même année, trois millions de personnes sont mortes de maladies liées au SIDA, dont plus d'un demi-million d'enfants (570 000). Aujourd'hui, le total des personnes vivant avec le VIH est de 40,3 millions, deux fois plus qu'en 1995 (19,9 millions). Malgré les progrès accomplis dans un nombre restreint mais croissant de pays, l'épidémie de SIDA continue à devancer les efforts déployés à l'échelle mondiale pour la contenir.

Il est inéluctable que, plus nombreuses sont les personnes infectées par le VIH, plus nombreuses seront celles qui mourront du SIDA. Le nombre de personnes bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale du VIH dans les pays à faible et moyen revenus a triplé depuis fin 2001. Pourtant, ce sont au mieux une personne sur dix en Afrique et une sur sept en Asie en attente d'un traitement antirétroviral qui le recevaient au milieu de 2005. Les efforts déployés pour élargir rapidement l'accès aux traitements antirétroviraux et à la prise en charge seront anéantis si la spirale des nouvelles infections n'est pas interrompue.

Pour rattraper l'épidémie, on reconnaît toujours davantage qu'il est essentiel d'élargir et d'intensifier les efforts de prévention du VIH (ONUSIDA, 2005), dans le cadre d'une riposte globale qui développe simultanément l'accès aux traitements et à la prise en charge. Ce n'est que grâce à ces efforts majeurs, associés à un engagement accru sur les plans mondial et national que le monde sera en mesure de réaliser l'accès universel et commencera vraiment à maîtriser le SIDA.

## LA PRÉVENTION DU SIDA EST EFFICACE, MAIS DOIT ÊTRE INTENSIFIÉE

---

Les enjeux sont immenses. A l'échelle mondiale, moins d'une personne sur cinq exposée au risque d'infection à VIH peut accéder à des services de prévention de base (ONUSIDA, 2004). Parmi les personnes vivant avec le VIH, une sur dix seulement a fait un test et sait si elle est infectée.

Tout indique que le VIH cède du terrain en présence d'interventions déterminées et concertées. Les efforts soutenus entrepris dans plusieurs milieux ont contribué à faire baisser l'incidence du VIH parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes dans de nombreux pays occidentaux, parmi les jeunes en Ouganda, chez les professionnel(le)s du sexe et leurs clients en Thaïlande et au Cambodge, ainsi que parmi les consommateurs de drogues injectables en Espagne et au Brésil. De nouvelles données montrent maintenant

que les programmes de prévention lancés depuis un certain temps commencent à contribuer à une baisse de la prévalence du VIH au Kenya et au Zimbabwe, ainsi que dans les zones urbaines d'Haïti.

Mais trop souvent, les stratégies de prévention manquent d'ampleur, d'intensité et de vision à long terme. Pour que les interventions de prévention donnent les résultats nécessaires pour contrer l'épidémie, les projets à court terme doivent être transformés en stratégies programmatiques à long terme.

facteurs qui exposent les individus à un risque plus élevé d'infection à VIH, à savoir la pauvreté, les inégalités entre les sexes et la marginalisation sociale de populations particulières.

Il est tout aussi important de mettre au point et d'appliquer de nouvelles techniques – par exemple les microbicides et des produits existants mais améliorés comme le préservatif féminin – qui seront autant d'options supplémentaires pour la riposte et devraient faire partie des stratégies globales de prévention.

### Les efforts intensifs ont payé

Les études montrent que c'est lorsque les actions de prévention sont intensives, complètes et à long terme qu'elles sont le plus efficaces. Par exemple, les programmes intensifs de prévention dans la région de Mbeya en Tanzanie ont apporté une augmentation de l'utilisation du préservatif et du traitement des infections sexuellement transmissibles entre 1994 et 2000. Ces changements se sont accompagnés d'une baisse de la prévalence du VIH chez les femmes de 15 à 24 ans de 21% à 15% pendant la même période (Jordan-Harder et al., 2004). Mais dans la région de Mwanza, dans le même pays, des efforts de prévention du VIH moins intensifs et plus isolés n'ont pas eu les mêmes résultats ; en fait, dans cette région, la prévalence du VIH s'est accrue de 6% en 1994-1995 à 8% en 1999-2000 (Mwaluko et al., 2003).

Il n'y a pas une seule épidémie de SIDA. Même à l'intérieur d'un seul pays, les épidémies peuvent être extrêmement diverses. C'est pourquoi les stratégies de prévention doivent s'attaquer à la diversité des épidémies et être fondées sur des résultats concrets et des données épidémiologiques et comportementales précises.

La mise au point à plus long terme de vaccins est également nécessaire.

Une approche générale s'appuyant sur toutes les stratégies de prévention exige aussi de combattre la stigmatisation et la discrimination, d'atteindre vraiment ceux qui sont le plus exposés à l'infection,

### *Pour garantir une riposte globale au VIH, les efforts de traitement et de prévention seront accélérés simultanément.*

Cependant, et c'est fondamental quelle que soit la situation, il faut des stratégies globales de prévention dont les exigences de base sont l'ampleur, l'intensité, la cohérence et la viabilité. Toutes les stratégies doivent également reconnaître que prévention et traitement du VIH sont liés et doivent être accélérés simultanément.

D'autres approches fondamentales peuvent être appliquées à tous les efforts de prévention du VIH. En premier lieu, il convient d'admettre que la prévention du VIH est une intervention classique de 'bien public' qui exige des gouvernements qu'ils montrent l'exemple (y compris pour ce qui est de l'attribution des ressources) en élaborant une riposte ferme à l'épidémie.

Deuxièmement, il faut faire en sorte que toutes les stratégies de prévention du VIH tiennent compte des liens croissants qui existent entre le SIDA et les

et d'impliquer davantage les personnes vivant avec le VIH dans la riposte au SIDA.

### PRÉVENTION ET TRAITEMENT SONT DES PARTENAIRES ESSENTIELS

Les modèles mathématiques comparant plusieurs scénarios montrent que c'est dans le scénario dans lequel des actions efficaces de prévention et de traitement sont élargies en commun que les avantages sont les plus grands, tant pour ce qui est des nouvelles infections à VIH que des décès évités (Salomon et al., 2005) Les conclusions de cette étude sont claires :

- Un traitement du VIH réussi peut instaurer un environnement plus favorable à la prévention du VIH :



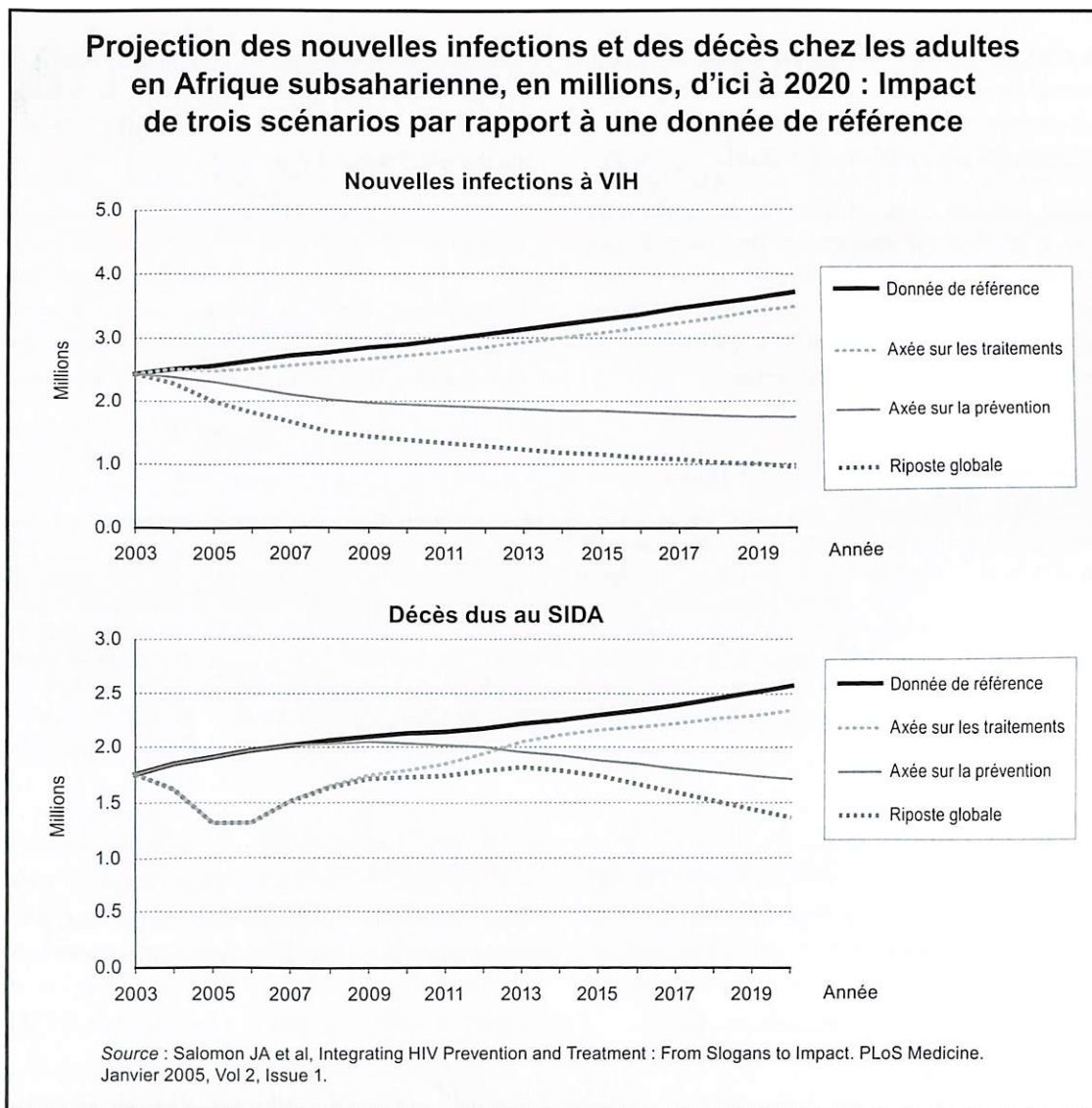


Figure 2

- La prévention du VIH doit être intensifiée pour rendre les traitements du VIH abordables et viables ; et
- Des progrès soutenus dans la riposte au SIDA ne seront obtenus qu'en intensifiant simultanément la prévention et le traitement du VIH.

En Afrique subsaharienne, un ensemble complet de prévention et de traitement permettrait d'éviter 55% des nouvelles infections auxquelles il faut autrement s'attendre d'ici à 2020 (voir Figure 2 ci-dessus, tirée de Salomon et al., 2005).

La recherche et l'expérience montrent que la disponibilité en hausse rapide des thérapies antirétrovirales entraîne une plus grande participation au dépistage du VIH. Le Kenya, par exemple, a connu une augmentation spectaculaire de l'utilisation des services de test et de conseil en 2000-2004, alors qu'au Brésil, l'utili-

sation a plus que triplé en 2001-2003 (OMS, '3 by 5' Progress Report, juin 2005). L'Ouganda a connu des expériences analogues. Après avoir été contraint à la fermeture par manque de clients, un centre de conseil et de test à Masaka, Ouganda, a rouvert en 2002 au moment du lancement d'un programme de traitement antirétroviral dans le même hôpital. En quelques mois, plus de 5000 personnes s'étaient présentées pour recevoir un conseil et un test volontaires – une multiplication par 17 du chiffre de l'année 2000 (Mpiima et al., 2003). Les agents de santé ont ainsi eu l'occasion de fournir aux clients des informations sur la prévention du VIH, adaptées aux résultats de leur test VIH.

La disponibilité des traitements et l'amélioration du contact avec les communautés peuvent mener à davantage d'ouverture concernant le SIDA, ce qui contribue à éliminer la stigmatisation et la discrimination. Une enquête de santé effectuée après l'intro-

duction d'un programme antirétroviral à Khayelitsha, Afrique du Sud, a relevé une amélioration de l'utilisation du préservatif, de l'intérêt pour les clubs SIDA et de la volonté de pratiquer des tests VIH plus importants que dans les sept autres sites observés (OMS, 2003).

Mais un plus grand accès aux traitements amène aussi de nouvelles difficultés. Tout laisse penser que des augmentations des comportements sexuels à risque ont coïncidé avec l'accès à grande échelle aux traitements antirétroviraux dans plusieurs pays à revenu élevé (US Centers for Disease Control and Prevention, 2002 ; Stolte et al., 2004). Des recherches opérationnelles plus solides sont nécessaires pour nous permettre d'améliorer notre compréhension de l'évolution des besoins, des enjeux et des possibilités de la prévention.

## ABORDER LE VIH DANS SON CONTEXTE

Pour être efficaces, les programmes de prévention doivent se préoccuper du contexte dans lequel vivent les individus.

Les droits et la condition de la femme et de la jeune fille méritent une attention toute spéciale. Partout dans le monde – de l'Afrique subsaharienne à l'Europe, à

l'Amérique latine et au Pacifique – des femmes en nombre croissant sont infectées par le VIH. Ce sont souvent les femmes dont les revenus sont minimes ou inexistantes qui sont le plus exposées au risque. Des inégalités largement répandues, dont des facteurs politiques, sociaux, culturels et de sécurité humaine, aggravent encore la situation des femmes et des jeunes filles.

Dans plusieurs pays d'Afrique australe, plus de trois quarts de tous les jeunes vivant avec le VIH sont des femmes (Bureau régional OMS pour l'Afrique, 2003 ; Reproductive Health Research Unit and Medical Research Unit, 2004), alors que, sur l'ensemble de l'Afrique subsaharienne, les jeunes femmes entre 15 et 24 ans ont un risque au moins trois fois plus élevé que les jeunes hommes d'être séropositives au VIH (ONUSIDA, 2004).

Dans de nombreux pays, le mariage et la propre fidélité des femmes ne sont pas suffisants pour les protéger de l'infection à VIH. Parmi des femmes interrogées à Harare (Zimbabwe), Durban et Soweto (Afrique du Sud), 66% déclaraient avoir eu un seul partenaire de toute leur vie, et 79% n'avaient pas eu de rapports sexuels avant 17 ans (âge moyen approximatif lors du premier rapport sexuel dans la plupart des pays du monde). Pourtant, 40% des jeunes femmes étaient

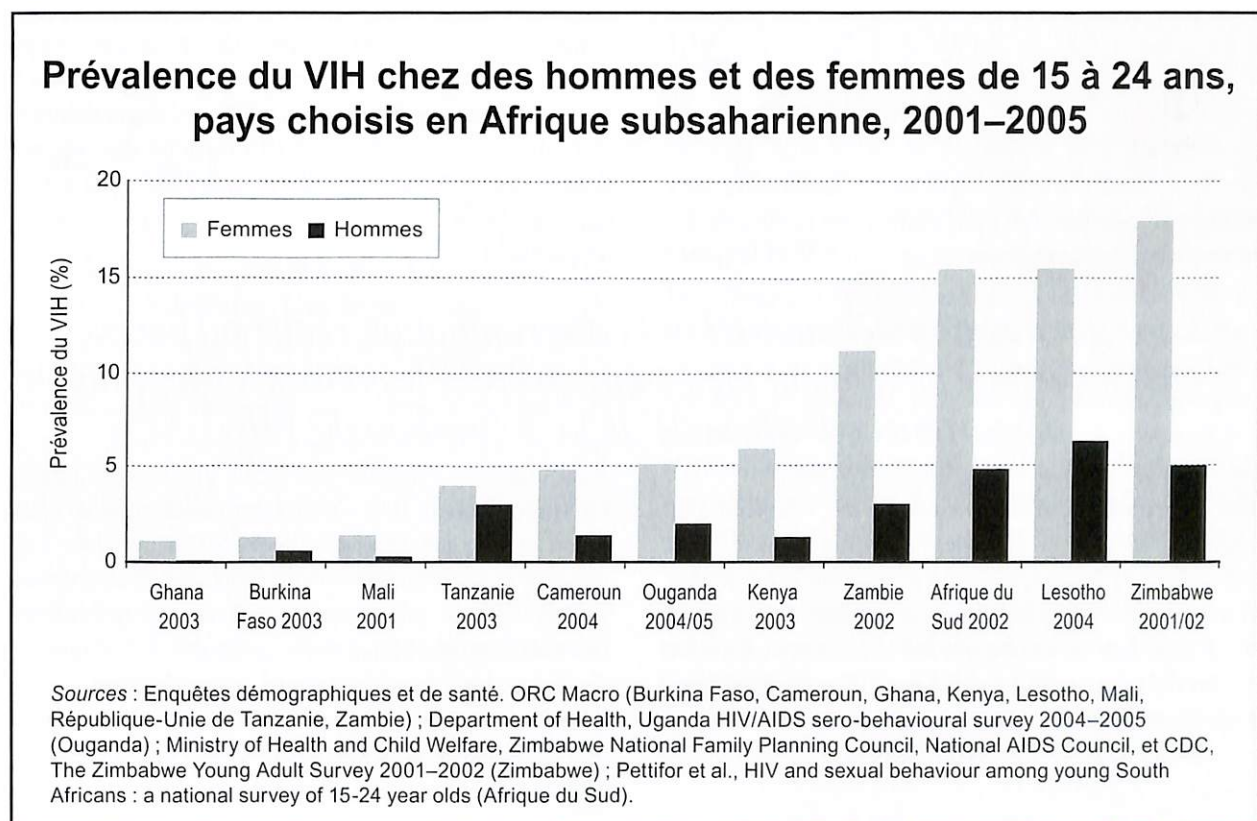


Figure 3



séropositives au VIH (Meehan et al., 2004). Nombre d'entre elles avaient été infectées tout en étant fidèles à un seul partenaire. En Colombie, 72% des femmes dont le test VIH était positif dans un centre de consultations prénatales, affirmaient avoir une relation stable. En Inde, une proportion importante des nouvelles infections se produisent chez des femmes qui sont mariées et ont été infectées par leur mari qui (soit actuellement, soit par le passé) ont fréquenté des professionnel(le)s du sexe (voir chapitre suivant sur l'Asie).

Les recherches suggèrent que les abus sexuels et autres infligés aux femmes et aux filles – qu'ils soient le fait de partenaires intimes ou d'inconnus – augmentent leur risque d'être infectées par le VIH. Des niveaux élevés de violence sexuelle à l'encontre des femmes et des filles ont été notifiés partout dans le monde. Au cours d'enquêtes, entre un tiers et la moitié des femmes au Bangladesh, au Brésil, en Ethiopie, en Namibie et en Thaïlande, par exemple, ont déclaré que leurs partenaires les avaient agressées physiquement et/ou sexuellement (OMS, 2005). Pour que les activités de prévention du VIH soient efficaces, elles doivent s'inscrire dans un ensemble d'autres efforts, par exemple des réformes juridiques (y compris les droits à la propriété) et la promotion des droits de la femme, pour combattre et réduire la violence à l'encontre des femmes et des filles (Maman et al., 2000).

Il est tout aussi important de mobiliser les hommes et les garçons dans les actions de prévention du VIH si l'on veut obtenir un effet à long terme sur les inégalités entre les sexes. Il est important d'impliquer les hommes, non seulement parce ce sont souvent eux qui contrôlent le degré de vulnérabilité des femmes et des filles au VIH, mais aussi parce que les normes sociales concernant la masculinité et le genre

hommes puissent se protéger de l'infection à VIH et que les hommes puissent être encouragés à assumer un rôle plus responsable dans la prévention du VIH. Il convient de prêter une attention particulière aux garçons pour ce qui est de leur socialisation aux normes sexospécifiques (ONUSIDA, 2005).

Pour être vraiment efficaces, les actions des programmes de prévention doivent aussi s'adresser aux gens de tous les âges. Une tendance à l'augmentation des niveaux d'infection parmi les générations plus âgées dans certains pays suggère d'importantes lacunes de la prévention dans ce groupe d'âge. En Afrique du Sud, la hausse de la prévalence du VIH chez les femmes de plus de 34 ans est particulièrement frappante et au Botswana, un tableau analogue se fait jour : chez les femmes enceintes de 15 à 24 ans, les infections à VIH sont stables depuis 1999, mais chez leurs homologues de 25 ans et plus, la prévalence est en hausse constante depuis 1992 et a atteint 43% lors des dernières mesures de 2003. Les niveaux d'infection parmi les hommes et les femmes plus âgés au Botswana étaient étonnamment élevés : 29% chez les 45–49 ans et 21% chez les cinquantenaires.

## STIGMATISATION ET DISCRIMINATION : FACTEURS D'AFFAIBLISSEMENT

La stigmatisation liée au VIH et la discrimination réelle ou perçue qui en découle pourraient bien s'être avérées les obstacles les plus importants à l'efficacité de la prévention du VIH. La stigmatisation et la discrimination réduisent l'efficacité des actions destinées à maîtriser l'épidémie mondiale et suscitent simultanément le climat idéal à la poursuite de sa propagation.

*La stigmatisation liée au VIH et la discrimination réelle ou perçue qui en découle pourraient bien s'être avérées les obstacles les plus importants à l'efficacité de la prévention du VIH.*

sont susceptibles d'augmenter la vulnérabilité des hommes au VIH si elles les encouragent à adopter des comportements qui mettent leur santé en danger et les privent de l'information et des services de protection dont ils ont besoin. Les hommes comme les femmes sont influencés par les normes sexospécifiques traditionnelles. Ces normes doivent donc être mises en question et modifiées pour que les femmes comme les

La stigmatisation liée au VIH est due à la peur, mais aussi au fait que l'on associe le SIDA au sexe, à la maladie et à la mort et à des comportements qui sont parfois illégaux, interdits ou tabous, comme la sexualité extraconjugale ou avant le mariage, le commerce du sexe, les rapports sexuels entre hommes et la consommation de drogues injectables. Elle est aussi due au manque de sensibilisation et de connaissance



## Participation des personnes vivant avec le VIH aux efforts de prévention

Les personnes vivant avec le VIH figurent parmi les meilleurs promoteurs de la prévention du VIH. Ce rôle d'ambassadeur doit être reconnu et encouragé. Dès le début de l'épidémie, les stratégies de prévention ont été beaucoup plus efficaces lorsqu'elles ont réellement impliqué les personnes vivant avec le VIH dans leur conception, leur exécution et leur évaluation. Le principe de la Participation accrue des personnes vivant avec le VIH/SIDA (GIPA) aux efforts de lutte contre le SIDA a été formellement reconnu lors du Sommet de Paris sur le SIDA en 1994, lorsque 42 pays ont convenu que le fait d'assurer leur pleine participation aux niveaux national, régional et mondial stimulerait l'instauration de climats politiques, juridiques et sociaux favorables. Pourtant, les stratégies de prévention du VIH sont rarement parvenues à satisfaire les besoins particuliers des personnes séropositives au VIH en matière de prévention ou à développer les capacités nécessaires à leur réelle participation. Trop souvent, leur implication n'a été que symbolique. Une riposte efficace exige que cela change.

Le but de la prévention pour les personnes vivant avec le VIH est de leur donner les moyens d'éviter de contracter de nouvelles infections sexuellement transmissibles, de retarder la progression des maladies liées au VIH et d'éviter de transmettre leur infection à d'autres. Les stratégies de conseil à la prévention améliorent les connaissances relatives à la transmission du VIH et les compétences permettant de négocier des rapports sexuels à moindre risque. D'autres stratégies de prévention peuvent aussi servir à élargir, cibler et améliorer les services et la distribution de produits ; les services à l'intention des couples sérodifférents ; la protection des droits de la personne ; le renforcement des capacités de mobilisation des communautés ; et le soutien au plaidoyer, aux changements de politiques et à la sensibilisation des communautés (Alliance internationale contre le VIH/SIDA, 2003). Ces stratégies ne fonctionnent pas isolément, mais en association.

du VIH. La stigmatisation peut encourager les gens à chercher des boucs émissaires et à condamner et punir certains individus ou groupes. La stigmatisation profite des préjugés existants et des schémas d'exclusion et aggrave la marginalisation de personnes qui sont parfois déjà plus vulnérables à l'infection à VIH. La peur de la stigmatisation peut aussi dissuader les personnes vivant avec le VIH de jouer un rôle de premier plan essentiel dans les efforts de prévention du VIH.

La stigmatisation pousse les gens à agir d'une manière qui blesse directement d'autres personnes et les prive de services ou de droits – ce sont ces actions qui constituent la discrimination liée au VIH. La stigmatisation décourage bien des individus de négocier des rapports sexuels à moindre risque, de pratiquer un test VIH, de divulguer leur sérologie à leurs partenaires ou de demander des soins, même lorsque des services de prévention sont à leur disposition. En Ouganda, par exemple, plus de la moitié des femmes et un peu moins de la moitié des hommes interrogés ont indiqué qu'ils préfèrent ne pas divulguer leur sérologie VIH à un membre de la famille (Ministère de la Santé, Ouganda, 2005). Une enquête effectuée auprès de jeunes à Nairobi, Kenya, et à Kampala et Masaka, Ouganda, a montré que le manque de confidentialité, réel ou perçu, était aussi dissuasif pour l'utilisation des services de conseil et de test volontaires que l'accessibilité financière.

## PRÉVENIR LE VIH DANS LES GROUPES MARGINALISÉS

Les individus rejetés en marge de la société sont particulièrement exposés au risque. En évitant les infections dans ces groupes, il est possible de ralentir le rythme de propagation dans de nombreuses parties du monde. Les principales populations marginalisées comprennent notamment les professionnel(le)s du sexe, les consommateurs de drogues injectables, les détenus et les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes.

Les projets à l'intention des professionnel(le)s du sexe, comme l'un des premiers projets de ce type organisé dans le quartier de Sonagachi à Kolkata, Inde, ont montré que des programmes intensifs et ciblés pouvaient amener une baisse du risque d'infection à VIH (voir page 34). A plus large échelle, la Thaïlande est parvenue à réduire les nouvelles infections à VIH de 140 000 en 1991 à 21 000 en 2003 en axant sa stratégie VIH sur la réduction des risques dans le commerce du sexe (voir page 41). Des réussites analogues, mais peut-être moins spectaculaires, sont manifestes au Cambodge (où la prévalence nationale du VIH chez l'adulte a baissé de 3% en 1997 à 1,9% en 2003) et au Sénégal (la prévalence du VIH s'y maintient à un niveau



faible et stable depuis maintenant une décennie) où des programmes intensifs à l'intention des professionnel(le)s du sexe ont également été exécutés. Pourtant, malgré des îlots de succès, la couverture mondiale de la prévention destinée aux professionnel(le)s du sexe reste faible. En Méditerranée orientale, par exemple, 0,5% seulement des professionnel(le)s du sexe sont touchées par un programme de prévention du VIH, quel qu'il soit (USAID et al., 2004).

### *Les campagnes d'information concernant les infections sexuellement transmissibles et la propagation du VIH doivent être renforcées*

La consommation de drogues injectables entretient des épidémies dans de nombreux pays, dont l'Espagne, l'Inde, l'Indonésie, la République islamique d'Iran, la Jamahiriya arabe libyenne, le Pakistan, l'Ukraine, l'Uruguay et le Viet Nam. L'imbrication des réseaux de professionnel(le)s du sexe et leurs clients et de consommateurs de drogues injectables ajoute à la dynamique dans certains pays. Pourtant, malgré quelques succès remportés par les programmes de réduction des risques dans des pays comme le Brésil et l'Espagne, les stratégies de prévention à l'intention des consommateurs de drogues injectables ne sont pas appliquées à une échelle suffisante pour faire durablement la différence dans de nombreux pays. Il est urgent d'élargir des stratégies globales comprenant la fourniture de préservatifs et des thérapies de substitution pour les consommateurs de drogues injectables et leurs partenaires sexuels.

Quelque 10 millions de personnes se trouvent détenues dans l'ensemble du monde aujourd'hui. Dans la plupart des pays, les niveaux d'infection à VIH dans les populations carcérales tendent à être sensiblement plus élevés que dans la population générale. En Fédération de Russie, le système pénitentiaire est frappé de manière disproportionnée par l'épidémie. On estime que la prévalence du VIH dans les prisons du pays est au moins quatre fois plus élevée que dans la population générale. En Iran, l'incarcération semble être le plus important facteur de risque d'infection à VIH. Ces données montrent clairement la nécessité d'introduire une riposte globale au VIH dans les prisons (voir le chapitre suivant sur l'Europe orientale et l'Asie centrale).

Le rôle important joué par les rapports sexuels entre hommes dans de nombreuses épidémies – y compris en Amérique latine, aux Caraïbes, en Asie, en Europe centrale et, peut-être dans une moindre mesure, en Europe orientale et en Afrique – est insuffisamment étudié ou traité. La plupart des régions du monde ne disposent

pas des données épidémiologiques et comportementales nécessaires pour contribuer à mettre en place des programmes efficaces à l'intention des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes. Une prévalence du VIH allant jusqu'à 17% a été enregistrée chez des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes à Bangkok, Thaïlande, et Mumbai, Inde, par exemple, alors qu'à Bogota, Colombie, une prévalence de 20% a été relevée (Montano et al., 2005). Même lorsque des

données existent qui indiquent que les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes constituent un groupe fortement touché par le VIH, leurs besoins en matière de prévention ont été largement ignorés dans bien des pays.

D'autres populations dont les jeunes, les femmes et les filles, les personnes vivant dans la pauvreté, les travailleurs migrants, les personnes dans des situations de conflit ou d'après-conflit, ainsi que les réfugiés et les personnes déplacées dans leur propre pays ont également besoin d'interventions élargies susceptibles d'accroître leur accès à l'information et aux services de prévention, de traitement et de prise en charge, en tenant compte de leurs vulnérabilités particulières.

### INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ET PROPAGATION DU VIH

La prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles réduisent le risque de transmission du VIH. Ceci est particulièrement vrai pour les individus appartenant à des populations ayant le plus de chances d'avoir un nombre élevé de partenaires sexuels, par exemple les professionnel(le)s du sexe et leurs clients. Pourtant, la prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles restent un élément insuffisamment exploité des stratégies de prévention susceptibles d'être efficaces, notamment en Afrique subsaharienne.

D'autres infections sexuellement transmissibles – p. ex. la syphilis, la blennorragie, les Chlamydia, la trichomonase et l'herpès génital – augmentent le risque de transmission du VIH au cours des rapports sexuels non protégés entre un partenaire infecté et un partenaire non infecté. En Afrique subsaharienne, par exemple, l'infection par le HSV2 (virus de l'herpès simplex de



type 2) semble être fortement associée à l'infection par le VIH (Auvert et al., 2001 ; Hayes et al., 1998 ; McFarland et al., 1999). Le HSV2, qui est incurable, provoque périodiquement des ulcères génitaux pendant toute la vie. Des études effectuées au Zimbabwe et en Tanzanie suggèrent que les deux virus se soutiennent mutuellement, chacun renforçant la probabilité qu'une personne contracte et transmette le deuxième (McFarland et al., 1999 ; Del Mar et al., 2002). Certaines études ont également suggéré une interaction entre la vaginite bactérienne (infection vaginale fréquente chez les femmes en âge de procréer) et le VIH. Une nouvelle recherche en Afrique du Sud suggère que la vaginite bactérienne pourrait doubler la vulnérabilité d'une femme à l'infection par le VIH (Myer et al., 2005).

Le préservatif masculin en latex est la technique la plus efficace dont on dispose pour réduire la transmission sexuelle du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles (ONUSIDA/UNFPA/OMS, 2004). Il est possible d'éviter la plupart des infections génitales en utilisant un préservatif et nombre d'infections sexuellement transmissibles bactériennes (comme la syphilis, la blennorragie et les Chlamydia) sont traitées facilement et à peu de frais par des antibiotiques (ONUSIDA 2004a). Malheureusement, les programmes de traitement des infections sexuellement transmissibles sont inégalement appliqués dans une bonne partie de l'Afrique subsaharienne et la plupart des pays de la région ne profitent donc pas de l'effet potentiel de confinement que pourraient avoir le diagnostic et le traitement des infections sexuellement transmissibles sur les taux d'infection à VIH. Les jeunes en particulier n'ont généralement que très peu de connaissances concernant les infections sexuellement transmissibles. Ceux qui pensent être atteints d'une infection sont souvent peu disposés à se faire soigner – pour toutes sortes de raisons, notamment la gêne, la crainte que leur confidentialité ne soit pas respectée, l'appréhension d'une réaction de reproche et de critique de la part des agents de santé et, parfois, le coût élevé du traitement.

Les campagnes d'information concernant les infections sexuellement transmissibles et la propagation du VIH doivent être renforcées, en particulier celles qui sont destinées aux jeunes. Des mesures doivent être prises pour assurer la confidentialité dans les dispensaires de dermato-vénérologie, promouvoir des services à l'écoute des jeunes, augmenter le nombre des centres de traitement et intégrer le diagnostic et le traitement des infections sexuellement transmissibles dans les services de planification familiale et de santé reproductive.

## CIBLER LES ENFANTS : ENTAMER UNE VIE SANS VIH

En l'absence de mesures de prévention du VIH, 35% environ des enfants nés de mères séropositives au VIH contracteront le virus. Le moyen de protéger les enfants, c'est de prévenir l'infection chez les parents. La prévention de la transmission mère-enfant est un moyen crucial pour les mères, leurs enfants et leur famille d'accéder à la prévention primaire, au traitement, à la prise en charge et au soutien. Assurer des services de planification familiale, la fourniture de médicaments antirétroviraux à la mère et au nouveau-né, des options sûres d'accouchement, un conseil concernant l'alimentation du nourrisson et un soutien sont autant d'éléments essentiels des programmes de prévention de la transmission mère-enfant. L'application d'une approche globale de ce type a pratiquement éliminé la transmission du VIH de la mère à l'enfant dans les pays industrialisés. Dans les pays à forte prévalence néanmoins, le SIDA est la cause d'une part croissante de la mortalité des enfants de moins de cinq ans. En Afrique cette proportion a passé de 2% en 1990 à 6,5% en 2003 (OMS, 2005a).

La couverture des services de prévention de la transmission mère-enfant s'améliore dans de nombreux pays (dont la Barbade, le Botswana, la Thaïlande, l'Ukraine, l'Uruguay et la Zambie). Cependant, dans la plus grande partie de l'Afrique subsaharienne, cette couverture est loin d'atteindre les niveaux nécessaires, avec environ 5% dans les 30 pays africains comptant la prévalence du VIH la plus élevée en 2003 (Policy Project et al., 2004).

Parmi les obstacles à l'élargissement de la prévention de la transmission mère-enfant, on peut noter : l'insuffisance des services prénatals et de la connaissance qu'ont les femmes de leur sérologie VIH ainsi que la stigmatisation et la discrimination (ONUSIDA, 2004a). Le manque d'accès à la prophylaxie antirétrovirale reste une préoccupation majeure. En Afrique du Sud, par exemple, sur quelque 33 000 femmes enceintes dont le test VIH était positif, 18 857 seulement ont bénéficié d'une prophylaxie antirétrovirale. Au Kenya et au Mozambique, la proportion est analogue. Par contre, en Ouganda, en Zambie et au Zimbabwe presque toutes les femmes séropositives auraient bénéficié de cette prophylaxie.

D'autres obstacles sont encore plus fondamentaux. Une grande proportion des femmes à qui des services de prévention de la transmission mère-enfant sont offerts



ne reçoivent aucun conseil avant dépistage. Au Ghana et en Tanzanie, approximativement la moitié des femmes ont bénéficié de ce conseil, alors qu'au Nigéria un quart seulement l'ont eu. Au Burkina Faso, la proportion était à peine de 18% et en Zambie de 13%. A noter les exceptions de l'Afrique du Sud, du Bénin, du Kenya, de l'Ouganda, du Rwanda, et du Zimbabwe – où jusqu'à 70% des femmes pouvant accéder aux services de prévention de la transmission mère-enfant bénéficient aussi du conseil avant dépistage. En outre, un nombre très élevé de femmes dans les pays à forte prévalence ne savent toujours pas que le VIH peut être transmis de la mère à l'enfant. Ce manque de connaissances complique le conseil, souvent dans des situations où les agents de santé sont déjà surchargés et manquent de temps.

Pour éviter de nouvelles infections parmi les enfants, les services de prévention de la transmission mère-enfant doivent être élargis afin d'assurer une couverture nationale de bonne qualité.

## ACCÈS POUR TOUS

Depuis quelques années, un consensus se confirme à l'échelle internationale concernant la nécessité d'une

riposte globale au VIH comprenant la prévention, le traitement et la prise en charge. La volonté politique s'est affirmée, tout comme le plaidoyer des groupes de la société civile. Les fonds, nationaux et internationaux, dégagés pour la riposte au SIDA ont considérablement augmenté. Ces progrès offrent une belle occasion d'intensifier encore les efforts et d'accélérer le mouvement vers l'accès universel à la prévention, au traitement et à la prise en charge pour tous les pays touchés par le SIDA.

En juin 2005, le Conseil de coordination de l'ONUSIDA, composé d'Etats Membres, des organismes coparrainants du système des Nations Unies et de la société civile, ont adopté un document d'orientation politique visant à intensifier la prévention du VIH, dans le but ultime de parvenir à l'accès universel à la prévention, au traitement et à la prise en charge du VIH. Ce document d'orientation politique comprend un résumé des programmes et actions avérés qui pourraient être appliqués pour combler les lacunes de la prévention, ainsi que 12 actions politiques essentielles qui seront nécessaires pour assurer l'accès universel (voir ci-dessous).

## **Le document d'orientation politique de l'ONUSIDA en vue de l'intensification de la prévention du VIH décrit les actions politiques et programmatiques essentielles à la prévention du VIH**

### **Actions politiques essentielles à la prévention du VIH**

1. Faire en sorte que les droits humains des populations vulnérables soient soutenus, protégés et respectés et que des mesures soient prises pour éliminer la discrimination et combattre la stigmatisation.
2. Susciter et entretenir le leadership de tous les secteurs de la société, notamment les gouvernements, les communautés affectées, les organisations non gouvernementales, les organisations confessionnelles, le secteur de l'enseignement, les médias, le secteur privé et les syndicats.
3. Impliquer les personnes vivant avec le VIH dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des stratégies de prévention, en répondant à leurs besoins spécifiques en matière de prévention.
4. Examiner les normes et croyances culturelles, et reconnaître à la fois le rôle de soutien qu'elles sont susceptibles de jouer dans les actions de prévention et le fait qu'elles peuvent alimenter la transmission du VIH.
5. Encourager l'égalité entre les sexes et examiner les normes sexospécifiques et les rapports entre les sexes afin de réduire la vulnérabilité des femmes et des filles, tout en impliquant les hommes et les garçons dans cet effort.
6. Encourager une généralisation de la connaissance et de la conscience des modes de transmission du VIH et de la manière d'éviter l'infection.
7. Promouvoir les liens entre la prévention du VIH et la santé sexuelle et reproductive.
8. Appuyer la mobilisation des organisations à assise communautaire, sur l'ensemble de la filière prévention, prise en charge et traitement.



9. Promouvoir des programmes axés sur les besoins des principaux groupes et populations touchés en matière de prévention du VIH.
10. Mobiliser et renforcer la capacité financière, humaine et institutionnelle dans tous les secteurs, et plus particulièrement dans ceux de la santé et de l'enseignement.
11. Examiner et réformer les cadres juridiques afin d'éliminer les obstacles à une prévention du VIH efficace et fondée sur des preuves éclairées, de combattre la stigmatisation et la discrimination et de protéger les droits des personnes vivant avec le VIH, vulnérables ou exposées au risque d'infection par le VIH.
12. Faire en sorte que des investissements suffisants soient faits dans la recherche, la mise au point et le plaidoyer en faveur de nouvelles techniques de prévention.

### **Actions programmatiques essentielles à la prévention du VIH**

1. Prévenir la transmission du VIH par la voie sexuelle.
2. Prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant.
3. Prévenir la transmission du VIH par la consommation de drogues injectables, y compris les mesures de réduction des risques.
4. Assurer la sécurité de l'approvisionnement en sang.
5. Prévenir la transmission dans les lieux de soins.
6. Promouvoir un meilleur accès au conseil et au test VIH volontaires, tout en favorisant les principes de la confidentialité et du consentement.
7. Intégrer la prévention du VIH dans les services de traitement du SIDA.
8. Privilégier la prévention du VIH parmi les jeunes.
9. Offrir l'information et l'éducation liées au VIH permettant aux individus de se préserver de l'infection.
10. Confronter et combattre la stigmatisation et la discrimination liées au VIH.
11. Préparer l'accès et l'utilisation des vaccins et microbicides.

La vision du Conseil de l'ONUSIDA a été confirmée par les engagements politiques pris récemment. Au Sommet 2005 du G8 à Gleneagles, les membres se sont engagés à élaborer et appliquer un ensemble de prévention, de traitement et de prise en charge du VIH, dans le but de s'approcher autant que possible de l'accès universel aux traitements pour tous ceux qui en besoin d'ici à 2010. Le document final du Sommet mondial 2005 de l'Assemblée générale des Nations Unies a également adopté le concept de l'élargissement en vue de l'accès universel.

Ces déclarations renforcent le sentiment que l'intensification des efforts de prévention et l'élargissement des traitements et de la prise en charge doivent se produire simultanément, et non pas l'un après l'autre ou isolément.

La continuité de la disponibilité d'un éventail complet de programmes et d'outils à l'efficacité avérée est fondamentale si l'on souhaite assurer un accès universel. Les programmes seront choisis et exécutés en fonction de l'expérience et des résultats acquis dans le pays, ainsi que de l'adaptation des approches dites

'des meilleures pratiques' des autres pays. On estime que l'exécution de programmes complets de prévention du VIH permettrait d'éviter 29 millions (ou 63%) des 45 millions de nouvelles infections attendues entre 2002 et 2010 (Stover et al., 2002). C'est lorsqu'ils sont entrepris en association avec la fourniture des traitements et la prise en charge que les programmes complets de prévention du VIH ont l'impact le plus important sur la prévention des nouvelles infections et des nouveaux décès liés au VIH (Salomon et al., 2005).

Le SIDA exige une riposte intelligente, déterminée et exceptionnelle. Des efforts mal coordonnés ou qui ne fournissent que des solutions partielles n'apporteront pas de baisse significative du nombre des nouvelles infections. Pour ralentir et interrompre la propagation de cette épidémie mondiale, il faut de toute urgence un accès simultané à la prévention, aux traitements et à la prise en charge. Si le monde se mobilise de cette manière pour élargir simultanément et d'une manière énergique la prévention, les traitements et la prise en charge du VIH, nous pourrions obtenir une approche réellement globale du SIDA susceptible de contenir l'épidémie et d'en inverser le cours.



## Nouvelles méthodes de prévention : innover pour un accès universel

### Préservatif féminin

Bien qu'il ait démontré son efficacité à prévenir les grossesses et soit accepté par les utilisatrices, le préservatif féminin n'a pas réalisé tout son potentiel dans les programmes nationaux en raison de son coût relativement élevé. Une nouvelle version du préservatif féminin Reality® est fabriquée en nitrile synthétique, ce qui le rend considérablement moins coûteux. Le nouveau produit pourrait être plus largement accepté et utilisé. Il est à espérer que, si des niveaux élevés d'utilisation de ce nouveau produit sont obtenus, il constituera une contribution importante à la prévention des grossesses non désirées et des infections sexuellement transmissibles dont le VIH. En plus du nouveau préservatif féminin, des essais sont en cours pour essayer l'efficacité de nouveaux types de diaphragme et de gel lubrifiant aux fins de la prévention des VIH/IST. Les résultats sont attendus en 2006.

### Circoncision masculine

Une récente étude conduite en Afrique du Sud a montré que les hommes circoncis avaient au moins 60% moins de risque de contracter une infection que les hommes non circoncis. Ces résultats prometteurs doivent être confirmés par des études en cours au Kenya et en Ouganda avant que l'on puisse promouvoir la circoncision masculine comme outil spécifique de la prévention du VIH. Si elle se révèle efficace, la circoncision masculine pourrait contribuer à augmenter les options avérées disponibles pour prévenir le VIH, mais elle ne devra pas conduire à abandonner les stratégies efficaces existantes telles que l'utilisation correcte et systématique du préservatif, les changements de comportements, et le conseil et le test volontaires. La circoncision masculine n'élimine pas le risque de VIH pour les hommes et les effets de la circoncision masculine sur le risque de VIH couru par les femmes n'est pas connu. Il reste en outre à démontrer si et dans quelle mesure la circoncision masculine pourrait réduire la transmission du VIH dans les cultures où elle n'est pas couramment pratiquée.

### Microbicides

Les microbicides constituent l'outil de prévention le plus prometteur susceptible d'être contrôlé par les femmes. Ils devraient avoir un effet important sur l'épidémie. Actuellement, le domaine des microbicides compte quatre microbicides candidats entrant ou étant en essais de phase III, cinq en phase II et six en phase I. Il s'agit de savons, de substances tampons, de dérivés d'algues et de composés anti-VIH. Des modèles indiquent que même un microbicide efficace à 60% aurait un impact considérable sur la propagation du VIH. En étant utilisé par à peine 20% des femmes dans les pays connaissant des épidémies importantes, des centaines de milliers de nouvelles infections pourraient être évitées en trois ans (Rockefeller, 2001).

### Prophylaxie pré-exposition

La prophylaxie pré-exposition (PrEP) pour prévenir la transmission sexuelle et peut-être même parentérale du VIH est prometteuse pour les couples sérodifférents, les professionnel(le)s du sexe, les hommes qui ont des rapports avec des hommes et les consommateurs de drogues injectables qui peuvent avoir été exposés au VIH en dépit des précautions prises. Des essais limités à moyens de phase I sont en cours à Atlanta et San Francisco, et des études plus importantes de phase II/III sont en cours ou prévues au Botswana, au Ghana, et peut-être en Thaïlande. Certaines de ces études ont été entourées de controverses. Plusieurs grandes questions ont été posées, notamment l'insuffisance éventuelle des consultations dans la communauté avant le début des essais et le consentement éclairé, les liens avec les programmes de traitement du VIH pour ceux qui se révèlent infectés au début ou dans le courant de l'étude et – dans le cas de la Thaïlande – le manque d'accès à des seringues stériles dans une étude destinée à examiner la transmission du VIH parmi des consommateurs de drogues injectables. Deux études PrEP ont également été supprimées (au Cambodge et au Nigéria) et une autre retardée au Cameroun. Une consultation tenue à Seattle et une série de consultations organisées par l'ONUSIDA dans deux régions africaines, en Asie et à Genève et regroupant des activistes communautaires, des chercheurs, des commanditaires et autres, ont contribué à identifier les problèmes posés par la conception de l'essai dans ce domaine prometteur de la recherche. Les essais se sont poursuivis dans six autres sites.

### Vaccins

Un vaccin pour contrer le VIH est notre espoir le plus probant. Mais la mise au point d'un vaccin reste un défi énorme pour plusieurs raisons, notamment le manque de ressources, des préoccupations relatives aux essais cliniques et aux capacités de réglementation, des questions de propriété intellectuelle et des difficultés scientifiques. Dix-sept vaccins expérimentaux se trouvent actuellement en essais de phase I et quatre en essais de phase I/II (y compris le prometteur vaccin à vecteur adénoviral de Merck, actuellement en essai de phase IIb, qui pourrait stimuler une immunité anti-VIH à médiation cellulaire). Il n'existe qu'un vaccin en essai de phase III (il s'agit du vaccin ALVAC vCP 1521 à vecteur du canary pox/AIDS VAX déclencheur-catalyseur – 'prime-boost' – des NIH/Département de la défense, actuellement en cours en Thaïlande). Le groupement Global HIV Vaccine Entreprise a rassemblé des chercheurs, des activistes, des financiers et autres parties prenantes partout dans le monde autour d'un Plan scientifique et stratégique destiné à progresser rapidement sur la voie de vaccins efficaces contre le VIH, qui sont le meilleur espoir à long terme de la planète pour maîtriser l'épidémie mondiale de VIH.



# AFRIQUE SUBSAHARIENNE

## Statistiques et caractéristiques du VIH et du SIDA, en 2003 et 2005

|      | Adultes et enfants vivant avec le VIH | Nombre de femmes vivant avec le VIH   | Nouvelles infections à VIH, adultes et enfants | Prévalence chez l'adulte % | Décès dus au SIDA, adultes et enfants |
|------|---------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------|---------------------------------------|
| 2005 | 25,8 millions<br>[23,8–28,9 millions] | 13,5 millions<br>[12,5–15,1 millions] | 3,2 millions<br>[2,8–3,9 millions]             | 7,2<br>[6,6–8,0]           | 2,4 millions<br>[2,1–2,7 millions]    |
| 2003 | 24,9 millions<br>[23,0–27,9 millions] | 13,1 millions<br>[12,1–14,6 millions] | 3,0 millions<br>[2,7–3,7 millions]             | 7,3<br>[6,7–8,1]           | 2,1 millions<br>[1,9–2,4 millions]    |

L'Afrique subsaharienne compte un peu plus de 10% de la population mondiale, mais elle abrite plus de 60% de toutes les personnes vivant avec le VIH – 25,8 millions [23,8 millions–28,9 millions]. En 2005, on estime à 3,2 millions [2,8 millions–3,9 millions] le nombre de personnes ayant contracté une infection, alors que 2,4 millions [2,1 millions–2,7 millions] d'adultes et d'enfants sont morts du SIDA. Parmi les jeunes de 15 à 24 ans, on estime que 4,6% [4,2–5,5%] des femmes et 1,7% [1,3–2,2%] des hommes vivent avec le VIH en 2005.

Une baisse de la prévalence du VIH chez l'adulte à l'échelle nationale semble se produire dans trois pays d'Afrique subsaharienne : le **Kenya**, l'**Ouganda** et le **Zimbabwe**.<sup>1</sup> A l'exception du Zimbabwe, les pays d'Afrique australe ne montrent guère de signes de déclin dans leurs épidémies. Les niveaux de prévalence du VIH restent exceptionnellement élevés (sauf pour l'Angola), et pourraient même n'avoir pas encore atteint leur pic dans plusieurs pays – comme le suggèrent les épidémies en expansion au **Mozambique** et au **Swaziland**. L'Afrique de l'Ouest et centrale (où la prévalence nationale estimée du VIH

est considérablement moins élevée que dans le sud et l'est de la région) ne montre pas non plus de signes de changement dans les niveaux d'infection à VIH, sauf dans les zones urbaines du **Burkina Faso** (où la prévalence semble en baisse).

Il est certes inexact de parler d'une épidémie 'africaine' unique de SIDA, et les données de prévalence du VIH à l'échelle nationale peuvent parfois fournir un tableau incomplet de la situation. Dans la plupart des pays, la prévalence du VIH observée parmi les femmes enceintes en consultations prénatales, par exemple, varie considérablement selon le lieu. Ces différences localisées soulignent aussi l'adaptabilité des épidémies et leur sensibilité aux facteurs contextuels – que les stratégies de prévention, de traitement, de prise en charge et d'atténuation de l'impact devront prendre en compte pour être plus efficaces. Au premier plan de ces facteurs, on relève la condition sociale et socio-économique des femmes, elles qui restent touchées de manière disproportionnée par le VIH dans cette région et sont, dans le même temps, mal informées de l'épidémie (voir encadré à la page suivante).

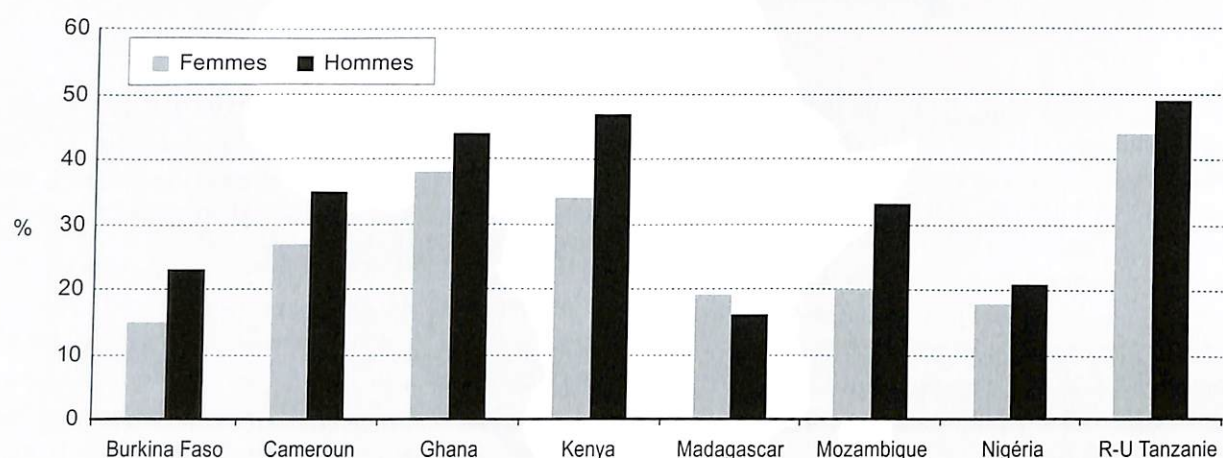
<sup>1</sup> Il ne faut pas oublier que la prévalence du VIH fournit un tableau à retardement des épidémies, étant donné qu'elle est le reflet des schémas d'incidence du VIH remontant à plusieurs années. (La prévalence décrit le nombre total des personnes vivant avec le VIH, quel que soit le moment où elles ont été infectées ; l'incidence, par contre, décrit le rythme auquel les nouvelles infections se produisent.) Lorsque les épidémies sont devenues aussi intenses et développées qu'elles le sont dans une grande partie de l'Afrique orientale et australe, les données de prévalence peuvent présenter une image ambiguë et troublante des épidémies. Dans ces cas-là, une stabilisation de la prévalence du VIH ne représente pas nécessairement un ralentissement de l'épidémie : elle peut refléter un cruel équilibre, à savoir que le nombre de personnes contractant une nouvelle infection est approximativement égal au nombre de personnes qui meurent du SIDA.



## Connaissances encore insuffisantes

Dans une grande partie de l'Afrique subsaharienne, les connaissances concernant les voies de transmission du VIH sont encore insuffisantes. Généralement, les femmes sont moins bien informées du VIH que les hommes ; c'est aussi le cas dans les zones rurales par rapport aux populations des villes et des bourgades. C'est le cas même dans les 10 pays comptant plus d'un adulte infecté sur 10.<sup>2</sup> Dans 24 pays d'Afrique subsaharienne (dont le Cameroun, la Côte d'Ivoire, le Kenya, le Nigéria, l'Ouganda et le Sénégal), deux tiers ou plus des jeunes femmes (âgées de 15 à 24 ans) ne possédaient pas une connaissance globale de la transmission du VIH (diverses enquêtes, 2000–2004). Des données émanant de 35 des 48 pays d'Afrique subsaharienne montrent que, en moyenne, les jeunes hommes avaient 20% de chances de plus que les jeunes femmes de posséder des connaissances correctes concernant le VIH. Le niveau d'éducation fait aussi une énorme différence (UNICEF, 2004). Au Rwanda, par exemple, les jeunes femmes ayant suivi l'enseignement secondaire ou supérieur avaient cinq fois plus de chances de connaître les principales voies de transmission du VIH que celles qui n'avaient suivi aucun enseignement de type classique (Ministère de la Santé, Rwanda, 2001).

### Pourcentage des jeunes de 15 à 24 ans qui identifient correctement les principaux moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH\*, 2003



\*Utiliser des préservatifs et restreindre les rapports sexuels à un(e) partenaire fidèle et non infecté(e) ; rejettent les deux idées fausses les plus répandues localement concernant la transmission du VIH et savent qu'une personne qui a l'air en bonne santé peut transmettre le VIH.

Sources : Enquêtes démographiques et de santé. ORC Macro (Burkina Faso, Cameroun, Ghana, Kenya, Madagascar, Mozambique, Nigéria) ; Tanzania HIV/AIDS Indicator Survey 2003-2004, TACAIDS, NBS et ORC Macro (RU Tanzanie).

Figure 4

## Problèmes méthodologiques

Il n'existe aucun moyen pratique de déterminer exactement combien de personnes sont infectées, dans un pays donné, par un virus comme le VIH. Les scientifiques recueillent des données pertinentes, affinent diverses hypothèses concernant les voies et le rythme de transmission du VIH et étalonnent des modèles mathématiques permettant de se rapprocher du nombre de personnes qui contractent le VIH et décèdent des suites du SIDA, par exemple (Ward et al., 2004). Dans les épidémies de SIDA essentiellement hétérosexuelles, telles que celles qui se déroulent en Afrique subsaharienne, les données les plus couramment utilisées pour ces calculs sont recueillies dans des centres de consultations prénatales, où des échantillons de sang de femmes enceintes sont testés de manière anonyme pour dépister le VIH. Mais par définition, ces données ne reflètent que la prévalence du VIH chez des femmes qui ont eu des rapports sexuels non protégés. De ce fait, elles tendent à surestimer la prévalence du VIH chez

<sup>2</sup> Afrique du Sud, Botswana, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibie, République centrafricaine, République-Unie de Tanzanie, Swaziland, Zambie.

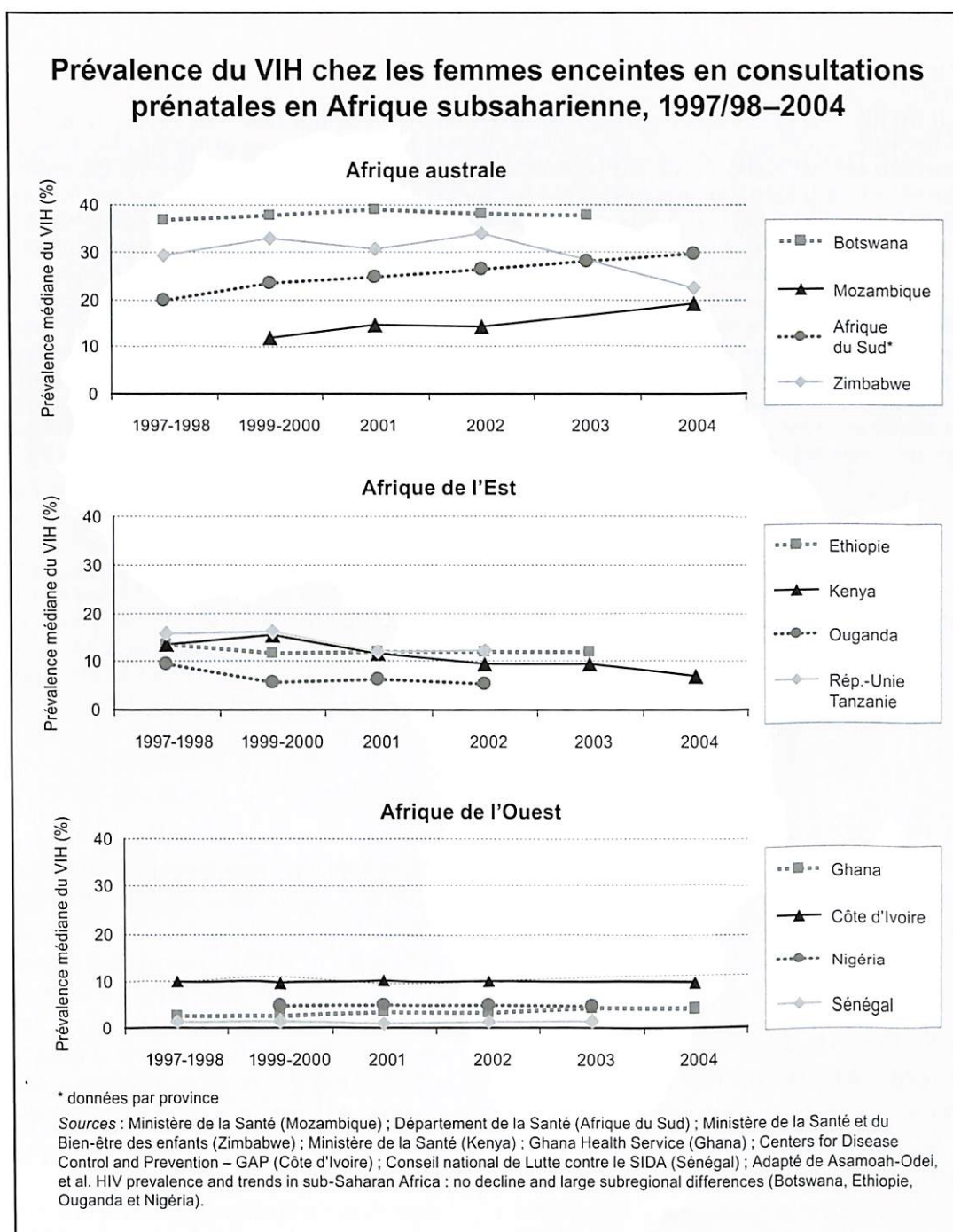


Figure 5

les jeunes femmes (15-24 ans), dont une proportion importante n'est pas encore sexuellement active. Les données ne fournissent pas non plus de preuve directe de la prévalence parmi les hommes, parmi les femmes avant ou après l'âge de procréer, ni parmi les femmes qui n'ont pas de rapports sexuels non protégés. Souvent, les centres choisis sont urbains ou périurbains. Ces facteurs peuvent conduire à une surestimation des infections à VIH. Par ailleurs, étant donné que le VIH réduit la fécondité, les données recueillies par le dépistage des femmes enceintes pourraient ne pas tenir compte du grand nombre de femmes qui sont infectées par le virus et ne peuvent avoir d'enfant. Une fois ajustées en fonction d'autres informations pertinentes et d'hypothèses fondées sur le concret, les données constituent une base permettant des estimations assez précises, qui sont présentées dans des 'limites de plausibilité' ou des 'fourchettes d'incertitude'.





Les enquêtes auprès des ménages comprenant le dépistage du VIH fournissent des données à l'échelle du pays concernant la prévalence pour les deux sexes et divers groupes d'âge, et elles comprennent des échantillons provenant de zones rurales éloignées. Mais elles aussi ont parfois tendance à être inexactes. Si une part importante des personnes refusent de faire le test, ou ne répondent qu'à certaines questions ou encore sont absentes au moment de l'enquête, on introduit peut-être un biais dans les données de l'étude. Ceci est un problème récurrent dans la plupart des enquêtes auprès des ménages effectuées dans les pays africains ces dernières années, où des taux de non-réponse de 8–42% ont été enregistrés. Les estimations peuvent être ajustées si les caractéristiques marquantes des non-répondants sont connues. Cependant, les enquêtes ne révèlent généralement pas l'éventuel rapport entre l'absence d'une personne ou son refus de participer et sa sérologie VIH. Il se pourrait que le refus d'une personne à participer ou son absence du domicile corresponde à une probabilité accrue d'infection à VIH. Il y a donc des chances que des taux élevés de non-réponse dans les enquêtes auprès des ménages conduisent à une sous-estimation de la prévalence du VIH.

Chacune de ces méthodes possède des points forts et des faiblesses. Généralement, les estimations fondées sur les données des consultations prénatales constituent une évaluation utile des tendances de l'infection à VIH parmi les 15 à 49 ans. D'autre part, les enquêtes auprès des ménages peuvent apporter des informations importantes sur le niveau national de prévalence et la propagation du VIH, notamment parmi les jeunes, les hommes et les habitants des zones rurales. Prises ensemble, les diverses données peuvent fournir des estimations plus précises des niveaux et des taux d'infection à VIH (ainsi que d'autres estimations, p. ex. les décès liés au SIDA). Toutefois, les estimations relatives au VIH et au SIDA (qu'elles émanent des enquêtes auprès des ménages ou de la surveillance sentinelle) doivent être soigneusement évaluées et les données et hypothèses constamment réexaminées. Les estimations régionales présentées dans ce chapitre intègrent les deux sources d'information.

## AFRIQUE AUSTRALE

L'Afrique australe reste l'épicentre de l'épidémie mondiale de SIDA. Mais, pour la première fois, certains signes montrent que l'une de ces épidémies pourrait être en déclin.

De nouvelles données montrent une tendance à la baisse de la prévalence nationale du VIH chez l'adulte au **Zimbabwe**. Des données récentes émanant du système national de surveillance montrent un déclin de la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes de 26%

prévalence du VIH chez les jeunes femmes enceintes (15–24 ans) – qui a chuté de 29% à 20% entre 2000 et 2004 – suggère que le rythme des nouvelles infections à VIH (l'incidence) pourrait également être en ralentissement. Une comparaison des estimations de l'incidence du VIH dans des études auprès de femmes après accouchement et d'ouvriers d'usine de sexe masculin à Harare, et les faibles estimations actuelles de l'incidence du VIH dans la zone rurale du Manicaland, semblent confirmer cette tendance (Hargrove et al., 2005 ; Mugurungi et al., 2005).

### *Les changements de comportement sexuel semblent avoir contribué à la baisse de la prévalence du VIH.*

en 2002 à 21% en 2004. D'autres données indiquent que cette baisse avait déjà commencé en 2000 (Ministère de la Santé et du Bien-être des enfants, Zimbabwe, 2004 et 2005, sous presse). Les résultats d'études à l'échelle locale renforcent les données nationales. A Harare, la prévalence du VIH chez les femmes en consultations pré- ou postnatales a chuté de 35% en 1999 à 21% en 2004. Dans les zones rurales de l'est du Zimbabwe, la baisse de la prévalence du VIH chez les femmes enceintes se retrouve également dans des baisses chez les hommes et les femmes dans la population générale (Mundandi et al., 2004). Une baisse significative de la

Les changements de comportement sexuel semblent avoir contribué à la baisse de la prévalence du VIH. L'utilisation du préservatif dans les relations occasionnelles a atteint des niveaux élevés (86% chez les hommes et 83% chez les femmes) et les données recueillies lors de récentes enquêtes à l'échelle nationale et locale indiquent qu'une baisse du nombre déclaré de partenaires sexuels pourrait avoir eu lieu ces dernières années (Mahomva, 2004). Les taux de mortalité se stabilisent dans certaines régions du pays, renforçant encore l'hypothèse selon laquelle la baisse de l'incidence du VIH, accélérée par les changements

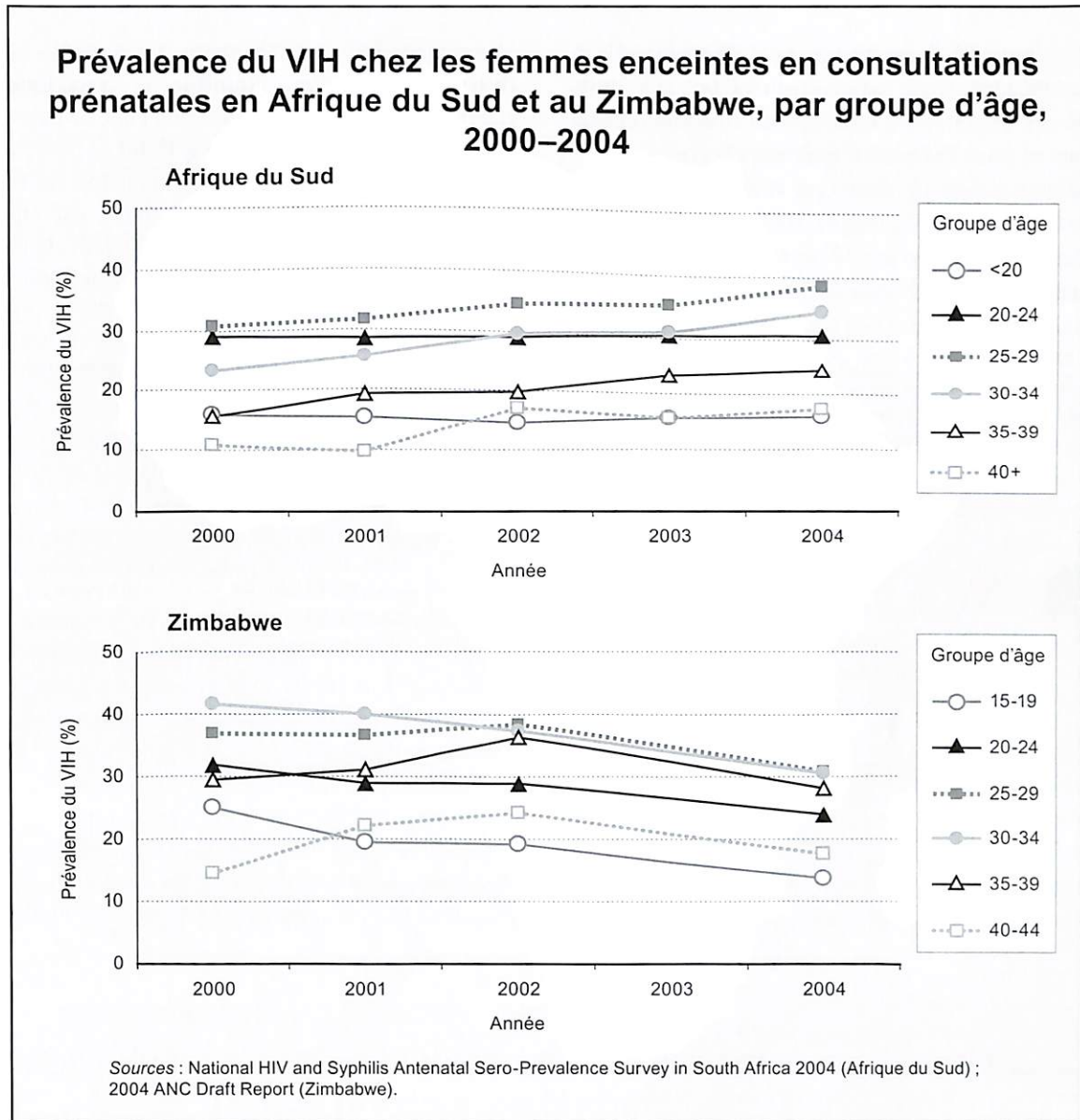


Figure 6

de comportement sexuel, est derrière le déclin apparent de la prévalence.

Toutefois, plus d'une femme enceinte sur cinq continue de se révéler séropositive au VIH et les niveaux d'infection restent parmi les plus élevés du monde, ce qui souligne la nécessité de renforcer les activités de prévention. Il est particulièrement préoccupant de penser que des facteurs tels que la mobilité de la population, la séparation des conjoints et l'insécurité économique, conséquences du déplacement forcé de plusieurs centaines de milliers de Zimbabwéens en 2005, puissent inverser ces récentes tendances (Human Rights Watch, 2005).

Malheureusement rien n'indique encore une baisse à l'échelle nationale des autres épidémies d'Afrique australe. Les nouvelles données d'**Afrique du Sud**

montrent que la prévalence du VIH chez les femmes enceintes a atteint ses plus hauts niveaux jamais enregistrés : 29,5% [fourchette 28,5–30,5%] des femmes en consultations prénatales étaient séropositives au VIH en 2004 (Département de la Santé, Afrique du Sud, 2005). C'est parmi les femmes de 25 à 34 ans que la prévalence était la plus élevée – on estime que plus d'une sur trois vit avec le VIH. Chez les femmes de 20 à 24 ans, près d'une sur trois était infectée. Dans la province la plus touchée du pays, le KwaZulu-Natal, la prévalence a atteint 40%, alors qu'elle est restée exceptionnellement élevée entre 27% et 31% dans les provinces du Cap-Est, de l'Etat-libre, de Gauteng, de Mpumalanga et du Nord-Ouest.

Ces récentes données soulignent une caractéristique exceptionnelle de l'épidémie en Afrique du Sud,



à savoir la rapidité étonnante avec laquelle elle a évolué. Une prévalence nationale du VIH chez l'adulte inférieure à 1% en 1990 a grimpé en flèche à près de 25% en 10 ans. Parmi les femmes enceintes en fin d'adolescence (15–19 ans), les niveaux d'infection sont restés à 15%–16% depuis 2000, alors que parmi leurs homologues de 20–24 ans, ces niveaux sont restés entre 28% et 31% en 2000–2004 (Département de la Santé, 2005).

enregistrée dans quatre autres pays de la région : **Botswana, Lesotho, Namibie et Swaziland**. Là encore, on ne relève aucun schéma clair de baisse de la prévalence. L'épidémie au **Swaziland** se poursuit sans changement. La prévalence du VIH parmi les femmes enceintes s'est élevée à 43% en 2004, par rapport à 34% quatre ans plus tôt. En 1992, la prévalence était de 4% (Ministère de la Santé et du Bien-être social, Swaziland, 2005). Au Swaziland il n'y a guère de

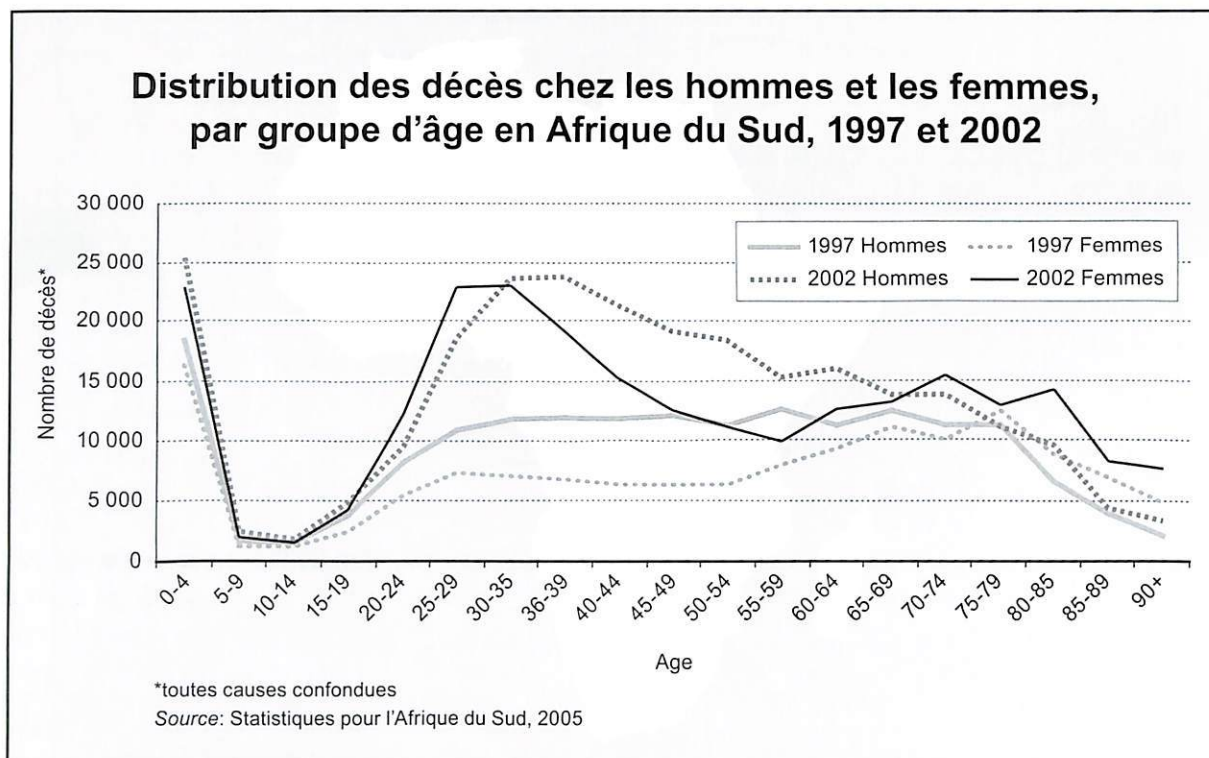


Figure 7

Après avoir été à la traîne de la plupart des autres épidémies de la sous-région, le SIDA en Afrique du Sud fait maintenant un nombre dévastateur de décès. Une récente étude portant sur les données des registres de décès a montré que les décès parmi les personnes de 15 ans et plus ont augmenté de 62% entre 1997 et 2002, et les décès parmi les personnes de 25 à 44 ans ont plus que doublé. Se fondant sur les données de près de 2,9 millions de certificats de décès, l'étude a montré que plus d'un tiers de tous les décès s'étaient produits dans ce groupe d'âge (statistiques pour l'Afrique du Sud, 2005). On estime que le SIDA est responsable d'une grande proportion de l'évolution des tendances présentées à la Figure 7 ci-dessus, les Sud-Africains mourant selon des schémas correspondant étroitement à ceux prédits par les modèles relatifs au SIDA.

Une prévalence du VIH très élevée – souvent supérieure à 30% parmi les femmes enceintes – est toujours

variation régionale dans la prévalence du VIH mesurée chez les femmes enceintes (Ministère de la Santé et du Bien-être social, Swaziland, 2002). Quelques signes hésitants indiquent que des jeunes femmes adopteraient des comportements plus sûrs (les grossesses parmi les adolescentes semblent en baisse, par exemple). Cependant, dans une épidémie aussi envahissante, les femmes sont confrontées à un risque écrasant dès lors qu'elles ont des rapports sexuels sans protection : parmi les femmes enceintes de 25 à 29 ans, jusqu'à 56% étaient séropositives au VIH en 2004 (Ministère de la Santé et du Bien-être social, Swaziland, 2004). Comme au Swaziland, la prévalence du VIH chez les femmes enceintes au **Lesotho** est exceptionnellement élevée, mais certains signes indiquent qu'elle pourrait être en voie de se stabiliser. La prévalence moyenne du VIH était de 27% lors des plus récentes mesures effectuées auprès des femmes en consultations prénatales, soit un peu plus basse que les 29% mesurés

en 2003 (Ministère de la Santé et du Bien-être social, Lesotho, 2005).

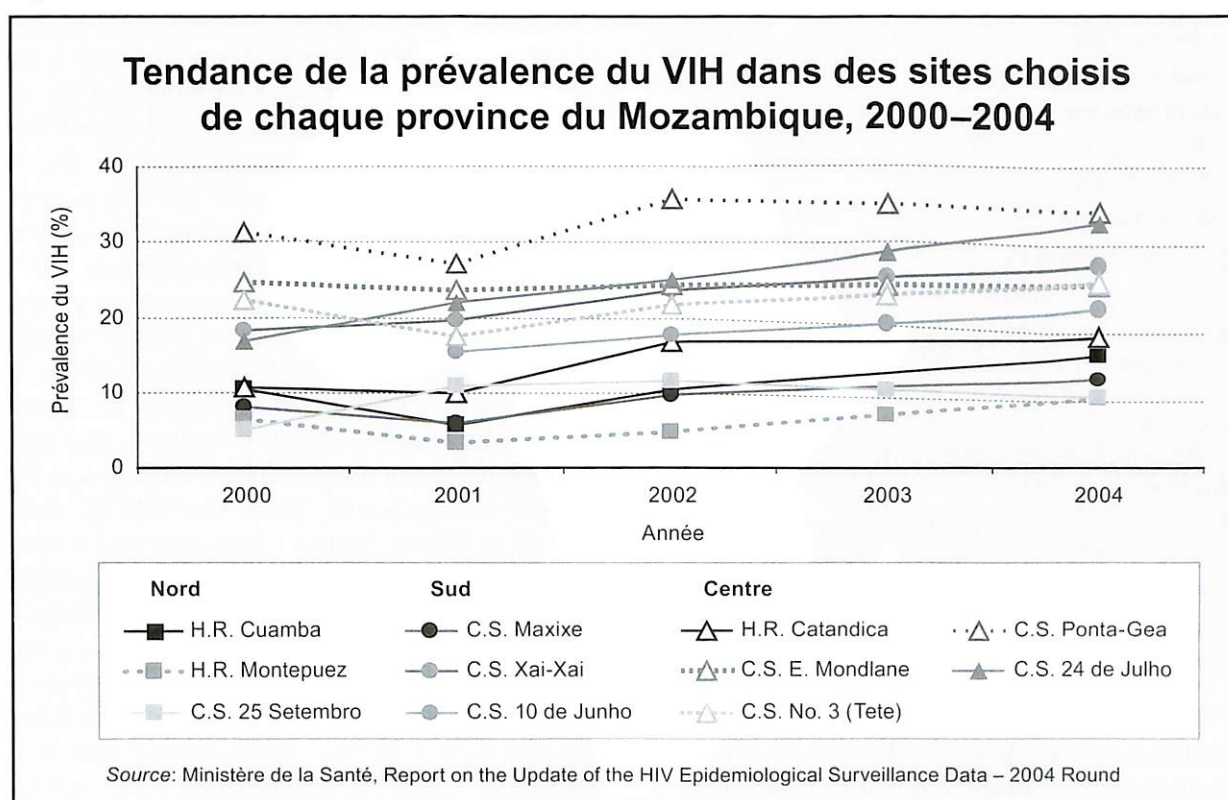
Une prévalence apparemment stable du VIH à l'échelle nationale peut cacher des schémas et tendances locaux très variés – même dans un pays relativement petit comme le **Malawi**. La prévalence parmi les femmes enceintes au Malawi varie d'un peu moins de 7% dans un site du centre du pays à 33% à la pointe sud du pays. Si la prévalence parmi les femmes en consultations prénatales est restée autour de 20%, deux tendances sont préoccupantes. La prévalence mesurée dans les dispensaires ruraux est en hausse (de 12,1% en 1999 à 14,5% en 2003), et la prévalence parmi les jeunes femmes enceintes est élevée (15% chez les 15–19 ans, et 20% chez les 20–24 ans) (Ministère de la Santé et de la Population, Malawi, 2003).

L'épidémie du **Mozambique** – comme celle de l'Afrique du Sud – est en retard par rapport à celles des autres pays de la sous-région. Pourtant, les dernières données montrent dans l'ensemble une épidémie en sérieuse aggravation, avec des niveaux d'infection en hausse dans toutes les régions. (La prévalence du VIH parmi les femmes enceintes a augmenté dans 23 des 34 centres figurant dans le cycle de sérosurveillance de 2004.) L'estimation de la prévalence nationale du VIH chez l'adulte a passé de 14% à un peu plus de 16% entre

2002 et 2004, le VIH se propageant le plus rapidement dans les provinces où passent les principales voies de communication du pays avec l'**Afrique du Sud**, le **Malawi** et le **Zimbabwe**. Parmi les femmes enceintes de Caia (situé sur la principale ligne de chemin de fer vers le sud du Malawi) la prévalence du VIH a presque triplé de 7% en 2001 à 19% en 2004 (Ministère de la Santé, 2005). Des niveaux élevés d'infection sont observés dans la province de Gaza, à la frontière avec le Zimbabwe et l'Afrique du Sud (et qui a été une source importante de travailleurs migrants pour l'industrie et l'agriculture sud-africaines), et dans la province de Sofala, qui est partagée par la principale voie suivie par les exportations du Zimbabwe. Globalement, les niveaux de prévalence du VIH les plus élevés et ceux dont la hausse est la plus forte se trouvent dans les provinces du centre et du sud du Mozambique, où la prévalence nationale (pondérée) était supérieure à 18% et 20% respectivement, en 2004. Bien qu'elle soit plus faible dans le nord, à 9%, la prévalence du VIH y est également en hausse. (Ministère de la Santé, Mozambique, 2005).

La prévalence du VIH reste élevée en **Zambie**. La prévalence nationale moyenne du VIH chez les femmes enceintes adultes (15–44 ans) se situe à 18–20% depuis 1994. Les tendances à la hausse de la prévalence observée chez les femmes de 15 à 19 ans

Figure 8





en consultations prénatales en 1998-2002 (notamment à Chilenje, Matero, Kasama, Kapiri Mposhi et Livingstone) suggèrent que de nouvelles infections continuent de se produire à des niveaux importants dans certaines régions du pays (Monze, 2004). Les résidents des zones urbaines ont deux fois plus de risque d'être infectés par le VIH que les habitants des zones rurales, et les niveaux les plus élevés d'infection sont concentrés dans les villes et bourgades situées sur les principales voies de transport – dont Kabwe, Kapiri Mposhi, Livingstone et Ndola, où 22–32% des femmes enceintes étaient séropositives au VIH en 2002 (National HIV/AIDS Council, Zambie, 2002).

Mulilo (dans la Bande de Caprivi serrée entre l'Angola, le Botswana et la Zambie). Dans les ports de Luderitz, Swakopmund et Walvis Bay, la prévalence varie entre 22% et 28%. Dans certaines parties de la Namibie, l'épidémie est aussi grave que dans certaines des zones les plus touchées de l'Afrique du Sud, du Botswana, et du Swaziland. Là où une baisse des niveaux d'infection a été récemment observée (par exemple à Katutura et Oshakati), la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes reste supérieure à 20%. Dans l'ensemble, la faible baisse de la prévalence nationale du VIH observée dans l'enquête prénatale effectuée en Namibie en 2004 n'indique pas clairement que l'épidémie du pays se

### *La sensibilisation à l'épidémie est en hausse, mais les connaissances spécifiques au VIH sont encore insuffisantes.*

L'**Angola**, qui sort toujours de décennies de guerre, a de loin la prévalence du VIH la plus faible de l'Afrique australe. Le dernier cycle de surveillance du VIH a estimé qu'à l'échelle nationale, 2,8% [fourchette 2,5–3,1%] des femmes enceintes étaient séropositives au VIH (Département de la Santé, Angola, 2004). Le récent élargissement de la surveillance du VIH en Angola (des données sont maintenant recueillies dans les 26 provinces) rend difficiles les comparaisons avec les estimations nationales précédentes. Le meilleur indice des tendances actuelles serait la prévalence parmi les femmes enceintes de 15 à 24 ans en consultations prénatales, dont l'âge signifie que la plupart d'entre elles ont été infectées relativement récemment. La prévalence du VIH parmi les jeunes femmes enceintes était proche de 3% ou plus dans sept provinces (Cunene, Kuando-Kubango, Luanda, Lunda Norte, Lunda Sur, Namibe, Uíge). Les seules données à long terme comparables sont celles de la capitale, Luanda, où la prévalence a grimpé de 0,3% au milieu des années 1980 (1986) à 4,4% en 2004. Le fait qu'une prévalence du VIH de 33% a été relevée parmi des professionnelles du sexe à Luanda indique le potentiel de croissance considérable de l'épidémie (Grupo Temático HIV/SIDA, 2002). Un examen plus détaillé révèle des variations régionales considérables, deux des provinces les plus gravement touchées, Cunene et Kuando-Kubango, se situant à la frontière avec la Namibie (où certains des niveaux d'infection à VIH les plus élevés parmi les femmes enceintes ont été enregistrés dans le nord du pays).

En **Namibie**, la prévalence du VIH chez les femmes enceintes varie considérablement – de 8,5% à Opuwo (zone reculée du nord-ouest) à plus de 42% à Katima

soit stabilisée. Cette interprétation prudente semble corroborée par les niveaux d'infection relevés chez les femmes de 15 à 24 ans en consultations prénatales, qui présentent des tendances ambivalentes selon les endroits. Si des baisses importantes de la prévalence parmi les jeunes femmes enceintes ont été observées à Andara, Nyangana, Otjiwarongo et Tsumeb, la prévalence a évolué de façon marquée dans la direction opposée, dans des endroits comme Nankudu, Oshakati, Rundu et Swakopmund (Ministère de la Santé et des Services sociaux, Namibie, 2004).

L'épidémie du **Botswana** semble se stabiliser – mais la prévalence nationale du VIH parmi les femmes enceintes est restée entre 35% et 37% depuis 2001. Parmi les femmes enceintes de 15 à 24 ans, les niveaux d'infection à VIH sont les mêmes depuis 1999, mais chez leurs homologues de 25 ans et plus, la prévalence est en hausse constante depuis 1992 et elle a atteint 43% lors des dernières mesures en 2003. Les données préliminaires d'une nouvelle enquête auprès des ménages au Botswana laissent penser que l'épidémie du pays pourrait être moins grave qu'on le pensait jusqu'ici (National AIDS Coordinating Agency, Botswana, 2005). L'enquête estime que 25% environ des 15 à 49 ans vivent avec le VIH – chiffre considérablement moins élevé que l'estimation de 37% dérivée des données des consultations prénatales (ONUSIDA, 2004). Cependant, il convient d'interpréter avec prudence cette estimation étant donné le niveau très élevé des non-réponses (44% des participants ayant refusé de pratiquer un test VIH) qui pourrait avoir faussé les résultats dans le sens d'une sous-estimation de la prévalence du VIH. Toutefois,



l'enquête a montré que plus de 6% des enfants de 18 mois à quatre ans étaient séropositifs au VIH, et que la majorité des infections étaient dues à la transmission mère-enfant du virus. Les niveaux d'infection parmi les hommes et femmes plus âgés étaient étonnamment élevés : 29% chez ceux qui sont âgés de 45 à 49 ans, et 21% chez ceux qui ont environ 50 ans. Les lacunes dans les connaissances relatives au VIH semblent persister. Une personne interrogée sur quatre ne savait pas que l'utilisation systématique du préservatif évite la transmission, et 13% seulement connaissaient trois moyens de prévenir la transmission sexuelle du virus (National AIDS Coordinating Agency, 2005).

La prévalence nationale du VIH chez l'adulte à **Madagascar** a fortement augmenté ces dernières années, pour atteindre environ 1,8% en 2005 (Ministère de la Santé, Madagascar, 2005). L'épidémie est largement alimentée par les contacts hétérosexuels non protégés. La sensibilisation à l'épidémie est en hausse, mais les connaissances spécifiques au VIH sont encore insuffisantes. Questionnés en 2003-2004, moins d'un Malgache sur cinq pouvait citer deux méthodes de prévention de la transmission sexuelle du VIH et identifier trois idées fausses concernant le SIDA (Ministère de l'Economie, des Finances et du Budget, 2005). A peine 12% des jeunes hommes et 5% des jeunes femmes (de 15 à 24 ans) déclaraient avoir utilisé un préservatif la dernière fois qu'ils avaient eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel (Direction Générale de la Lutte contre le SIDA et al., 2004).

sexuels avec des hommes (Seychelles Communicable Disease Control Unit, 2005). Des rapports faisant état d'une augmentation de la consommation de drogues injectables (y compris l'héroïne) font craindre que la consommation de drogues injectables ne devienne aussi une importante voie de transmission du VIH dans le pays.

## AFRIQUE DE L'EST

C'est en Afrique de l'Est que l'on continue de voir les signes les plus prometteurs d'une possible inversion du cours des graves épidémies de SIDA. La chute de la prévalence du VIH à l'échelle nationale parmi les femmes enceintes, observée en **Ouganda** depuis le milieu des années 1990, se retrouve aujourd'hui dans les zones urbaines du **Kenya**, où les niveaux d'infection sont en baisse, parfois même très fortement. Dans les deux pays, les changements de comportement ont probablement contribué à cette évolution. Mais ailleurs en Afrique orientale, la prévalence a soit baissé légèrement ou est demeurée stable au cours de ces dernières années.

De nouvelles recherches et analyses nous permettent une meilleure compréhension de l'épidémie en **Ouganda**, où la prévalence nationale du VIH avait atteint un pic de plus de 15% au début des années 1990 avant de baisser régulièrement, en partie grâce aux efforts déployés dans tout le pays pour stopper l'épidémie. Les données concernant les comportements suggèrent que les

### *C'est en Afrique de l'Est que l'on continue de voir les signes les plus prometteurs d'une possible inversion du cours des graves épidémies de SIDA.*

**Maurice** et les **Seychelles** n'ont pas jusqu'ici connu d'épidémies de l'ampleur de celles du reste de la région. Pourtant à Maurice, le VIH se propage parmi les consommateurs de drogues injectables : une prévalence de 10-20% a été relevée dans ce groupe et les autorités sanitaires du pays estiment que 3000 consommateurs pourraient vivre avec le VIH. Des niveaux importants d'infection (3-7%) ont également été enregistrés parmi les professionnelles du sexe. Une épidémie moins développée se déroule dans les îles Seychelles, où moins de 400 cas de VIH ont été diagnostiqués depuis 1987. Les rapports hétérosexuels y constituent la principale voie de transmission du VIH, bien que le nombre de diagnostics de VIH soit en augmentation depuis 2000 parmi les hommes qui ont des rapports

tendances à la baisse de la prévalence ces années passées pourraient ne pas se poursuivre dans l'avenir sans une action ciblée et renouvelée de prévention. Une enquête auprès des ménages réalisée à l'échelle nationale en 2004-2005 a révélé que les hommes avaient beaucoup plus de chances d'avoir des partenaires multiples que les femmes – 29% des hommes et 4% seulement des femmes déclaraient avoir eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 mois précédents. L'utilisation du préservatif n'était pas vraiment répandue ; parmi les hommes et femmes qui avaient eu des rapports avec un partenaire occasionnel au cours de l'année précédente, la moitié environ avaient utilisé un préservatif lors du dernier rapport avec cette personne. On note aussi des signes de stigmatisation persistante autour du VIH : près de la

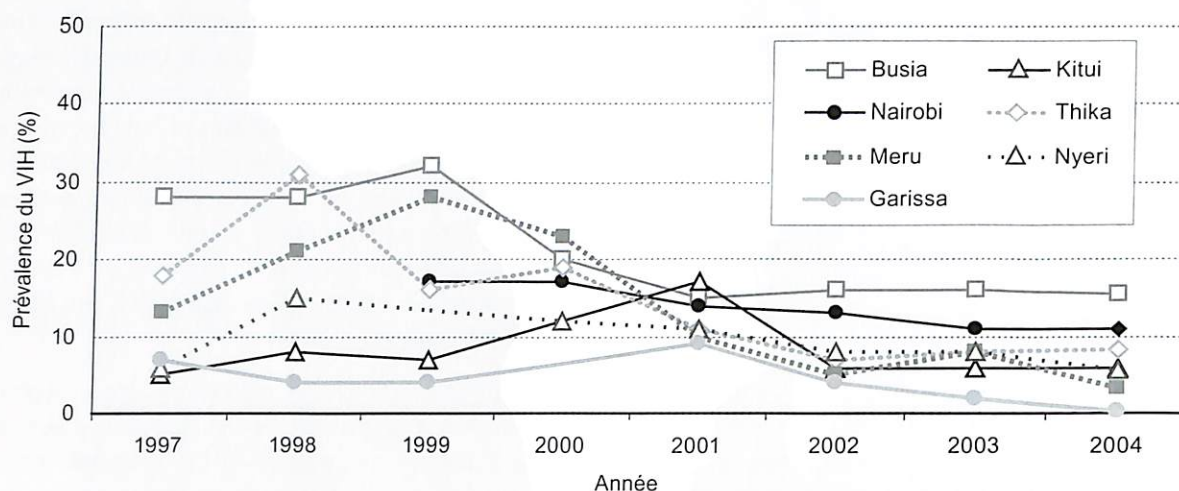


moitié des hommes et femmes de l'enquête ont déclaré que si un membre de la famille contractait le VIH, ils/elles préféreraient garder la nouvelle secrète (Ministère de la Santé, Ouganda, 2005).

L'enquête estime à 7% la prévalence nationale du VIH chez l'adulte – ce qui est supérieur aux plus récentes

estimations dérivées des données de dépistage du VIH dans les consultations prénatales. (Le Ministère de la Santé de l'Ouganda estime la prévalence nationale du VIH dans les consultations prénatales à 6,2%.) Selon l'enquête, un Ougandais sur 10 entre 30 et 39 est séropositif au VIH et la prévalence parmi les personnes

### Données provenant de sites choisis de surveillance sentinelle du VIH (consultations prénatales) montrant une tendance à la baisse de la prévalence du VIH, Kenya, 1997–2004



Source : Ministère de la Santé – National AIDS/STD Control Programme (NAS COP), HIV Sentinel Surveillance 2004

Figure 9

### Ce qui s'est passé en Ouganda

Les récents résultats d'une étude portant sur plusieurs années (1994–2003) dans 44 communautés du Rakai au sud du pays ont contribué à améliorer la compréhension de l'évolution de l'épidémie en Ouganda. La prévalence du VIH a fortement baissé – de 20% en 1994–1995 à 13% en 2003 chez les femmes, et de 15% à 9% chez les hommes pendant les mêmes périodes. En Ouganda généralement, on a attribué ces baisses aux changements de comportement. Cependant, au Rakai, les preuves de ce type de changement ont été inégales, les chercheurs n'observant aucune augmentation significative de l'abstinence ou de la fidélité. La proportion d'adolescents qui déclarent avoir eu de multiples partenaires hors mariage a considérablement augmenté (de moins de 25% en 2000, à près de 35% en 2003). Mais l'utilisation du préservatif avec des partenaires occasionnels est maintenant beaucoup plus répandue – en particulier chez les hommes – et a probablement contribué à abaisser la prévalence du VIH (Wawer et al., 2005). Toutefois, une bonne partie de la raison du déclin de la prévalence au Rakai semble provenir des taux accrus de mortalité – à tel point que les calculs des chercheurs suggèrent que 5% environ de la baisse de 6,2% de la prévalence du VIH observée entre 1994 et 2003 au Rakai était due à l'augmentation de la mortalité.

On ne peut affirmer clairement si ou dans quelle mesure les tendances observées au Rakai ont joué un rôle ailleurs en Ouganda. Dans le district de Masaka (voisin du Rakai), par exemple, la baisse de l'incidence du VIH dans les années 1990 semble correspondre fortement à un changement des comportements (Mbulateye et al., 2002). Pourtant, au Rakai (ainsi que dans d'autres régions du pays), on relève quelques signes hésitants d'une éventuelle résurgence de l'incidence du VIH parmi les jeunes hommes et femmes (de 15 à 24 ans). Cette tendance souligne la nécessité d'une revitalisation des stratégies de prévention du VIH (Wawer et al., 2005).



dans la cinquantaine et au-dessus est élevée : environ 7% des hommes âgés de 50–59 ans sont infectés ainsi que quelque 5% des femmes des mêmes âges. Dans les zones urbaines, la prévalence du VIH parmi les femmes est près de deux fois supérieure à celle chez les hommes (13% par rapport à 7,3%), alors qu'elle est sensiblement égale dans les zones rurales (7,2% contre 5,6%). Les niveaux d'infection, qui varient considérablement d'une région à l'autre, se sont révélés être les plus faibles dans le Nil Ouest (moins de 3%) et les plus élevés (plus de 9%) à Kampala et dans les régions du Centre et Centre Nord (Ministère de la Santé, Ouganda, 2005).

Ces résultats se retrouvent dans l'étude longitudinale en cours au Rakai. Cette étude a montré que deux tiers des femmes de 16 à 25 ans sexuellement actives sont

d'infection dans les zones urbaines ont atteint leur pic au milieu des années 1990, avant celui des zones rurales, qui ont fini par baisser, mais plus lentement que les taux relevés dans les zones urbaines (Ministère de la Santé, Kenya, 2005). C'est la deuxième fois seulement en plus de deux décennies qu'une baisse soutenue des niveaux nationaux d'infection à VIH a été observée dans un pays d'Afrique subsaharienne. Les baisses les plus spectaculaires de la prévalence se sont produites chez les femmes enceintes du Kenya urbain – en particulier à Busia, Meru, Nakuru et Thika, où la prévalence médiane du VIH est tombée en flèche de 28% environ en 1999 à 9% en 2003. On a également noté des baisses importantes à Garissa, Kajiado, Kisii, Kitale, Kitui et Nyeri, tandis que dans la capitale, Nairobi, la prévalence parmi les femmes enceintes chutait également (Baltazar, 2005).

### *Les baisses les plus spectaculaires de la prévalence se sont produites chez les femmes enceintes du Kenya urbain.*

mariées. Pourtant, un grand nombre de femmes dans ce groupe d'âge sont infectées par le VIH. Plus de 85% des femmes (et 90% des hommes) vivant avec le VIH sont actuellement mariés ou l'ont été. La vulnérabilité des femmes au sein du mariage est soulignée par le fait que la plupart des hommes ayant des partenaires multiples sont mariés (en fait 45% des hommes mariés avaient des partenaires sexuels multiples, par rapport à 5% à peine des femmes). Pour certaines jeunes filles, par ailleurs, l'abstinence n'est pas une option : 14% des femmes ont déclaré que leur première expérience sexuelle s'était déroulée sous la contrainte (Wawer et al., 2005).

L'Ouganda a fait de grands progrès dans l'élargissement de l'accès aux traitements. On estime que plus d'un tiers des personnes qui ont besoin d'un traitement antirétroviral en bénéficiaient au milieu de 2005 – ce qui constitue la meilleure couverture en Afrique subsaharienne, à l'exception peut-être du Botswana (ONUSIDA/OMS, 2005). Malgré ses admirables réussites de la dernière décennie en matière de prévention, de traitement et de prise en charge, l'Ouganda n'a pas surmonté son épidémie. Les résultats de recherches récentes soulignent la nécessité de renouveler l'intérêt pour des stratégies globales de prévention susceptibles de répondre aux enjeux présentés par des épidémies parvenues à leur phase d'état lorsque l'accès aux traitements antirétroviraux s'améliore.

L'épidémie au **Kenya** a atteint un pic à la fin des années 1990 avec une prévalence globale du VIH chez l'adulte de 10%, qui a baissé à 7% en 2003. Les niveaux

Les baisses de l'incidence et de la prévalence du VIH ont probablement été partiellement produites par des changements de comportements, mais deux progressions 'naturelles' des épidémies de SIDA pourraient aussi avoir abaissé la prévalence. Premièrement, au fur et à mesure du développement de l'épidémie et de l'augmentation du nombre des personnes qui décèdent de maladies liées au SIDA, les taux de mortalité peuvent être supérieurs au rythme auquel les nouvelles infections se produisent. En conséquence, le nombre total de personnes vivant avec le VIH s'abaisse (et la *prévalence* chute) – mais le rythme des nouvelles infections à VIH n'est pas nécessairement ralenti. Deuxièmement, dans les premiers stades de l'épidémie, le VIH se propage surtout parmi les personnes les plus exposées au risque de contracter et de transmettre le virus. Leur décès finit par les retirer des circuits de transmission du VIH et (toutes choses étant égales par ailleurs) pourrait provoquer un déclin de l'incidence du VIH qui pourrait se traduire aussi par une baisse de la prévalence. Les changements de comportements ne sont donc qu'un aspect de ce qui influence les baisses de l'incidence et de la prévalence du VIH.

Dans le cas du Kenya, cependant, tout indique qu'un nombre important de Kényens ont, ces dernières années, adopté des comportements sexuels plus sûrs. C'est étonnamment chez les femmes que l'utilisation du préservatif avec des partenaires occasionnels a le plus augmenté : en 2003, près de 24% (23,9%) d'entre elles déclaraient avoir utilisé un préservatif lors de leur



dernier rapport occasionnel, contre 15% cinq ans plus tôt (en 1998). En outre, les proportions d'hommes et de femmes ayant plus d'un partenaire sexuel ont baissé de plus de moitié entre 1993 et 2003, et un nombre accru de jeunes hommes et femmes retardent le début de leur activité sexuelle (Cheluget et al., 2004). On note aussi des signes de ralentissement des autres infections sexuellement transmissibles. Tous ces phénomènes se produisent avec en toile de fond des campagnes élargies d'information sur le VIH, des programmes de conseil et de test volontaires et un accès progressivement amélioré aux thérapies antirétrovirales. Pourtant, la baisse de la prévalence n'est pas encore manifeste dans l'ensemble du pays, qui montre toujours une variabilité considérable dans les niveaux et tendances du VIH. La prévalence dans les consultations prénatales va d'un minimum de 2% et moins (à Bamba, Garissa et Kajiado) [1,6%, 0,4% et 2%, respectivement]) à des maxima de 14% à Chulaimbo, 16% à Busia et 30% à Suba en 2004 (Baltazar, 2005).

En **République-Unie de Tanzanie**, une nouvelle enquête auprès des ménages indique que 7% environ de la population adulte continentale vit avec le VIH. Dans les villes et les bourgades, la prévalence du VIH est en moyenne de 11%, deux fois les niveaux atteints en zones rurales. Les infections à VIH ont fortement augmenté dans les groupes d'âge plus élevés, avec une prévalence allant jusqu'à 13% chez les femmes de 30–34 ans (Tanzania Commission for AIDS, 2005). Le dépistage du VIH chez les femmes en consultations prénatales, dans le même temps, a révélé des schémas variés d'infection, avec une prévalence allant de près de 5% (4,8%) à Kagera à plus de 15% (15,3%) à Mbeya (Ministère de la Santé, République-Unie de Tanzanie, 2004). Il est important de se souvenir, cependant, que la prévalence moyenne du VIH dans les consultations prénatales de Mbeya était supérieure à 20% il y a 10 ans (1994), et a même atteint 36% dans certains centres, avant de reculer aux niveaux actuels (Jordan-Harder et al., 2004).

Les tendances de la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes suggèrent une stabilité relative de l'épidémie dans son ensemble, mais les faibles niveaux d'infection parmi les jeunes Tanzaniens et le résultat de l'enquête auprès des ménages indiquant qu'un nombre accru de personnes pratiquent la sexualité sans risque par rapport aux chiffres d'il y a cinq ans, suggèrent une baisse de la transmission du VIH. Les infections diagnostiquées dans les consultations prénatales ont légèrement baissé dans les régions de Dar es-Salaam et Mtwara depuis 2002, mais ont augmenté à Dodoma.

Dans le même temps, 40% environ des hommes mariés déclaraient avoir des relations sexuelles extraconjugales, selon une récente étude effectuée dans des zones rurales du pays (Nko S et al., 2004). (Pour un examen des résultats contradictoires des efforts de prévention dans les régions de Mbeya et Rukwa, veuillez consulter *Le Point sur l'épidémie de SIDA 2004*.)

L'épidémie au **Rwanda** semble s'être stabilisée à l'échelle nationale, mais des tendances localisées diverses sont manifestes, la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes étant en hausse à certains endroits, stable à d'autres et en baisse dans quelques sites (p. ex. Gikondo). Dans l'ensemble, la prévalence est plus de deux fois plus élevée dans les zones urbaines (prévalence médiane de 6,4% en 2003) que dans les zones rurales (2,8%) – Kigali étant de loin la plus touchée, malgré quelques signes de baisse des niveaux d'infection entre 1998 et 2003 chez les femmes enceintes de moins de 35 ans (Kayirangwa, 2004). L'expansion du programme national de lutte contre le SIDA laisse supposer une tendance bienvenue. Le nombre des sites offrant des services de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant a augmenté d'un tiers au cours de l'année écoulée, les sites offrant des services de conseil et de test volontaires sont également plus nombreux et le nombre de personnes qui bénéficient d'une thérapie antirétrovirale a passé de 8700 en 2004 à plus de 13 200 en juin 2005, une augmentation de 50% (Binagwaho et al., 2005). On ne discerne pas de tendance claire au **Burundi** voisin, où la prévalence du VIH chez les femmes enceintes va de 2% (à Kiremba) à 13% (dans un faubourg de la capitale, Bujumbura) et s'est montrée variable dans la plupart des sites de surveillance sentinelle (Ministère de la Santé publique, 2004).

Bien que le taux national de prévalence de l'**Ethiopie** soit faible (estimation 4,4%) par rapport à de nombreux autres pays plus au sud (Ministère fédéral de la Santé, Ethiopie, 2004), le pays est confronté à de nombreuses difficultés dans sa lutte contre le SIDA. L'épidémie est principalement concentrée dans les zones urbaines, où la prévalence du VIH chez les femmes enceintes se situe en moyenne entre 12% et 13% depuis le milieu des années 1990. Dans une société où quelque 85% de la population vit en zones rurales, une augmentation de la prévalence chez l'adulte dans les zones rurales (de 1,9% en 2000 à 2,6% en 2003) donne à réfléchir. En effet, une bonne part du fardeau du SIDA se déplace vers les communautés rurales où le nombre de personnes qui contractent maintenant une infection à VIH est plus élevé que dans les zones urbaines (Ministère



fédéral de la Santé, Ethiopie, 2004). Avec quelque 1,5 million de personnes vivant avec le VIH en 2004 et plus de 4,5 millions d'orphelins (y compris au moins 500 000 enfants rendus orphelins par le SIDA), le pays doit faire face à une tâche colossale pour fournir les traitements, la prise en charge et le soutien nécessaires aux familles frappées (ONUSIDA, 2004). Dans un pays où le SIDA a provoqué environ 30% de tous les décès chez les adultes en 2003, moins de 10% des personnes qui ont besoin d'une thérapie antirétrovirale en bénéficiaient au milieu de 2005 (Ministère fédéral de la Santé, Ethiopie, 2004 ; ONUSIDA/OMS, 2005).

Les nouvelles informations concernant l'épidémie du pays voisin, l'**Erythrée**, sont rares : en 2003, l'enquête de surveillance du VIH suggérait une épidémie se stabilisant à des niveaux relativement faibles (2,4% de prévalence du VIH chez l'ensemble des adultes). Cependant, les niveaux d'infection varient considérablement dans le pays, allant de moins de 2% dans l'ouest à plus de 7% dans le sud-est (Ministère de la Santé, Erythrée, 2004).

Encore très récemment, on savait peu de chose concernant l'ampleur de la transmission du VIH en **Somalie**, mais une enquête effectuée en 2004 montre que le virus est présent dans presque tout le pays, même si les niveaux d'infection sont encore faibles. L'enquête a montré que la prévalence du VIH à l'échelle nationale chez les femmes enceintes était de 0,6%, avec le taux le plus élevé dans la capitale Mogadiscio (0,9%) et le plus bas à Merca (où pratiquement aucune infection n'a été détectée) (OMS, 2005). Par ailleurs, 4% des personnes en traitement pour des infections sexuellement transmissibles se sont révélées séropositives au VIH (et 7% des femmes fréquentant un dispensaire de Mogadiscio), ce qui suggère que l'épidémie reste concentrée. Le pays se reconstruit après un conflit dévastateur et la prévention du VIH n'a peut-être pas bénéficié d'un degré élevé de priorité. Les connaissances concernant le VIH sont très limitées et l'utilisation du préservatif rare (13% des jeunes hommes de 15-24 ans seulement avaient déjà utilisé un préservatif, et 5% seulement des jeunes femmes) (OMS, 2005).

## AFRIQUE DE L'OUEST ET AFRIQUE CENTRALE

Bien que les épidémies d'Afrique de l'Ouest soient variables en ampleur et en intensité, cette sous-région a toujours été moins gravement touchée que d'autres parties d'Afrique subsaharienne. La prévalence

nationale du VIH chez dans aucun des pays aucun signe clair de n prévalence chez les 1 années.

Le **Nigéria** compte da le VIH qu'aucun autre pays du monde à l'exception de l'Afrique du Sud et de l'Inde – entre 3,2 et 3,6 millions à fin 2003 (ONUSIDA, 2004). La prévalence médiane du VIH chez les femmes enceintes semble s'être stabilisée autour de 4%. Bien que la prévalence chez les femmes enceintes varie (d'un minimum de 2,3% dans le Sud-Ouest à un maximum de 7% dans les région du Centre-Nord), des tendances stables sont manifestes dans presque toutes les consultations prénatales suivies depuis le milieu des années 1980. Seule exception, l'Etat de Cross River, où les niveaux d'infection ont passé de 4% en 1993-1994 à 12% en 2003 (Ministère fédéral de la Santé, Nigéria, 2004). Les raisons de cette forte augmentation ne sont pas claires.

En **Côte d'Ivoire**, la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes des zones urbaines reste stable autour de 10% depuis 1997 (elle est d'environ la moitié chez leurs homologues des zones rurales). Le seul changement marquant est relevé parmi les professionnelles du sexe qui, à Abidjan, par exemple, montrent une baisse de la prévalence du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles – qui est probablement le reflet d'un utilisation accrue du préservatif (Ekra et al., 2004). Malheureusement, en raison du conflit civil dans le pays, il n'a pas été possible de recueillir de nouvelles données relatives au VIH.

Le **Togo** connaît un niveau national d'infection à VIH apparemment stable (environ 4%), mais d'importantes variations régionales. La prévalence du VIH chez les femmes enceintes varie de moins de 2% dans les dispensaires des régions du Centre et de Kara, à plus de 7% dans les régions Maritime, des Plateaux et des Savanes, ainsi que dans la capitale, Lomé (Ministère de la Santé, Togo, 2004). L'épidémie du **Ghana** voisin semble également en voie de stabilisation, avec une prévalence du VIH mesurée dans les consultations prénatales variant de 2,5% à 4% au cours de la décennie écoulée. Au nord, au **Burkina Faso**, la prévalence du VIH dans les consultations prénatales était de 2,7% en 2003, mais une tendance à la baisse de la prévalence est relevée parmi les jeunes femmes enceintes (15-24 ans) dans les zones urbaines. La prévalence de 1,9% relevée chez les jeunes femmes enceintes en 2003 correspondait à la moitié du niveau de 2001, 3,9% (Présidence du Faso, 2005). Dans la



capitale, Ouagadougou, on a noté une forte baisse des niveaux d'infection à VIH parmi les professionnelles du sexe, dont 59% étaient séropositives au VIH lors de tests en 1994, et 21% en 2002 (Kintin et al., 2004). Ces tendances sont encourageantes.

Les niveaux nationaux d'infection à VIH au **Mali** et au **Sénégal** restent inférieurs à 2% (Ministère de la Santé, Mali, 2004 ; Ministère de la Santé et de la Prévention médicale, Sénégal, 2004). Au **Sénégal**, la prévalence du VIH n'a dépassé 3% dans aucun des centres de consultations prénatales au cours du plus récent cycle de surveillance du VIH en 2002-2003. Pourtant, l'Enquête démographique et de santé 2005 a révélé une prévalence de 3,4% chez des femmes adultes à Ziguinchor et de 2,7% à Kolda au sud du pays, à la frontière avec la Guinée-Bissau (Centre de recherche pour le développement humain et MEASURE DHS+, 2005). Parmi les professionnelles du sexe, la prévalence est restée sensiblement aux mêmes niveaux élevés (21% à Dakar et 30% à Ziguinchor) depuis près d'une décennie (Gomes et al., 2005).

Le **Cameroun** connaît une des plus graves épidémies d'Afrique centrale, comme l'a confirmé une nouvelle enquête auprès des ménages qui a estimé la prévalence nationale du VIH à 5,5% en 2004 (Ministère de la Santé publique, Cameroun, 2004). Parmi les femmes, l'infection atteignait 10% ou plus dans trois régions (Adamaoua, Nord-Est et Sud-Est), ainsi que dans la capitale Yaoundé. A l'échelle nationale, une jeune femme de 25 à 29 ans sur 10 s'est révélée infectée par le VIH. Au moins 110 000 personnes (et peut-être même davantage) vivent avec le VIH en **République du Congo**, où la prévalence du VIH varie considérablement d'une partie à l'autre du pays. De

faibles niveaux d'infection à peine supérieurs à 1% ont été observés à Impfondo et Djambala, mais à Sibiti, par exemple, la prévalence chez l'adulte était de 10% (Ministère de la Santé, République du Congo, 2004).

Les progrès de l'élargissement des traitements et de la prise en charge ont été inégaux cette année en Afrique subsaharienne. Une personne sur trois au moins en attente de thérapie antirétrovirale en bénéficie dans des pays comme le **Botswana** et l'**Ouganda**, alors qu'au **Cameroun**, en **Côte d'Ivoire**, au **Kenya**, au **Malawi** et en **Zambie**, elles étaient entre 10% et 20% au milieu de 2005. Cependant, les besoins non satisfaits sont importants dans la plupart des pays de la région. Au moins 85% (presque 900 000) Sud-Africains qui auraient besoin de médicaments antirétroviraux ne les recevaient toujours pas au milieu de 2005 ; il en va de même pour 90% ou plus de ces personnes dans des pays comme l'**Ethiopie**, le **Ghana**, le **Lesotho**, le **Mozambique**, le **Nigéria**, la **République-Unie de Tanzanie** et le **Zimbabwe** (ONUSIDA/OMS, 2005).

En Afrique australe et de l'Est, ainsi que dans certaines parties d'Afrique centrale, de graves épidémies de SIDA se poursuivront très probablement pendant encore un certain temps. Les baisses observées en Ouganda et plus récemment au Kenya et au Zimbabwe confirment que les épidémies peuvent être modifiées par des interventions spécifiques sur le VIH. Cependant, dans les contextes à forte prévalence, il est aussi important de continuer à s'attaquer aux dynamiques socio-économiques et socioculturelles sous-jacentes qui provoquent les vulnérabilités, afin que les baisses puissent être maintenues là où elles existent déjà et obtenues là où elles sont nécessaires.

# ASIE

## Statistiques et caractéristiques du VIH et du SIDA, en 2003 et 2005

|      | Adultes et enfants vivant avec le VIH | Nombre de femmes vivant avec le VIH | Nouvelles infections à VIH, adultes et enfants | Prévalence chez l'adulte % | Décès dus au SIDA, adultes et enfants |
|------|---------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------|---------------------------------------|
| 2005 | 8,3 millions<br>[5,4–12,0 millions]   | 2,0 millions<br>[1,3–3,0 millions]  | 1,1 million<br>[600 000–2,5 millions]          | 0,4<br>[0,3–0,6]           | 520 000<br>[330 000–780 000]          |
| 2003 | 7,1 millions<br>[4,6–10,4 millions]   | 1,7 million<br>[1,1–2,5 millions]   | 940 000<br>[510 000–2,1 millions]              | 0,4<br>[0,2–0,5]           | 420 000<br>[270 000–620 000]          |

Les niveaux du VIH dans les pays d'Asie sont faibles par rapport à ceux de certains autres continents, notamment l'Afrique. Cependant, les populations de plusieurs pays d'Asie sont si nombreuses que même de faibles taux nationaux de prévalence du VIH signifient que le nombre de personnes vivant avec le VIH est élevé. Les dernières estimations montrent que quelque 8,3 millions [5,4 millions–12 millions] de personnes (2 millions [1,3 million–3 millions] de femmes adultes) vivaient avec le VIH en 2005, y compris 1,1 million

dans lesquels la propagation du VIH a été jusqu'ici maîtrisée.

### CHINE

Le VIH a été détecté dans 48% des comtés de la **Chine**, mais on le relève dans la totalité des 31 provinces, régions autonomes et municipalités. Des efforts de prévention renforcés seront nécessaires pour contenir l'épidémie émergente (State Council AIDS Working

### *Les comportements à risque – souvent de plusieurs types – continuent de provoquer de graves épidémies de SIDA en Asie.*

[600 000–2,5 millions] de personnes ayant contracté une infection au cours de l'année écoulée. Le SIDA a entraîné environ 520 000 [330 000–780 000] décès en 2005.

Les comportements à risque – souvent de plusieurs types – continuent de provoquer de graves épidémies de SIDA en Asie. Les interactions entre consommation de drogues injectables et rapports sexuels non protégés, souvent dans un cadre commercial, sont au cœur de plusieurs des épidémies en Asie. Cependant, les stratégies de prévention ne reflètent encore que rarement le fait que cette association de risques existe dans pratiquement tous les pays de la région. En conséquence, un grand nombre des épidémies en Asie sont en transition – y compris dans les pays

Committee et Groupe thématique des Nations Unies sur le VIH/SIDA, 2004). Les épidémies de VIH les plus graves à ce jour en Chine sont centrées sur des groupes particuliers de la population (par exemple les consommateurs de drogues injectables, les professionnel(le)s du sexe, les anciens donneurs de plasma, ainsi que leurs partenaires) et dans certaines zones géographiques, notamment dans le sud et l'ouest du pays. La majorité des infections à VIH ont été détectées dans les provinces du Yunnan et du Henan et dans la région autonome du Guangxi. Les moins touchées actuellement sont la province du Qinghai et la région autonome du Tibet (State Council AIDS Working Committee et Groupe thématique des Nations Unies sur le VIH/SIDA, 2004).



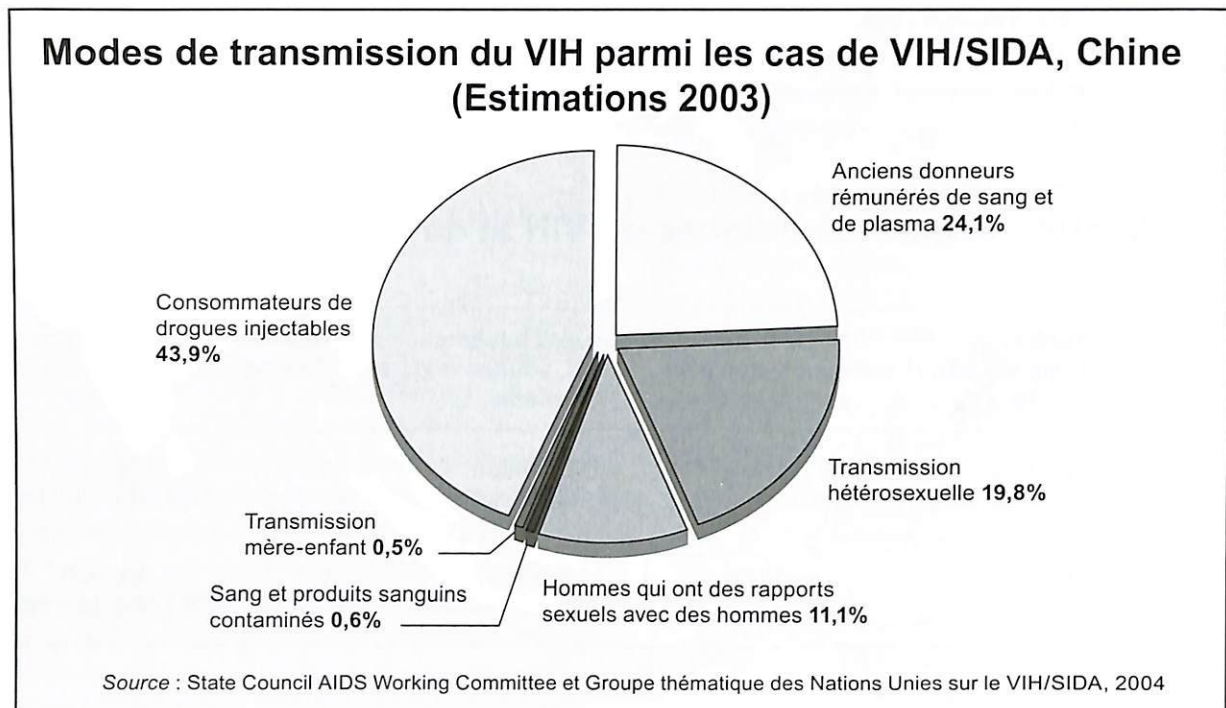


Figure 10

Comme c'est le cas dans de nombreux autres pays d'Asie, le SIDA s'est implanté dans des réseaux de consommateurs de drogues injectables, parmi lesquels la prévalence du VIH a grimpé en flèche à la fin des années 1990. Par la suite, la prévalence semble s'être stabilisée, mais à des niveaux élevés dans certaines régions. On a relevé une prévalence du VIH de 18% à 56% parmi les consommateurs de drogues injectables

AIDS Working Committee et Groupe thématique des Nations Unies sur le VIH/SIDA, 2004). Celui-ci figure également dans la transmission du virus parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes : une récente enquête effectuée parmi des hommes professionnels du sexe dans la ville méridionale de Shenzhen a montré que 5% d'entre eux étaient séropositifs au VIH. Pourtant c'est la

*La plupart des professionnelles du sexe sont issues de zones rurales éloignées, ont peu d'instruction et peu de connaissances relatives au VIH.*

de six villes des provinces méridionales du Guangdong et du Guangxi en 2002, alors que dans la province du Yunnan, un peu plus de 20% des consommateurs de drogues injectables étaient testés positifs au VIH l'année suivante (National Center for AIDS/STD Control and Prevention, Chine, 2003). La Chine a annoncé qu'elle prévoyait de créer plus de 1400 sites d'échange des seringues et plus de 1500 centres de traitement de la toxicodépendance dans sept provinces du sud et de l'ouest du pays, où l'on estime à deux millions le nombre de consommateurs de drogues (Zunyou, 2005).

Une bonne part des quelque 20% d'infections à VIH dues aux rapports hétérosexuels non protégés en Chine est imputable au commerce du sexe (State Council

possibilité d'imbrication entre commerce du sexe et consommation de drogues injectables qui pourrait bien devenir le principal moteur de l'épidémie en Chine. L'examen récent de certaines études comportementales a conclu que la moitié au moins des consommatrices de drogues injectables avaient, une fois ou l'autre, également pratiqué le commerce du sexe (Yang et al., 2005). Dans la province du Sichuan, 2,5% des professionnelles du sexe ont déclaré s'injecter des drogues, tout comme 5% des professionnelles du sexe travaillant dans la rue. C'est parmi ces dernières que le nombre des clients était le plus élevé et les niveaux d'utilisation du préservatif les plus faibles (MAP, 2005a). Dans la même province, près d'une femme sur deux participant à une enquête de surveillance



comportementale qui portait sur les consommateurs de drogues injectables a admis avoir offert des rapports sexuels pour de l'argent ou des drogues au cours du mois précédent l'enquête. Circonstance aggravante, les femmes consommatrices de drogues injectables qui pratiquaient le commerce du sexe sans préservatif étaient aussi celles qui avaient la plus forte probabilité d'utiliser des seringues non stériles. Celles qui sont le plus exposées au risque de contracter le VIH par des pratiques d'injection dangereuses ont également la plus forte probabilité de le transmettre par la voie sexuelle – association potentiellement fatale qui pourrait alimenter une épidémie encore beaucoup plus grave (MAP, 2005a).

La plupart des professionnelles du sexe sont issues de zones rurales éloignées, ont peu d'instruction et peu de connaissances relatives au VIH. Des études comportementales ont montré que nombre d'entre elles continuent d'avoir des rapports sexuels non protégés même après avoir observé, chez elles ou leurs clients, des signes d'infections sexuellement transmissibles (Yang et al., 2005). Des efforts concertés seront nécessaires pour leur permettre de se protéger du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles (Zhang et al., 2004). On note quelques signes de progrès sur ce front. Même si l'utilisation systématique du préservatif reste à la traîne, le nombre de professionnel(le)s du sexe qui utilisaient toujours le préservatif, par exemple à Guangxi en 2003, dépassait le nombre de ceux/celles qui n'en utilisaient jamais (MAP, 2005b). Au Sichuan, dans le même temps, la moitié seulement des professionnel(le)s du sexe étudié(e)s en 2002 affirmaient avoir utilisé des préservatifs avec tous leurs clients au cours du mois écoulé (MAP, 2005b).

Il y a des raisons de penser que, dans certaines régions du pays, le VIH se propage au-delà de ces populations ayant des comportements à haut risque pour passer dans la population plus générale. Le dépistage anonyme parmi de jeunes célibataires a relevé une prévalence du VIH de 1%, alors qu'elle allait jusqu'à 5% parmi les femmes enceintes dans certaines des régions où le VIH est implanté parmi les consommateurs de drogues injectables et les professionnel(le)s du sexe. Dans le Yunnan et le Xinjiang, on a observé une prévalence du VIH de 1,3% et 1,2%, respectivement, chez les femmes enceintes (Ministère de la Santé et Groupe thématique des Nations Unies sur le VIH/SIDA, 2003).

Les données concernant la transmission du VIH parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes sont très limitées. Les quelques études

réalisées jusqu'ici font état de faibles taux d'utilisation du préservatif (environ 40% des hommes n'utilisaient pas de préservatifs à Changde et Xi'an, par exemple, et à Shenzhen 33% les utilisaient rarement ou jamais) et d'une prévalence importante du VIH (une étude réalisée en 2001–2003 à Beijing a montré que 3% des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes étaient séropositifs au VIH) (Choi et al., 2003). En Chine, de nombreux hommes ont des rapports sexuels avec des hommes et, une fois le VIH implanté dans cette population, on peut s'attendre à une épidémie plus grave de VIH.

La Chine a lentement progressé vers la réalisation de son engagement de 2003 concernant la distribution gratuite de traitements antirétroviraux à tous ceux qui en ont besoin ; en juin 2005, quelque 20 000 personnes recevaient ces médicaments dans les 28 provinces et régions autonomes dans lesquelles les traitements antirétroviraux avaient été introduits (Ministère de la Santé, 2005).

Plusieurs obstacles freinent la mise en place en Chine d'une riposte au SIDA plus efficace. Il s'agit notamment de l'insuffisance de la sensibilisation du public concernant l'épidémie et de la stigmatisation et de la discrimination dont sont l'objet les personnes vivant avec le VIH. En conséquence, la fréquentation des services de conseil et de test VIH reste faible et le restera tant que la stigmatisation et la discrimination ne seront pas réduites et que des programmes intégrés de prévention, de traitement et de prise en charge ne seront pas plus largement disponibles. Il est particulièrement important que les programmes de dépistage du VIH reposent sur les trois piliers que sont le consentement éclairé, la confidentialité et le conseil.

## INDE

Plusieurs épidémies différentes se déroulent en Inde, où l'on estime que 5,1 millions de personnes vivaient avec le VIH en 2003 (NACO, 2004a). Si les niveaux de prévalence de l'infection à VIH semblent s'être stabilisés dans certains Etats (notamment au Tamil Nadu, dans l'Andhra Pradesh, au Karnataka et au Maharashtra), ils continuent à augmenter dans les groupes de la population exposés au risque dans plusieurs autres Etats. En conséquence, la prévalence globale du VIH a poursuivi sa hausse. La prévalence chez les femmes enceintes à l'échelle des Etats est encore très faible dans les Etats pauvres et densément peuplés du nord du pays, l'Uttar Pradesh et le Bihar. Des augmentations même relativement faibles de



la transmission du VIH pourraient se traduire en un nombre colossal de personnes infectées dans ces Etats, qui abritent un quart de la population de l'Inde.

On a relevé une prévalence du VIH supérieure à 1% chez les femmes enceintes dans quatre des Etats industrialisés de l'ouest et du sud de l'Inde (à savoir en Andhra Pradesh, au Karnataka, au Maharashtra et au Tamil Nadu,) ainsi que dans les Etats du Manipur et du Nagaland, au nord-est du pays (NACO, 2004a). Le VIH, qui est principalement transmis par les rapports sexuels non protégés dans le sud et par la consommation de drogues injectables dans le nord-est du pays, se répand au-delà des zones urbaines. Au Karnataka et au Nagaland, plus de 1% des femmes

le commerce du sexe n'ont pas été efficaces ; là-bas, la prévalence du VIH parmi les professionnelles du sexe n'est pas tombée au-dessous de 52% depuis 2000 (NACO, 2004b).

L'information et la sensibilisation au VIH parmi les professionnel(le)s du sexe semblent insuffisantes, notamment parmi ceux et celles qui travaillent dans la rue. Des enquêtes réalisées dans plusieurs régions de l'Inde en 2001 ont montré que 30% des professionnel(le)s du sexe travaillant dans la rue ne savaient pas que les préservatifs protègent de l'infection à VIH et, dans certains Etats, p. ex. l'Haryana, moins de la moitié de toutes(tous) les professionnel(le)s du sexe (en maison et en rue) savaient que les préservatifs

### *Une proportion importante des nouvelles infections se produisent chez des femmes qui sont mariées et ont été infectées par leur époux.*

enceintes dans les zones rurales ont été testées positives au VIH en 2003. Une proportion importante des nouvelles infections se produisent chez des femmes qui sont mariées et ont été infectées par leur époux qui (soit actuellement, soit par le passé) ont fréquenté des professionnel(le)s du sexe. Le commerce du sexe (tout comme la consommation de drogues injectables dans les cas du Nagaland et du Tamil Nadu) est un moteur important des épidémies dans la plupart des régions de l'Inde. En 2003, la surveillance du VIH a révélé que 14% des professionnel(le)s du sexe au Karnataka et 19% en Andhra Pradesh étaient infecté(e)s par le VIH (NACO, 2004b). La constatation récente selon laquelle 26% des professionnelles du sexe de la ville de Mysore (Karnataka) étaient séropositives au VIH n'est pas surprenante, étant donné que 14% à peine des femmes utilisent systématiquement le préservatif avec leurs clients et que 91% d'entre elles n'en utilisent jamais dans leurs rapports sexuels avec leurs partenaires réguliers (Reza-Paul, 2005).

Les succès avérés remportés parmi les professionnel(le)s du sexe du quartier chaud de Sonagachi à Kolkata (au Bengale occidental) ont montré que des programmes de sexualité à moindre risque donnant des moyens d'agir aux professionnel(le)s du sexe peuvent freiner la propagation du VIH. L'utilisation du préservatif à Sonagachi s'est élevée à 85% et la prévalence parmi les professionnel(le)s du sexe a chuté à moins de 4% en 2004 (après avoir été supérieure à 11% en 2001). A Mumbai, par contraste, les données disponibles suggèrent que les actions sporadiques et peu systématiques de promotion du préservatif dans

peuvent prévenir le VIH. Une grande proportion des professionnel(le)s du sexe (42% à l'échelle nationale) s'estimaient capables de savoir si un client avait le VIH sur la base de son apparence physique (MAP, 2005b).

Dans le nord-est de l'Inde, la transmission du VIH est surtout concentrée parmi les consommateurs de drogues injectables et leurs partenaires sexuel(le)s (dont certain(e)s achètent ou vendent des rapports sexuels), en particulier dans les Etats du Manipur, du Mizoram et du Nagaland, tous voisins de la zone de trafic de drogue appelée 'Triangle d'or' (Solomon et al., 2004). Le commerce du sexe et la consommation de drogues injectables s'imbriquent de manière importante à Manipur, où une épidémie alimentée par l'injection de drogues est établie depuis une décennie au moins. D'après des données de surveillance comportementale, quelque 20% des professionnelles du sexe affirment s'injecter des drogues. Dans d'autres Etats du nord-est, la moitié environ de ce pourcentage de professionnelles du sexe déclarent s'injecter des drogues (MAP, 2005a).

Des actions de réduction des risques (y compris l'échange des seringues, ainsi que des programmes limités de thérapie de substitution) ont été plus récemment introduits dans certains Etats, notamment au Manipur. Là-bas, les données les plus récentes (2003) fixent à 24% la prévalence du VIH chez les consommateurs de drogues injectables – niveau le plus bas relevé parmi les consommateurs de drogues injectables de cet Etat depuis 1998 ; la modification des critères d'inclusion rend cependant difficile la



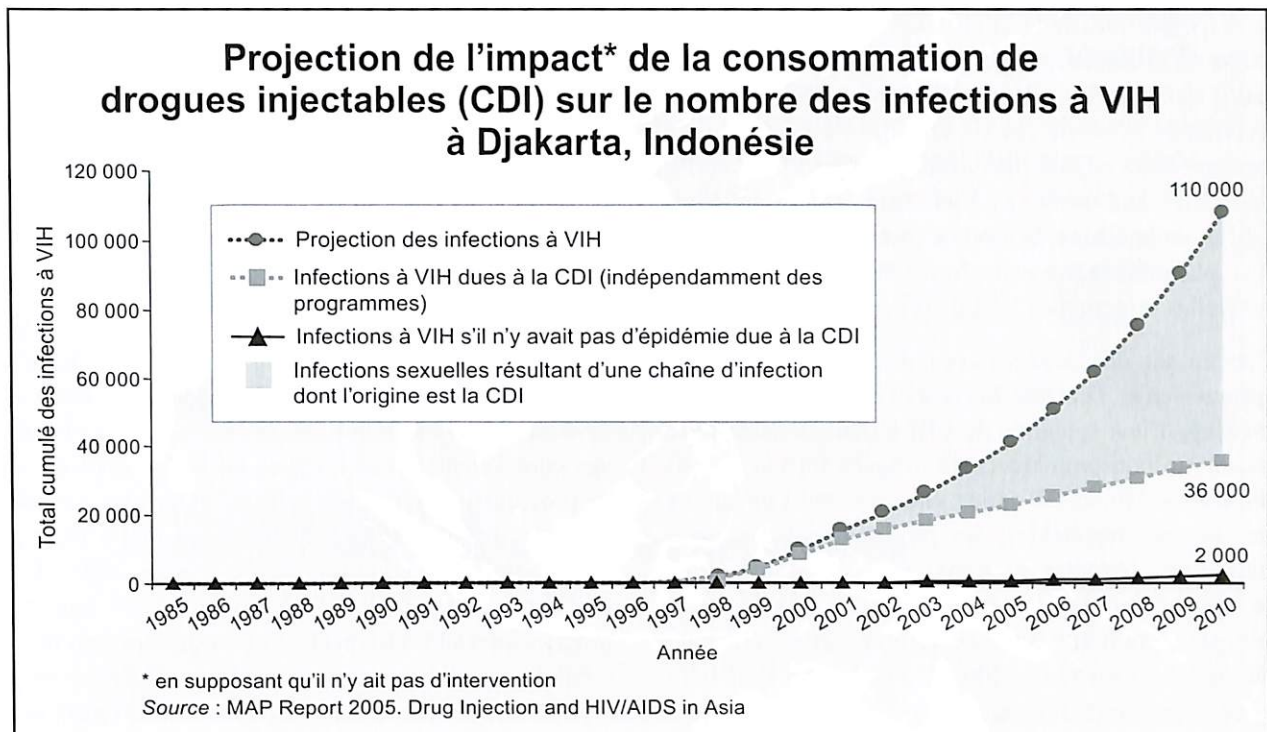


Figure 11

comparaison directe des données sur le VIH des diverses études (NACO, 2004b). Ailleurs, les épidémies parmi les consommateurs de drogues injectables semblent bien implantées, avec une prévalence du VIH ayant atteint 14% au Nagaland en 2000–2003, par exemple (NACO, 2004b).

La consommation de drogues injectables n'est pas limitée aux Etats du nord du pays. On a noté une forte augmentation des infections à VIH parmi les consommateurs de drogues injectables dans l'Etat méridional du Tamil Nadu, où 39% étaient infectés en 2003, par rapport à 25% en 2001 (NACO, 2004b). Une étude plus restreinte de surveillance sentinelle effectuée en 2003 dans la ville de Chennai (dans le même Etat) a relevé que près des deux tiers (64%) des consommateurs de drogues injectables étaient séropositifs au VIH (MAP, 2004). Etant donné que ces consommateurs de drogues injectables (surtout des hommes) peuvent alors transmettre le virus à leurs partenaires sexuelles, un nombre croissant de femmes contractent l'infection.

On sait relativement peu de chose concernant le rôle de la sexualité entre hommes dans les diverses épidémies de l'Inde. Les quelques études qui se sont penchées sur cette dimension complexe de la sexualité en Inde ont montré que des nombres importants d'hommes avaient des rapports sexuels avec des hommes. Une

étude entreprise parmi les résidents des bidonvilles de Chennai a montré que 6% des hommes avaient des rapports sexuels avec des hommes. Près de 7% des hommes qui avaient eu des rapports avec des hommes étaient séropositifs au VIH et plus de la moitié d'entre eux étaient mariés (Go et al., 2004).

## ENJEUX IMPORTANTS

Certains pays ont, depuis plusieurs années, évité des épidémies de VIH malgré des niveaux importants de consommation de drogues injectables, de commerce du sexe et une utilisation insuffisante des préservatifs. Cependant, une fois le VIH suffisamment implanté dans des populations exposées au risque, il peut se répandre largement dans ces populations et au-delà – comme l'ont découvert plusieurs pays asiatiques.

La consommation de drogues injectables est le plus important moteur initial de l'infection à VIH en Asie. Même là où le nombre de personnes qui s'injectent des drogues est relativement modeste, leur contribution à l'ensemble de l'épidémie de VIH dans un pays peut être considérable. La majorité des consommateurs de drogues injectables sont sexuellement actifs et, dans certains pays, une grande proportion d'entre eux achètent ou vendent des rapports sexuels. Les consommateurs de drogues injectables infectés par



le VIH peuvent donc contribuer à créer une 'masse critique' d'infections dans les réseaux sexuels, à partir de laquelle le VIH pourra se propager dans la population générale (MAP, 2005a). Un processus de ce type s'est engagé dans plusieurs pays asiatiques, surtout en **Indonésie**, au **Viet Nam** et dans certaines parties de la **Chine**. Si l'on ne met pas rapidement fin à ce phénomène, on peut s'attendre à des millions de nouvelles infections à VIH dans ces pays.

Fondée sur des données recueillies dans la capitale **indonésienne**, Djakarta, la Figure 11 montre l'évolution possible d'une épidémie de VIH initialement modeste parmi les consommateurs de drogues injectables. Si les comportements à risque chez les consommateurs de drogues injectables, les professionnels du sexe masculins, féminins et transsexuels ainsi que chez les clients des professionnel(le)s du sexe ne changent pas par rapport aux niveaux observés dans l'étude de surveillance réalisée en 2003, Djakarta peut s'attendre à une épidémie majeure au cours de la présente décennie. (La section en gris du graphique représente les infections à VIH sexuellement transmises provenant de l'utilisation commune de matériel d'injection de drogues non stérilisé et la chaîne de transmission qui en découle. Le VIH peut avoir été transmis à une femme qui ne s'injecte pas de drogues par son ami consommateur de drogues injectables ou à un client

trois quarts d'entre elles consomment des drogues injectables (MAP, 2005a). Dans le même temps, une prévalence du VIH atteignant 48% a été relevée chez les consommateurs de drogues injectables fréquentant des centres de traitement de la toxicodépendance à Djakarta (Riono et Jazant, 2004). La plupart de ces consommateurs de drogues sont jeunes, relativement instruits et vivent avec leur famille (Riono et Jazant, 2004).

Il faudra davantage que de simples campagnes d'information et de sensibilisation pour modifier ces tendances. Les chercheurs ont découvert que la plupart des consommateurs de drogues injectables savent où se procurer des seringues stériles, alors que près de neuf sur dix d'entre eux (88%) continuent à utiliser du matériel d'injection non stérile (Pisani, 2003). Un problème vient de ce que nombre de consommateurs de drogues injectables hésitent à transporter des seringues stériles par crainte que la police ne les considère comme une preuve du fait qu'ils s'injectent des drogues (ce qui est un délit). L'incarcération des consommateurs de drogues injectables est un aspect important de l'épidémie en Indonésie. A Djakarta, entre 1997 et 2001, la prévalence du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables a passé de zéro à 47%, par exemple. Par la suite, dans les prisons surpeuplées de la capitale, la prévalence a commencé de grimper deux

### *Les actions punitives visant à combattre les 'fléaux sociaux' tendent à repousser les consommateurs de drogues injectables et les professionnelles du sexe hors de portée des programmes de proximité.*

ayant contracté le virus auprès d'une professionnelle du sexe infectée par un client précédent, lui-même consommateur de drogues injectables. Si ce client avait utilisé une seringue stérile pour ses injections, la quasi-totalité de la séquence de transmission aurait pu être évitée ; MAP, 2005a.)

L'Indonésie est au bord d'une épidémie de SIDA qui empire rapidement. Etant donné que les comportements à risque sont fréquents parmi les consommateurs de drogues injectables, une épidémie principalement liée à la consommation de drogues injectables s'étend déjà jusque dans des régions reculées de cet archipel. Les services de conseil et de test VIH mis en place par des organisations non gouvernementales dans des villes aussi éloignées que Pontianak (sur l'île de Bornéo) trouvent des taux alarmants d'infection – plus de 70% des personnes qui demandent un test découvrent qu'elles sont infectées par le VIH. On estime que

ans plus tard, passant de zéro en 1999 à 25% en 2002 (MAP, 2005a). L'accès aux services de prévention et aux traitements de substitution est généralement très limité. Si l'Indonésie souhaite maîtriser son épidémie en expansion, elle devra peut-être adapter son contexte juridique et institutionnel, afin de faciliter l'application de stratégies efficaces.

Plus de la moitié des consommateurs de drogues injectables de Djakarta sont sexuellement actifs et un sur cinq d'entre eux paie pour avoir des rapports sexuels. Cependant, trois quarts environ de ces consommateurs n'utilisent pas de préservatifs dans leurs rapports sexuels rémunérés (Center for Health Research et Ministère de la Santé, 2002). Lorsque le VIH pénètre les réseaux sexuels, il est presque certain qu'une transmission élargie du VIH suivra. Dans le même temps, les niveaux de consommation de drogues injectables parmi les professionnels du sexe sont plus élevés que



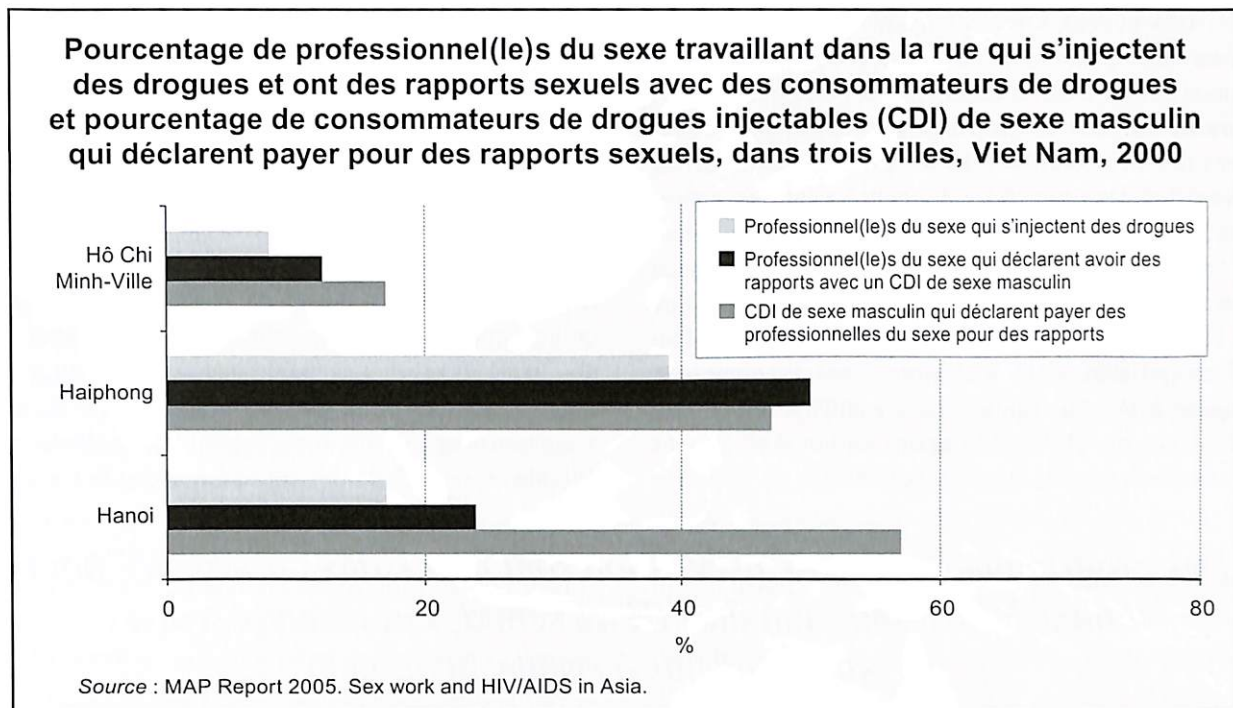


Figure 12

dans d'autres groupes de la population, et nombre de ces hommes pratiquent les rapports rémunérés pour financer leur consommation de drogue (MAP, 2005a). Une grande proportion des professionnels du sexe ont également des rapports sexuels avec des femmes (Riono et Jazant, 2004). L'utilisation du préservatif varie généralement entre peu fréquente et rare. A Djakarta, les taux d'utilisation du préservatif dans le commerce du sexe ont à peine changé entre 1996 et 2002, avant de s'élever quelque peu. Mais, en 2004, trois quarts des professionnel(le)s du sexe travaillant dans les salons de massage et les clubs ont déclaré n'avoir pas utilisé de préservatifs avec leurs clients au cours de la semaine précédente. Dans les quartiers de bordels de la ville, les professionnel(le)s du sexe et leurs clients montrent encore moins d'enthousiasme pour le préservatif, malgré une décennie d'efforts de prévention. Au moins 85% des professionnel(le)s du sexe affirment n'avoir utilisé de préservatif avec aucun de leurs clients au cours de la semaine écoulée (MAP, 2005b). Le fait que la police continue parfois d'arrêter des femmes pour possession de préservatifs, considérés comme preuve de prostitution, explique peut-être partiellement ce phénomène (MAP, 2005b). Dans de tels contextes, il n'est pas surprenant de découvrir que la prévalence du VIH parmi les professionnel(le)s du sexe de Sorong, par exemple, avait atteint 17% en 2003, et que 42% en moyenne des professionnel(le)s du sexe dans sept villes d'Indonésie étaient atteintes de blennorragie et/ou de Chlamydia en 2003 (MAP,

2004). L'imbrication des réseaux de risque garantit que le VIH se répandra plus largement dans la population générale, notamment lorsque de multiples partenariats sexuels sont fréquents, comme c'est le cas dans certaines régions de la province de Papua. Là-bas, près de 1% des adultes de cinq villages ont eu un test positif pour le VIH au cours d'une enquête sérologique (MAP, 2004). Il est urgent d'élargir et d'intensifier les programmes de prévention du VIH en Indonésie.

C'est l'imbrication exceptionnellement importante entre consommation de drogues injectables et commerce du sexe qui amorce une grave épidémie au **Viet Nam**, où le VIH s'est déjà propagé dans les 64 provinces et toutes les villes. Le nombre de personnes vivant avec le VIH a doublé depuis 2000 pour atteindre environ 263 000 (fourchette : 218 000–308 000) en 2005 (Ministère de la Santé, Viet Nam, 2005). Les consommateurs de drogues injectables de ce pays sont principalement jeunes (âge moyen 25 ans) et l'utilisation de seringues non stériles est courant : des niveaux d'infection à VIH de 40% parmi cette population ne sont pas rares (Hien et al., 2004a). Environ un consommateur de drogues injectables sur trois est infecté par le VIH et, dans des villes comme Can Tho, Haiphong, Hanoi et Hô Chi Minh-Ville, la prévalence du VIH est considérablement plus élevée (Ministère de la Santé, Viet Nam, 2005). Selon une autre étude (voir encadré page 39) (MAP, 2004), les professionnel(le)s du sexe qui consomment des drogues à Hô Chi Minh-



Ville avaient deux fois moins de chances d'utiliser des préservatifs que ceux et celles qui n'utilisaient pas de drogues. Inversement, moins de 50% des consommateurs de drogues injectables utilisaient systématiquement des préservatifs avec les professionnel(le)s du sexe (USAID et al., 2001). En conséquence, la prévalence moyenne du VIH parmi les professionnel(le)s du sexe à l'échelle nationale est d'environ 16%, et les taux d'infection sont même plus élevés dans les villes de Haiphong, Hô Chi Minh-Ville, Hanoi et Can Tho (Ministère de la Santé, Viet Nam, 2005). En outre, une enquête à Hô Chi Minh-Ville en 2003 a trouvé une prévalence du VIH de 8% parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes.

suggèrent que le pays pourrait être au bord de graves épidémies de VIH (Ministère de la Santé, Pakistan, et al., 2005).

Une épidémie majeure a déjà été détectée parmi les consommateurs de drogues injectables à Karachi, dont 23% se sont révélés infectés par le VIH en 2004 (Ministère de la Santé, Pakistan, 2005). Testée à peine sept mois plus tôt, la même communauté ne comptait qu'un seul cas de séropositivité au VIH (Altaf et al., 2004). Il est peu probable que cette épidémie se limite longtemps à Karachi. Un grand nombre de ces consommateurs de drogues injectables se déplacent de ville en ville (21% des consommateurs de Karachi

*Des programmes ciblés de prévention sont nécessaires d'urgence pour limiter la transmission du VIH au sein de ces réseaux croisés de comportements à risque, et au-delà.*

Une épidémie beaucoup plus importante pourrait être imminente, en particulier à Hô Chi Minh-Ville (qui compte environ un quart de toutes les infections à VIH dans le pays et où la prévalence du VIH chez l'adulte était estimée à 1,2% en 2003), ainsi que dans les villes côtières du nord, Quang Ninh et Haiphong (où environ 1,1% des adultes pourraient être infectés par le VIH) (Ministère de la Santé, Viet Nam, 2005). Des programmes visant à réduire l'utilisation des seringues non stériles et la prise de risque sexuel parmi les consommateurs de drogues injectables sont essentiels, tout comme les stratégies destinées à réduire la transmission du VIH entre les professionnelles du sexe, leurs clients et leurs autres partenaires sexuels. Les actions punitives visant à combattre les 'fléaux sociaux' tendent à repousser les consommateurs de drogues injectables et les professionnelles du sexe hors de portée des programmes de proximité et peuvent, par mégarde, renforcer les comportements à risque (Hien et al., 2004a). L'épidémie au Viet Nam a atteint le stade où tout retard pourrait entraîner la perte de milliers de vies humaines. Dans le même temps, le système de santé du pays devra se préparer à faire face à quelque 5000 à 10 000 nouveaux cas de SIDA chaque année dans l'avenir (Ministère de la Santé, Viet Nam, et al., 2003).

L'association entre hauts niveaux de comportements à risque et manque de connaissances concernant le SIDA parmi les consommateurs de drogues injectables et les professionnel(le)s du sexe au **Pakistan** favorise la propagation rapide du VIH et de nouvelles données

s'étaient aussi injecté des drogues dans d'autres villes) et une très forte proportion d'entre eux utilisent du matériel d'injection non stérile (48% à Karachi l'avaient fait dans la semaine précédant l'enquête). Les comportements à risque à Lahore sont encore plus élevés : 82% des consommateurs de drogues injectables avaient utilisé des seringues non stériles durant la semaine écoulée, 35% le faisaient tout le temps et 51% s'étaient injectés dans une autre ville au cours de l'année précédente (Ministère de la Santé, Pakistan, et al., 2005). Une épidémie de VIH parmi les consommateurs de drogues injectables a été signalée en 2004 dans la province pakistanaise du Sindh, dans la ville de Larkana où près de 10% des consommateurs de drogues injectables se sont révélés séropositifs au VIH (Shah et al., 2004). Les connaissances concernant le VIH parmi les consommateurs de drogues injectables (et les professionnel(le)s du sexe) sont extrêmement limitées. A Karachi, plus d'un quart n'avaient jamais entendu parler du SIDA et un pourcentage équivalent ne savaient pas que l'utilisation de matériel d'injection non stérile pourrait entraîner une infection par le VIH (Ministère de la Santé, Pakistan, et al., 2005).

Dans le même temps, à Karachi, principale ville commerciale du Pakistan, une professionnelle du sexe sur cinq ne sait pas reconnaître un préservatif et trois quarts d'entre elles ignorent que les préservatifs protègent du VIH (en fait, un tiers n'a jamais entendu parler du SIDA). Il n'est donc pas surprenant que 2% seulement des professionnelles du sexe déclaraient



avoir utilisé des préservatifs avec tous leurs clients au cours de la semaine précédente (MAP, 2005b). En plus du manque de connaissances et de la faible utilisation des préservatifs, on note une grande interaction sexuelle entre les consommateurs de drogues injectables et les professionnelles du sexe. Plus de 20% des professionnelles du sexe à Karachi et Lahore avaient vendu leurs services à des consommateurs de drogues injectables et l'utilisation du préservatif était très limitée lors de ces rencontres. Parmi les consommateurs de drogues injectables de Lahore, près de la moitié avaient eu des rapports sexuels avec un(e) partenaire régulier(ère) au cours de l'année écoulée, un tiers avaient payé pour des rapports sexuels avec une femme (11% ont utilisé systématiquement un préservatif) et près d'un quart avaient payé pour des rapports sexuels avec un homme (5% d'utilisation systématique du préservatif) (Ministère de la Santé, Pakistan, et al., 2005). Les professionnels masculins du sexe échangent également des rapports sexuels avec des consommateurs de drogues injectables, dont 20% indiquent avoir payé pour des rapports sexuels anaux au cours de l'année écoulée (et 3% seulement d'entre eux utilisent systématiquement un préservatif). En conséquence, les taux d'infections sexuellement transmissibles sont élevés : à Karachi, 18% des consommateurs de drogues injectables se sont révélés être infectés par la syphilis, tout comme 36% des professionnels masculins du sexe et 60% des Hijras ou personnes transsexuelles (Ministère de la Santé, Pakistan, et al., 2005).

Etant donné l'importance du chevauchement des pratiques à haut risque, des épidémies de VIH de gravité croissante sont plus que probables au Pakistan. Des programmes ciblés de prévention sont nécessaires d'urgence pour limiter la transmission du VIH au sein de ces réseaux croisés de comportements à risque, et au-delà.

En **Malaisie**, également, on observe des éléments qui pourraient provoquer une émergence soudaine de l'épidémie. Quelque 52 000 personnes vivaient avec le VIH en 2004, dont la vaste majorité étaient des hommes jeunes (entre 20 et 29 ans), et trois quarts d'entre eux étaient des consommateurs de drogues injectables (Ministère de la Santé, Malaisie, et OMS, 2004). C'est dans l'est du pays que le chevauchement de la consommation de drogues injectables et du VIH est le plus évident. A Keleantan, on estimait la prévalence du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables à 41% en 2002, et à Johore et Terengga, elle était de 31% et 28%, respectivement (Ministère de la Santé, Malaisie, et OMS, 2004). Plus récemment, on a relevé une baisse de la prévalence du VIH parmi les consommateurs testés dans 27 centres de traitement de la toxicodépendance et 33 prisons, mais cette 'tendance' pourrait être due à la grande augmentation du nombre des tests effectués parmi les consommateurs de drogues et consommateurs de drogues injectables (19 500 ont été testés en 2000, mais 50 350 en 2002) (Ministère de la Santé, Malaisie, et OMS, 2004).

La proportion croissante de cas de VIH attribués à la transmission sexuelle (17% en 2002 par rapport à 7% en 1995) montre que le virus se répand dans la population générale. Parmi les professionnel(le)s du sexe dans certains quartiers de Kuala Lumpur, par exemple, une prévalence du VIH atteignant 10% a été relevée (Ministère de la Santé, Malaisie, et OMS, 2004). D'autre part, une baisse du nombre de cas de syphilis et de blennorragie depuis la fin des années 1990 suggère que la prise de risque sexuel pourrait être moins répandue qu'on ne le craignait.

## Consommateurs de drogues injectables et rapports sexuels rémunérés

Une épidémie hétérosexuelle pourrait bien s'établir dans les pays où le commerce du sexe est courant et où l'épidémie s'installe parmi les professionnel(le)s du sexe, dont un grand nombre s'injectent des drogues. Elle pourrait aussi se produire lorsque de nombreux consommateurs de drogues injectables ont des rapports sexuels avec des professionnel(le)s du sexe. D'autres clients transmettront alors le virus à d'autres professionnel(le)s du sexe et à leurs amies et épouses, élargissant considérablement les réseaux de transmission du VIH.

L'association consommation de drogues et commerce du sexe est souvent fatale. A Hô Chi Minh-Ville, **Viet Nam**, une étude a révélé que la moitié environ des professionnel(le)s du sexe qui s'injectent des drogues sont infecté(e)s par le VIH, par rapport à 8% seulement de ceux et celles qui n'en utilisent pas. Si l'on considère que 38% des professionnel(le)s du sexe ayant participé à cette étude consommaient des drogues





Ville avaient deux fois moins de chances d'utiliser des préservatifs que ceux et celles qui n'utilisaient pas de drogues. Inversement, moins de 50% des consommateurs de drogues injectables utilisaient systématiquement des préservatifs avec les professionnel(le)s du sexe (USAID et al., 2001). En conséquence, la prévalence moyenne du VIH parmi les professionnel(le)s du sexe à l'échelle nationale est d'environ 16%, et les taux d'infection sont même plus élevés dans les villes de Haiphong, Hô Chi Minh-Ville, Hanoi et Can Tho (Ministère de la Santé, Viet Nam, 2005). En outre, une enquête à Hô Chi Minh-Ville en 2003 a trouvé une prévalence du VIH de 8% parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes.

suggèrent que le pays pourrait être au bord de graves épidémies de VIH (Ministère de la Santé, Pakistan, et al., 2005).

Une épidémie majeure a déjà été détectée parmi les consommateurs de drogues injectables à Karachi, dont 23% se sont révélés infectés par le VIH en 2004 (Ministère de la Santé, Pakistan, 2005). Testée à peine sept mois plus tôt, la même communauté ne comptait qu'un seul cas de séropositivité au VIH (Altaf et al., 2004). Il est peu probable que cette épidémie se limite longtemps à Karachi. Un grand nombre de ces consommateurs de drogues injectables se déplacent de ville en ville (21% des consommateurs de Karachi

*Des programmes ciblés de prévention sont nécessaires d'urgence pour limiter la transmission du VIH au sein de ces réseaux croisés de comportements à risque, et au-delà.*

Une épidémie beaucoup plus importante pourrait être imminente, en particulier à Hô Chi Minh-Ville (qui compte environ un quart de toutes les infections à VIH dans le pays et où la prévalence du VIH chez l'adulte était estimée à 1,2% en 2003), ainsi que dans les villes côtières du nord, Quang Ninh et Haiphong (où environ 1,1% des adultes pourraient être infectés par le VIH) (Ministère de la Santé, Viet Nam, 2005). Des programmes visant à réduire l'utilisation des seringues non stériles et la prise de risque sexuel parmi les consommateurs de drogues injectables sont essentiels, tout comme les stratégies destinées à réduire la transmission du VIH entre les professionnelles du sexe, leurs clients et leurs autres partenaires sexuels. Les actions punitives visant à combattre les 'fléaux sociaux' tendent à repousser les consommateurs de drogues injectables et les professionnelles du sexe hors de portée des programmes de proximité et peuvent, par mégarde, renforcer les comportements à risque (Hien et al., 2004a). L'épidémie au Viet Nam a atteint le stade où tout retard pourrait entraîner la perte de milliers de vies humaines. Dans le même temps, le système de santé du pays devra se préparer à faire face à quelque 5000 à 10 000 nouveaux cas de SIDA chaque année dans l'avenir (Ministère de la Santé, Viet Nam, et al., 2003).

L'association entre hauts niveaux de comportements à risque et manque de connaissances concernant le SIDA parmi les consommateurs de drogues injectables et les professionnel(le)s du sexe au **Pakistan** favorise la propagation rapide du VIH et de nouvelles données

s'étaient aussi injecté des drogues dans d'autres villes) et une très forte proportion d'entre eux utilisent du matériel d'injection non stérile (48% à Karachi l'avaient fait dans la semaine précédant l'enquête). Les comportements à risque à Lahore sont encore plus élevés : 82% des consommateurs de drogues injectables avaient utilisé des seringues non stériles durant la semaine écoulée, 35% le faisaient tout le temps et 51% s'étaient injectés dans une autre ville au cours de l'année précédente (Ministère de la Santé, Pakistan, et al., 2005). Une épidémie de VIH parmi les consommateurs de drogues injectables a été signalée en 2004 dans la province pakistanaise du Sindh, dans la ville de Larkana où près de 10% des consommateurs de drogues injectables se sont révélés séropositifs au VIH (Shah et al., 2004). Les connaissances concernant le VIH parmi les consommateurs de drogues injectables (et les professionnel(le)s du sexe) sont extrêmement limitées. A Karachi, plus d'un quart n'avaient jamais entendu parler du SIDA et un pourcentage équivalent ne savaient pas que l'utilisation de matériel d'injection non stérile pourrait entraîner une infection par le VIH (Ministère de la Santé, Pakistan, et al., 2005).

Dans le même temps, à Karachi, principale ville commerciale du Pakistan, une professionnelle du sexe sur cinq ne sait pas reconnaître un préservatif et trois quarts d'entre elles ignorent que les préservatifs protègent du VIH (en fait, un tiers n'a jamais entendu parler du SIDA). Il n'est donc pas surprenant que 2% seulement des professionnelles du sexe déclaraient



avoir utilisé des préservatifs avec tous leurs clients au cours de la semaine précédente (MAP, 2005b). En plus du manque de connaissances et de la faible utilisation des préservatifs, on note une grande interaction sexuelle entre les consommateurs de drogues injectables et les professionnelles du sexe. Plus de 20% des professionnelles du sexe à Karachi et Lahore avaient vendu leurs services à des consommateurs de drogues injectables et l'utilisation du préservatif était très limitée lors de ces rencontres. Parmi les consommateurs de drogues injectables de Lahore, près de la moitié avaient eu des rapports sexuels avec un(e) partenaire régulier(ère) au cours de l'année écoulée, un tiers avaient payé pour des rapports sexuels avec une femme (11% ont utilisé systématiquement un préservatif) et près d'un quart avaient payé pour des rapports sexuels avec un homme (5% d'utilisation systématique du préservatif) (Ministère de la Santé, Pakistan, et al., 2005). Les professionnels masculins du sexe échangent également des rapports sexuels avec des consommateurs de drogues injectables, dont 20% indiquent avoir payé pour des rapports sexuels anaux au cours de l'année écoulée (et 3% seulement d'entre eux utilisent systématiquement un préservatif). En conséquence, les taux d'infections sexuellement transmissibles sont élevés : à Karachi, 18% des consommateurs de drogues injectables se sont révélés être infectés par la syphilis, tout comme 36% des professionnels masculins du sexe et 60% des Hijras ou personnes transsexuelles (Ministère de la Santé, Pakistan, et al., 2005).

Etant donné l'importance du chevauchement des pratiques à haut risque, des épidémies de VIH de gravité croissante sont plus que probables au Pakistan. Des programmes ciblés de prévention sont nécessaires d'urgence pour limiter la transmission du VIH au sein de ces réseaux croisés de comportements à risque, et au-delà.

En **Malaisie**, également, on observe des éléments qui pourraient provoquer une émergence soudaine de l'épidémie. Quelque 52 000 personnes vivaient avec le VIH en 2004, dont la vaste majorité étaient des hommes jeunes (entre 20 et 29 ans), et trois quarts d'entre eux étaient des consommateurs de drogues injectables (Ministère de la Santé, Malaisie, et OMS, 2004). C'est dans l'est du pays que le chevauchement de la consommation de drogues injectables et du VIH est le plus évident. A Keleantan, on estimait la prévalence du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables à 41% en 2002, et à Johore et Terengga, elle était de 31% et 28%, respectivement (Ministère de la Santé, Malaisie, et OMS, 2004). Plus récemment, on a relevé une baisse de la prévalence du VIH parmi les consommateurs testés dans 27 centres de traitement de la toxicodépendance et 33 prisons, mais cette 'tendance' pourrait être due à la grande augmentation du nombre des tests effectués parmi les consommateurs de drogues et consommateurs de drogues injectables (19 500 ont été testés en 2000, mais 50 350 en 2002) (Ministère de la Santé, Malaisie, et OMS, 2004).

La proportion croissante de cas de VIH attribués à la transmission sexuelle (17% en 2002 par rapport à 7% en 1995) montre que le virus se répand dans la population générale. Parmi les professionnel(le)s du sexe dans certains quartiers de Kuala Lumpur, par exemple, une prévalence du VIH atteignant 10% a été relevée (Ministère de la Santé, Malaisie, et OMS, 2004). D'autre part, une baisse du nombre de cas de syphilis et de blennorragie depuis la fin des années 1990 suggère que la prise de risque sexuel pourrait être moins répandue qu'on ne le craignait.

## Consommateurs de drogues injectables et rapports sexuels rémunérés

Une épidémie hétérosexuelle pourrait bien s'établir dans les pays où le commerce du sexe est courant et où l'épidémie s'installe parmi les professionnel(le)s du sexe, dont un grand nombre s'injectent des drogues. Elle pourrait aussi se produire lorsque de nombreux consommateurs de drogues injectables ont des rapports sexuels avec des professionnel(le)s du sexe. D'autres clients transmettront alors le virus à d'autres professionnel(le)s du sexe et à leurs amies et épouses, élargissant considérablement les réseaux de transmission du VIH.

L'association consommation de drogues et commerce du sexe est souvent fatale. A Hô Chi Minh-Ville, **Viet Nam**, une étude a révélé que la moitié environ des professionnel(le)s du sexe qui s'injectent des drogues sont infecté(e)s par le VIH, par rapport à 8% seulement de ceux et celles qui n'en utilisent pas. Si l'on considère que 38% des professionnel(le)s du sexe ayant participé à cette étude consommaient des drogues





injectables, l'ampleur du problème dans cette ville est manifeste. De plus, une autre étude à grande échelle indique que les professionnel(le)s du sexe qui consomment des drogues avaient moitié moins de chances d'utiliser des préservatifs que ceux et celles qui n'en consommaient pas. Les professionnel(le)s du sexe travaillant dans la rue qui s'injectaient des drogues (et partageaient leur matériel d'injection non stérile) n'avaient plus qu'une probabilité d'un sixième d'utiliser des préservatifs par rapport à leurs homologues ne consommant pas. En d'autres termes, les professionnel(le)s du sexe les plus exposé(e)s au risque de VIH étaient aussi ceux et celles qui avaient le moins de chances d'utiliser régulièrement des préservatifs.

En général, même lorsque la proportion globale de professionnel(le)s du sexe qui s'injectent des drogues est faible, la proportion des consommatrices de drogues injectables qui pratiquent des rapports sexuels rémunérés tend à être élevée. Dans la province du Sichuan, en **Chine**, par exemple, 47% des consommatrices de drogues injectables participant à la surveillance comportementale disaient avoir échangé des rapports sexuels pour de l'argent ou de la drogue au cours du mois précédent. L'utilisation du préservatif est semble-t-il élevée dans le commerce du sexe (environ 60%), mais elle n'était que de 17% avec les partenaires réguliers. Dans la province voisine du Yunnan, qui connaît une épidémie de VIH implantée de longue date parmi les consommateurs de drogues injectables, 21% des consommatrices de drogues injectables pratiquaient le sexe rémunéré (et 88% affirmaient avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client).

D'autre part, les consommateurs de drogues injectables qui achètent des rapports sexuels et sont infectés par le VIH risquent de transmettre le VIH aux professionnel(le)s du sexe, qui peuvent alors le passer à d'autres clients, à moins d'utiliser systématiquement des préservatifs. Comme le montre la Figure 13 ci-dessous, à l'exception de la Thaïlande, les consommateurs de drogues injectables ont tendance à éviter les préservatifs lorsqu'ils achètent des rapports sexuels. A de nombreux endroits, les consommateurs de drogues injectables notifiaient des niveaux encore plus élevés de partenariats réguliers et occasionnels et, en règle générale, l'utilisation du préservatif dans ces relations était encore plus faible que dans le commerce du sexe. Dans la ville indienne de Chennai, par exemple, jusqu'à 46% des consommateurs de drogues injectables étaient mariés ou vivaient avec un(e) partenaire. Ce qui a probablement contribué au fait que Chennai compte aussi des taux parmi les plus élevés de prévalence du VIH chez les femmes enceintes en Inde.

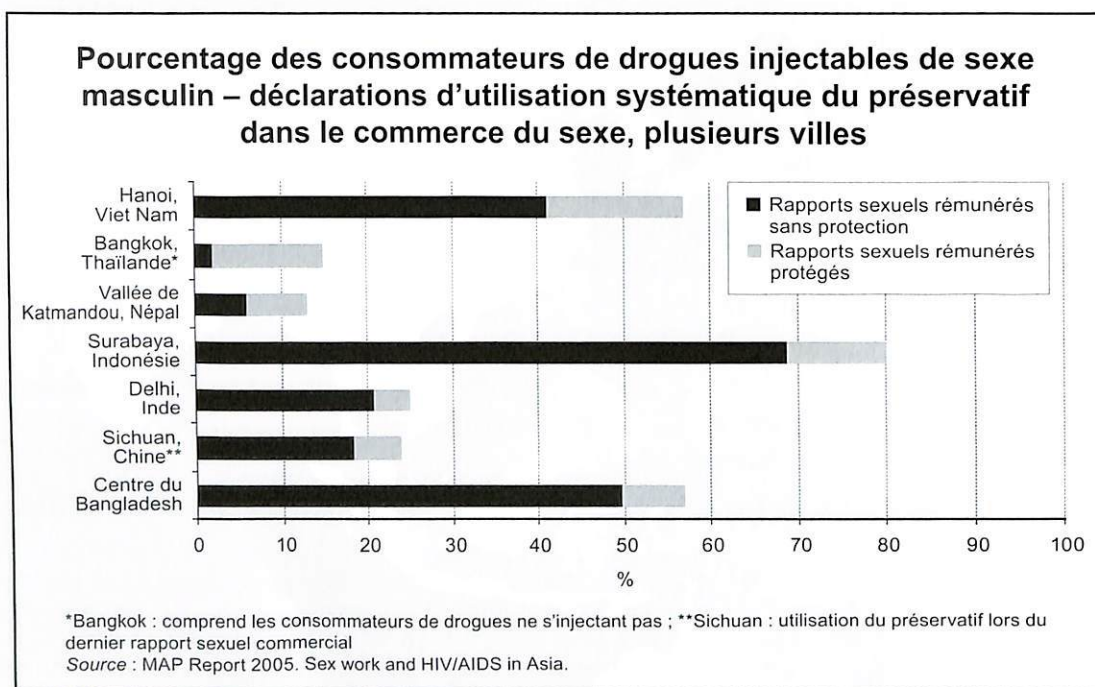


Figure 13



## LA RÉALITÉ AUJOURD'HUI

Une minorité des hommes en Asie fréquentent des professionnel(le)s du sexe. Dans une enquête réalisée avec plus de 1200 hommes dans des structures sanitaires des **Philippines**, à peine 6% des hommes adultes ont déclaré avoir payé pour des rapports sexuels au cours des six mois écoulés, alors qu'au **Myanmar** 7% d'un groupe de plus de 3500 hommes ont déclaré avoir payé pour des rapports sexuels au cours de l'année précédente. Au centre de la **Thaïlande** cette proportion atteignait 16%. Cela dit, dans de nombreux pays asiatiques, un assez grand nombre de personnes achètent et vendent des rapports sexuels – et le font suffisamment souvent – pour faire du commerce du sexe un facteur important des épidémies de la région. Le Cambodge et la Thaïlande sont des exemples de pays où les graves épidémies de VIH des années 1990 étaient concentrées dans l'industrie du sexe. Les efforts entrepris alors par les deux pays ont permis de maîtriser ces épidémies. Au début des années 2000, le nombre d'hommes visitant des professionnel(le)s

de comportements ont probablement contribué à l'apparition de ces tendances de l'incidence (voir *Le Point sur l'épidémie de SIDA 2004*). Ces nouveaux comportements devront se maintenir. De récentes enquêtes comportementales indiquent que le nombre d'hommes visitant actuellement des professionnel(le)s du sexe est en hausse. En 2001, environ 22–26% des chauffeurs de motos-taxis et du personnel de la police et de l'armée déclaraient avoir payé pour des rapports sexuels au cours des trois mois écoulés ; deux ans plus tard, plus de 35% l'affirmaient. Heureusement, l'utilisation du préservatif est très répandue – 80% ou davantage des clients affirmaient en 2003 avoir utilisé systématiquement des préservatifs dans le cadre du commerce du sexe au cours des trois mois précédents, comme l'affirmaient les professionnel(le)s du sexe. Parmi ces dernier(ère)s, les niveaux d'utilisation du préservatif sont en hausse régulière depuis la fin des années 1990 (National Center for HIV/AIDS, Dermatology and STIs, 2004). En parallèle, le niveau des nouvelles infections parmi les femmes enceintes à l'échelle nationale semble s'être stabilisé ces dernières

*Ces dernières années, les efforts de prévention ont été intensifiés, mais le VIH se répand largement dans les populations moins exposées au risque.*

du sexe avait baissé et l'utilisation du préservatif dans ce cadre était élevée. La prévalence du VIH parmi les clients des professionnel(le)s du sexe a considérablement chuté, réduisant ainsi beaucoup le risque que les professionnel(le)s du sexe eux(elles)-mêmes, leurs clients et les épouses, autres amies et enfants de leurs clients ne contractent une infection à VIH (MAP, 2004b).

Après avoir atteint un pic de 3% en 1997, la prévalence nationale du VIH chez l'adulte au **Cambodge** a chuté d'un tiers, à 1,9% en 2003 (National Center for HIV/AIDS, Dermatology and STIs, 2004). Il y a deux raisons à cela : une augmentation de la mortalité et un déclin de l'incidence du VIH qui, selon des estimations récentes, est tombée en flèche entre 1994 et 1998, avant de se stabiliser. Un examen plus détaillé de l'incidence du VIH parmi les professionnel(le)s du sexe montre que le taux des nouvelles infections parmi les professionnel(le)s du sexe travaillant dans des maisons closes ou non a baissé de moitié entre 1999 et 2002, et que la prévalence du VIH parmi ceux et celles travaillant en maison a chuté de 43% en 1998 à 21% en 2003 (Saphonn et al., 2005 ; National Center for HIV/AIDS, Dermatology and STIs, 2004). Les changements

années. Une anomalie toutefois est préoccupante. A l'ouest du Cambodge (à la frontière avec la Thaïlande), l'incidence du VIH parmi les femmes enceintes a considérablement augmenté (passant de 0,35% à 1,48% entre 1999 et 2002) ; c'est aussi la seule région du pays où l'incidence du VIH parmi les professionnel(le)s du sexe n'a pas baissé (Saphonn et al., 2005). De forts taux de migration intérieure pourraient être l'un des facteurs à l'origine de cette tendance.

On a largement salué la **Thaïlande** pour la réussite de sa riposte au SIDA. En 2003, la prévalence nationale estimée du VIH chez l'adulte était tombée au niveau le plus bas jamais atteint, environ 1,5% (ONUSIDA, 2004).

Pourtant, l'épidémie de la Thaïlande est loin d'être terminée. Le fait que les niveaux d'infection parmi les populations les plus exposées au risque soient beaucoup plus élevés nous rappelle que les succès doivent être activement entretenus. Un peu plus de 10% des professionnelles du sexe travaillant en maison close étaient infectées en 2003, comme l'étaient 45% des consommateurs de drogues injectables fréquentant les centres de traitement.



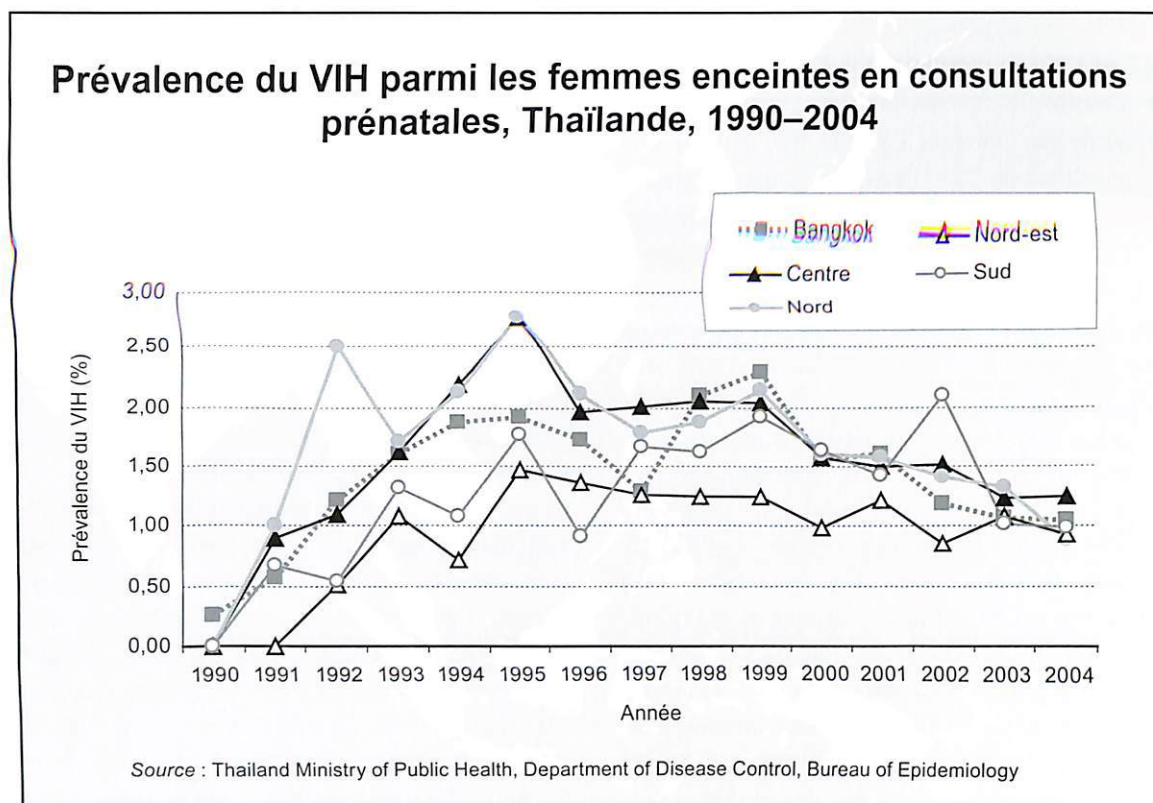


Figure 14

Certains signes suggèrent que les efforts de prévention du pays pourraient être en déclin ou leur efficacité et leur pertinence compromises. Parmi les hommes du nord de la Thaïlande qui déclarent payer pour des rapports sexuels, 55% seulement indiquent utiliser des préservatifs à chaque occasion (Lertpiriyasuwat et al., 2003). Chez les jeunes hommes de la même région, les taux d'utilisation du préservatif étaient même plus bas : moins d'un tiers de ceux qui achètent des rapports sexuels disent utiliser toujours des préservatifs. Une autre étude dans quatre villes (dont Bangkok et Chiang Mai) a révélé que les professionnel(le)s du sexe déclarent n'utiliser des préservatifs que 51% du temps et principalement avec des étrangers – une sérieuse différence par rapport au niveau remarquable de 96% observé lors d'une étude à Bangkok en 2000. Seul un client thaïlandais sur quatre environ avait de fortes chances d'utiliser un préservatif (Buckingham et Meister, 2003 ; PNUD, 2004).

Pour la Thaïlande, l'enjeu consiste maintenant à revitaliser ses stratégies de prévention et les adapter à l'évolution récente de l'épidémie. Il faudra pour cela revoir les campagnes en faveur de la sexualité sans risque dans un contexte où les caractéristiques du commerce du sexe ont changé. On note une augmentation massive du nombre d'établissements offrant 'indirectement' des services sexuels, tels que les salons de massages (qui ont passé d'environ 8000 en 1998 à 12 200 en 2003). Rien qu'à Bangkok en 2003, on estimait à 34 000 le

nombre de femmes pratiquant le commerce du sexe dans ces établissements qui ne sont pas vraiment des maisons closes. Il est difficile de réglementer ces formes de commerce du sexe en appliquant l'approche du Programme d'utilisation systématique du préservatif ; des programmes de proximité s'appuyant sur les connaissances et la solidarité probable des professionnel(le)s du sexe permettraient de mieux approcher cette population (PNUD, 2004).

L'épidémie en Thaïlande est plus variée qu'elle ne l'était il y a 10 ans. Les clients masculins des professionnel(le)s du sexe infectent leurs épouses et leurs amies, avec pour effet que la moitié au moins des nouvelles infections à VIH chaque année se produisent chez des couples mariés ou dans des relations de longue durée, situations dans lesquelles l'utilisation du préservatif a tendance à être très faible (Thai Working Group on HIV/AIDS Projections, 2001). Généralement, tout laisse penser qu'un nombre accru de jeunes Thaïlandais, et en particulier des femmes, ont des rapports sexuels avant le mariage. Dans ce groupe également, l'utilisation du préservatif n'est pas la norme ; à peine 20% à 30% des jeunes sexuellement actifs utilisent systématiquement des préservatifs (Punpanich et al., 2004 ; PNUD, 2004).

Les rapports sexuels entre hommes sont une autre facette, souvent occultée, de l'épidémie en Thaïlande. Une récente étude à Bangkok a montré que 17% des



hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes étaient séropositifs au VIH et que près d'un quart d'entre eux avaient également eu des rapports sexuels avec des femmes au cours des six mois écoulés (Van Griensven et al., 2005).

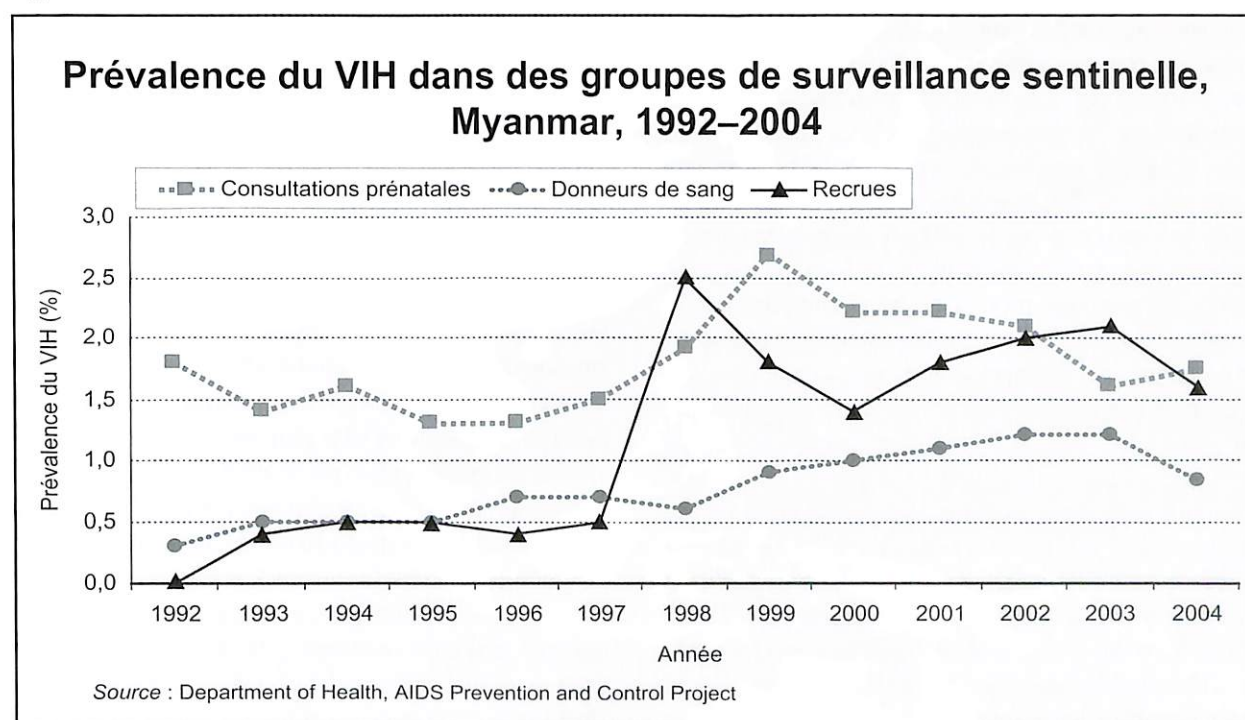
Le rôle de la consommation de drogues injectables est l'une des dimensions oubliées de l'épidémie en Thaïlande. En comparant la prévalence du VIH chez les consommateurs de drogues avec celle des professionnel(le)s du sexe, on observe deux tendances. Le pourcentage de professionnel(le)s du sexe vivant avec le VIH a considérablement baissé après 1995. Mais parmi les consommateurs de drogues injectables, c'est l'inverse qui s'est produit. La prévalence du VIH dans ce groupe a augmenté dans toutes les régions du pays pour atteindre 61% dans la Région du Nord (en 2000) et 45% ou davantage à Bangkok, et dans les Régions du Centre et du Sud en 2003 (Poshyachinda, 2005). On estime que jusqu'à une nouvelle infection à VIH sur cinq contractées jusqu'ici au cours de la présente décennie était due à des pratiques d'injection dangereuses (Thai Working Group on HIV/AIDS Projections, 2001). Pourtant, seule une petite proportion des efforts de prévention de la Thaïlande portent sur ce domaine.

Comme on l'a déjà relevé en Indonésie, la détention semble constituer un important facteur de risque d'infection à VIH parmi les consommateurs de drogues

injectables en **Thaïlande**. Dans le nord du pays, plus d'un quart (27%) des consommateurs de drogues injectables disaient avoir été détenus, avant même les actions spéciales menées par le gouvernement pour tenter de mettre fin au trafic et à la consommation des stupéfiants (MAP, 2005a). Parmi leurs homologues qui n'avaient jamais fait de prison, la prévalence du VIH était de 20%, alors que chez ceux qui avaient été détenus et déclaraient s'être injecté des drogues en prison, la prévalence du VIH était de 49%. Ces données suggèrent qu'un grand nombre de consommateurs ont probablement été infectés en détention. Une autre étude thaïlandaise a montré que l'utilisation de seringues non stériles dans les cellules de garde à vue de la police avant l'entrée en prison doublait la probabilité d'infection à VIH (Buavirat et al., 2003).

Alors que le Cambodge et la Thaïlande des années 1990 préparaient et mettaient en place des stratégies pour ralentir la propagation du VIH, une autre épidémie grave gagnait du terrain au **Myanmar** voisin. Là, des efforts de prévention limités ont laissé le VIH se propager sans frein – d'abord dans les groupes les plus exposés au risque puis au-delà. En conséquence, le Myanmar connaît une des plus graves épidémies de SIDA de la région, avec une prévalence du VIH chez les femmes enceintes estimée à 1,8% en 2004 (Département de la Santé, Myanmar, 2004). Le principal risque d'infection à VIH pour un grand nombre de femmes

Figure 15





vivant maintenant avec le virus a été d'avoir des rapports sexuels non protégés avec leur mari ou leur ami qui avaient été infectés en s'injectant des drogues ou en ayant des rapports sexuels payés. Des niveaux de prévalence du VIH systématiquement élevés parmi les professionnel(le)s du sexe ont amplifié l'épidémie au Myanmar. Lors d'un dépistage, un(e) professionnel(le) du sexe sur quatre (27%) s'est révélé(e) séropositif(ve) au VIH en 2004, et la prévalence dans ce groupe de professionnel(le)s du sexe n'est pas passée sous la barre des 25% depuis 1997. Des niveaux très élevés d'infection à VIH ont été observés parmi les consommateurs de drogues injectables : en 2004, 60% des consommateurs de drogues injectables de Lashio

de prévention (et instaurer notamment un programme complet à l'intention des consommateurs de drogues injectables).

En 2004, la médiane de la prévalence du VIH à l'échelle nationale parmi les femmes en consultations prénatales était de 1,5% (allant de 0% à Bago à 5% à Muse). La prévalence est demeurée assez constante ces cinq dernières années dans la plupart des zones urbaines, mais on a noté une baisse manifeste parmi les jeunes de 15 à 19 ans. Parmi les recrues, la prévalence du VIH, qui se situait entre 1,4% et 2,5% depuis 1998, a été mesurée à 1,6% au début de 2004 (Département de la Santé, Myanmar, 2004).

*Les pays de la région doivent tenir compte de l'exemple des pays qui ont choisi de fournir des services de prévention complets et à grande échelle aux personnes qui en ont le plus besoin.*

ont été testés positifs au VIH, tout comme 47% à Myitkyeena et 25% et 30%, respectivement, dans les grandes villes du pays que sont Yangon et Mandalay. A l'échelle nationale, la prévalence du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables était de 34% en 2004, en baisse par rapport à 2001 (Département de la Santé, Myanmar, 2004 et 2005).

Ces dernières années, les efforts de prévention ont été intensifiés, mais le VIH se répand largement dans les populations moins exposées au risque. Dans huit sites sentinelles (sur 29), la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes a dépassé 3%, et parmi les hommes en consultation pour des infections sexuellement transmissibles, elle a dépassé 5% dans le même nombre de sites en 2003, alors que 1,4% et 1,8% des nouvelles recrues de l'armée se révélaient infectées par le VIH à Yangon et Mandalay, respectivement (Département de la Santé, Myanmar, 2004). Bien qu'une proportion importante des jeunes hommes fréquentent les professionnel(le)s du sexe, on manque de données nationales concernant les taux d'utilisation du préservatif dans le commerce du sexe. Le peu d'information comportementale dont on dispose actuellement suggère un tableau ambigu ; cependant, certains signes suggèrent que le programme d'utilisation systématique du préservatif lancé en 2001 (qui aurait touché 58 municipalités d'ici à 2004) pourrait montrer quelques progrès (Thwe, 2004). Si le Myanmar souhaite maîtriser une épidémie de SIDA qui compte déjà parmi les plus graves de la région, il lui faudra renforcer sérieusement ses efforts

La plupart des pays d'Asie ont encore une chance d'éviter des épidémies majeures. Le **Bangladesh**, dont la prévalence nationale du VIH chez l'adulte se situe bien au-dessous de 1%, a lancé des programmes de prévention du VIH dès le début de son épidémie. Grâce notamment à des actions de prévention ciblées, la prévalence du VIH chez les professionnelles du sexe est restée faible (0,2–1,5% dans divers sites sentinelles) et la prévalence des autres infections sexuellement transmissibles est passée de plus de 30% en 1999 à moins de 10% en 2002 (Ministère de la Santé et du Bien-être de la Famille, Bangladesh, 2004). Cependant, pour éviter une accélération de la transmission du VIH, il faudra renforcer la qualité et la couverture de ces interventions. Les professionnel(le)s du sexe du Bangladesh ont un taux de renouvellement des clients plus élevé que n'importe quel autre pays d'Asie du Sud et l'utilisation systématique du préservatif dans le commerce du sexe est rare (selon les régions, de 0% à 12% des professionnel(le)s du sexe déclarent utiliser des préservatifs avec de nouveaux clients). De plus, des pratiques dangereuses d'injection de drogues ont fait doubler les niveaux d'infection à VIH chez les consommateurs de 1,7% à 4% entre 2000-2001 et 2002-2003. Etant donné que la moitié au moins des consommateurs de drogues injectables dans trois régions déclarent avoir utilisé du matériel non stérile lors de leur dernière injection, ces tendances pourraient persister. De fait, dans un quartier de la capitale, Dhaka, 9% des consommateurs de drogues injectables ont été testés positifs au VIH en 2003-2004 (la prévalence étant de 4% sur l'ensemble



des consommateurs de drogues injectables de la ville) (Ministère de la Santé et du Bien-être de la Famille, 2004). Une grande proportion des consommateurs de drogues injectables (jusqu'à un sur cinq dans certaines régions) déclarent payer pour des rapports sexuels et, parmi eux, moins d'un sur dix avait utilisé systématiquement un préservatif pour des rapports rémunérés au cours de l'année écoulée (Ministère de la Santé et du Bien-être de la Famille, 2004).

Dans le même temps aux **Philippines**, la prévalence nationale du VIH chez l'adulte est restée faible, même dans les populations exposées au risque (Mateo et al., 2004). Toutefois, certains signes suggèrent que cela pourrait changer. L'utilisation du préservatif dans le commerce du sexe est rare (en particulier parmi les professionnel(le)s du sexe ne travaillant pas en maison close), la prévalence des infections sexuellement transmissibles est en hausse et on a relevé des taux élevés d'utilisation de matériel non stérile chez les consommateurs de drogues injectables dans certaines régions (77% à Cebu) (Mateo et al., 2004 ; Wi et al., 2002 ; Département de la Santé, Philippines, 2003). Il est probable qu'un système solide de dépistage systématique des infections sexuellement transmissibles, ainsi que d'autres services de prévention du VIH à l'intention des professionnel(le)s du sexe, aient contribué à maintenir de faibles niveaux dans ce groupe (MAP, 2005b). Pourtant, il reste des lacunes dans la riposte du pays. L'information et l'éducation concernant le SIDA doivent être renforcées ; selon une grande enquête effectuée en 2003, plus de 90% des personnes interrogées pensaient encore que le VIH pouvait être transmis si l'on partage un repas avec une personne séropositive au VIH.

Une situation analogue existe en **République démocratique populaire lao**, où deux tiers environ des cas de VIH se sont produits dans deux régions (la capitale, Vientiane, et Savannakhet). La prévalence globale du VIH est encore faible, mais on note quelques signaux alarmants. Parmi les femmes travaillant dans des établissements qui fournissent aussi des services sexuels, la prévalence de la blennorragie est élevée (13–14%) et, à Vientiane et Savannakhet, environ 1% des femmes se sont révélées séropositives au VIH (Phimphachanh et Sayabounthavong, 2004). A Vientiane, une récente étude comportementale indique que les jeunes hommes sont devenus sexuellement plus actifs ces dernières années. Environ 60% d'entre eux avaient eu plus de deux partenaires féminines au cours des six premiers mois de 2004, près de 10% avaient eu un partenaire masculin ou davantage et plus de

30% avaient payé pour des rapports sexuels au moins une fois (Toole et al., 2005). La plupart des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes en ont également avec des femmes. Ces résultats soulignent la nécessité d'une stratégie globale de prévention du VIH comprenant des services améliorés de traitement des infections sexuellement transmissibles.

Au **Japon**, le nombre de cas de VIH notifiés chaque année a plus que doublé depuis 1994-1995 pour atteindre 780 en 2004 – chiffre le plus élevé à ce jour. Un bonne part de cette tendance est due à l'augmentation des infections parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes. Les rapports entre hommes ont représenté 60% des nouveaux cas de VIH en 2004. Un tiers environ de tous les cas de cette année-là se sont produits parmi des jeunes de moins de 30 ans, ce qui semble confirmer de précédentes déclarations faisant état d'une augmentation de l'activité sexuelle et des rapports sexuels sans protection parmi les jeunes hommes et femmes (Ono-Kihara et al., 2001 ; Nemoto, 2004).

## IL N'Y A PAS DE TEMPS À PERDRE

Les pays de la région doivent tenir compte de l'exemple des pays qui ont choisi de fournir des services de prévention complets et à grande échelle aux personnes qui en ont le plus besoin. Dans tous ces cas, les programmes étaient axés sur les comportements et les situations provoquant le plus grand nombre de nouvelles infections. Cela signifie que les professionnel(le)s du sexe et leurs clients doivent savoir comment se protéger du VIH, les clients doivent avoir facilement accès aux préservatifs et il faudrait toujours exiger qu'ils les utilisent. Les professionnel(le)s du sexe doivent pouvoir accéder régulièrement à de bons services de traitement des infections sexuellement transmissibles. Les consommateurs de drogues injectables doivent pouvoir mieux intégrer des services de réduction des risques et de traitement de la toxicodépendance, et les programmes doivent s'attaquer aux liens existant entre la consommation de drogues injectables et le commerce du sexe. Enfin le contexte politique, juridique et institutionnel doit soutenir la prestation de services appropriés de prévention du VIH à ceux qui sont le plus exposés au risque d'infection.

Les épidémies de SIDA sont actuellement en mutation dans plusieurs pays asiatiques – dont ceux qui sont parvenus à endiguer des épidémies précédentes de VIH. Parmi ces derniers, le **Cambodge** et la **Thaïlande**, par exemple, doivent s'attaquer avec plus de détermination



à leurs épidémies en évolution. Pour cela, il faudra concevoir et exécuter des programmes susceptibles de limiter la transmission du VIH parmi les groupes à risque (par exemple les consommateurs de drogues injectables, les professionnel(le)s du sexe, y compris ceux et celles qui ne travaillent pas en maison close, ainsi que les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes) qui n'ont pas jusqu'ici figuré au cœur des ripostes de nombreux pays.

Pour l'**Indonésie** et le **Pakistan**, il n'y a pas une minute à perdre. Ces deux pays doivent d'urgence élargir leurs ripostes s'ils veulent éviter de graves épidémies de VIH. Les épidémies déjà anciennes dans plusieurs autres pays comportent un autre enjeu de taille : la fourniture

de traitements et de prise en charge aux milliers de personnes qui sont infectées. En 2005, on estime que 1,1 million de personnes ont besoin d'un traitement antirétroviral en Asie, deuxième chiffre le plus élevé dans le monde. La distribution de traitements s'est considérablement accrue depuis le début de 2004 – multipliée pratiquement par trois, de 55 000 à 155 000 au milieu de 2005. Une bonne part de cette dynamique est due aux gros efforts déployés par la **Thaïlande** (où plus de la moitié des personnes qui ont besoin d'un traitement en bénéficiaient) et la **Chine**. Il reste un défi colossal : quelque 85% des personnes en attente d'un traitement n'en bénéficiaient toujours pas au milieu de 2005 (ONUSIDA/OMS, 2005).

# EUROPE ORIENTALE ET ASIE CENTRALE

## Statistiques et caractéristiques du VIH et du SIDA, en 2003 et 2005

|      | Adultes et enfants vivant avec le VIH | Nombre de femmes vivant avec le VIH | Nouvelles infections à VIH, adultes et enfants | Prévalence chez l'adulte % | Décès dus au SIDA, adultes et enfants |
|------|---------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------|---------------------------------------|
| 2005 | 1,6 million<br>[990 000–2,3 millions] | 440 000<br>[300 000–620 000]        | 270 000<br>[140 000–610 000]                   | 0,9<br>[0,6–1,3]           | 62 000<br>[39 000–91 000]             |
| 2003 | 1,2 million<br>[740 000–1,8 million]  | 310 000<br>[210 000–430 000]        | 270 000<br>[120 000–680 000]                   | 0,7<br>[0,4–1,0]           | 36 000<br>[24 000–52 000]             |

Les épidémies en Europe orientale et en Asie centrale continuent à augmenter et affectent des secteurs de plus en plus importants de la population dans cette région. Le nombre de personnes vivant avec le VIH dans la région a atteint en 2005 un chiffre estimé à 1,6 million [990 000–2,3 millions] – une multiplication par 20 en moins d'une décennie. Le SIDA a tué deux fois plus en 2005 qu'en 2003, soit un total estimé à 62 000 adultes et enfants [39 000–91 000]. Au cours de l'année écoulée, environ 270 000 personnes [140 000–610 000] ont été nouvellement infectées par le VIH. La grande majorité des personnes vivant avec le VIH dans la région sont jeunes : 75% des infections signalées entre 2000 et 2004 intéressent des sujets de moins de 30 ans – en Europe occidentale, le chiffre correspondant est de 33% (EuroHIV, 2005).

Les schémas épidémiques sont en mutation dans plusieurs pays, et les cas d'infection à VIH transmis par voie sexuelle représentent une part croissante des diagnostics nouvellement posés. En 2004, les rapports sexuels non protégés ont causé 30%, voire plus, de tous les nouveaux diagnostics d'infection à VIH signalés pour le **Kazakhstan** et l'**Ukraine**, et 45%, voire plus, au **Bélarus** et en **République de Moldova** (EuroHIV, 2005). Le nombre de femmes atteintes va toujours croissant et beaucoup sont infectées par des partenaires qui ont contracté le VIH en s'injectant des drogues.

Deux pays, la **Fédération de Russie** et l'**Ukraine**, regroupent l'essentiel des personnes vivant avec le

VIH dans la région. En Ukraine, l'épidémie continue à enfler, avec un nombre croissant de nouveaux diagnostics d'infection à VIH chaque année, et la Fédération de Russie présente l'épidémie de SIDA la plus importante d'Europe. Ces deux épidémies ont atteint un stade où elles représentent un défi massif sur les plans de la prévention, du traitement et de la prise en charge.

Le VIH a consolidé sa position partout dans l'ex-Union soviétique, sauf au **Turkménistan** (où l'on dispose de peu d'informations sur l'épidémie). Plusieurs républiques du Caucase et de l'Asie centrale affrontent les stades initiaux de l'épidémie, et des niveaux très élevés des pratiques à risque dans le sud-est de l'Europe est telle que le VIH pourrait y accroître sa présence si l'on n'y renforce pas les efforts de prévention.

## FÉDÉRATION DE RUSSIE

Fin 2004, la **Fédération de Russie** avait enregistré un total environ 300 000 cas d'infection à VIH depuis le début de l'épidémie (Centre fédéral de Russie pour le SIDA, 2005 ; EuroHIV, 2005). Le chiffre effectif est à vrai dire de loin supérieur et on estime à 860 000 (420 000–1 400 000) le nombre de personnes vivant avec le VIH en Fédération de Russie à fin 2003 (ONUSIDA, 2004). Si le nombre de cas nouvellement enregistrés a fortement chuté en 2001–2003 (voir *Le point sur l'épidémie de SIDA 2004*), il n'en a pas été de même en 2004, année au cours de laquelle on a enregistré



près de 34 000 infections nouvelles (EuroHIV, 2005). Plutôt que de correspondre à une diminution effective de l'épidémie, ce déclin reflète des changements dans la politique de test VIH, une diminution du nombre de tests effectués chez les populations qui présentent des comportements à risque élevé (notamment les consommateurs de drogues injectables et les détenus), et un nombre insuffisant de trousses de dépistage du VIH (Pokrovskiy, 2005).

Les jeunes sont en première ligne quand il s'agit de nouvelles infections. Chaque année, c'est au sein du groupe d'âge des 15 à 29 ans que l'on rencontre plus des trois quarts des nouveaux diagnostics (Pokrovskiy, 2005 ; EuroHIV, 2005 ; Field, 2004). Au cœur de l'épidémie nationale on retrouve un nombre impressionnant de jeunes qui s'injectent des

L'évaluation des programmes de réduction des risques entreprise à Pskov (nord-ouest) et Tomsk (nord-est) en 2003-2004 offre un contraste frappant avec la situation que nous venons de décrire. On estime que le programme déjà bien implanté de Pskov, qui a commencé en 1998, a atteint 80% des consommateurs de drogues injectables de la ville, alors que le programme plus récent de Tomsk n'en couvrait que 10% environ. Parmi les consommateurs qui ont pris part aux programmes de Pskov et de Tomsk, le pourcentage de personnes qui signalaient avoir eu recours à du matériel d'injection non stérile au cours du mois écoulé avant l'enquête n'était respectivement que de 6% et de 8%. Parmi leurs pairs qui n'avaient pas pris part au programme, les pourcentages correspondants étaient de 19% à Pskov et de 30% à Tomsk – ce pourcentage atteignait 31% dans la ville de Novgorod (qui n'avait aucun programme de

### *Les jeunes sont en première ligne quand il s'agit de nouvelles infections.*

drogues. Fin 2004, la Fédération de Russie comptait plus de 340 000 consommateurs de drogues injectables enregistrés – et le chiffre véritable pourrait être de quatre à 10 fois supérieur (Service fédéral de la Fédération de Russie pour la Protection des Droits des Consommateurs et le Bien-être social, 2005 ; ONUDC, 2005). Début 2004, plus de 80% des cas d'infection à VIH officiellement notifiés depuis le début de l'épidémie concernaient des consommateurs de drogues injectables (Centre fédéral de Russie pour le SIDA, 2004). Les pratiques d'injection à risque s'observent à ce jour dans la plupart des cas de transmission du VIH – on estime que 30–40% des consommateurs de drogues injectables ont recours à ces aiguilles ou seringues non stériles, ce qui accroît fortement le risque de transmission du VIH. En conséquence, on signale toujours d'importantes épidémies d'infection à VIH dans diverses régions parmi les consommateurs de drogues injectables. Deux études récentes à Saint-Petersbourg ont par exemple montré que plus de 30% des consommateurs de drogues injectables étaient séropositifs (Verevchkin et al., 2005) ; dans les villes provinciales de Cherepovets et Veliki Novgorod la prévalence du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables était respectivement de 12% et 15% (Smolskaya et al., 2005). Ces chiffres n'ont rien de surprenant eu égard à l'importance des comportements à risque parmi les consommateurs de drogues injectables – à Cherepovets, 73% d'entre eux avaient réutilisé aiguilles et seringues d'autrui (Smolskaya et al., 2005).

réduction des risques). Le recours au préservatif était de même nettement plus élevé parmi les participants au programme. A Pskov, 43% des participants avaient utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport (28% chez les non-participants) et à Tomsk 58% (30% chez les non-participants). Les niveaux d'infection à VIH parmi les consommateurs de drogues injectables à Pskov et Tomsk (respectivement 0,3% et 2,1%), représentent une petite fraction du taux de 14,7% observé à Novgorod (Eroshina et al., 2005a). Ces observations sont compatibles avec celles qu'apporte une évaluation rapide des programmes de réduction des risques entreprise récemment dans 15 villes de la Fédération de Russie. A une exception près, le taux d'utilisation de matériel d'injection non stérile y était moins élevé parmi les consommateurs de drogues injectables qui avaient participé à ces programmes que chez les non-participants – parfois de façon très marquée (Eroshina et al., 2005b).

Malgré des efforts pour mettre en place des initiatives de prévention en milieu carcéral, l'épidémie a affecté les prisons en Russie de façon disproportionnée. La prévalence du VIH y est estimée à quatre fois au moins celle que l'on observe dans la population générale (Ministère de la Justice, Russie, Département correctionnel et Centre fédéral pour le SIDA, 2004). Lors d'une étude récente parmi les jeunes détenus, les sans-abri et les résidentes d'un centre de détention temporaire moscovite, plus de la moitié des jeunes détenues présentaient une infection sexuellement



transmissible, ainsi qu'un peu moins des deux tiers des femmes du centre de détention temporaire et les trois quarts environ des femmes sans abri. Chez les détenus hommes, 2,9% étaient séropositifs, ainsi que 4% des femmes du centre de détention et 1,8% des femmes sans abri. La plupart des personnes vivant avec le VIH semblent avoir été infectées à l'occasion de rapports sexuels tarifés non protégés et/ou d'injections de drogues. La prévalence du VIH chez ces populations s'est avérée de 30 à 120 fois plus élevée que dans la population générale, et de peu inférieure à la prévalence (6%) signalée chez les consommateurs de drogues injectables en ville (Shakarishvili et al, 2005). Les réformes entamées en 2004 concernant la politique en matière de drogues ont apporté des changements à certaines des lois sur la drogue en Russie (qui, pour les drogues proscrites, imposaient de longues peines de prison pour la possession de quantités même minimales). La libération ou la réduction de peines qui ont affecté plus de 32 000 personnes condamnées pour possession ou usage de drogues pourra contribuer à diminuer l'importance des infections à VIH en milieu carcéral.

### *L'épidémie, initialement centrée sur les consommateurs de drogues injectables, a pris une impulsion supplémentaire auprès des professionnel(le)s du sexe et de leur clientèle.*

L'épidémie continue à mûrir. La plupart des consommateurs de drogues injectables sont actifs sur le plan sexuel ; s'ils sont séropositifs, ils peuvent transmettre le virus par voie sexuelle à leurs partenaires (qu'il s'agisse de partenariats occasionnels ou réguliers), puisqu'en général ils ne pratiquent pas les rapports protégés. Des études menées à Togliatti et à Nijni Novgorod ont montré que plus de 80% des consommateurs masculins de drogues injectables n'avaient pas régulièrement eu recours aux préservatifs au cours du mois écoulé (Lowndes et al., 2002 ; Filatov et Suharsky, 2002 ; Rhodes et al., 2004). A Cherepovets et à Veliki Novgorod, la moitié environ des consommateurs de drogues injectables actifs sur le plan sexuel n'utilisaient pas de préservatifs avec leurs partenaires occasionnel(le)s (Smolskaya et al., 2005). On observe par voie de conséquence une augmentation significative de la transmission par voie sexuelle. Si, en 2001, 6% environ des infections signalées étaient liées à une transmission sexuelle, cette proportion était passée à 25% en 2004 (Service fédéral de la Fédération de Russie pour la Protection des Droits des Consommateurs et

le Bien-être social, 2005). De plus en plus de femmes sont infectées par le VIH : si la majorité des personnes vivant avec le VIH en Fédération de Russie sont des hommes, environ 38% de tous les cas enregistrés sont des femmes – une proportion plus élevée que jamais auparavant. Dans l'ensemble, les niveaux de l'infection à VIH observés parmi les femmes enceintes sont passés de moins de 0,01% en 1998 à 0,11% en 2003.

Plusieurs autres facteurs – pour la plupart enracinés dans les modifications socioéconomiques qui continuent à affecter le pays – contribuent eux aussi à l'augmentation de la transmission hétérosexuelle de l'infection. Il s'agit entre autres de la croissance persistante de l'industrie du sexe, de l'apparition au sein de l'économie informelle d'une force de travail mobile importante et en grande partie féminine, ainsi que du nombre croissant de femmes qui migrent à la recherche d'un emploi. Cette féminisation progressive de l'épidémie s'observe même chez les femmes très jeunes. En 2004, les femmes du groupe d'âge 15–20 ans ont représenté une proportion plus élevée des nouvelles infections à VIH signalées que les hommes du même groupe d'âge. Certaines avaient été infectées lors

d'injection de drogues ; le nombre de consommatrices de drogues injectables a augmenté de façon significative au cours de la dernière décennie. Beaucoup d'entre elles ont néanmoins été infectées par le VIH au cours de rapports sexuels non protégés avec des hommes infectés (Service fédéral de la Fédération de Russie pour la Protection des Droits des Consommateurs et le Bien-être social, 2005). L'épidémie, initialement centrée sur les consommateurs de drogues injectables, a pris une impulsion supplémentaire auprès des professionnel(le)s du sexe et de leur clientèle, ainsi que parmi les partenaires des consommateurs de drogues injectables (qu'il s'agisse de partenariats occasionnels ou réguliers), même si les partenaires n'ont pas recours aux drogues injectables.

Cette nouvelle phase de l'épidémie en Fédération de Russie est surtout visible dans les régions où l'épidémie est d'abord apparue (notamment Kaliningrad, Krasnodarski Kraï, Nijni Novgorod et Tver). On la rencontre aussi cependant là où l'épidémie est relativement récente, par exemple à Moscou, à Novgorod,



à Orenbourg, à Rostov, à Volgograd et dans les républiques d'Ingouchie, de Kabardino-Balkarsk et de Tchétchénie – des régions où plus de la moitié des cas d'infection à VIH nouvellement enregistrés en 2004 sont survenus à l'occasion de rapports sexuels non protégés (Service fédéral de la Fédération de Russie pour la Protection des Droits des Consommateurs et le Bien-être social, 2005). Les campagnes en faveur des rapports sexuels à moindre risque ont augmenté ces dernières années mais une enquête récente parmi les jeunes Moscovites tend à démontrer que ces campagnes devront devenir plus nombreuses et augmenter leur couverture avant d'avoir un impact

significatif. L'enquête a noté l'absence de changement en ce qui concerne le comportement sexuel, le recours au préservatif ayant même légèrement diminué parmi les jeunes de 20 à 30 ans (FOCUS-MEDIA, Fondation de Santé publique et de Développement social, 2005).

Par ailleurs, de plus en plus d'enfants naissent de mères séropositives, ce qui rend prioritaire la prévention de la transmission mère-enfant. Le nombre de cas de femmes enceintes infectées par le VIH signalé a beaucoup augmenté au cours des six années écoulées et le nombre total d'enfants nés de mères séropositives dépasse maintenant les 13 000 (Centre fédéral de Russie pour

## Un jeu de cache-cache

En Russie, le moteur de l'épidémie de SIDA, laquelle est profondément affectée par les bouleversements socioéconomiques et sociopolitiques des années 1990, se trouve essentiellement dans le nombre incroyablement élevé de personnes, pour la plupart jeunes et au chômage, qui s'injectent des drogues. Plus de 80% de toutes les infections à VIH enregistrées à ce jour sont survenues parmi les consommateurs de drogues injectables, dont une importante partie l'est à long terme. Si certains consommateurs se livrent à l'expérience des drogues injectables pour une brève période avant d'y renoncer, d'autres tombent dans la dépendance. Plus de la moitié des consommateurs de drogues injectables qui ont participé à une étude dans la ville de Togliatti, par exemple, s'injectaient depuis plus de cinq ans et un autre quart le faisaient depuis trois à cinq ans (Rhodes et al., 2004a). Pour diverses que soient les estimations, au moins 1% et peut-être jusqu'à 2% de la population du pays s'injecte des drogues et on estime que 5% à 8% des jeunes hommes de moins de 30 ans l'ont fait (Molotilov et al., 2003).

Depuis la fin des années 1990, on observe dans plusieurs villes russes une tendance à passer de l'injection de drogues produites localement à celle de l'héroïne en poudre, mais la pratique des injections en groupe – avec réutilisation multiple du matériel d'injection – persiste, ainsi que le fait de mélanger la drogue dans une seringue et de la répartir dans d'autres seringues après avoir retiré l'aiguille (front loading) ou le piston (back loading), deux pratiques dont on a démontré qu'elles accroissent considérablement le risque de transmission du VIH (Rhodes et al., 2004a).

L'expérience acquise en divers sites du monde a permis de démontrer que l'on peut diminuer les risques de transmission du VIH en facilitant l'accès aux aiguilles et aux seringues (Rhodes et al., 2004a ; Des Jarlais et al., 2002 ; Gibson et al., 2001). L'étude de Togliatti mentionnée ci-dessus signale que les consommateurs qui achetaient leur matériel d'injection dans une pharmacie couraient un risque 12 fois moindre d'utiliser des seringues et des aiguilles non stériles ou de laisser les autres en utiliser que leurs homologues qui avaient acquis ce matériel auprès d'amis ou d'autres consommateurs (Rhodes et al., 2004a). Les programmes d'échange de seringues sont devenus plus courants en Fédération de Russie ces dernières années mais sont encore trop peu nombreux pour limiter la croissance de l'épidémie de SIDA de façon significative. L'acquisition de matériel d'injection en pharmacie est autorisée par la loi, mais de nombreux consommateurs de drogues injectables continuent à utiliser du matériel non stérile. Les stratégies qui font appel à la police peuvent paradoxalement pousser à l'utilisation de ce type de matériel : une étude dans cinq villes a montré que 40% des consommateurs de drogues injectables qui participaient à un programme d'échange de seringues ont déclaré ne pas porter leur matériel sur eux afin d'éviter des confrontations avec la police. Des études entreprises en d'autres parties du monde font penser que les stratégies qui font appel très visiblement à l'intervention de la police tendent à décourager les consommateurs de drogues injectables de porter du matériel d'injection sur eux, les amènent à espacer leurs visites au centre d'échange de seringues et à persister ainsi dans des pratiques d'injection à risque (Aitken et al., 2002 ; Grund et al., 2001). En fait, à Togliatti, les consommateurs qui avaient été arrêtés pour des questions de drogue couraient un risque quatre fois plus élevé d'utiliser du matériel non stérile que les personnes qui n'avaient jamais été arrêtées. Ces observations soulignent la nécessité de renforcer la couverture des programmes de distribution de seringues parmi les consommateurs de drogues injectables, tout en améliorant l'accès aux traitements à assise communautaire et aux services de prévention en ce qui concerne la drogue. Il faudra pour ce faire mettre au point des partenariats innovateurs entre les forces chargées de l'application de la loi et les agences de santé publique afin de créer à longue échéance un milieu favorable à la prévention de l'infection à VIH (Rhodes et al., 2004a).



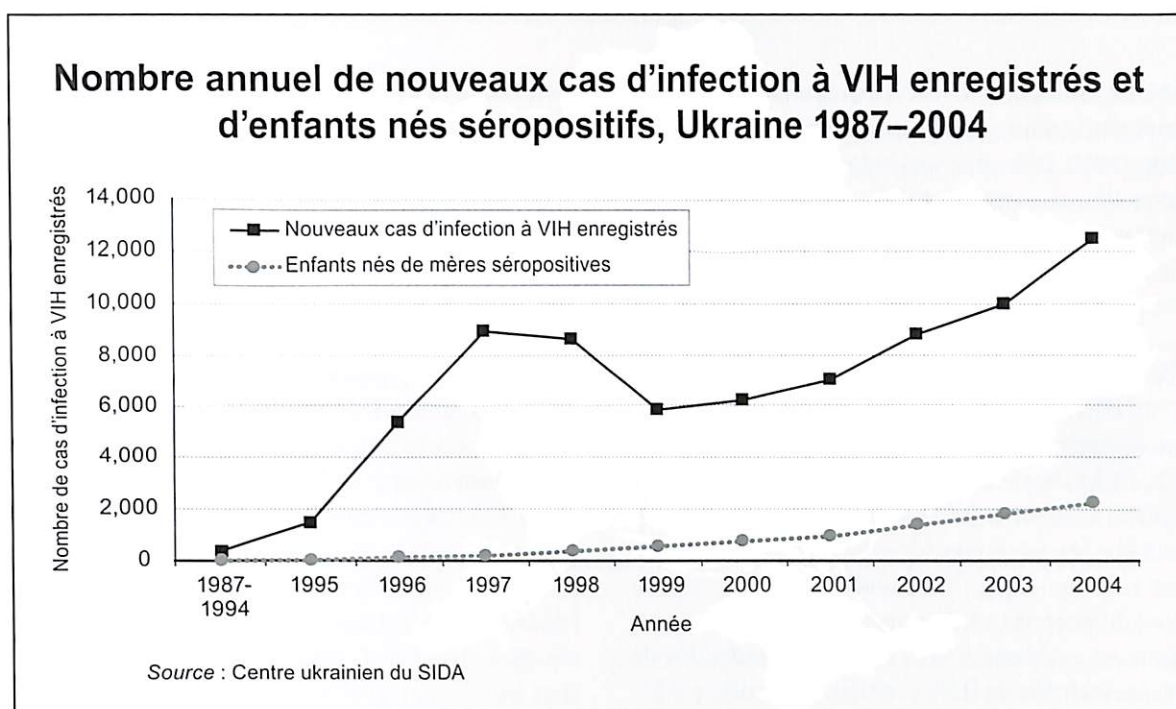


Figure 16

le SIDA, 2005). Une enquête récente (Human Rights Watch, 2005) a mis en évidence un niveau généralisé de discrimination à l'encontre de ces femmes et de ces enfants, y compris de la part du personnel soignant.

L'épidémie de SIDA poursuivra sa croissance en Fédération de Russie si l'on ne procède pas à un renforcement des efforts de prévention efficaces – notamment parmi les consommateurs de drogues injectables et leurs partenaires sexuel(le)s, ainsi qu'auprès des professionnel(le)s du sexe et de leur clientèle. Il y a particulièrement urgence dans le domaine d'une riposte élargie aux défis conjoints du VIH et du recours aux drogues injectables, surtout parmi les jeunes. Les services liés à la drogue, notamment la prévention de la consommation de drogues, les services de prise en charge et les programmes de réduction des risques (par exemple, les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues, les traitements de substitution, la fourniture de préservatifs, etc.) sont partie intégrante de cette riposte. Il en sera de même pour les régions où sévit la consommation de drogues injectables alors même que la prévalence de l'infection à VIH parmi les consommateurs est encore relativement faible. Comme on pouvait s'y attendre, l'épidémie semble renforcer sa présence au-delà des 10 territoires d'où proviennent plus de la moitié des cas d'infection à VIH signalés jusqu'à présent. Les oblasts d'Ivanovo, de Perm et de Tioumen, par exemple, ainsi que la République du Tatarstan, signalent une augmentation marquée des diagnostics d'infection à VIH (Service fédéral de la Fédération de Russie pour

la Protection des Droits des Consommateurs et le Bien-être social, 2005). Pour empêcher l'épidémie de s'étendre encore, il faudra prendre en temps utile des mesures de prévention.

Il faut assurer non seulement des programmes de prévention plus efficaces, mais aussi les services de traitement et de prise en charge pour les Russes de plus en plus nombreux qui vivent avec le VIH, notamment ceux qui font partie des populations marginalisées. Dans ce domaine, les avancées restent trop lentes. A la mi-2005, seules 4000–6500 personnes (moins de 10% de la population susceptible de recevoir un traitement antirétroviral) en bénéficiaient (ONUSIDA/OMS, 2005).

Il semble que le Gouvernement russe soit devenu plus conscient de l'importance de renforcer la riposte à une épidémie qui ne cesse de s'étendre. Des subventions internationales importantes visent à permettre une mise à niveau des programmes de réduction des risques (la plupart ciblant les 10 oblasts les plus gravement atteints) et des services de traitement de la toxicodépendance. Les traitements de substitution par la méthadone (qui peut renforcer l'adhésion au traitement antirétroviral tout en améliorant la santé et la stabilité sociale des consommateurs de drogues injectables) restent néanmoins hors-la-loi et il n'y a que peu de programmes de réduction des risques. Le processus de réforme de la politique relative aux drogues entamé en 2004 pourrait néanmoins constituer un pas en avant dans ce domaine. Il semble que l'on puisse s'attendre à une augmentation des dépenses internes pour la lutte



contre le SIDA, les fonds supplémentaires étant en grande partie affectés à une extension des programmes de traitement et de prise en charge. Il faudra renforcer la direction des opérations au niveau du pays et la coordination de la riposte au SIDA pour enrôler au sein d'un effort concerté les divers acteurs de cette riposte, notamment les personnes vivant avec le VIH.

## UKRAINE

Avec une prévalence du VIH chez les adultes estimée à 1,4%, l'Ukraine reste le pays le plus touché d'Europe. L'épidémie, nourrie par la consommation de drogues injectables et les rapports sexuels non protégés, ne montre aucun signe d'affaiblissement. Le chiffre annuel d'infections à VIH nouvellement signalées croît toujours et a dépassé 12 400 en 2004, près de 25% de plus que le chiffre de 10 000 cas diagnostiqués en 2003 et près de deux fois le chiffre diagnostiqué en 2000 (Centre ukrainien du SIDA, 2005a ; EuroHIV, 2005). Ces chiffres sous-estiment largement l'importance

des personnes diagnostiquées pour la première fois comme infectées par le VIH en 2004. Une étude au sein des huit régions les plus touchées signale une prévalence du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables pouvant atteindre 58% à Odessa et 59% à Simferopol (Centre ukrainien du SIDA, 2005b). Les comportements à risque persistent largement parmi les consommateurs de drogues injectables. D'après une enquête récente dans le pays, seuls 20% de ces consommateurs déclarent n'avoir pas utilisé de matériel non stérile et avoir pratiqué les rapports sexuels sans risque (Ministère de la Santé, Ukraine, 2005). Les comportements à moindre risque s'observent plus souvent chez les personnes qui participent aux programmes de réduction des risques – 24% avaient systématiquement recours au préservatif et n'utilisaient pas de matériel non stérile, le chiffre correspondant chez leurs homologues non participants n'étant que de 16% (Ministère de la Santé, Ukraine, 2005). Plusieurs régions de l'Ukraine avec une forte prévalence du VIH sont en train de mettre en place des programmes

*Il faudra accroître les efforts destinés à toucher d'autres populations vulnérables, par exemple la population carcérale et les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes.*

réelle de l'épidémie puisqu'ils ne prennent en compte que les infections observées chez ceux et celles qui sont en contact avec les services de test officiels.

L'épidémie est en train de s'étendre rapidement au-delà des 10 régions de l'Ukraine méridionale et orientale qui ont signalé plus des deux tiers de toutes les infections à VIH à ce jour. On observe des augmentations marquées du nombre de nouvelles infections signalées dans les régions centrales de l'Ukraine que l'on pensait jusqu'ici être faiblement touchées. Il y a un risque croissant de voir l'épidémie s'étendre rapidement à ces régions et à d'autres encore à moins que l'on n'y mette en place rapidement et sur une large échelle des efforts de prévention efficaces.

Sur un fond de consommation importante de drogues en général, l'injection de drogues reste un facteur clé de l'épidémie ukrainienne – le nombre d'infections à VIH nouvellement signalées parmi les consommateurs de drogues injectables continue d'augmenter (Centre ukrainien du SIDA, 2005a). S'il s'agit pour l'essentiel d'hommes jeunes, on rencontre néanmoins une proportion non négligeable de femmes (23%) parmi

de réduction des risques, mais la couverture de ces programmes reste néanmoins faible et ne concerne que tout juste 10% des 560 000 consommateurs de drogues injectables que l'on estime compter en Ukraine (Balakireva et al., 2003). On met aussi en place actuellement des programmes pilotes pour les thérapies de substitution chez les consommateurs de drogues injectables mais ces services n'auront qu'une couverture limitée.

Les interactions entre la consommation de drogues injectables et le commerce du sexe aggravent encore l'épidémie. A Odessa, on observe une séropositivité chez 67% des professionnel(le)s du sexe qui consomment des drogues injectables ; à Donetsk, à Lutsk, à Poltava et à Simferopol les pourcentages correspondants varient de 35% à 50%. A Donetsk et à Odessa, chez les professionnelles du sexe qui ne consomment pas de drogues injectables, la prévalence du VIH (17%) est beaucoup plus faible (Centre ukrainien du SIDA, 2005b). Le pourcentage de personnes infectées par voie sexuelle est passé de 14% des nouveaux cas d'infection à VIH (1999–2003) à plus de 32% en 2004 (Centre ukrainien du SIDA, 2005a). Nombreuses



parmi ces personnes sont celles qui ont été infectées par un(e) partenaire qui a acquis son infection lors de pratiques d'injection à risque, même si une proportion croissante des cas nouveaux acquis par transmission sexuelle concernent des personnes dont les partenaires sexuels ne présentent pas d'antécédents de consommation de drogues injectables (Grund et al., 2005). Ces observations soulignent la nature diffuse de l'épidémie ukrainienne, où le VIH circule maintenant au sein de la population générale et où de plus en plus de femmes sont infectées – elles représentent 42% des personnes nouvellement diagnostiquées comme infectées par le VIH en 2004 (Centre ukrainien du SIDA, 2005a). Par voie de conséquence, le nombre d'enfants nés de mères séropositives continue d'augmenter, et a dépassé le chiffre de 2200 en 2004, comme le montre la Figure 16 (Centre ukrainien du SIDA, 2005a). Sur ce point cependant, l'Ukraine enregistre des progrès. Le taux de transmission mère-enfant pour le VIH est passé de 28% en 2001 à moins de 10% en 2003, un des taux les plus faibles observés en Europe orientale (Ministère de la Santé, Ukraine, 2005).

Il faudra accroître les efforts destinés à atteindre d'autres populations vulnérables, par exemple la population carcérale et les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes. A fin 2004, le système carcéral du pays avait recensé environ 12 700 détenus avec un diagnostic d'infection à VIH, dont plus de 3500 encore sous les verrous. Une enquête récente a mis en évidence un faible niveau de connaissances relatives au VIH dans la population carcérale : seuls 39% savaient comment empêcher la transmission du VIH par voie sexuelle. Parmi les personnes atteintes

par un programme de prévention en milieu carcéral, 67% savaient comment se protéger de l'infection à VIH (Rapport UNGASS pour l'Ukraine, 2005). Parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes l'épidémie est encore plus cachée – seuls neuf cas ont été officiellement enregistrés comme infections sexuellement transmises d'homme à homme en 2004. Il semble néanmoins que la prévalence dans ce groupe pourrait être très élevée. Dans le premier exercice de surveillance sentinelle mené chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, sept hommes sur 25 ont présenté une séropositivité à Odessa, ainsi que deux des 22 hommes testés à Mykolaïv (Centre ukrainien du SIDA, 2005b). Le niveau de connaissances et de perception du SIDA au sein de cette population est également faible et les comportements à risque sont fréquents. Une étude dans sept villes d'Ukraine a révélé que 55% des hommes avaient utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel avec un homme (Ministère de la Santé, Ukraine, 2005). Il faudra intensifier et élargir les activités de prévention dans la population carcérale et chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes.

Dans quelques régions de l'Ukraine, des projets pilotes semblent encourager des comportements moins risqués. Cependant, étant donné leur rareté et leur envergure limitée, ils sont réduits presque à néant par une épidémie aussi importante. En l'absence d'une mise à niveau de la riposte nationale aux défis conjoints du VIH, de l'injection de drogues et des comportements à risque dans le domaine des rapports sexuels, il faudra s'attendre à ce que l'épidémie de SIDA en Ukraine continue à s'étendre.

## **Elargir l'accès au traitement**

En parallèle avec la nécessité de renforcer et d'accroître les programmes de prévention, on rencontre le besoin urgent et croissant de mettre à niveau traitement et prise en charge pour le nombre en augmentation rapide d'Ukrainiens qui vivent avec le VIH, notamment les personnes qui appartiennent aux groupes vulnérables. On estime que plus de 17 000 personnes en Ukraine auraient besoin d'un traitement antirétroviral (OMS, 2005). Avec l'aide du Fonds mondial, l'Ukraine est en train d'accroître rapidement l'accès aux traitements antirétroviraux. Depuis septembre 2004, plus de 2400 nouveaux malades ont été mis sous traitement en un an – six mois plus tard, 90% étaient encore en vie et sous traitement. Il faudra rapidement étendre ces programmes : 1138 personnes frappées par le SIDA sont mortes pendant les sept premiers mois de 2005, soit près du cinquième de tous les décès liés au SIDA à cette date en Ukraine (Centre ukrainien du SIDA, 2005a). L'accessibilité des antirétroviraux sur le plan financier continue à être un problème majeur. Le prix des traitements de première intention en Ukraine est parmi les moins chers d'Europe pour le moment et peut ne pas dépasser 260 dollars par an et par malade. L'expansion soutenue des programmes de traitement sera fonction de la possibilité de conserver le prix de ces médicaments à un niveau suffisamment bas en Ukraine.



Dans les Etats baltes, l'épidémie continue à augmenter, mais plus lentement qu'au début du millénaire. Le nombre total d'infections à VIH signalées reste faible. Il n'en reste pas moins que le nombre total d'infections à VIH signalées en **Estonie**, l'Etat balte le plus lourdement frappé, a doublé depuis la fin 2001 et atteint le chiffre de 4442 en 2004. Jusqu'en 1999, on enregistrait tout au plus une douzaine de nouveaux cas d'infection à VIH en Estonie chaque année, mais 743 nouveaux diagnostics ont été portés en 2004. Les femmes représentent une proportion croissante des infections, jusqu'à 33% des nouveaux cas d'infection à VIH en 2004 (EuroHIV, 2005 ; Inspectorat de la Protection sanitaire d'Estonie, 2005). La **Lettonie** constate de même une augmentation régulière du nombre total d'infections à VIH, qui à la mi-2005 avaient plus que sextuplé par rapport aux chiffres de 1999 (3169 vs. 492). Il semblerait néanmoins que cet accroissement s'infléchisse en Lettonie, avec une diminution régulière du nombre de déclarations d'infections nouvelles depuis 2001. Les femmes sont de plus en plus souvent affectées (36% des nouvelles infections en 2004) et l'épidémie atteint surtout les moins de 30 ans. On notera tout particulièrement que 16% des diagnostics d'infection à VIH concernent le groupe d'âge des 15 à 19 ans (Centre de Prévention du SIDA, 2005). L'apparition de nouvelles infections à VIH diagnostiquées en 2002 en **Lituanie** (multiplication par cinq du nombre de nouveaux diagnostics sur une période d'une année) semble être retombée quelque peu. L'an dernier, 135 infections ont été signalées, en grande majorité liées à l'injection de drogues (Centre SIDA de Lituanie, 2005).

Au **Bélarus** (plus de 6200 personnes diagnostiquées comme infectées par le VIH à fin 2004) et en **République de Moldova** (où ce chiffre dépasse les 2300), l'épidémie ne montre aucun signe d'essoufflement. La transmission du VIH par voie sexuelle est devenue beaucoup plus marquée au **Bélarus** où elle représente la moitié des cas d'infection à VIH nouvellement enregistrés en 2004 (Ministère de la Santé, Bélarus, 2005a). La consommation de drogues injectables reste elle aussi un puissant moteur de l'infection, et des études récentes montrent des taux de prévalence parmi les consommateurs de drogues injectables qui peuvent atteindre 26% à Soligorsk, 31% à Minsk et 34% à Žlobin (Ministère de la Santé, Bélarus, 2005b). Comme ailleurs dans la région, plus des trois quarts des nouvelles infections à VIH surviennent chez les jeunes (30 ans ou moins). Les investigations semblent indiquer que les comportements à risque restent fréquents : quelque

30% des jeunes consommateurs de drogues injectables ont encore recours à des seringues non stériles et plus de 50% emploient des seringues déjà utilisées par d'autres, et s'injectent en groupes (Ministère de la Santé, Bélarus, 2005b). La **République de Moldova** observe elle aussi un déclin des taux de transmission du VIH chez les consommateurs de drogues injectables. En 2004, ces derniers constituaient 42% des diagnostics de VIH, vs. 78% en 2001 ; plus de la moitié (55%) des diagnostics nouvellement posés en 2004 étaient le résultat de contacts hétérosexuels. Il semble aussi que le virus circule au sein de divers réseaux sociaux : lors d'études de surveillance sentinelle à Chisinau, par exemple, le test VIH était positif chez près de 5% des professionnel(le)s du sexe et chez un peu moins de 2% des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (OMS/EURO et Institut Pasteur, 2003).

Parmi les républiques d'**Asie centrale**, c'est l'**Ouzbékistan** qui rencontre l'épidémie la plus dynamique. En 1999, seuls 28 diagnostics d'infection à VIH avaient été signalés ; en 2004 il y a eu 1616 nouvelles infections à VIH, ce qui porte à plus de 5600 le nombre total d'infections à VIH (EuroHIV, 2005). Le moteur de cette épidémie est la consommation de drogues injectables, centrée sur la capitale Tachkent et les districts avoisinants, en synergie avec le commerce du sexe. Une étude récente a mis en évidence une prévalence du VIH de 10% parmi les professionnelles du sexe à Tachkent ; parmi les femmes qui échangeaient des faveurs sexuelles contre de la drogue, la proportion était de 28% (Todd et al., 2005). Au **Kazakhstan**, l'épidémie est centrée elle aussi sur les jeunes qui consomment des drogues injectables et peuvent s'adonner au commerce du sexe. On y a signalé près de 4700 cas d'infection à VIH à fin 2004 – plus du triple du chiffre total observé quatre ans auparavant seulement (EuroHIV, 2005). Les efforts visant à renforcer les connaissances sur le VIH et à encourager les comportements à moindre risque parmi les consommateurs de drogues injectables devront s'efforcer de combattre cette évolution. Des études de surveillance sentinelle ont montré que moins de la moitié des consommateurs de drogues injectables connaissaient les principaux modes de transmission du VIH et que près de 60% utilisaient du matériel d'injection non stérile. Il n'y a au Kazakhstan que de trop rares programmes visant à limiter la propagation du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables et au-delà de ce groupe, et certaines estimations vont jusqu'à 200 000 consommateurs de drogues injectables (Centre SIDA du Kazakhstan, 2005). La prise de risques sur le plan sexuel est elle aussi fréquente :



seuls 53% des consommateurs de drogues injectables ont signalé avoir eu recours à un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel ; le taux de prévalence de la syphilis observé chez les professionnel(le) du sexe était de 25%. On ignore l'importance des rapports sexuels entre hommes, mais dans la capitale Almaty les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes ont tendance à ne pas utiliser régulièrement le préservatif : près du tiers (32%) ont déclaré ne jamais y avoir recours lors de rapports avec pénétration (Centre SIDA du Kazakhstan, 2005). Les avancées du VIH sont moins dramatiques au **Kirghizistan** (avec une moyenne de 150 infections nouvelles diagnostiquées chaque année depuis 2000) et au **Tadjikistan**, où plus de la moitié de tous les diagnostics d'infection à VIH portés à ce jour datent de 2004, un phénomène attribuable pour l'essentiel à une augmentation des activités de dépistage (EuroHIV, 2005).

Dans la région du Caucase, par ailleurs, l'**Arménie** et l'**Azerbaïdjan** font face à des épidémies à bas bruit et encore relativement stables. Dans l'un et l'autre pays, il ne faut néanmoins pas éliminer la possibilité d'une augmentation subite de la transmission. A Bakou, la capitale de l'Azerbaïdjan, des recherches ont mis en évidence une prévalence significative du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables et les professionnel(le)s du sexe travaillant dans la rue (OMS, Bureau régional pour l'Europe, 2004). L'Arménie signale un changement marqué des voies de transmission : si, jusqu'à une époque toute récente, la plupart des infections signalées étaient attribuées aux pratiques sexuelles à risque (Centre national du SIDA pour l'Arménie, 2005), en 2004 les deux tiers des nouvelles infections ont été liées à la consommation de drogues injectables, consommation elle-même en augmentation dans le pays (EuroHIV, 2005).

Même si les pays du sud-est de l'Europe signalent peu de nouvelles infections à VIH, l'importance de la consommation de drogues injectables et des prises de risque en matière de comportement sexuel dans plusieurs pays pourrait favoriser la propagation rapide du VIH une fois que ce dernier s'y sera implanté. Le pays le plus affecté dans cette sous-région est la **Roumanie**, où les infections nouvelles sont généralement attribuées aux pratiques sexuelles à risque, principalement hétérosexuelles (EuroHIV, 2005).

De façon générale, les données actuellement disponibles en matière d'infection à VIH en Europe orientale et en Asie centrale ne reflètent la situation que parmi les personnes en contact avec les programmes de dépistage du VIH. Par voie de conséquence, nous ne sommes pas suffisamment informés sur la propagation du VIH parmi celles qui n'ont pas de contact effectif avec les autorités et/ou les services de dépistage. En ce qui concerne par exemple le rôle des pratiques sexuelles à risque entre hommes dans les épidémies de cette région, on en est dans l'ensemble réduit à des suppositions, puisqu'il y existe peu d'études sur les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, un groupe qui dans toute la région doit faire face à la discrimination et à la stigmatisation. Les données disponibles ont mis en évidence, outre un niveau élevé de rapports sexuels non protégés, une proportion significative d'hommes qui ont des rapports sexuels tant avec des hommes qu'avec des femmes (OMS, Bureau régional pour l'Europe, 2004).

Le nombre total de personnes qui ont reçu un traitement antirétroviral a pratiquement doublé au cours des 12 mois qui ont précédé la mi-2005, passant de 11 000 à 20 000 personnes, mais il reste de loin inférieur au nombre de personnes qui devraient recevoir ce traitement, la Fédération de Russie et l'Ukraine devant dans ce domaine faire face au fardeau le plus lourd.



# CARAÏBES

## Statistiques et caractéristiques du VIH et du SIDA, en 2003 et 2005

|      | Adultes et<br>enfants vivant<br>avec le VIH | Nombre de<br>femmes vivant<br>avec le VIH | Nouvelles<br>infections à VIH,<br>adultes et enfants | Prévalence<br>chez l'adulte<br>% | Décès dus au<br>SIDA, adultes<br>et enfants |
|------|---------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------------|
| 2005 | 300 000<br>[200 000 – 510 000]              | 140 000<br>[88 000–250 000]               | 30 000<br>[17 000–71 000]                            | 1,6<br>[1,1–2,7]                 | 24 000<br>[16 000–40 000]                   |
| 2003 | 300 000<br>[200 000–510 000]                | 140 000<br>[87 000–250 000]               | 29 000<br>[17 000–68 000]                            | 1,6<br>[1,1–2,7]                 | 24 000<br>[16 000–40 000]                   |

On estime à 24 000 [16 000–40 000] le nombre de personnes à qui l'épidémie de SIDA a coûté la vie dans les Caraïbes en 2005, ce qui fait du SIDA la principale cause de mortalité parmi les adultes de 15 à 44 ans. Au total, 300 000 personnes [200 000–510 000] vivent avec le VIH dans les Caraïbes, y compris les 30 000 personnes [17 000–71 000] infectées en 2005. Dans la région de la Communauté des Caraïbes (CARICOM), 240 000 personnes [150 000–450 000] vivent avec le VIH, dont les 25 000 [12 000–65 000] infectées en 2005. Plus de 20 000 personnes [13 000–36 000] sont mortes du SIDA dans cette région au cours de l'année écoulée.<sup>1</sup>

Si, dans l'ensemble, les Caraïbes constituent la deuxième zone la plus atteinte au monde, l'épidémie y présente de grandes variations en étendue et en intensité. On estime que la prévalence du VIH chez l'adulte au niveau du pays dépasse 1% à la **Barbade**, à la **Jamaïque**, en **République dominicaine** et au **Suriname**, 2% aux **Bahamas**, au **Guyana** et à la **Trinité-et-Tobago**, et 3% en **Haïti**. À **Cuba**, par contre, la prévalence est encore inférieure à 0,2%.

Quelques pays ont progressé dans la surveillance de leurs épidémies et la lutte contre la maladie ; d'autres souffrent d'une surveillance inadéquate qui limite leur compréhension des tendances épidémiologiques

récentes – ceci vaut malheureusement aussi pour des endroits qui ont par le passé enregistré des taux d'infection à VIH inquiétants parmi les femmes enceintes, notamment les **Bahamas** et la **Guyane française**. Si l'insuffisance des ressources peut en partie expliquer ces déficiences, les réticences des autorités à faire connaître l'importance de l'épidémie de SIDA dans leur contrée pourraient elles aussi être un facteur important.

Dans la région, les rapports hétérosexuels – mode de transmission reconnu pour les trois quarts au moins des cas de SIDA enregistrés à ce jour – constituent le principal élément moteur des épidémies ; le commerce du sexe joue un rôle important dans un contexte de pauvreté marquée, de chômage important et d'inégalités entre hommes et femmes. Il n'y a néanmoins que peu de recherches approfondies sur l'interaction entre le commerce du sexe et la transmission du VIH aux Caraïbes. Le rôle significatif que peuvent jouer les rapports sexuels entre hommes dans plusieurs des épidémies nationales aux Caraïbes est encore moins reconnu. On estime à 12% le pourcentage des cas signalés d'infection à VIH attribuables aux rapports sexuels entre hommes, mais l'homophobie ambiante et les forts préjugés socioculturels qui stigmatisent les relations sexuelles entre personnes du même sexe signifient

<sup>1</sup> La CARICOM comprend : Antigua-et-Barbuda, Bahamas, Barbade, Belize, Dominique, Grenade, Guyana, Haïti, Jamaïque, Montserrat, Sainte-Lucie, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Vincent-et-Grenadines, Suriname, Trinité-et-Tobago.

vraisemblablement que le pourcentage réel pourrait être plus important (Inciardi et al., 2005). La consommation de drogues injectables est pour l'instant liée à une petite minorité des infections à VIH et c'est seulement aux **Bermudes** et à **Porto Rico** qu'elle contribue de façon significative à la propagation du VIH.

Les nouvelles infections à VIH deviennent plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes. Les jeunes femmes en particulier doivent faire face à des risques d'infection nettement plus importants que les

été infectés par le VIH). L'activité sexuelle commence relativement tôt dans certains pays – un quart des femmes de 15 à 29 ans participant à une enquête à la **Barbade** ont déclaré avoir eu une activité sexuelle dès l'âge de 15 ans ; lors de la même enquête près du tiers des hommes dans ce groupe d'âge ont signalé de multiples partenariats sexuels au cours de l'année écoulée (Groupe technique d'Experts pour les Caraïbes, 2004). Ces tendances risquent de renforcer l'épidémie.

### *Plusieurs événements récents permettent par ailleurs d'envisager la situation aux Caraïbes avec un certain optimisme.*

jeunes hommes. Le niveau d'infection à la **Trinité-et-Tobago**, par exemple, est six fois plus élevé chez les filles de 15 à 19 ans que chez les garçons du même âge (Inciardi et al., 2005). Des études plus anciennes ont montré que les femmes de moins de 24 ans en **République dominicaine** courent presque deux fois plus de risque d'être infectées que leurs homologues masculins ; ce ratio est de 2,5:1 à la **Jamaïque** (MAP, 2003). La fragilité physiologique des femmes et des jeunes filles à l'infection explique en partie ces discordances, mais il faut aussi prendre en compte la pratique relativement courante des rapports sexuels de femmes jeunes avec des hommes plus âgés (lesquels, vu leur âge, courent un risque plus important d'avoir

Plusieurs événements récents permettent par ailleurs d'envisager la situation aux Caraïbes avec un certain optimisme. L'épidémie d'**Haïti**, une des plus anciennes au monde, pourrait être en train d'amorcer un tournant. Le pourcentage général des femmes enceintes séropositives y a diminué de moitié, passant de 6,2% en 1993 à 3,1% en 2003-2004. Cette tendance est particulièrement nette en milieu urbain (où la prévalence de l'infection à VIH a chuté de 9,4% en 1993 à 3,7% en 2003-2004) et surtout parmi les femmes de 15 à 24 ans – ce qui permet d'envisager un ralentissement significatif des nouvelles infections dans les villes (Gaillard et al., 2004b), associé à des modifications du comportement. La mortalité liée au SIDA est par ailleurs un facteur

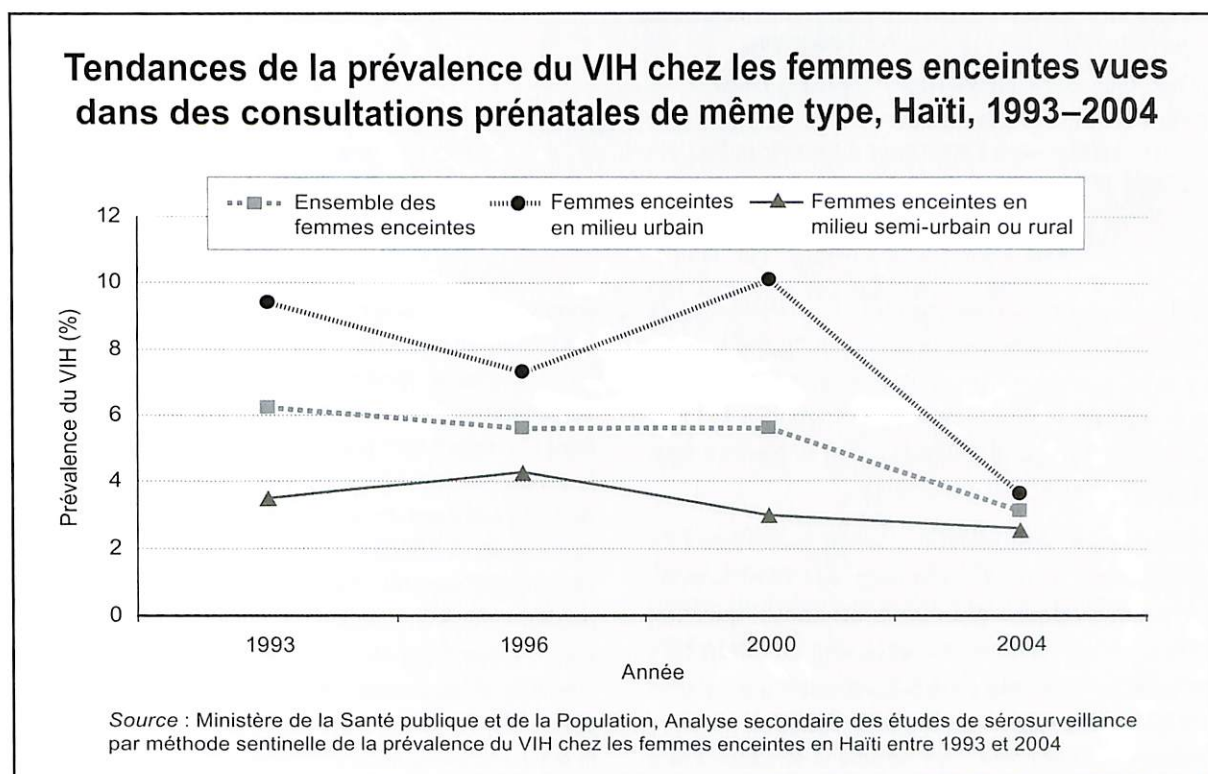


Figure 17



## Haïti : amorce d'un tournant ?

En Haïti, la prévalence de l'infection à VIH chez les femmes enceintes a diminué depuis le milieu des années 1990, avec des différences marquées entre zones rurales et zones urbaines. Les données en provenance de cinq sites sentinelles à travers le pays comparables sur le plan des données ont montré une chute marquée de la prévalence du VIH chez les femmes entre 1993 (9%) et 2003-2004 (3,7%) en milieu urbain. Les informations en provenance de neuf autres sites montrent aussi une diminution importante des niveaux de prévalence du VIH parmi les femmes des villes, de 8% en 1996 à 4% en 2003-2004 (Gaillard et al., 2004b). Ces résultats permettent d'envisager que la prévalence du VIH a atteint un pic en milieu urbain au milieu des années 1990 avant de diminuer petit à petit. Chez les femmes en milieu rural ou semi-urbain les changements sont nettement moins marqués : pour les cinq sites comparables sur le plan des données, elle n'est passée que de 3,5% en 1993 à 2,6% en 2003-2004.

Qu'est-ce qui pourrait expliquer cette évolution ? D'une part, une proportion non négligeable des Haïtiens ont signalé avoir changé leur comportement en matière de sexualité. En 2000, par exemple, le pourcentage de femmes et d'hommes déclarant pratiquer l'abstinence sexuelle (11%) avait presque doublé depuis 1994 (un peu moins de 7%) ; en outre, 45% des hommes et 32% des femmes ont déclaré n'avoir qu'un seul partenaire, ces taux étant respectivement de 37% et 20% en 1994).

On observe par ailleurs des modifications de comportements qui pourraient correspondre à un risque accru de transmission du VIH. La jeunesse en Haïti devient par exemple sexuellement active à un âge plus précoce – valeur médiane de 18,2 ans chez les hommes et 17,5 ans chez les femmes en 2000, les âges correspondants en 1994 étant de 19,8 ans et 18,3 ans (Gaillard et al., 2004b). De même, le pourcentage de jeunes de 15 à 19 ans qui déclarent n'avoir jamais eu de rapports sexuels est passé de 53% pour les hommes et 71% pour les femmes en 1994 à 48% et 66% respectivement en 2000 (Gaillard et al., 2004b). Le recours au préservatif a aussi diminué dans le groupe d'âge de 15 à 24 ans. En 2003, dans ce groupe d'âge, 28% seulement des jeunes femmes ont dit avoir utilisé un préservatif lors de leur plus récent rapport sexuel, et 37% des jeunes gens. Il se peut que les Haïtiens plus âgés aient pris de plus grandes précautions pour se protéger de l'infection à VIH. La chute de la prévalence du VIH semble plus marquée chez les femmes de plus de 24 ans.

En tout état de cause, la mortalité liée au SIDA est probablement responsable d'une part importante de la chute des niveaux de mortalité observée ici. Si les décès dus au SIDA entraînent une diminution de la prévalence du VIH, le déclin relativement modeste observé en milieu rural pourrait signifier que le taux d'incidence dans ce milieu est encore relativement élevé, auquel cas un nombre important de personnes seraient infectées par le VIH alors que le SIDA tuerait par ailleurs de nombreux individus – ce qui entraînerait une stabilisation ou un léger déclin du nombre total de personnes vivant avec le VIH. En outre, les bouleversements sociopolitiques de ces dernières années, avec leur cortège de déplacements de populations, d'instabilité sociale et d'insécurité, pourraient avoir facilité une propagation plus rapide du VIH. En l'absence de programmes de prévention du VIH à la fois soutenus et renforcés, nous ne pouvons donc pas être certains que la diminution de la prévalence du VIH constatée en milieu urbain se maintiendra ou s'étendra au milieu rural. Ces efforts devront prendre en compte la variation importante de la prévalence du VIH chez les femmes enceintes, qui va de 1,8% à près de 7% selon les endroits (Ministère de la Santé publique et de la Population d'Haïti et al., 2004).

contributif important (voir encadré). En milieu rural, la chute a été beaucoup plus discrète. Haïti, qui reste le pays des Caraïbes où le nombre de personnes vivant avec le VIH est le plus élevé – il était estimé à 173 000 en 2004 (Gaillard et al., 2004a) – doit impérativement intensifier ses efforts de prévention.

La **République dominicaine** partage avec Haïti l'île d'Hispaniola : là aussi la riposte au SIDA semble avoir porté quelques fruits. Les niveaux d'infection à VIH chez les femmes enceintes sont en diminution depuis la fin des années 1990 avec une prévalence globale du VIH relativement stable de 1,4%, mesurée lors du cycle de surveillance sentinelle de 2004. Dans

certaines sites par contre (par exemple San Juan de la Maguana) la prévalence du VIH atteignait 2,7% pour les consultations prénatales (Secrétariat d'Etat pour la Santé publique et l'Assistance sociale de la République dominicaine, 2005b). A Saint-Domingue, la capitale, la prévalence du VIH chez les femmes enceintes était de 1,3% à la consultation prénatale principale en 2004, une baisse significative par rapport au taux de 2% et plus signalé en 1995 (Secrétariat d'Etat pour la Santé publique et l'Assistance sociale de la République dominicaine, 2005b ; ONUSIDA/OMS, 2004). Il convient de noter que les niveaux d'infection à VIH parmi les femmes enceintes peuvent être nettement supérieurs dans d'autres régions, atteignant 2,3% à San



Juan dans l'ouest du pays, et 2,5% à La Romana dans l'est, par exemple. On a même observé des niveaux de 5,5% chez les hommes et de 4,7% chez les femmes dans certaines bateyes (communautés extrêmement pauvres qui regroupent les travailleurs – le plus souvent haïtiens – des moulins de canne à sucre).

Les faibles niveaux d'infection à VIH – 3% à 4% – observés chez les professionnel(l)es du sexe à Saint-Domingue sont probablement le reflet des efforts visant à encourager dans cette population l'utilisation soutenue du préservatif et d'autres comportements à moindre risque. Une enquête dans la capitale a montré que 87% des professionnel(le)s du sexe déclaraient avoir utilisé un préservatif lors de leur plus récent rapport tarifé, et 76% déclaraient utiliser systématiquement un préservatif pour ce type de rapports (Ministère de la Santé publique de la République dominicaine, 2005b). Comme dans d'autres pays des Caraïbes, les rapports sexuels entre hommes semblent jouer un rôle significatif dans l'épidémie de la République dominicaine, même si ce rôle est insuffisamment reconnu. Une étude récente dans trois villes (Puerto Plata, Samana et Saint-Domingue) parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes a montré que 11% vivaient avec le VIH (Toro-Alfonso et Varas-Diaz, 2004). Lors d'une autre enquête, un tiers environ des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes ont dit qu'ils avaient aussi couché avec des femmes au cours du semestre écoulé – seuls la moitié ont dit avoir eu recours au préservatif pendant cette période.

Aux **Bahamas**, les niveaux d'infection à VIH ont décliné et il se peut que cela soit dû en partie à l'impact des efforts de prévention améliorés. Le nombre de nouvelles infections à VIH a baissé de 409 en 2000 à 275 en 2003 (soit une chute de 32%) ; la prévalence du VIH mesurée chez les femmes enceintes a évolué de la même façon (de 4,8% en 1993 à 3% en 2002). Les niveaux d'infection à VIH parmi les personnes vues aux consultations pour infections sexuellement transmissibles ont eux aussi baissé (Groupe technique d'Experts pour les Caraïbes, 2004 ; Département de la Santé publique des Bahamas, 2004). L'amélioration de la prise en charge clinique et du traitement du SIDA au niveau communautaire a considérablement réduit la transmission mère-enfant du VIH et a probablement aussi contribué à la diminution du nombre de décès dus au SIDA dans le pays, passé de 272 en 2000 à 185 en 2003 (Centre d'Epidémiologie des Caraïbes, OPS, OMS, 2003). On estime qu'en 2003 au moins 30% des personnes vivant avec le VIH ont bénéficié d'une prise en charge clinique appropriée dans les dispensaires communautaires.

L'accroissement des efforts visant à faire face à l'épidémie numériquement moins importante qui sévit à la **Barbade** semble aussi avoir porté ses fruits. Le nombre de nouvelles infections à VIH diagnostiquées chez les femmes enceintes a diminué de moitié entre 1999 et 2003, avec une prévalence passant de 0,7% à 0,3% (Kumar et Singh, 2004) ; l'extension des services de conseil et de test volontaires ainsi que la fourniture de traitements antirétroviraux ont diminué la transmission mère-enfant (St John et al., 2003). L'extension de l'accès aux médicaments antirétroviraux a réduit de moitié le nombre de décès dus au SIDA entre 1998 et 2003 et il en a été de même aux **Bermudes** en 2000–2002 (Centre d'Epidémiologie des Caraïbes, 2004 ; Centre d'Epidémiologie des Caraïbes, OPS, OMS, 2003).

A la **Jamaïque**, la plupart des infections à VIH surviennent en milieu urbain, les municipalités de Kingston, St. Andrews et St. James étant les plus fortement atteintes. La prévalence du VIH parmi les femmes enceintes se maintient entre 1% et 2% depuis le milieu des années 1990, même si les résultats de la surveillance en consultations prénatales ont récemment pu faire espérer que ce taux de prévalence pourrait bien diminuer quelque peu dans certaines parties du pays telles que les municipalités de St. Ann et St. James (Ministère de la Santé de la Jamaïque, 2004). Il existe quelques indications qu'une proportion importante de la population jamaïcaine se protège contre l'infection à VIH. Au cours des enquêtes menées pendant la dernière décennie, les trois quarts des hommes environ ont déclaré avoir eu recours au préservatif lors de leur dernier rapport sexuel occasionnel, et le pourcentage de femmes donnant la même réponse a pratiquement doublé entre 1992 et 2000 (Groupe technique d'Experts pour les Caraïbes, 2004). Comme pour la Jamaïque, les rapports hétérosexuels non protégés constituent le moteur de l'épidémie à la **Trinité-et-Tobago**, où l'on estime que la prévalence du VIH chez l'adulte pour tout le pays a grimpé jusqu'à 3% en 2003. Une étude récente parmi les femmes ayant récemment accouché à Tobago y a trouvé 2,6% de femmes séropositives ; chez les femmes de moins de 25 ans la prévalence était de 3,8%. Un pourcentage important de femmes montraient aussi la présence de HSV2, une infection sexuellement transmissible qui, comme l'ont montré des études en Afrique, renforce de façon marquée le risque de transmission du VIH (Duke et al., 2004 ; Weis et al., 2001).

Le **Guyana** et le **Suriname** doivent faire face à de graves épidémies. Fin 2003, on estimait à 2,5% la prévalence nationale du VIH au **Guyana** et le SIDA



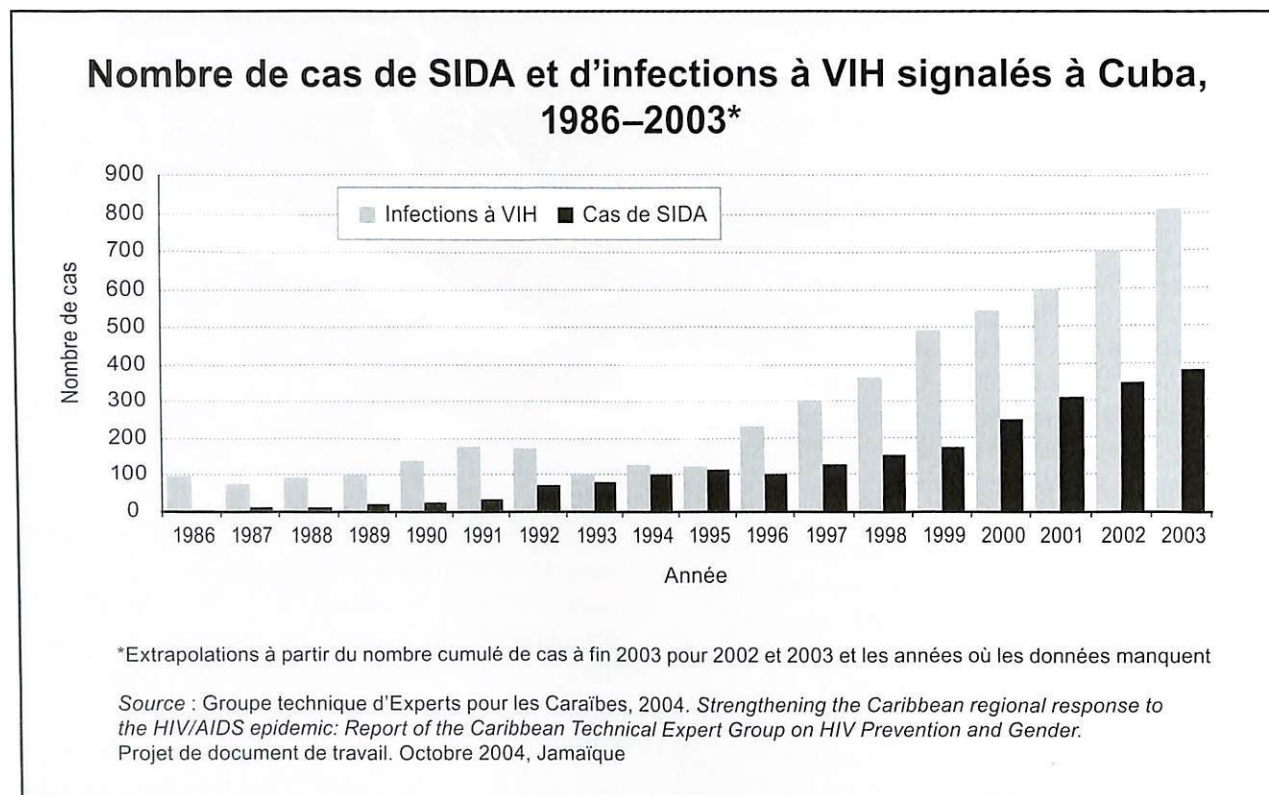
y est devenu la principale cause de décès pour les personnes de 25 à 44 ans (ONUSIDA/OMS, 2004). L'augmentation marquée du nombre de cas officiellement signalés au cours de la décennie écoulée fait penser à une aggravation de l'épidémie, avec une prévalence élevée du VIH enregistrée chez les femmes et les hommes vus aux consultations pour infections sexuellement transmissibles – respectivement 12% et 15% en 2002 (Groupe technique d'Experts pour les Caraïbes, 2004). On dispose néanmoins de peu d'information hors des villes et il est donc difficile d'estimer l'importance actuelle de l'épidémie.

Un peu moins de 2% des habitants adultes du **Suriname** vivaient avec le VIH à fin 2003. Le nombre de nouvelles infections à VIH a triplé depuis le milieu des années 1990 (de 104 en 1996 à 371 en 2003) mais il se peut que l'augmentation du nombre de tests soit responsable en grande partie de cet accroissement. Le niveau élevé des infections à VIH rencontré chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (7% lors d'une étude menée en 2005) indique que les rapports sexuels entre hommes jouent un rôle dans l'épidémie du Suriname ; des enquêtes plus anciennes

avaient montré qu'un tiers environ des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes en avaient aussi avec des femmes (CAREC/OPS, 2005b ; Del Prado et al., 1998). Parmi ce groupe d'hommes, le niveau de connaissances relatives au VIH semble être élevé (environ 80% connaissaient au moins trois moyens de se protéger contre l'infection). Même si 70% disaient avoir toujours recours au préservatif au cours des rapports tarifés, une autre étude a trouvé plus d'un homme sur trois séropositif au VIH chez les professionnels du sexe (CAREC/OPS, 2005a, 2005b). Comme la prévalence du VIH est aussi très élevée chez les professionnelles du sexe (21% d'après une étude menée en 2005), le commerce du sexe joue sans doute un rôle central dans l'épidémie au Suriname (CAREC/OPS, 2005b).

L'épidémie de **Cuba** reste – et de loin – la plus discrète de toutes les Caraïbes, avec une prévalence du VIH chez l'adulte estimée à moins de 0,1% (Groupe technique d'Experts pour les Caraïbes, 2004). Il y a néanmoins une augmentation du nombre de nouvelles infections à VIH et les mesures de prévention prises à Cuba semblent ne pas pouvoir rattraper les circonstances

Figure 18



qui favorisent la propagation du VIH, notamment les inégalités croissantes en matière de revenus et une industrie du sexe en pleine expansion (Camara et al., 2003 ; Inciardi et al., 2005). Par ailleurs, le système cubain de prévention de la transmission mère-enfant reste remarquablement efficace. Toutes les femmes enceintes sont testées pour le VIH, et celles qui sont séropositives reçoivent un traitement antirétroviral. En conséquence, et grâce aussi au très faible taux général d'infection, moins de 20 enfants séropositifs ont vu le jour jusqu'en 2004 (Susman, 2003 ; Groupe technique d'Experts pour les Caraïbes, 2004). En outre, l'accès universel et gratuit aux traitements antirétroviraux a maintenu le nombre de cas de SIDA et de décès dus au SIDA à un niveau extrêmement faible.

Il faudra absolument améliorer la surveillance du VIH et la surveillance des comportements si l'on veut appliquer et maintenir des stratégies de prévention efficaces aux Caraïbes. Ce qui manque surtout, ce sont des informations mises à jour et fiables sur les types de

comportements et les tendances au sein des groupes à risque, par exemple les professionnel(le)s du sexe et les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, ainsi que sur l'impact éventuel de ces comportements en ce qui concerne la transmission du VIH. Le manque persistant de données de bonne qualité en matière de surveillance du VIH empêche la mise en place de programmes de prévention du VIH potentiellement efficaces et gêne l'efficacité des plans massifs de traitement antirétroviral, qui restent très inégalement répartis dans la région. Si l'accès universel au traitement est atteint à **Cuba** et si le niveau de couverture est assez élevé aux **Bahamas** et à la **Barbade**, dans trois des pays de la région parmi les plus gravement atteints les personnes concernées ne jouissent que d'un accès médiocre à ces traitements : seul un tiers des personnes qui auraient dû recevoir un traitement antirétroviral à la **Trinité-et-Tobago** le recevaient en septembre 2005, proportion encore réduite à 12% en **Haïti** et à 10% en **République dominicaine** (OPS, 2005).



# AMÉRIQUE LATINE

## Statistiques et caractéristiques du VIH et du SIDA, en 2003 et 2005

|      | Adultes et enfants vivant avec le VIH | Nombre de femmes vivant avec le VIH | Nouvelles infections à VIH, adultes et enfants | Prévalence chez l'adulte % | Décès dus au SIDA, adultes et enfants |
|------|---------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------|---------------------------------------|
| 2005 | 1,8 million<br>[1,4–2,4 millions]     | 580 000<br>[420 000–770 000]        | 200 000<br>[130 000–360 000]                   | 0,6<br>[0,5–0,8]           | 66 000<br>[52 000–86 000]             |
| 2003 | 1,6 million<br>[1,2–2,1 millions]     | 510 000<br>[370 000–680 000]        | 170 000<br>[120 000–310 000]                   | 0,6<br>[0,4–0,8]           | 59 000<br>[46 000–77 000]             |

Le nombre de personnes vivant avec le VIH en Amérique latine a augmenté pour atteindre 1,8 million selon les estimations [1,4 million–2,4 millions]. En 2005 ce sont approximativement 66 000 personnes qui sont mortes du SIDA [52 000–86 000] et 200 000 ont été nouvellement infectées [130 000–360 000]. Parmi les jeunes de 15 à 24 ans, on estime que 0,4% des femmes [0,3–0,8%] et 0,6% des hommes [0,4–1,1%] vivaient avec le VIH en 2005.

Essentiellement du fait de l'importance de leurs populations, ce sont l'Argentine, le Brésil et la Colombie en Amérique du Sud qui connaissent les plus fortes

Le rôle des rapports sexuels entre hommes dans la transmission du VIH est un facteur plus important qu'il n'est généralement admis. Dans presque tous les pays d'Amérique latine, les niveaux de prévalence les plus élevés de l'infection à VIH s'observent chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes. Viennent ensuite, selon une compilation récente d'études transversales, les niveaux de prévalence du VIH observés chez les professionnelles du sexe. La prévalence du VIH chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes varie de 2% à 28% selon les zones tandis que chez les professionnelles du sexe elle se situe entre 0% et 6,3% (Montano et

*Deux facteurs conjugués de façon variable alimentent les épidémies de la région : les rapports sexuels non protégés (à la fois entre hommes et entre hommes et femmes) et la consommation de drogues injectables.*

épidémies. Le seul Brésil compte plus du tiers des quelque 1,8 million de personnes vivant avec le VIH en Amérique latine. On note cependant la prévalence du VIH la plus élevée dans des pays plus petits comme le Belize, le Guatemala et le Honduras – où environ 1% des adultes, voire plus, étaient infectés fin 2003.

Deux facteurs conjugués de façon variable alimentent les épidémies de la région : les rapports sexuels non protégés (à la fois entre hommes et entre hommes et femmes) et la consommation de drogues injectables.

al., 2005). On estime que les rapports sexuels entre hommes sont à l'origine de 25% à 35% des cas de SIDA notifiés dans des pays tels que l'Argentine, la Bolivie, le Brésil, le Guatemala et le Pérou.

Le Brésil, de loin le pays le plus étendu et le plus peuplé de la région, connaît une épidémie de forme diverse qui a gagné les 26 Etats du pays. Bien que la prévalence du VIH pour l'ensemble du pays chez les femmes enceintes reste inférieure à 1% on notera qu'une part croissante des nouvelles infections



s'observe chez les femmes et que celles qui vivent dans des conditions misérables courent un risque disproportionné d'infection (Marins et al., 2003). Dans certains Etats, on a noté une forte prévalence du VIH parmi les femmes enceintes, jusqu'à 3%, voire 6%, en certains endroits de l'Etat méridional du Rio Grande do Sul (ONUSIDA/OMS, 2003).

Il semblerait que le comportement sexuel des jeunes Brésiliens soit en train de changer, l'activité sexuelle devenant plus précoce. D'après une étude de 2004, davantage de jeunes ont une activité sexuelle plus précocement et avec un plus grand nombre de partenaires. Plus d'un tiers (36%) des jeunes de 15 à 24 ans ont eu des rapports sexuels avant leur quinzième anniversaire (vs. 21% chez les personnes âgées de 25 à 39 ans) ; 20% ont dit avoir eu jusqu'ici plus de 10 partenaires et 7% ont eu plus de cinq partenaires dans l'année écoulée. Le niveau de connaissances relatives au VIH était faible : 62% seulement du groupe d'âge de 15 à 24 ans savaient comment le VIH se transmet. Les personnes ayant le moins de formation avaient aussi le moins de connaissances sur l'épidémie. Par contre, le pourcentage de jeunes disant utiliser un préservatif lors de leur premier rapport sexuel est passé de moins de 10% en 1986 à 60% en 2003 (Ministère de la Santé du Brésil, 2005). Cette dernière évolution peut atténuer les effets des comportements à risque sur la transmission du VIH déjà signalés. La prévalence du VIH chez les conscrits est restée constamment faible (0,08% en 2002, soit le même taux qu'en 1998) (Ministère de la Santé du Brésil, 2005).

Le rôle joué par la consommation de drogues injectables dans la transmission semble par ailleurs avoir diminué dans les villes du Brésil. Cette réussite pourrait en partie être attribuée aux programmes de réduction des risques (voir *Le point sur l'épidémie de SIDA 2004* pour plus de détails). Les estimations officielles établies à partir des données du système national de surveillance indiquent que trois quarts des 200 000 consommateurs de drogues injectables du Brésil utilisent désormais des seringues stériles. Dans certaines zones toutefois, les consommateurs de drogues représentent encore au moins la moitié des cas de SIDA notifiés. Les données disponibles révèlent des niveaux de prévalence du VIH relativement faibles chez les professionnelles du sexe : une des principales études, qui a regroupé presque 3000 d'entre elles (Chequer, 2005), note un taux de prévalence de 6,1%.

En **Argentine**, le VIH s'est initialement répandu principalement chez les consommateurs masculins de drogues injectables et leurs partenaires sexuel(le)s

ainsi que chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. La situation a peu à peu changé au fur et à mesure que davantage d'hommes infectés par le VIH contaminaient leurs femmes et amies. La plupart des nouvelles infections sont survenues lors de rapports hétérosexuels, avec un nombre accru de femmes infectées. Le ratio hommes:femmes dans les cas notifiés de SIDA est passé de 15:1 en 1988 à 3:1 en 2004. Pour les nouvelles infections, qui surviennent de façon disproportionnée dans les quartiers pauvres des villes, le ratio était en 2004 de 1,5:1 (Ministère de la Santé de l'Argentine, 2004). Dans le même temps, la consommation de drogues et les rapports sexuels entre hommes continuent d'être les moteurs de la propagation du virus, en particulier dans les zones urbaines des provinces de Buenos Aires, de Cordoba et de Santa Fe où l'on estime que 80% des cas de SIDA sont survenus. Lors de tests effectués dans la ville de Buenos Aires, par exemple, quelque 44% des consommateurs de drogues injectables se sont révélés séropositifs ; d'autres études (Weissenbacher et al., 2003 ; Pando et al., 2003 ; Segura et al., 2005 ; Montano et al., 2005 ; Bautista et al., 2004) ont mis en évidence une prévalence du VIH allant de 7% à 15% chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes.

Au **Chili** et en **Uruguay**, la majorité des infections à VIH sont concentrées dans les zones urbaines (Commission nationale SIDA, Chili, 2003 ; Programme national SIDA, Uruguay, 2005). Environ les trois quarts des cas d'infection à VIH notifiés en Uruguay l'ont été dans et autour de la capitale Montevideo tandis qu'au Chili Antofagasta, Santiago, Tarapaca et Valparaiso sont les régions les plus affectées. Le virus a envahi au contraire les zones rurales du **Paraguay**, en particulier le long des frontières avec l'Argentine et le Brésil (Programme national SIDA, Paraguay, 2005). La consommation de drogues injectables et les rapports sexuels entre hommes semblent être les facteurs dominants de l'épidémie uruguayenne ; un quart des cas d'infection à VIH notifiés y concernent des consommateurs de drogues (dont beaucoup ont moins de 25 ans) et un tiers des diagnostics de séropositivité seraient dus à des rapports sexuels entre hommes (Osimani, 2003).

Dans la région des Andes, les rapports sexuels tarifés non protégés et les rapports sexuels entre hommes sont les principales voies de propagation du virus. Comme de plus en plus d'hommes transmettent le virus à leurs épouses et amies, les voies de transmission du virus se diversifient. L'épidémie en **Bolivie**, essentiellement concentrée dans les zones urbaines de La Paz et Santa Cruz, reste de faible ampleur et semble être largement



due au commerce du sexe et aux rapports sexuels entre hommes (Ministère de la Santé de Bolivie et OPS/OMS, 2003 ; Khalsa et al., 2003). Si la prévalence du VIH chez les femmes enceintes fréquentant les consultations prénatales est restée inférieure à 1%, les niveaux d'infection chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes a atteint 15% à La Paz et près de 24% à Santa Cruz (Montano et al., 2005). La vulnérabilité

avec des hommes, on a noté une prévalence de 17% à Quito Pichincha et de 23% à Guayaquil Guayas. Le taux de prévalence chez les professionnelles du sexe reste faible, à moins de 2% (Ministère de la Santé de l'Equateur, 2005). Il semble qu'un grand nombre de femmes séropositives ont été infectées par leurs maris ou partenaires réguliers, eux-mêmes contaminés lors de rapports sexuels entre hommes.

*Il est vital d'étendre les activités de prévention ainsi que le diagnostic et le traitement des infections à VIH aux hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes.*

des enfants des rues – filles et garçons – au VIH n'a retenu l'attention que récemment. Une étude dans la ville de Cochabamba a montré que 3,5% des enfants des rues interrogés vivaient avec le VIH, la plupart ayant été infectés lors de rapports sexuels (Lambert et al., 2005). Les professionnelles du sexe ont réussi, dans une large mesure, à éviter l'infection ; à Cochabamba, Oruro et Tarija, par exemple, la prévalence était de 1% en 2002 et de 0,5% à La Paz, où les autorités sanitaires estiment que 70% des professionnel(le)s du sexe ont régulièrement recours au préservatif (Carcamo, 2004). Il faut noter que ces niveaux d'infection ont été enregistrés auprès de professionnel(le)s travaillant pour la plupart dans des bordels, lesquelles subissent régulièrement des contrôles dans des consultations pour infections sexuellement transmissibles. Partout ailleurs en Amérique latine, l'observation conduit à penser que les professionnel(le)s du sexe courent un risque plus élevé d'infection. A ce jour, il n'existe néanmoins que peu d'études portant sur la propagation possible du VIH dans cette population – non seulement en Bolivie mais dans toute l'Amérique latine.

Il est certes nécessaire de poursuivre les efforts de prévention à l'intention des professionnel(le)s du sexe mais il est vital d'étendre les activités de prévention ainsi que le diagnostic et le traitement des infections à VIH aux hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, qui continuent à être confrontés à la stigmatisation et à la discrimination. Les rapports sexuels entre hommes semblent également être un facteur déterminant de la croissance de l'épidémie en **Equateur** où les nouvelles infections à VIH ont presque doublé depuis 2001, atteignant le nombre de 573 en 2004 (Ministère de la Santé de l'Equateur, 2005). Plus des deux tiers des cas d'infection à VIH concernent des hommes et, chez les hommes ayant des relations

En **Colombie**, le VIH a d'abord affecté surtout les hommes puisque ceux-ci représentaient 83% des cas de SIDA enregistrés à cette époque par les autorités de santé publique du pays. Comme dans plusieurs autres pays de la région, la prévalence du VIH observée (Montano et al., 2005 ; Khalsa et al., 2003 ; Mejía et al., 2002) dans les groupes d'hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (jusqu'à 20% à Bogota) a dépassé la prévalence enregistrée chez les professionnelles du sexe (0,8% en 2001-2002 à Bogota, par exemple). Comme une proportion significative des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes ont des rapports sexuels avec des femmes, la structure de l'épidémie a changé et le nombre de femmes infectées va croissant – particulièrement sur la côte des Caraïbes et dans le nord-est du pays. La plupart de ces femmes auront été contaminées par des maris ou des partenaires infectés qui ont eu des rapports non protégés avec des partenaires hommes et/ou femmes. Ainsi, parmi les femmes testées positives pour le VIH dans le cadre de projets de prévention de la transmission mère-enfant, 72% vivaient une relation stable et 90% se définissaient comme des 'femmes au foyer' (García et al., 2005).

En Colombie, on a récemment observé chez les jeunes de 15 à 24 ans et chez les femmes enceintes une prévalence du VIH allant de 1,2% à 1,3 % à Santander et Valle et de 2,4% à Atlantico (Prieto et al., 2004). Outre les disparités selon le sexe, il est possible que les déplacements forcés provoqués par les conflits qu'a longtemps connus le pays aient accru pour les femmes les risques d'infection par le VIH (García, 2005). L'initiative nationale de réduction de la transmission mère-enfant, un des éléments les plus importants du programme de lutte contre le SIDA, constitue une évolution positive. Selon une étude, elle a fait chuter



le risque de transmission périnatale du VIH de 40% à moins de 4% (García et al., 2005).

Au **Pérou**, les niveaux d'infection par le VIH restent faibles à l'échelle nationale – 0,2% en 2002 d'après les dernières données disponibles (Ministère de la Santé du Pérou, 2004). Cependant, on a enregistré une prévalence plus élevée chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes – de 6% à 12% dans les villes d'Arequipa, d'Iquitos, de Pucallpa et de Sullana et jusqu'à 23% à Lima selon une étude conduite en 2002 (Ministère de la Santé du Pérou, 2005). Partout, sauf dans les deux premières villes, les niveaux d'infection se sont élevés depuis 2000. Dans la mesure où une forte proportion d'hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (plus des trois quarts selon plusieurs études en zones urbaines) ont également des rapports sexuels avec des femmes, la probabilité de transmission du VIH chez celles-ci est élevée (Guanira et al., 2004). Le commerce du sexe est un autre facteur déterminant. En zones urbaines, près de la moitié (44%) des hommes âgés de 18 à 29 ans disent avoir payé pour des rapports sexuels et l'usage du préservatif reste très aléatoire.

une épidémie bien implantée avec circulation du VIH dans l'ensemble de la population. Commerce du sexe et rapports sexuels entre hommes restent néanmoins les facteurs déterminants de l'épidémie. Chez les professionnelles du sexe à Tegucigalpa, on a mesuré en 2001 une prévalence médiane du VIH de 8% à 9% et à San Pedro Sula une prévalence de 13%. Parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes dans les principales zones urbaines, 12% vivaient avec le VIH en 2002 (ONUSIDA/OMS, 2004 ; Secrétariat de la Santé du Honduras, 2003). Ces données, et l'existence de taux élevés pour les autres infections sexuellement transmissibles, donnent à penser que l'épidémie continuera de s'étendre au Honduras.

Les autres épidémies d'Amérique centrale sont en étroite relation avec le commerce du sexe et les rapports sexuels entre hommes. Bien que les taux d'infection varient considérablement chez les professionnel(le)s du sexe, il est certain qu'ils sont régulièrement plus élevés chez ceux et celles qui travaillent dans la rue et que, de ce fait, les services de prévention du VIH atteignent plus difficilement. A San Salvador et à Puerto de Acajutla (**El Salvador**),

### *Là où l'accès au traitement antirétroviral s'est sensiblement amélioré, la mortalité due au SIDA semble diminuer.*

En **Amérique centrale**, le virus se propage à la fois dans les groupes les plus vulnérables et, dans plusieurs pays, au sein de la population générale. Le VIH se transmet surtout lors de rapports sexuels non protégés – entre hommes et femmes et également entre hommes. Bien que les données de surveillance restent incomplètes, les données disponibles indiquent que les épidémies sont principalement concentrées dans les grandes zones urbaines et autour des voies de communication, avec des exceptions notables.

Le VIH est diversement mais solidement présent au **Honduras** qui abrite près d'un tiers des personnes vivant avec le VIH dans la sous-région. Avec une prévalence du VIH chez les adultes estimée à un peu moins de 2% au niveau du pays, le SIDA est la principale cause de décès chez les femmes honduriennes et vient en deuxième place comme cause d'hospitalisation et de décès pour l'ensemble du pays (ONUSIDA/OMS, 2004). Les niveaux médians d'infection parmi les femmes enceintes, si l'on remonte à 1999, se situaient déjà entre 2,9% dans les zones urbaines et 3,6% dans certaines zones rurales – ce qui signale

par exemple, 16% des professionnel(le)s du sexe de la rue ont présenté une sérologie positive (Ministère de la Santé publique et de l'Assistance sociale en El Salvador, 2003). Comme l'usage du préservatif tend à être moins fréquent entre partenaires sexuels réguliers, les clients des professionnel(le)s du sexe transmettent vraisemblablement le virus à leurs épouses et amies. Il en va de même pour les hommes qui ont des rapports sexuels aussi bien avec des hommes qu'avec des femmes. La fidélité offre aux femmes peu de protection contre l'infection, comme l'a montré une étude conduite à Chinandegas (au **Nicaragua**). On y a observé que les femmes mariées y avaient deux fois plus de chances de vivre avec le VIH que les professionnelles du sexe (ONUSIDA/OMS, 2004).

L'épidémie au **Guatemala** semble être de la même importance que celle du **Honduras** mais la collecte des données sur le VIH a été trop irrégulière pour permettre une estimation fiable des tendances actuelles. L'information disponible suggère une propagation irrégulière du VIH, les hautes terres étant vraisemblablement les moins affectées. La plupart des



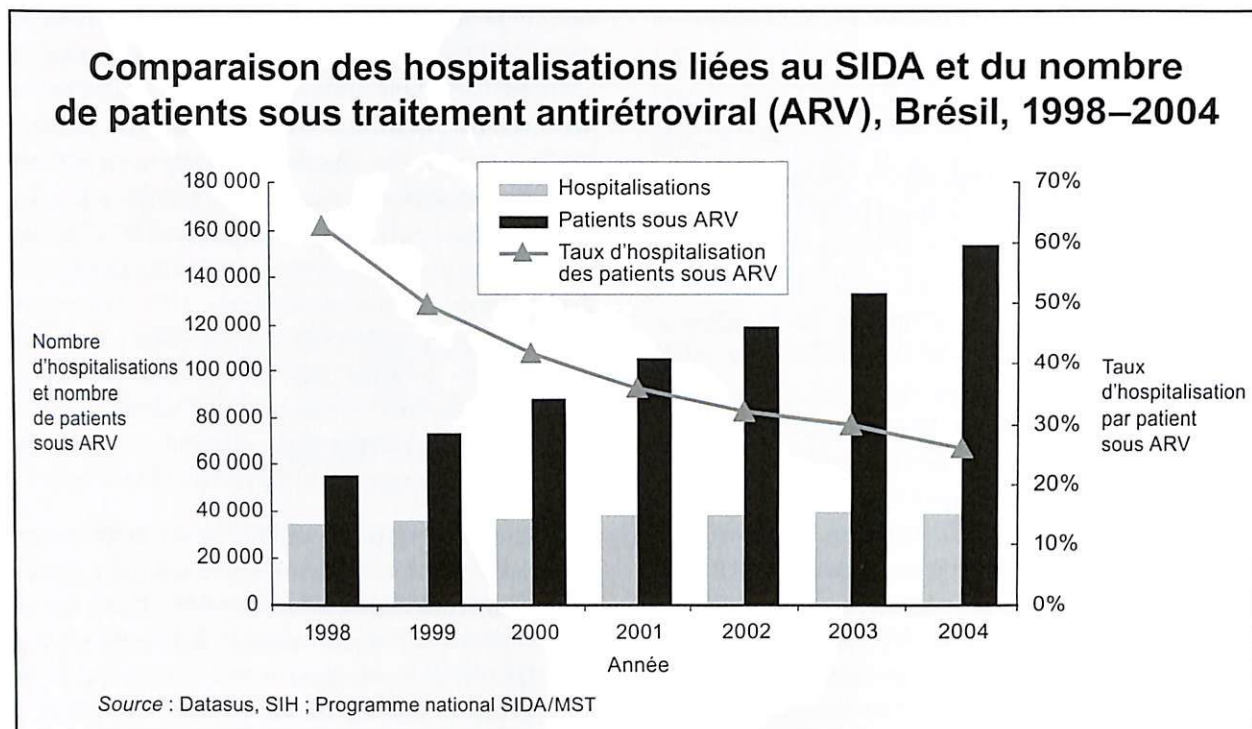


Figure 19

cas d'infection à VIH semblent se concentrer dans les zones urbaines et le long des voies de communication qui sillonnent le pays. La surveillance du VIH n'a mis en évidence aucun cas d'infection à VIH dans certaines consultations pour infections sexuellement transmissibles mais dans d'autres (à Izabal, par exemple) on a observé une prévalence qui peut atteindre 9%. Chez les femmes enceintes, les niveaux ont varié de pratiquement 0% à plus de 1% (Retalhuleu et San Marcos) (ONUSIDA/OMS, 2004 ; Ministère de la Santé publique et de l'Assistance sociale du Guatemala, 2003). Ici aussi, le commerce du sexe semble jouer un rôle décisif : on a noté un taux de prévalence du VIH atteignant 15% chez les professionnelles du sexe opérant dans la rue. Les rapports sexuels entre hommes pourraient toutefois jouer un rôle plus important qu'il n'est communément admis (Ministère de la Santé publique et de l'Assistance sociale du Guatemala, 2003). On a noté chez ces derniers des niveaux d'infection de près de 12% à Guatemala City et un sur cinq d'entre eux avait également des rapports sexuels réguliers avec des femmes (ONUSIDA/OMS, 2004).

Les rapports sexuels entre hommes sont également en cause dans les épidémies moins importantes d'El Salvador, du Nicaragua et du Panama, où une prévalence du VIH de 18%, 9% et 11% respectivement a été enregistrée dans ces groupes de population. Au

**Costa Rica** ces rapports sexuels sont même le facteur dominant de l'épidémie : les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes y représentent plus des deux tiers des cas de SIDA enregistrés (ONUSIDA/OMS, 2004).

La prévalence du VIH chez l'adulte au niveau du pays est restée bien inférieure à 1% au **Mexique** mais l'épidémie présente des structures diverses dans les diverses parties de ce pays étendu. Environ 90% des cas de SIDA officiellement notifiés ont été attribués aux rapports sexuels non protégés – pour moitié à des rapports sexuels entre hommes (CENSIDA, 2003). On estime à 160 000 le nombre d'adultes vivant avec le VIH à fin 2003 ; deux tiers sont des hommes dont on pense qu'ils ont été infectés lors de rapports sexuels avec des hommes (ONUSIDA, 2004 ; Magis-Rodríguez et al., 2002). Il est possible que cela explique l'augmentation en cours de la transmission hétérosexuelle du VIH, les femmes étant infectées lors de rapports avec des partenaires bisexuels (Magis et al., 2000). Il semble malaisé de déterminer le rôle que joue la consommation de drogues injectables dans l'épidémie au Mexique ; dans les villes situées le long de la frontière avec les Etats-Unis d'Amérique on a toutefois noté un lien entre l'injection de drogues et l'infection à VIH (Minichiello et al., 2002 ; Magis-Rodríguez et al., 1997).

Le rôle possible des migrations dans l'épidémie du Mexique a fait l'objet de bien des spéculations mais il n'est pas encore possible d'arriver à des conclusions valables. Une étude récente a montré que les migrants internationaux de sexe masculin avaient en moyenne eu dans l'année écoulée deux fois plus de partenaires sexuels que leurs homologues non migrants. Dans le même temps, l'utilisation du préservatif était bien plus fréquente chez les migrants (Magis-Rodríguez et al., 2004). Il reste que la charge alourdie que représente le SIDA dans certaines zones rurales du Mexique pourrait indiquer un lien entre l'infection à VIH et la migration vers les Etats-Unis d'Amérique (Magis-Rodríguez et al., 2004).

L'accès à la thérapie antirétrovirale s'est considérablement accru en Amérique latine, même si la performance du **Brésil** sur ce point reste unique. Dans ce pays, qui a retenu pour politique de fournir ces médicaments à tous ceux qui en ont besoin, toute personne dont l'infection à VIH est assez avancée peut recevoir le trai-

tement antirétroviral auprès du système national de santé publique. Le nombre de Brésiliens sous thérapie antirétrovirale a continué à croître et était d'environ 170 000 personnes en septembre 2005. On a estimé à 75% l'adhésion des patients au traitement. La couverture par les antirétroviraux est également élevée en **Argentine**, au **Chili**, à **Cuba**, au **Mexique**, en **Uruguay** et en **République bolivarienne du Venezuela** (OPS, 2005), même si les conditions dans lesquelles elle est assurée sont moins favorables qu'au Brésil. Au **Costa Rica** et au **Panama**, où l'accès à ce traitement s'est sensiblement amélioré, la mortalité due au SIDA semble diminuer. Mais ailleurs, en particulier dans les pays plus pauvres d'Amérique centrale et de la région des Andes en Amérique du Sud, les progrès ont été plus lents. En 2004 moins de 1000 Equatoriens bénéficiaient d'un traitement antirétroviral (Ministère de la Santé de l'Equateur, 2004), tandis qu'en **El Salvador**, au **Guatemala**, au **Honduras**, au **Nicaragua** et au **Paraguay** il y a encore fort à faire (OPS, 2005).



# AMÉRIQUE DU NORD, EUROPE OCCIDENTALE ET CENTRALE

## Statistiques et caractéristiques du VIH et du SIDA, en 2003 et 2005

|             | Adultes et<br>enfants vivant<br>avec le VIH | Nombre de<br>femmes vivant<br>avec le VIH | Nouvelles<br>infections à VIH,<br>adultes et enfants | Prévalence<br>chez l'adulte<br>% | Décès dus au<br>SIDA, adultes<br>et enfants |
|-------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------------|
| <b>2005</b> | <b>1,9 million</b><br>[1,3–2,6 millions]    | <b>490 000</b><br>[340 000–670 000]       | <b>65 000</b><br>[35 000–140 000]                    | <b>0,5</b><br>[0,3–0,7]          | <b>30 000</b><br>[19 000–42 000]            |
| <b>2003</b> | <b>1,8 million</b><br>[1,3–2,5 millions]    | <b>450 000</b><br>[320 000–620 000]       | <b>63 000</b><br>[34 000–140 000]                    | <b>0,4</b><br>[0,3–0,6]          | <b>30 000</b><br>[19 000–42 000]            |

Le nombre de personnes vivant avec le VIH en Amérique du Nord ainsi qu'en Europe occidentale et centrale a atteint 1,9 million [1,3–2,6 millions] en 2005 ; parmi elles, 65 000 environ ont été infectées par le VIH au cours de l'année écoulée. L'accès étendu aux traitements antirétroviraux a permis de maintenir le nombre de décès dus au SIDA à un niveau relativement faible, environ 30 000.

Dans l'ensemble, les efforts de prévention restent à la traîne des changements au niveau des épidémies dans plusieurs pays où les principaux schémas de

2004a). Les Etats-Unis comptaient un nombre total d'infections à VIH estimé à 1,04–1,2 million à fin 2003. Cette augmentation correspond au fait que les traitements antirétroviraux permettent aux personnes infectées par le VIH de vivre plus longtemps, mais aussi au fait qu'il n'a pas été possible de conserver et d'adapter les résultats atteints en matière de prévention au cours des 10-15 premières années de l'épidémie. Les 33 Etats qui disposent d'un système de notification confidentiel à base nominative ont enregistré environ 32 000 cas nouveaux d'infection à VIH en 2003, un

*Dans l'ensemble, les efforts de prévention restent à la traîne des changements au niveau des épidémies dans plusieurs pays où les principaux schémas de transmission du VIH sont en mutation.*

transmission du VIH sont en mutation. Même si les rapports sexuels entre hommes et, dans un petit nombre de pays, la consommation de drogues injectables restent des modes de transmission importants pour le VIH, le nombre de personnes infectées au cours de rapports hétérosexuels non protégés s'accroît.

Pour la première fois, le nombre estimé de personnes vivant avec le VIH aux **Etats-Unis d'Amérique** a franchi la barre du million à fin 2003, le chiffre correspondant pour 2002 étant de l'ordre de 850 000–950 000 (US Centers for Disease Control and Prevention,

chiffre resté relativement stable depuis la fin des années 1990. (Ces 33 Etats n'incluent ni la Californie ni l'Etat de New York, lesquels présentent les chiffres les plus élevés de personnes vivant avec le VIH.)

La plupart des personnes vivant avec le VIH aux Etats-Unis sont des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, et les données les plus récentes montrent que les rapports sexuels entre hommes restent le principal mode de transmission, soit 63% des infections à VIH nouvellement diagnostiquées en 2003 (US Centers for Disease Control and Prevention,



2004a). Au cours des dernières années, on a signalé un accroissement des comportements à risque, en partie semble-t-il lié à l'usage de drogues à des fins de divertissement. Une étude récente dans cinq villes (Baltimore, Los Angeles, Miami, New York et San Francisco) a néanmoins mis en évidence une grande diversité de tendances.

A San Francisco par exemple, l'*incidence* de l'infection à VIH parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes semble actuellement inférieure aux estimations précédentes (1,2% lors de l'étude menée en 2004-2005 vs. des estimations officielles plus anciennes de 2,2%). On a par ailleurs trouvé à Baltimore une *incidence* de 8% pour le VIH chez les hommes qui ont

Centers for Disease Control and Prevention, 2004a). Pour de nombreuses femmes vivant avec le VIH, le facteur de risque principal reste le comportement souvent secret du partenaire masculin, qu'il s'agisse d'injection de drogues ou de rapports sexuels avec des hommes (McMahon et al., 2004 ; Valleroy et al., 2004 ; Montgomery et al., 2003).

Comme dans d'autres pays, l'épidémie aux Etats-Unis exploite souvent les failles de la société. Une étude récente en Caroline du Nord, par exemple, a montré que les femmes séropositives risquaient bien plus souvent d'être chômeuses, de dépendre de l'assistance publique et d'échanger des faveurs sexuelles contre de l'argent ou des cadeaux (Leone et al., 2005).

### *Comme dans d'autres pays, l'épidémie aux Etats-Unis exploite souvent les failles de la société.*

des rapports sexuels avec des hommes : 40% des participants se sont avérés séropositifs et 62% n'étaient pas au courant de leur infection (US Centers for Disease Control and Prevention, 2005). Dans l'ensemble, on pense qu'un quart des personnes vivant avec le VIH aux Etats-Unis ne sont pas conscientes de leur infection. Cette méconnaissance de leur statut sérologique est surtout marquée chez les hommes africains-américains qui ont des rapports sexuels avec des hommes : l'étude des cinq villes citée plus haut a montré que les deux tiers environ des Africains-Américains séropositifs de cette catégorie de population ne connaissaient pas leur statut sérologique.

La consommation de drogues injectables reste également un mode important de transmission du VIH chez les femmes. Environ 20% des Américains qui vivaient avec le VIH en 2003 ont été infectés de cette façon, ainsi que 25% environ des femmes qui ont présenté un premier diagnostic d'infection à VIH en 2003. Parmi les femmes amérindiennes et des populations autochtones de l'Alaska, cette proportion a atteint 33% en 2003 (US Centers for Disease Control and Prevention, 2004a).

Pour les femmes vivant avec le VIH, les rapports hétérosexuels non protégés restent néanmoins le mode de transmission le plus important – on estime que 73% des femmes infectées en 2003 l'ont été de cette façon. La proportion de femmes parmi les personnes nouvellement infectées s'est stabilisée à l'heure actuelle à un taux d'environ 25% après avoir augmenté au cours de la fin des années 1990 (US

Un des aspects les plus frappants de l'épidémie aux Etats-Unis est la concentration des infections à VIH chez les Africains-Américains. Ces derniers ne représentent que 12,5% de la population du pays, mais ont constitué 48% des nouvelles infections à VIH en 2003 (US Centers for Disease Control and Prevention, 2004a). Bien que les hommes soient la majorité parmi les Africains-Américains vivant avec le VIH, les Africaines-Américaines sont elles aussi atteintes de manière disproportionnée. Certains estiment qu'elles courent un risque 12 fois plus élevé d'être infectées par le VIH que leurs homologues caucasiennes. Parmi les hommes jeunes (23–29 ans) qui ont des rapports sexuels avec des hommes, la prévalence de l'infection à VIH chez les Africains-Américains (32%) est plus de quatre fois supérieure à la prévalence observée chez leurs homologues caucasiens (7%) et plus du double de celle des homologues latino (14%). La moitié des personnes qui sont mortes du SIDA en 2003 étaient des Africains-Américains (US Centers for Disease Control and Prevention, 2004a).

Depuis 2000, l'estimation du nombre annuel de nouvelles infections à VIH est restée stable autour de 40 000 aux Etats-Unis (US Centers for Disease Control and Prevention, 2005). Il faudra néanmoins redoubler d'efforts pour atteindre la cible fixée il y a quatre ans par le Gouvernement des Etats-Unis et qui est de réduire de moitié le taux de nouvelles infections. La chute marquée du nombre de décès liés au SIDA survenue après l'introduction des traitements antirétroviraux aux Etats-Unis a commencé à ralentir à la fin des années 1990 et le chiffre des décès oscille maintenant



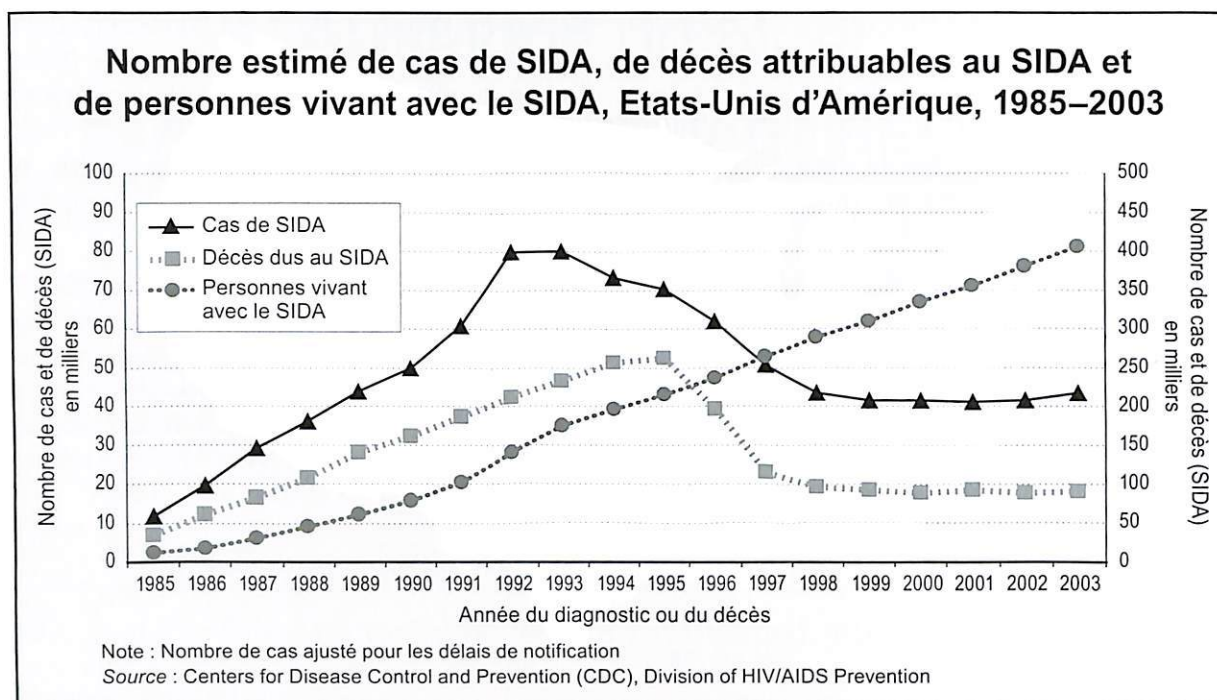


Figure 20

autour de 17 500–18 500 par an depuis 2000, comme le montre la Figure 20 (US Centers for Disease Control and Prevention, 2004a). Si, d'après un calcul récent, le traitement du SIDA a sauvé presque deux millions d'années de vie, les Africains-Américains ne semblent pas avoir bénéficié équitablement des traitements qui ont prolongé ces vies (Walensky et al., 2005). D'après une autre étude récente (McQuillan et al., 2004), ils ont par exemple deux fois moins de chances de recevoir un traitement antirétroviral que d'autres groupes de population. Le nombre d'Africains-Américains morts du SIDA en 2003 a été presque le double de celui des morts caucasiens (US Centers for Disease

Control and Prevention, 2004a). Le SIDA est devenu l'une des trois premières causes de mortalité pour les hommes africains-américains de 25 à 54 ans et pour les Africaines-Américaines de 25 à 34 ans c'est la première cause de décès (US Centers for Disease Control and Prevention, 2004b).

quart des nouveaux diagnostics (vs. moins de 10% en 1995). Les femmes de 15 à 29 ans sont apparemment les plus exposées au risque – elles représentent 42% des nouveaux diagnostics en 2004 (vs. 13% en 1985–1994). Ces tendances correspondent à la proportion croissante (30% en 2004) des diagnostics d'infection à VIH attribuables à une transmission hétérosexuelle – signe de la maturité et de l'hétérogénéité de l'épidémie dans le pays. Parmi les nouveaux diagnostics attribuables à une transmission hétérosexuelle, un quart proviennent de personnes originaires de pays à prévalence élevée situés en Afrique subsaharienne et aux Caraïbes (Santé publique Canada, 2003). Par ailleurs, la consomma-

### *Plus d'un demi-million de personnes vivent avec le VIH en Europe occidentale.*

tion de drogues injectables reste une cause importante d'infection à VIH chez les femmes et représente 32% des nouveaux diagnostics chez elles en 2004. Dans l'ensemble, les rapports sexuels entre hommes restent le moteur le plus important de l'épidémie au Canada, responsable de 45% des nouveaux diagnostics d'infection à VIH au cours de l'année écoulée. Si le chiffre annuel des diagnostics de SIDA a considérablement diminué (de 1776 en 1994 à 237 en 2004), les Noirs et les Autochtones canadiens représentent une part croissante de ces diagnostics, avec des pourcentages qui sont passés de 8,3% à 15,5% pour les premiers et

Au **Canada**, qui a signalé juste un peu moins de 58 000 diagnostics d'infection à VIH à fin 2004, l'épidémie est aussi en train de changer. Le nombre annuel de nouvelles infections à VIH a augmenté de 20% au cours des cinq années écoulées (de 2111 en 2000 à 2529 en 2004) : les femmes comptent actuellement pour un



de 2,3% à 14,8% pour les seconds entre 1994 et 2004 (Agence de santé publique du Canada, 2005).

Plus d'un demi-million de personnes vivent avec le VIH en **Europe occidentale** et leur nombre continue à augmenter, accompagné dans certains pays par des signes de résurgence des comportements à risque dans le domaine de la sexualité. Le changement le plus important en Europe occidentale a été l'émergence des rapports hétérosexuels comme cause dominante des nouvelles infections à VIH dans plusieurs pays. Parmi les plus de 20 000 infections à VIH nouvellement diagnostiquées en 2004 (sans compter l'**Espagne**, l'**Italie** et la **Norvège** pour qui nous n'avons pas de données pertinentes), plus du tiers concernaient des femmes. Une part importante des nouveaux diagnostics s'observe chez des personnes originaires de pays qui présentent de graves épidémies de VIH, principalement les pays d'Afrique subsaharienne (Hamers and Downs, 2004).

Plusieurs raisons expliquent le doublement des nouveaux diagnostics d'infection à VIH au **Royaume-Uni** depuis 2000 (de 3499 en 2000 à 7258 en 2004). Une part en revient à l'augmentation du nombre de tests : la notification des diagnostics d'infection à VIH par les cliniciens, introduite en 2000, a nettement augmenté le nombre d'infections officiellement enregistrées (EuroHIV, 2005). L'essentiel de cette augmentation est néanmoins dû à une augmentation marquée du nombre d'infections à VIH d'origine hétérosexuelle, acquises principalement (environ 80%) dans des pays à haute prévalence. La plupart des infections à VIH d'origine hétérosexuelle (au nombre d'environ 4000) diagnostiquées en 2004 sont survenues en Afrique subsaharienne (EuroHIV, 2005 ; Dougan et al., 2005). Les femmes sont particulièrement frappées. En dehors de Londres, par exemple, le taux de prévalence pour les infections à VIH non diagnostiquées auparavant chez les femmes était de 11% en 2003 dans les consultations de médecine génito-urinaire (Centre collaborateur du Royaume-Uni pour la Surveillance du VIH et des IST, 2004). Ces schémas d'infections à VIH nouvellement diagnostiquées représentent un défi majeur.

Au cours de la même période, le nombre de diagnostics d'infection à VIH parmi les personnes hétérosexuelles infectées au Royaume-Uni a doublé entre 1999 et 2003 (de 158 à 341). Il y a de même eu une augmentation en 2003 pour les diagnostics d'autres infections sexuellement transmissibles : en 2003 par exemple, les diagnostics de syphilis en Angleterre, au pays de Galles et en Irlande du Nord ont augmenté de

28% chez les hommes et de 32% chez les femmes par rapport à 2002 (Centre collaborateur du Royaume-Uni pour la Surveillance du VIH et des IST, 2004 ; Dougan et al., 2005).

Les rapports sexuels entre hommes, qui ont longtemps été le principal mode de transmission, représentent encore un quart environ des nouveaux diagnostics d'infection à VIH au Royaume-Uni (1900 en 2004). Une étude poursuivie entre 1998 et 2004 a montré que, à Londres, le pourcentage d'hommes qui avaient eu des pratiques sexuelles à risque avec un partenaire masculin occasionnel avait augmenté de façon marquée (de 6,7% à 15,2%) entre 1998 et 2001 (Elford et al., 2005a). Une autre étude à Londres a mis en évidence une incidence croissante du VIH parmi les hommes plus âgés qui ont des rapports sexuels avec des hommes, sans qu'il en soit de même parmi leurs homologues plus jeunes (Elford et al., 2005b). Lors d'une enquête à assise communautaire à Brighton, Londres et Manchester, de 9% à 14% des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ont été identifiés comme vivant avec le VIH, et un tiers au moins des sujets séropositifs ne connaissaient pas leur statut sérologique (Dodds et al., 2005). Les activités de prévention visant les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes devront prendre ces résultats en considération et devront en particulier refléter les divers profils de risque de leurs groupes-cibles, notamment le statut sérologique et socioéconomique ainsi que les aspects d'identité culturelle (Elford et al., 2004). Il y a en outre grand besoin d'initiatives visant à diagnostiquer et à traiter une proportion accrue des hommes infectés par le VIH, compte tenu du pourcentage important parmi ceux qui ont des rapports sexuels avec des hommes et ignorent leur propre statut sérologique – plus de 20% selon une étude récente (Murphy et al., 2004).

Pour l'ensemble de l'Europe occidentale, le nombre annuel global de nouveaux diagnostics d'infection à VIH attribués aux rapports sexuels entre hommes a légèrement diminué entre 2002 (5453) et 2004 (5075). On note toutefois pour ces diagnostics (EuroHIV, 2005) une légère augmentation en **Belgique**, au **Danemark**, au **Portugal** et en **Suisse**, et en **Allemagne** un quasi-doublement (de 530 en 2001 à 982 en 2004). Dans ce dernier pays, l'accroissement de ce mode de transmission est responsable en grande partie de l'augmentation régulière du nombre total de nouveaux diagnostics d'infection à VIH (de 1425 en 2001 à 2058 en 2004, soit un accroissement de 44% pour cette période). Cette tendance reflète presque certainement une véritable augmentation des nouvelles infections,



puisque le nombre de tests a plafonné depuis la fin des années 1990, date de l'utilisation plus générale des tests dans le cadre du traitement antirétroviral. En Allemagne, les rapports sexuels entre hommes représentent actuellement une proportion plus élevée que jamais auparavant des infections à VIH nouvellement diagnostiquées – 49% vs. 37% en 2001 (Institut Robert Koch, 2005 ; EuroHIV, 2005).

Des tendances du même ordre mais plus localisées s'observent en d'autres endroits, les épidémies persistantes d'infections sexuellement transmissibles dans plusieurs grandes villes d'Europe occidentale reflétant un retour des pratiques sexuelles à risque. En Italie par exemple, une étude longitudinale à Rome au sein d'une consultation pour infections sexuellement transmissibles a mis en évidence une augmentation frappante des nouvelles infections à VIH, avec une incidence cumulée pour 2000–2003 double de celle pour 1984–1995 et beaucoup plus élevée que pour 1996–1999 (Giuliani et al., 2005). A Barcelone, en **Espagne**, on attribue la résurgence de la syphilis et d'autres infections sexuellement transmissibles (IST) à l'accroissement des comportements à risque chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes. Dans une consultation IST, le nombre de diagnostics d'infections syphilitiques a quintuplé en 2002–2003 par rapport aux chiffres observés entre 1993 et 1997 (Vall Mayans et al., 2004). Les rapports sexuels entre hommes constituent toujours un élément important de l'épidémie au **Danemark**, en **France** et aux **Pays-Bas**. En France, 20% environ des nouveaux diagnostics d'infection à VIH posés en 2003 et 2004 sont survenus chez des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, et dans 58% ces cas il s'agissait d'infections récentes (Lot et al., 2004 ; EuroHIV, 2005). Aux Pays-Bas, les rapports sexuels non protégés entre hommes sont responsables de plus de 40% des infections à VIH nouvellement diagnostiquées en 2003 et en 2004. Les données de surveillance mettent en évidence une reprise des rapports sexuels non protégés depuis 2000 ; par ailleurs en 2003 le cinquième des diagnostics de blennorragie, d'infections à Chlamydia et de syphilis chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes sont survenus chez des hommes déjà séropositifs (Van de Laar & Op de Coul, 2004 ; EuroHIV, 2005). Dans plusieurs pays, il n'y a pas de réponse suffisante au besoin urgent de renforcer les programmes ayant trait à la sexualité à moindre risque pour les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes.

Les diagnostics d'infection à VIH parmi les consommateurs de drogues injectables ont considérablement diminué en **Espagne** dans les années 1990 après l'introduction des traitements par la méthadone et des projets d'échange d'aiguilles. En Catalogne toutefois, une prévalence élevée du VIH a été constatée parmi les consommateurs de drogues injectables et la pratique des injections reste particulièrement importante au nord-est du pays et dans les îles Baléares (De la Fuente, 2003). Au **Portugal** aussi, les nouveaux cas d'infection à VIH parmi les consommateurs de drogues injectables ont nettement diminué (1000 en 2004, vs. 2400 en 2000), et ne représentent plus qu'un peu plus du tiers des nouveaux diagnostics en 2004, alors qu'ils en représentaient encore près de la moitié en 2002 (EuroHIV, 2005). Les pays où la consommation de drogues injectables constitue un élément important de l'épidémie devront non seulement conforter les résultats des programmes qui visent les consommateurs de drogues injectables mais aussi limiter la transmission du VIH depuis ceux-ci vers leurs partenaires sexuel(le)s (EuroHIV, 2005).

Comme au **Royaume-Uni**, les tendances les plus marquantes dans le reste de l'Europe occidentale incluent la proportion toujours croissante des infections à VIH nouvellement diagnostiquées dues aux rapports hétérosexuels à risque et à l'augmentation du nombre de femmes parmi les nouveaux cas d'infection à VIH. En **Allemagne**, en **Belgique**, au **Danemark**, en **France** et en **Suède** au moins un tiers des infections à VIH attribuables à des rapports hétérosexuels ont probablement été acquises à l'étranger, en particulier en Afrique subsaharienne. La plupart des migrants infectés par le VIH (dont de nombreuses femmes) ignorent leur statut sérologique. Parmi les diagnostics d'infection à VIH attribués à un contact hétérosexuel en **France** au cours de l'année 2003, 69% concernaient la population migrante – pour deux tiers environ (65%) des femmes (Lot et al., 2004). Dans les 18 pays d'Europe occidentale qui disposent de données pour 2004 (EuroHIV, 2005), les femmes comptent pour 35% de l'ensemble des nouveaux diagnostics, en augmentation sur le pourcentage de 2000 (29%). Il conviendra d'adapter les stratégies de prévention, de traitement et de prise en charge en Europe occidentale afin d'atteindre plus efficacement les populations migrantes et les femmes.

En Europe centrale, l'épidémie est restée faible et limitée ; la **Pologne** et la **Turquie** y représentent plus de la moitié des nouveaux diagnostics d'infection à

VIH portés chaque année. En Pologne, le nombre d'infections nouvelles a augmenté progressivement chaque année depuis 2001 et a atteint 656 en 2004 (EuroHIV, 2005). La consommation de drogues injectables, qui a longtemps été le facteur dominant de l'épidémie polonaise, ne correspond plus qu'à moins du tiers des nouvelles infections et a été rattrapée par les rapports sexuels non protégés – hétérosexuels ou entre hommes – en tant que mode de transmission principal. Les femmes représentent à l'heure actuelle plus de 20% des personnes vivant avec le VIH en Pologne (Centre national du SIDA, 2005). Partout en Europe centrale, les rapports sexuels non protégés représentent en 2004 environ la moitié des cas pour lesquels le mode de transmission a été identifié. Les rapports sexuels entre hommes semblent n'être le principal mode de transmission du VIH que dans quelques rares pays – notamment la **Hongrie**, la **République tchèque**, la **Slovaquie**, et la **Slovénie**.

L'Europe occidentale et l'Amérique du Nord restent les deux seules régions du monde où la plupart des personnes qui en ont besoin ont accès aux antirétroviraux. Par voie de conséquence, le nombre de décès liés au SIDA a chuté considérablement à la fin des années 1990. En Europe occidentale cette tendance s'est maintenue et ces décès ont baissé de façon marquée entre 2000 (3905 décès) et 2004 (2252 décès) – soit une chute de 42% (EuroHIV, 2005). On comparera ces chiffres à ceux de l'Europe orientale où la couverture par la thérapie antirétrovirale est moindre et où le nombre de décès liés au SIDA a triplé depuis 2000 (EuroHIV, 2005).

Le défi principal dans cette région sera d'intensifier les efforts de prévention et de les adapter aux modifications des schémas épidémiques.



# MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD

## Statistiques et caractéristiques du VIH et du SIDA, en 2003 et 2005

|             | Adultes et<br>enfants vivant<br>avec le VIH | Nombre de<br>femmes vivant<br>avec le VIH | Nouvelles<br>infections à VIH,<br>adultes et enfants | Prévalence<br>chez l'adulte<br>% | Décès dus au<br>SIDA, adultes<br>et enfants |
|-------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------------|
| <b>2005</b> | <b>510 000</b><br>[230 000–1,4 million]     | <b>220 000</b><br>[83 000–660 000]        | <b>67 000</b><br>[35 000–200 000]                    | <b>0,2</b><br>[0,1–0,7]          | <b>58 000</b><br>[25 000–145 000]           |
| <b>2003</b> | <b>500 000</b><br>[200 000–1,4 million]     | <b>230 000</b><br>[78 000–700 000]        | <b>62 000</b><br>[31 000–200 000]                    | <b>0,2</b><br>[0,1–0,7]          | <b>55 000</b><br>[22 000–140 000]           |

L'avance du SIDA au Moyen-Orient et en Afrique du Nord s'est poursuivie ; les calculs les plus récents estiment à 67 000 [35 000–200 000] le nombre de personnes infectées par le VIH en 2005. Dans cette région, environ 510 000 personnes [230 000–1,4 million] vivent avec le VIH et on estime à 58 000 [25 000–145 000] le nombre de décès attribuables au SIDA chez les adultes et les enfants en 2005.

Si la surveillance du VIH reste modeste dans la région, certains pays apportent des informations plus complètes (notamment l'Algérie, la Jamahiriya arabe libyenne, le Maroc, la Somalie et le Soudan). Les données disponibles montrent une tendance à l'accroissement du nombre d'infections à VIH (notamment chez les plus jeunes) dans des pays comme l'Algérie, la Jamahiriya arabe libyenne, le Maroc et la Somalie. Les rapports sexuels non protégés constituent le principal mode de transmission du VIH dans cette région, même si l'injection de drogues représente un facteur d'importance croissante (dans au moins deux pays, la République islamique d'Iran et la Jamahiriya arabe libyenne, elle constitue le principal mode de transmission). On observe une diminution générale des infections dues aux produits sanguins contaminés, aux transfusions sanguines ou à l'inobservance des mesures de lutte contre l'infection en milieu de soins, même si ces problèmes persistent dans certains pays. Pour l'ensemble des cas de SIDA signalés, le pourcentage attribuable au sang contaminé est passé de 12% en 1993 à 0,4% en 2003 (OMS/EMRO, 2005).

Sauf en ce qui concerne le **Soudan**, les niveaux nationaux de prévalence du VIH sont faibles dans tous les pays de la région. Il faut noter néanmoins que la plupart des épidémies sont concentrées dans des zones géographiques limitées et atteignent des populations particulièrement exposées, notamment les professionnel(le)s du sexe et leur clientèle, les consommateurs de drogues injectables et les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes.

Le **Soudan**, dans la partie méridionale duquel s'observent les taux d'infection les plus élevés, est de loin le pays le plus gravement atteint de la région. Des indications récentes font penser que le VIH est en train d'accroître son emprise sur le nord du pays. Parmi les rares femmes qui acceptent de subir le test du VIH à Khartoum dans le cadre d'un projet pilote destiné à prévenir la transmission mère-enfant du VIH, moins de 1% (0,8%) étaient séropositives. Parmi les femmes vues en consultation pour les infections sexuellement transmissibles dans la capitale, plus de 2% ont présenté un test positif en 2004, et on a observé une prévalence de 1% pour le VIH chez les étudiants universitaires et chez les personnes déplacées dans des Etats au nord et au sud du pays (Ministère de la Santé, Soudan, 2005 ; Programme national de lutte contre le SIDA, Soudan, 2004c et 2004d). Dans un pays où conflits civils et déplacements forcés de populations sévissent depuis longtemps, les personnes déplacées à l'intérieur des frontières doivent parfois faire face à des taux d'infection à VIH plus élevés que le reste de



la population. Parmi les femmes enceintes déplacées vues en consultation prénatale à Khartoum en 2004, par exemple, on a observé une prévalence du VIH de 1,6%, alors qu'elle était de 0,3% pour les autres femmes enceintes (Ministère de la Santé, Soudan, 2005).

Si le Soudan a intensifié ses efforts de prévention au cours des dernières années, une enquête de comportement récente a montré que trois quarts seulement des femmes enceintes avaient jamais entendu parler du SIDA, et un bon cinquième des femmes parmi celles qui participaient à l'enquête pensaient que l'infection à VIH pouvait résulter du fait d'avoir partagé le repas d'une personne séropositive. Seules 5% savaient que le recours au préservatif pouvait prévenir l'infection à VIH et plus des deux tiers n'avaient jamais vu un préservatif ou n'en avaient jamais entendu parler (Programme national de lutte contre le SIDA, Soudan, 2004a). Même parmi les personnes particulièrement exposées au risque d'infection (notamment les professionnel(le)s du sexe), les connaissances sur le VIH sont maigres et les comportements de prévention rares. Lors d'une enquête, plus de la moitié des professionnel(le)s du sexe (55%) ont déclaré ne jamais avoir vu de préservatif ni en avoir entendu parler et moins de 20% (17%) savaient que le préservatif pouvait empêcher la transmission du virus. La prévalence du VIH parmi les femmes était de 4,4% (Programme national de lutte contre le SIDA, Soudan, 2004b). On observe des lacunes en matière de connaissances et de comportements similaires parmi les personnes déplacées au sein de leurs propres frontières (Programme national de lutte contre le SIDA, Soudan, 2004c).

La plupart des autres pays de la région ne disposent toujours pas de données de surveillance suffisantes en ce qui concerne le VIH, même si la situation semble en voie d'amélioration dans certains pays, comme par exemple l'**Arabie saoudite**. Des recherches menées à Riyadh, la capitale, montrent que la moitié environ des infections à VIH surviennent au cours de rapports hétérosexuels. La plupart des femmes infectées par le VIH étaient mariées et ont été infectées par leur conjoint, alors que la plupart des hommes ont été infectés au cours de rapports tarifés (Abdulrahman et al., 2004). Les rapports sexuels entre hommes et la consommation de drogues injectables ne jouent un rôle que dans une petite minorité des infections, alors qu'une proportion importante des infections observées dans cette enquête (26%) ont été attribuées à des transfusions de sang ou de produits sanguins contaminés au début de l'épidémie. Nul ne connaît

l'importance réelle de cette dernière, les estimations du nombre de personnes vivant avec le VIH variant d'un peu plus de 1 000 à plus de 8 000.

En **Egypte**, les données officielles font état d'une épidémie due essentiellement aux rapports sexuels non protégés – les rapports hétérosexuels comptent pour environ la moitié des cas d'infection à VIH où l'on a noté le mode de transmission, et les rapports sexuels entre hommes pour un autre cinquième. La consommation de drogues injectables ne se retrouve comme mode de transmission que dans à peine 2% des cas, alors même que les investigateurs ont rencontré un niveau élevé de comportements à risque parmi les consommateurs de drogues injectables au Caire, par exemple, où plus de la moitié des consommateurs étudiés ont dit avoir utilisé du matériel d'injection non stérile au cours du mois écoulé (Elshimi, Warner-Smith et Aon, 2004).

Même si elle reste très faible, la prévalence du VIH chez les femmes en consultation prénatale au **Maroc** a doublé entre 1999 et 2003, année pour laquelle elle a atteint 0,13%. Parmi les professionnel(le)s du sexe et les détenus (Ministère de la Santé, Maroc, 2003-2004), on observe une prévalence nettement plus élevée (respectivement 2,3% et 0,8%). Les rapports sexuels non protégés – principalement hétérosexuels – constituent le moteur de l'épidémie, une faible proportion des cas d'infection à VIH étant liés aux rapports sexuels entre hommes et à la consommation de drogues injectables. Les autorités sanitaires du pays estiment que de 13 000 à 16 000 personnes vivaient avec le VIH en 2003, pour plus de la moitié dans les régions du grand Casablanca, de Souss Massa Draa et de Marrakech Tensift El Haouz.

L'**Algérie** a enregistré en 2004 deux fois plus de nouveaux cas d'infection à VIH (266) qu'en 2003, ce qui pourrait présager au sein du pays une poussée importante de l'épidémie, jusqu'ici modeste, mais qui n'a toujours pas fait l'objet d'une enquête approfondie. Pour près des trois quarts des 1721 diagnostics formels d'infection à VIH portés à fin 2004, les modes de transmission ne sont pas connus, ce qui complique l'identification précise des voies de transmission (Ministère de la Santé, Algérie, 2005). Toutefois, la plupart des cas d'infection semblent être consécutifs à des rapports hétérosexuels, le commerce du sexe jouant un rôle primordial surtout dans le sud, où la prévalence du VIH est beaucoup plus élevée que dans le reste du pays. Les niveaux d'infection les plus élevés rencontrés à ce jour surviennent chez les



professionnel(le)s du sexe : 1,7% à Oran, dans le nord du pays, et jusqu'à 9% à Tamanrasset, dans le sud – ce dernier chiffre représente une augmentation rapide et importante par rapport au taux de 2% observé en 2000 (Institut de Formation paramédicale de Parnet, 2004 ; Fares et al., 2004). Outre les professionnel(le)s du sexe, le personnel militaire et les populations migrantes semblent spécialement vulnérables au VIH à Tamanrasset.

En **Tunisie** l'épidémie semble assez stable, même si l'augmentation observée en ce qui concerne les situations à risque pourrait changer cette situation. Il semble que le commerce du sexe soit en augmentation, et il en serait de même pour la consommation de drogues injectables, même s'il ne s'agit encore que de risques très limités. Les jeunes en particulier ont peu de connaissances en matière de VIH et peuvent difficilement avoir accès aux préservatifs, et ces tendances pourraient accroître leur risque de contracter l'infection à VIH.

consommateurs de drogues injectables et protègent par la même occasion leurs partenaires sexuels. Ce même programme national a accru ses efforts pour améliorer la perception et les informations sur l'évolution probable de l'épidémie, mais doit encore affronter d'immenses défis. Stigmatisation et déni sont fréquents et il faut d'urgence mettre au point et étendre les programmes de prévention du VIH, avec une approche clairement ciblée des groupes à risque.

La **République islamique d'Iran**, qui depuis la fin des années 1990 a dû faire face à un défi de même type mais plus grave, a mis en place des activités de réduction des risques pour sa population de consommateurs de drogues injectables, qui ne cesse de grandir. Le VIH circule abondamment au sein de cette population, dont le nombre était estimé à 200 000 en 2003, et l'on peut s'attendre à ce que le virus se propage encore plus (Jenkins et Robalino, 2003). Une étude récente parmi les consommateurs qui fréquentent des centres de traitement publics pour la toxicodépendance

*Dans toute la région se fait sentir le besoin d'une information plus abondante et de meilleure qualité et plus approfondie relative aux schémas de transmission du VIH, en particulier sur le rôle du commerce sexuel et des rapports sexuels entre hommes.*

En **Jamahiriya arabe libyenne**, au contraire, l'injection de drogues est le principal moteur d'une épidémie qui a surgi chez les jeunes hommes ces dernières années. Après la flambée nosocomiale d'infections observée en 1988 à l'Hôpital pour Enfants de Benghazi, la Libye a signalé un quasi-décuplement des taux d'infection parmi les jeunes hommes au début des années 2000. Jusqu'à 80% de la dizaine de milliers de cas d'infection à VIH signalés officiellement jusqu'à la fin 2004 l'ont été depuis le début de ce siècle – pour la plus grande part ces infections semblent être dues à la consommation de drogues injectables. Il est difficile d'estimer l'importance du recours aux drogues injectables dans le pays, dont on sait seulement que c'est un phénomène concentré autour de la capitale Tripoli, avec l'héroïne pour drogue principale. Le Programme national de lutte contre le SIDA estime qu'il y avait plus de 23 000 personnes vivant avec le VIH à fin 2003, et ce chiffre risque de croître encore si l'on ne prend pas les mesures nécessaires pour que les efforts de prévention du VIH atteignent les

à Téhéran a mis en évidence les liens étroits qui existent dans le pays entre VIH, injection de drogues, séjours en milieu carcéral et pratiques sexuelles. La plupart des consommateurs étaient des hommes jeunes (âge médian 25 ans) et les trois quarts d'entre eux s'injectaient de l'héroïne. Environ 40% de ceux qui avaient utilisé du matériel non stérile l'avaient fait en prison (Zamani et al., 2005). De fait, le séjour carcéral semble être associé à des facteurs de risque pour l'infection à VIH – un résultat troublant à la lumière du fait que d'après certaines estimations, près de la moitié de la population carcérale de l'Iran est constituée de personnes détenues ou condamnées sous une accusation liée au recours à la drogue (ONUDC, 2002). Ce lien souligne le besoin urgent d'élargir les programmes de prévention qui se sont avérés efficaces, en particulier pour les consommateurs de drogues déjà en prison (Zamani et al., 2005). A l'extérieur des prisons, il faudra aussi élargir les programmes étendus de réduction des risques si l'on veut inverser l'épidémie de VIH en Iran, d'autant plus que dans

L'étude de Téhéran la majorité des personnes utilisant des drogues injectables étaient actives sexuellement, qu'ils ou elles pratiquaient d'une manière ou d'une autre le commerce du sexe et que 53% seulement des personnes ayant recours aux drogues injectables et actives sur le plan sexuel avaient jamais eu recours au préservatif (Zamani et al., 2005). Une étude plus récente a montré que la moitié environ des personnes consommant des drogues injectables étaient mariées et qu'un tiers avaient fait mention de relations sexuelles extraconjugales (ONUSIDA/OMS, 2004), ce qui suggère clairement la possibilité d'une transmission du VIH par voie sexuelle entre personnes infectées ayant recours à la drogue et leurs partenaires sexuels (Zamani et al., 2005). Pour ténues qu'elles soient, ces indications montrent que le faible taux d'utilisation du préservatif parmi les professionnel(le)s du sexe leur fait aussi courir un risque d'infection, ainsi qu'à leur clientèle.

On ne sait que fort peu de chose de la propagation du VIH dans les autres pays de la région. En **Jordanie**, avec une prévalence très faible du VIH chez l'adulte (de l'ordre de 0,02%), le nombre de personnes vivant avec le VIH serait de 600 à 1000. La moitié environ des infections sont attribuées aux rapports sexuels non protégés mais une étude importante dans la population jeune a mis en évidence la relative rareté des relations sexuelles occasionnelles ainsi qu'un taux relativement élevé d'utilisation du préservatif (40%) parmi ceux et celles qui avaient des relations sexuelles hors mariage. Au **Yémen**, il semble que la transmission du VIH soit liée aux rapports sexuels rémunérés : à **Bahreïn**, au

**Koweït** et en **Oman**, la consommation de drogues injectables semble être un mode de transmission plus important.

Dans toute la région se fait sentir le besoin d'une information plus abondante, de meilleure qualité et plus approfondie relative aux schémas de transmission du VIH, en particulier sur le rôle du commerce sexuel et des rapports sexuels entre hommes. Dans l'un et l'autre cas, nous ne disposons pas d'informations suffisantes, et il se peut que la transmission du VIH fasse appel à d'autres comportements à risque ou évolue dans d'autres contextes. Dans plusieurs pays de la région, la combinaison de données inadéquates en matière de surveillance et de puissants tabous socioculturels à l'encontre des rapports sexuels entre hommes pourrait masquer l'importance de ce dernier facteur. On sait peu de chose sur la transmission du VIH en milieu carcéral, mais les données disponibles indiquent un niveau de risque élevé dans ce contexte. Une prévalence du VIH de 18% a été signalée dans les prisons de Tripoli en Libye, de 2% au Soudan en 2002 et de près de 1% au Maroc en 2003 (Sammud, 2005 ; Ministère de la Santé, Maroc, 2005).

Les programmes et les services de prévention du VIH restent sporadiques dans la région. Les connaissances relatives au SIDA y sont dans l'ensemble faibles et les pratiques de prévention rares, même au sein des populations présentant un risque d'infection élevé. Il faudra de toute évidence des efforts majeurs pour introduire des stratégies plus efficaces de prévention de l'infection à VIH au Moyen-Orient et en Afrique du Nord.



# Océanie

## Statistiques et caractéristiques du VIH et du SIDA, en 2003 et 2005

|      | Adultes et<br>enfants vivant<br>avec le VIH | Nombre de<br>femmes vivant<br>avec le VIH | Nouvelles<br>infections à VIH,<br>adultes et enfants | Prévalence<br>chez l'adulte<br>% | Décès dus au<br>SIDA, adultes<br>et enfants |
|------|---------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------------|
| 2005 | 74 000<br>[45 000–120 000]                  | 39 000<br>[20 000–62 000]                 | 8 200<br>[2400–25 000]                               | 0,5<br>[0,2–0,7]                 | 3 600<br>[1700–8200]                        |
| 2003 | 63 000<br>[38 000–99 000]                   | 27 000<br>[14 000–43 000]                 | 8 900<br>[2600–27 000]                               | 0,4<br>[0,2–0,6]                 | 2 000<br>[910–4900]                         |

On estime à 74 000 [45 000–120 000] le nombre de personnes vivant avec le VIH en Océanie. Même si on estime que moins de 4 000 [<10 000] personnes sont mortes du SIDA en 2005, quelque 8 200 [2400–25 000] pourraient avoir contracté une infection à VIH. Parmi les jeunes de 15 à 24 ans, 1,2% environ des femmes [0,6–2,4%] et 0,4% des hommes [0,2–0,8%] vivent avec le VIH en 2005.

Des infections à VIH ont maintenant été notifiées dans tous les pays ou territoires de l'Océanie à l'exception de Niue et Tokelau. Bien que les épidémies n'en soient qu'à leurs premiers stades dans la plupart des endroits, il est nécessaire d'intensifier les efforts de prévention.

Plus de 90% des 11 200 infections à VIH, notifiées dans les 21 pays et territoires insulaires du Pacifique à fin 2004, ont été relevées en Papouasie-Nouvelle-Guinée, où une épidémie de SIDA est maintenant fermement établie. Depuis 1997, les diagnostics de VIH se sont accrus d'environ 30% chaque année en Papouasie-Nouvelle-Guinée : quelque 10 000 cas de VIH avaient été diagnostiqués à fin 2004, mais le nombre réel de personnes vivant avec le VIH pourrait être cinq fois plus élevé (National AIDS Council PNG et National Department of Health, 2004). Le système national de surveillance du VIH a révélé une prévalence de 2% parmi les femmes enceintes en consultations prénatales à Goroka en 2003 (par rapport à 0,9% en 2002), de 2,5% à Lae et de 1,4% dans la capitale, Port Moresby.

Parmi les personnes fréquentant les dispensaires de dermato-vénérologie à Port Moresby, 20% étaient séropositives au VIH en 2004 et 6% à Mount Hagen. Les données concernant le VIH se sont considérablement améliorées depuis la première surveillance sentinelle en 2001, mais la majeure partie de la surveillance s'est effectuée dans les zones urbaines. De ce fait, il n'existe pas d'information concernant la prévalence du VIH chez les femmes enceintes dans un grand nombre des 20 provinces du pays.

Les données disponibles suggèrent une épidémie principalement hétérosexuelle dans laquelle le commerce du sexe et les réseaux de rencontres sexuelles occasionnelles figurent au premier plan des voies de transmission (National AIDS Council Secretariat et Department of Health, 2004). Des études conduites parmi les jeunes en fin d'adolescence ont observé des niveaux élevés d'activité sexuelle et de consommation d'alcool et de drogues. Les jeunes manifestaient un certain niveau de connaissances concernant le VIH et le SIDA, mais leur accès à l'information et aux services de prévention était limité. Les niveaux très élevés d'infections sexuellement transmissibles enregistrés reflètent une prise de risque très répandue. Une étude à Daru a relevé une prévalence de la syphilis de 19%, des Chlamydia de 18% et de la blennorragie de 9% – chiffres atteints ou même dépassés à Lae (National AIDS Council PNG, 2004). (A noter que l'étude a été réalisée avec



un nombre relativement restreint de volontaires, ce qui pourrait avoir biaisé les résultats.)

Pour éviter que l'épidémie ne s'aggrave, les programmes de prévention du VIH doivent être élargis et il conviendra de s'attaquer aux facteurs sous-jacents tels que la migration à grande échelle, l'extrême pauvreté et les inégalités entre hommes et femmes (y compris des niveaux élevés de violence sexuelle à l'égard des femmes) (National AIDS Council PNG, 2004).

L'**Australie**, par contraste, connaît la plus ancienne épidémie de la région. Après avoir baissé d'environ 25% entre 1995 et 2000, le nombre annuel de nouveaux diagnostics de VIH en Australie a entamé une nouvelle hausse pour atteindre 820 en 2004, ce qui a porté à 14 800 environ le nombre de personnes vivant avec le VIH dans le pays en 2004. Une importante proportion (31%) de ces infections s'est produite au cours de l'année précédente, ce qui reflète peut-être une réapparition des comportements à risque. La plus grande partie de la transmission du VIH en Australie reste due aux rapports sexuels entre hommes, qui représentent 68% de toutes les nouvelles infections à VIH enregistrées depuis le début de l'épidémie. Cependant, la proportion de toutes les infections à VIH attribuée aux rapports hétérosexuels a passé de 7% avant 1996 à plus de 23% des nouveaux diagnostics en 2004. En conséquence, un nombre accru de femmes contractent une infection. En Nouvelle-Galles du Sud, le nombre de nouveaux diagnostics de VIH parmi les femmes a presque doublé entre 2003 et 2004. Plus de la moitié des infections à VIH attribuées aux rapports hétérosexuels en 2000–2004 se sont produites chez des personnes originaires d'un pays à forte prévalence (33%) ou dont les partenaires sont originaires d'un pays à forte prévalence (27%) (National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research, 2005).

Aucune différence significative dans les taux de diagnostic de VIH par habitant entre les populations autochtones et non autochtones n'a été notifiée récemment ; dans les deux cas, ces taux ont légèrement augmenté depuis 2000. Toutefois, les principaux modes de transmission du VIH diffèrent. Parmi les populations autochtones, quelque trois quarts des diagnostics ont été attribués aux rapports sexuels entre hommes et aux rapports hétérosexuels. La consommation de drogues injectables représente 20% des diagnostics dans les populations autochtones par rapport à 3% des non-autochtones. Un tiers des femmes autochtones diagnostiquées positives au VIH avaient contracté le virus par des pratiques d'injection dangereuses (National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research, 2005).

L'Australie offre un large accès aux thérapies antirétrovirales et plus de la moitié des personnes vivant avec le VIH bénéficient d'un traitement. En conséquence, la médiane de la survie suite à un diagnostic de SIDA est passée de 17 mois avant 1995 à 45 mois en 2001 (National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research, 2005).

Par comparaison, l'épidémie a peu d'ampleur en **Nouvelle-Zélande**. Toutefois, les nouveaux cas de VIH ont doublé ces dernières années – de moins de 80 en 1999 à 157 en 2004. Les rapports sexuels entre hommes représentent environ la moitié des nouveaux diagnostics. Comme en Australie, plus de 90% des personnes diagnostiquées en 2004 et ayant contracté le VIH par la voie hétérosexuelle avaient été infectées à l'étranger (Ministère de la Santé, 2005). Les décès dus au SIDA baissent régulièrement depuis le milieu des années 1990, surtout grâce à un large accès aux traitements antirétroviraux. Sur les 68 personnes dont le SIDA a été diagnostiqué en 1990, 7% seulement vivaient encore quatre ans plus tard ; mais sur les 22 personnes diagnostiquées en 2000, 77% étaient en vie à fin 2004 – succès qui correspond à ceux observés en Amérique du Nord et en Europe occidentale (Ministère de la Santé, 2005).

Les niveaux d'infection à VIH sont très bas dans le reste de l'Océanie, le total des cas de VIH notifiés ne dépassant 150 qu'en **Nouvelle-Calédonie** (246), à **Guam** (173), en **Polynésie française** (220) et à **Fiji** (171) (Secrétariat de la Communauté du Pacifique, 2005). Ces données sont fondées sur une surveillance limitée du VIH.

Etant donné le niveau élevé des autres infections sexuellement transmissibles enregistré dans certaines îles du Pacifique, aucun de ces pays et territoires ne peut se permettre de baisser la garde. A Port Vila, capitale de **Vanuatu**, quelque 6% des femmes enceintes se sont révélées être infectées par la blennorragie, 13% par la syphilis et plus de 20% par les Chlamydia. Les données provenant de **Samoa** sont encore plus alarmantes : 43% des femmes en consultations prénatales dans la capitale Apia se sont révélées être porteuses d'au moins une infection sexuellement transmissible. Selon une recherche effectuée en 2003, un quart des professionnel(le)s du sexe de Dili, au **Timor-Leste**, avaient une blennorragie et/ou des Chlamydia, et plus de 60% avaient une infection par le HSV2. Parmi les chauffeurs de taxi et les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, 29% étaient infectés par le HSV2 (Pisani et Dili STI survey team, 2004).





## CARTES

---

Estimations mondiales en 2005 – Adultes et enfants

Nombre d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH en 2005 – Estimations

Nombre d'adultes et d'enfants nouvellement infectés par le VIH en 2005 – Estimations

Nombre de décès dus au SIDA chez l'adulte et l'enfant en 2005 – Estimations



## ESTIMATIONS MONDIALES EN 2005

### ENFANTS ET ADULTES



**Personnes vivant avec le VIH ..... 40,3 millions (36,7 – 45,3 millions)**

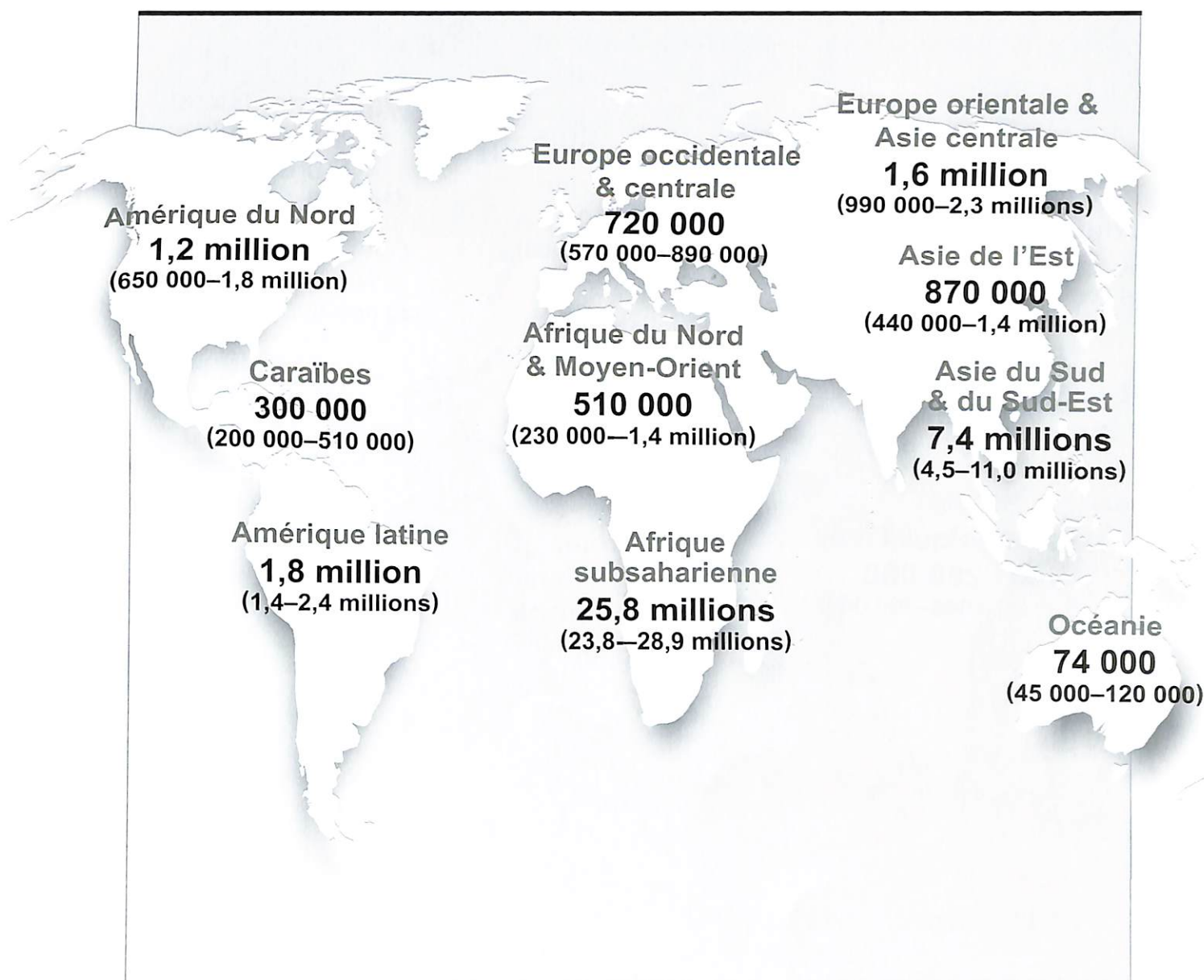
**Nouveaux cas d'infection à VIH en 2005 ... 4,9 millions (4,3 – 6,6 millions)**

**Décès dus au SIDA en 2005 ..... 3,1 millions (2,8 – 3,6 millions)**

Dans ce tableau, les fourchettes autour des estimations définissent les limites dans lesquelles se situent les chiffres mêmes, sur la base des meilleures informations disponibles.

# ADULTES ET ENFANTS VIVANT AVEC LE VIH

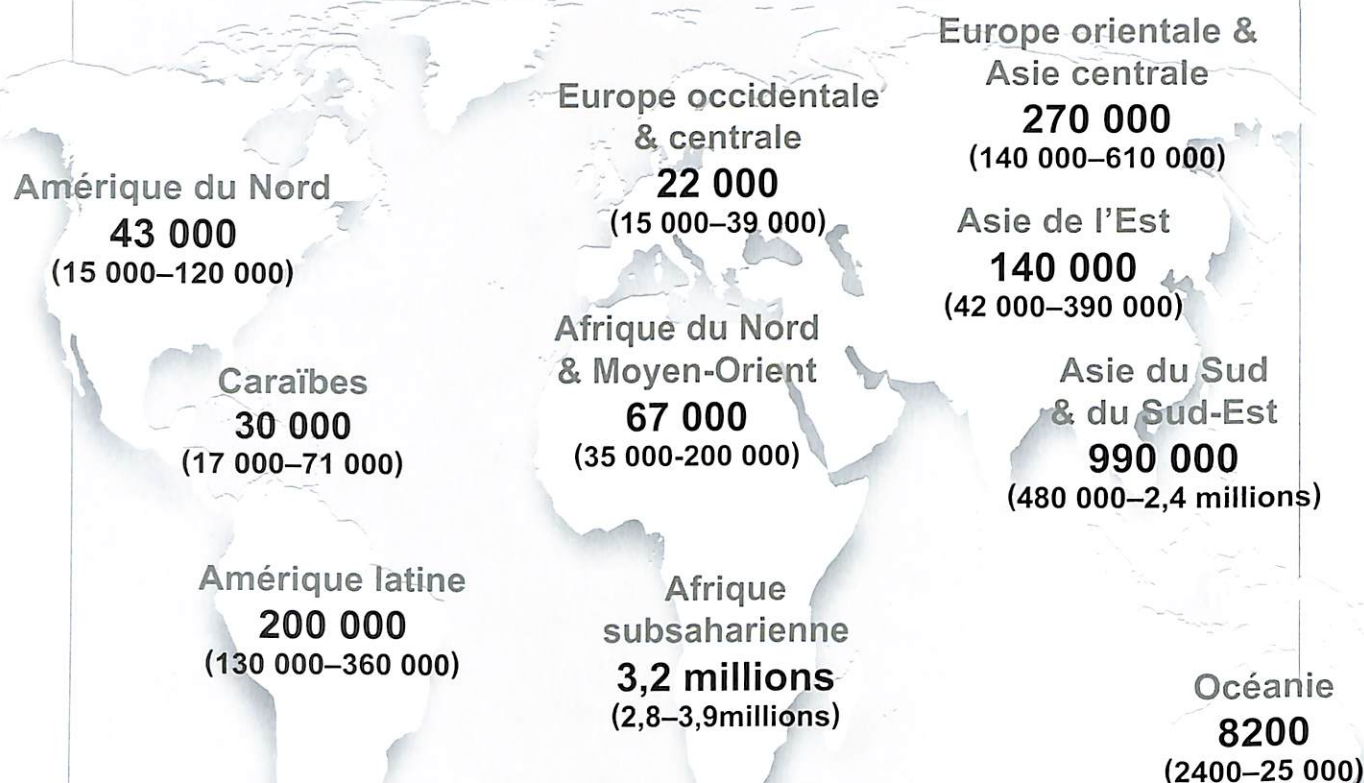
## ESTIMATIONS EN 2005



**Total : 40,3 (36,7–45,3) millions**



## NOMBRE ESTIMATIF D'ADULTES ET D'ENFANTS NOUVELLEMENT INFECTÉS PAR LE VIH EN 2005



**Total : 4,9 (4,3–6,6) millions**



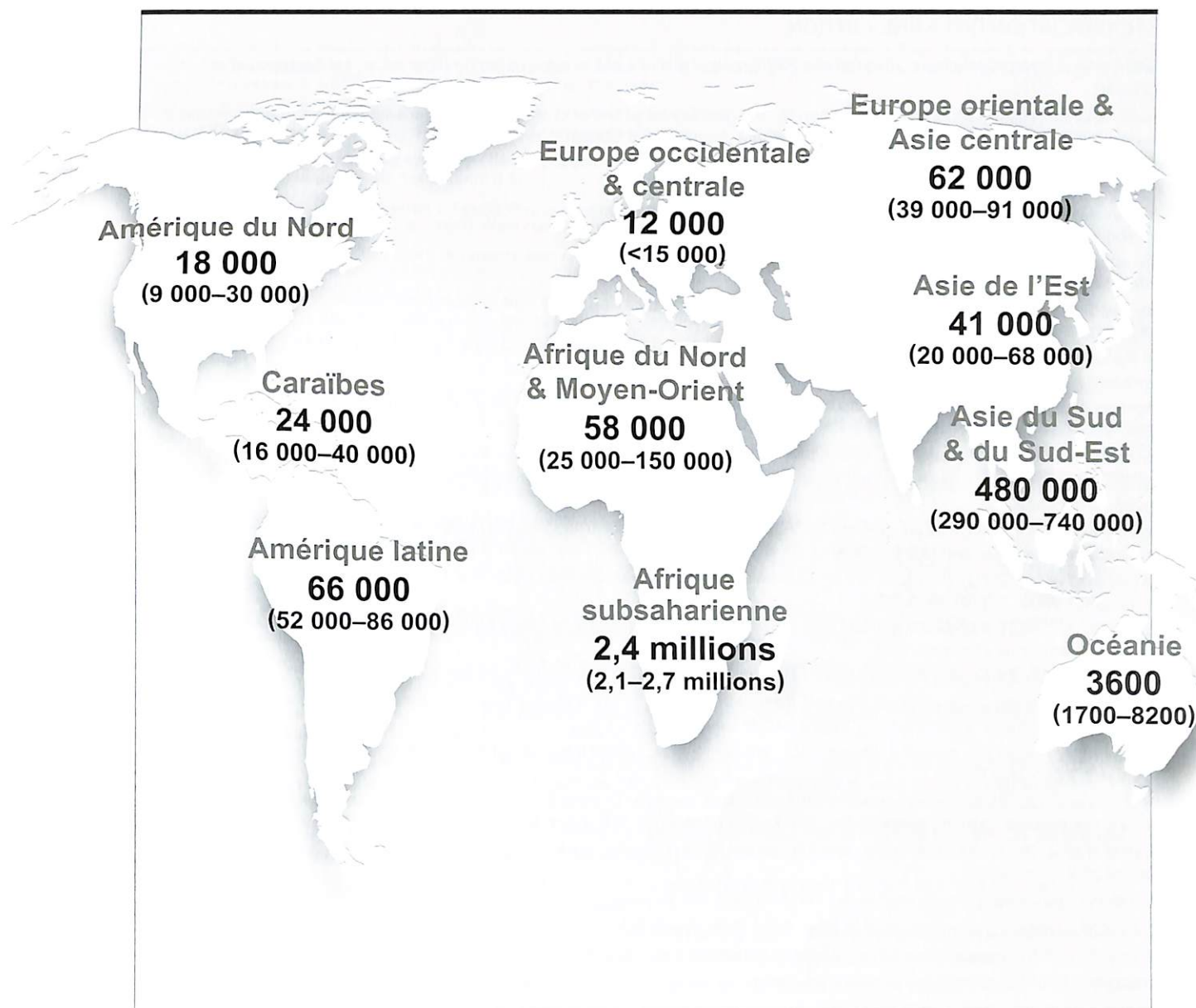
**ONUSIDA**  
HCR-UNICEF-PAM-FNUD-UNFPA-ONU DC  
OIT-UNESCO-OMS-BANQUE MONDIALE



**Organisation  
mondiale de la Santé**

Le point sur l'épidémie de SIDA : décembre 2005

# NOMBRE ESTIMATIF DE DÉCÈS PAR SIDA CHEZ L'ADULTE ET L'ENFANT EN 2005



**Total : 3,1 (2,8–3,6) millions**



# BIBLIOGRAPHIE

## INTENSIFICATION DE LA PREVENTION

- Auvert B et al. (2001). Male circumcision and HIV infection in four cities in sub-Saharan Africa. *AIDS*, 15(Supplement 4): S31-S40.
- Hayes R et al. (1998). Geographical variations in the prevalence of HIV and other sexually transmitted infections: lower risk in lake-island communities in Mwanza region, Tanzania. *International Conference on AIDS*, 12:109.
- Alliance internationale contre le VIH/SIDA (2003) Positive Prevention: Prevention strategies for people living with HIV/AIDS. Brighton.
- Jordan-Harder B. et al. (2004) Thirteen years HIV-1 sentinel surveillance and indicators for behavioural change suggest impact of programme activities in south-west Tanzania. *AIDS*, 18(2):287-294.
- Salomon JA, Hogan DR, Stover J, et al. (2005) Integrating HIV prevention and treatment: From slogans to impact. *PLoS Med* 2: e16.
- Maman S et al. (2000). The intersections of HIV and violence: directions for future research and interventions. *Social Science and Medicine*, 50:459-78.
- McFarland W et al. (1999). Prevalence and incidence of herpes simplex virus type 2 infection among male Zimbabwean factory workers. *Journal of Infectious Diseases*, 180(5):1459-65, cited in Pisani (2003).
- Meehan A et al. (2004). Prevalence and risk factors for HIV in Zimbabwean and South African women. XV<sup>e</sup> Conférence internationale sur le SIDA. Abstract MoPeC3468 Bangkok. 11-16 juillet.
- Montano et al. (2005) Prevalences, genotypes and risk factors for HIV transmission in South America *JAIDS* 40:1.
- Ministère de la Santé Ouganda (2005). Uganda HIV/AIDS Sero-behavioural Survey 2004-05: Preliminary Report. Ministère de la Santé. Kampala.
- Mpiima et al. (2003). *Increased demand for VCT services driven by introduction of HAART in Masaka District, Uganda*. Poster presentation to the Second IAS Conference on HIV Pathogenesis and Treatment, Paris, 13-17 July, cited in UNAIDS (2004a).
- Mwaluko G et al. (2003) Trends in HIV and sexual behaviour in a longitudinal study in a rural population in Tanzania 1994-2000. *AIDS*, 17(18):2645-2651.
- Myer L et al. (2005). Bacterial vaginosis and susceptibility to HIV infection in South African women: a nested case-control study. *Journal of Infectious Diseases*, 192.
- Population Council Horizons Program (2001) HIV voluntary counselling and testing among youth ages 14 to 21. Washington DC.
- Reproductive Health Research Unit, Medical Research Council (2004). *National Survey of HIV and Sexual Behaviour among Young South Africans*. Johannesburg, Reproductive Health Research Unit.
- Salomon JA, Hogan DR, Stover J, Stanecki KA, Walker N, et al. (2005) Integrating HIV prevention and treatment: From slogans to impact. *PLoS Med* 2: e16.
- Stolte IG et al (2002) *A summary report from Amsterdam: increase in sexually transmitted diseases and risky sexual behaviour among homosexual men in relation to the introduction of new anti-HIV drugs*. *Euro Surveill* 2002;7(2):19-22.
- Walker N et al. (2004) Estimating the global burden of HIV/AIDS: what do we really know about the HIV pandemic? *Lancet* 363: 2180-2185.
- ONUSIDA (2004) *Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA*. Genève.
- ONUSIDA (2004a) *Le point sur l'épidémie de SIDA 2004*. Genève.
- ONUSIDA (2005) Intensification de la prévention du VIH – Document d'orientation politique. Genève.
- ONUSIDA, UNFPA, OMS (2004) *Position Statement on condoms and HIV prevention*, Genève.
- USAID, ONUSIDA, OMS, UNICEF et Policy Project. Coverage of Selected Services for HIV/AIDS prevention, care and support in low and middle income countries in 2003, Washington DC, Policy Project, 2004.
- OMS (2003) *Antiretroviral therapy in primary health care: experience of the Khayelitsha programme in South Africa: case study*. Genève.
- OMS (2005) *Multi-country study on women's health and domestic violence against women*. Genève.
- OMS (2005a) *Rapport sur la santé dans le monde 2005*. Genève.

## AFRIQUE SUBSAHARIENNE

- Asamoah-Odei E et Calleja T (2004). HIV prevalence trends in sub-Saharan Africa: an analysis of 5 years' ANC data. Slide presentation to the 'Evidence and causes of declines in HIV prevalence and incidence in countries with generalised epidemics' workshop. Harare, Zimbabwe, 15-17 November. Sponsored by UNAIDS, WHO, CDC and UNICEF.
- Baltazar G (2005). *HIV sentinel surveillance 2004*. Slide presentation. Juin. Ministère de la Santé Kenya.
- Binagwaho A et al. (2005). *Epidemiological developments regarding HIV/AIDS in Rwanda: 2005*. Briefing paper. CNLS, TRAC, ONUSIDA. Kigali.

- Centre de Recherche pour le Développement Humain et MEASURE DHS+ (2005). Enquête démographique et de santé 2005: Rapport Préliminaire. CRDH, MEASURE DHS+. Dakar, Calverton.
- Chelugot B, Marum L, et Stover J (2004). *Evidence of declining HIV prevalence and risk behaviour in Kenya*. Presentation to the UNAIDS Reference Group on Estimates, Modelling and Projections. 15-17 novembre. Harare.
- Cowan FM et al. (2005). *Evidence of a decline in incidence of HIV infection among young people in rural Zimbabwe*. Abstract MP-022. Paper presented to the 16th biennial meeting of the International Society for Sexually Transmitted Diseases Research. 10-13 juillet. Amsterdam.
- Department of Health, South Africa (2005). *National HIV and syphilis antenatal sero-prevalence survey in South Africa 2004*. Department of Health. Pretoria.
- Direction générale de la Lutte contre le SIDA et al. (2005). *Enquête nationale ANC Madagascar*. Direction générale de la Lutte contre le SIDA, Ministère de la Santé et Laboratoire national de Référence VIH/SIDA. Antananarivo.
- Ekra A et al. (2004). Evidence for changes in sexual behaviour and HIV incidence in Côte d'Ivoire. Presentation to the UNAIDS Reference Group on Estimates, Modelling and Projections. 15-17 novembre. Harare.
- Ministère fédéral de la Santé Ethiopie (2004). *AIDS in Ethiopia: 5<sup>th</sup> report*. Juin. Ministère fédéral de la Santé, Disease Prevention and Control Department. Addis Abeba.
- Ministère fédéral de la Santé Nigéria (2004). 2003 National HIV sero-prevalence sentinel survey: Technical Report. Ministère fédéral de la Santé. Abuja.
- Gomes do Espirito Santo ME et Etheredge GD (2005). Male clients of brothel prostitutes as a bridge for HIV infection between high risk and low risk groups of women in Senegal. *Sexually Transmitted Infections*, 81:342-344.
- Grupo tematico VIH/SIDA Angola (2002). A luta a epidemia de VIH/SIDA como uma prioridade nacional. Presentacao 11 Dezembro. Ministerio da saude do Angola, ONUSIDA. Luanda.
- Hargrove JW et al. (2005). Declining HIV prevalence and incidence in women attending maternity clinics in greater Harare, Zimbabwe. (Soumis pour publication)
- Human Rights Watch (2005). *Clear the filth: Mass evictions and demolitions in Zimbabwe*. Briefing paper. September. Human Rights Watch. New York. Disponible sur <http://www.hrw.org/backgrounder/africa/zimbabwe0905/>
- Jordan-Harder B et al. (2004). Thirteen years HIV-1 sentinel surveillance and indicators for behavioural change suggest impact of programme activities in south-west Tanzania. *AIDS*, 18(2):287-294.
- Kayirangwa E et Hanson J (2004). *Recent trends in HIV prevalence in Rwanda*. Presentation to the UNAIDS Reference Group on Estimates, Modelling and Projections. 15-17 Novembre. Harare.
- Kintin FD et al. (2004). *Enquête de prévalence des IST/VIH et des comportements sexuels chez les travailleuses du sexe et leurs partenaires masculins à Ouagadougou, Burkina Faso*. Novembre. Conseil national de lutte contre le sida et les IST, CIDA, CCSID. Ouagadougou.
- Mahomva A (2004). Trends in HIV prevalence and incidence and sexual behaviour. Presentation to the UNAIDS Reference Group on Estimates, Modelling and Projections. 15-17 Novembre. Harare.
- Mbulaiteye SM et al. (2002). Declining HIV-1 incidence and associated prevalence over 10 years in a rural population in south-west Uganda: a cohort study. *The Lancet*, 360. 6 juillet.
- Ministère de l'économie, des finances et du budget (2005). *Enquête Démographique et de Santé Madagascar 2003-2004*. Février. Institut national de la Statistique, ORC Macro. Antananarivo, Claverton, USA.
- Ministère de la Santé publique Burundi (2004). *Bulletin épidémiologique annuel de surveillance du VIH/SIDA/IST pour l'année 2003*. Octobre. Ministère de la santé publique. Bujumbura.
- Ministère de la santé publique Cameroun (2004). *EDSC-III 2004 Résultats Préliminaires*. Octobre. Institut national de la statistique, Ministère de la Santé publique, ORC Macro. Yaoundé, Claverton, USA.
- Ministère de la Santé Mali (2004). *Surveillance épidémiologique du VIH au Mali de 1985 à 2004*. Ministère de la Santé. Bamako.
- Ministère de la Santé et de la Prévention médicale Sénégal (2004). *Sénégal enquête démographique et de santé 2005 rapport préliminaire*. Juillet. Ministère de la Santé et de la Prévention médicale, Centre de Recherche pour le Développement Humain. MEASURE DHS+ ORC Macro. Dakar, Calverton, USA.
- Ministère de la Santé République du Congo (2004). *Evaluation de la séroprévalence des infections à VIH – Rapport d'analyse provisoire*. Ministère de la Santé. Brazzaville.
- Ministère de la Santé Rwanda (2001). *Enquête démographique et de santé (EDSR-II)*. Septembre. Office national de la population, ORC Macro. Kigali, Calverton, USA.
- Ministère de la Santé Togo (2004). *Rapport de surveillance de l'infection par le VIH dans le groupe des consultantes prénatales. Année 2003*. Février. Ministère de la Santé. Lomé.
- Ministère de la Santé Angola (2004). Relatório preliminar do estudo de seroprevalência de VIH, sífilis e hepatite B, mulheres grávidas em consulta prenatal. Ministère de la Santé. Luanda.



- Ministère de la Santé et du Bien-Etre des Enfants Zimbabwe, 2004 & 2005, à paraître.
- Ministère de la Santé Erythrée (2004). HIV prevention impact in Eritrea: Results from the 2003 Round of HIV Sentinel Surveillance. Ministère de la Santé. Asmara.
- Ministère de la Santé Kenya (2005). *AIDS in Kenya, 7<sup>th</sup> edition*. National AIDS and STI Control Programme (NASCO), Ministère de la Santé. Nairobi.
- Ministère de la Santé Mozambique (2005). *Report on the update of the HIV epidemiological surveillance data: 2004 round*. Août. Ministère de la Santé. Maputo.
- Ministère de la Santé Ouganda (2005). *Uganda HIV/AIDS Sero-behavioural Survey 2004-05: Preliminary Report*. Ministère de la Santé. Kampala.
- Ministère de la Santé Ouganda (2003). *STD/HIV/AIDS surveillance report*. Juin. Ministère de la Santé. Kampala.
- Ministère de la Santé République-Unie de Tanzanie (2004). *Surveillance of HIV and Syphilis among Antenatal Clinic Enrollees 2003-2004*. Dar es Salaam.
- Ministère de la Santé et de la Population Malawi (2003). *HIV sentinel surveillance report 2003*. November. Lilongwe. Ministère de la Santé et de la Population.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux Namibie (2004). *Report of the 2004 national HIV sentinel survey*. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Windhoek.
- Ministère de la Santé et de la Protection sociale Lesotho (2005). *Report of the Sentinel HIV/Syphilis Survey 2005*. Septembre. STI/HIV and AIDS Directorate, Ministère de la Santé et de la Protection sociale. Maseru.
- Ministère de la Santé et de la Protection sociale Lesotho (2003). *2003 HIV sentinel survey report*. Octobre. Ministère de la Santé et de la Protection sociale. Maseru.
- Ministère de la Santé et de la Protection sociale Swaziland (2005). *9<sup>th</sup> round of national HIV serosurveillance in women attending antenatal care services at health facilities in Swaziland: survey report*. Mars. Ministère de la Santé et de la Protection sociale Swaziland. Mbabane.
- Ministère de la Santé et de la Protection sociale Swaziland (2002). *8<sup>th</sup> HIV sentinel serosurveillance report*. Décembre. Ministère de la Santé et de la Protection sociale Swaziland. Mbabane.
- Monze M (2004). Evidence for declines in HIV incidence: Zambia. Presentation to the UNAIDS Reference Group on Estimates, Modelling and Projections. 15-17 Novembre. Harare.
- Mugurungi O et al. (2005). HIV in Zimbabwe. In: Glynn JR, Carael M (eds.) *HIV, Resurgent Infections and Population Change in Africa*. Springer.
- Mundandi C et al. (2005). Sexual behaviour change, spatial mobility and stabilisation of the HIV epidemic in eastern Zimbabwe. Poster Exhibit 3495. 12 Juillet. XV<sup>e</sup> Conférence internationale sur le SIDA, Bangkok.
- National AIDS Coordinating Agency, Botswana (2005). *Botswana AIDS Impact Survey II: Popular Report*. Mars. République du Botswana. Gaborone.
- National AIDS Coordinating Agency, Botswana (2003). *Botswana 2003 second generation HIV/AIDS surveillance: Technical report*. Décembre. Gaborone.
- National HIV/AIDS Council Zambia (2002). *ANC Sentinel surveillance of HIV/AIDS trends in Zambia, 1994–2002*. National HIV/AIDS Council, Sida, U.S. Centers for Disease Control and Prevention, Tropical Diseases Research Center. Lusaka.
- Nko S et al. (2004). Secretive females or swaggering males? An assessment of the quality of sexual partnership reporting in rural Tanzania. *Social Science & Medicine*, 59:299-310.
- Statistics SA (2005). *Mortality and causes of death in South Africa, 1997–2003*. Statistics SA. Pretoria.
- Reproductive Health Research Unit (2004). *HIV and Sexual Behaviour Among Young South Africans: A National Survey of 15-24 Year Olds*. Avril. Reproductive Health Research Unit, Johannesburg.
- Présidence du Faso (2005). Suivi de la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA (UNGASS): Cadre pour la présentation des rapports pays—période concernée Janvier-Décembre 2004. Mars. Ouagadougou.
- Seychelles Communicable Disease Control Unit (2005). *Epidemiological Bulletin Seychelles*. Ministère de la Santé, OMS. Victoria.
- Statistics SA (2005). *Mortality and causes of death in South Africa, 1997–2003*. Statistics SA. Pretoria.
- ONUSIDA (2004). *2004 Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA*. Genève.
- ONUSIDA/OMS (2004b). *2004 Le point sur l'épidémie de SIDA*. Genève.
- ONUSIDA/OMS (2005). *Progress on global access to HIV antiretroviral therapy: An update on '3 by 5'*. ONUSIDA/OMS. Genève.
- UNICEF (2004). *Girls, HIV/AIDS and Education*. Décembre. UNICEF. New York. Disponible sur [http://www.unicef.org/publications/index\\_25047.html](http://www.unicef.org/publications/index_25047.html)
- Ward H, Walker N, et Ghys PD (2004). Methods and tools for HIV/AIDS estimates and projections. *Sexually Transmitted Infections*. 80(Supplement 1). Août.
- Wawer M et al. (2005). *Declines in HIV prevalence in Uganda: Not as simple as ABC*. Abstract 27 LB, 12<sup>th</sup> Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, 22-25 février 2005. Boston, USA.
- OMS (2005). *The 2004 First national second generation HIV/AIDS/STI sentinel surveillance survey among antenatal care women attending maternity and child health clinics, tuberculosis and STD patients*. Juillet. OMS. Somalie.



## ASIE

- Altat A et al. (2004). *Harm reduction among injection drug users in Karachi, Pakistan*. Document présenté à la XV<sup>e</sup> Conférence internationale sur le SIDA. Juillet. Bangkok.
- Basu I et al. (2004). HIV prevention among sex workers in India. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 36(3):845-852.
- Buavirat A et al. (2003). Risk of prevalent HIV infection associated with incarceration among injecting drug users in Bangkok, Thailand: case-control study. *British Medical Journal*, 326(7384): 308.
- Buckingham R et Meister E (2003). Condom utilization among female sex workers in Thailand: Assessing the value of the health belief model. *Californian Journal of Health Promotion*, 4(4):18-23.
- Center for Health Research et Ministère de la Santé (2002). *A study of injecting drug use behaviour in three cities: Surabaya, Jakarta and Bandung*. University of Indonesia.
- Ministère de la Santé Chine et Groupe thématique des Nations Unies sur le VIH/SIDA (2003). *A joint assessment of HIV/AIDS prevention, treatment and care in China (2004)*. Groupe thématique des Nations Unies sur le VIH/SIDA en Chine. Beijing.
- Choi KH et al. (2003). Emerging HIV-1 epidemic in China in men who have sex with men. *Lancet*, 361:2125-26.
- Department of Health Myanmar (2005). Sentinel surveillance data for March-April 2004. AIDS Prevention and Control Project. Yangon.
- Department of Health Myanmar (2004). Sentinel surveillance data for March-April 2004. AIDS Prevention and Control Project. Yangon.
- Department of Health Philippines (2003). *Status and trends of HIV/AIDS in the Philippines: The 2002 technical report of the National HIV/AIDS Sentinel Surveillance System*. Department of Health. Manille.
- Go VF et al. (2004). High HIV prevalence and risk behaviors in men who have sex with men in Chennai, India. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 35(3):314-319.
- Hien NT et al. (2004a). HIV/AIDS epidemics in Vietnam: Evolution and responses. *AIDS Education and Prevention*, 16(Supplement A):137-154.
- Hien NT et al. (2004b). *Risk factors for HIV seropositivity among young heroin injecting drug users in Quang Ninh province, Viet Nam*. Soumis pour publication.
- Huang M et Hussein H (2004). The HIV/AIDS epidemic country paper: Malaysia. *AIDS Education and Prevention*, 16(Supplement A):1001-09.
- Kaufman J et Jing J (2002). China and AIDS—the time to act is now. *Science*, 296:2339-40.
- Lertpiriyasuwat C et al. (2003). A survey of sexual risk behavior for HIV infection in Nakhonsawan, Thailand, 2001. *AIDS*, 17(13): 1969-76.
- Mateo RJ et al. (2003). *HIV/AIDS in the Philippines*. *AIDS Education and Prevention*, 16(Supplement A):43-52.
- Ministère de la Santé et du Bien-Etre de la Famille Bangladesh (2004). *HIV in Bangladesh: The present scenario*. Novembre.
- Ministère de la Santé et du Bien-Etre de la Famille. Dhaka.
- Ministère de la Santé Malaisie et OMS (2004). *Consensus report on HIV and AIDS—Epidemiology in 2004: Malaysia*. Ministère de la Santé et OMS. Kuala Lumpur.
- Ministère de la Santé Pakistan, DfID, Family Health International (2005). *National study of reproductive tract and sexually transmitted infections: Survey of high-risk groups in Lahore and Karachi*, 2005. Ministère de la Santé, Department for International Development, Family Health International. Karachi.
- Ministère de la Santé Viet Nam (2005). *HIV/AIDS estimates and projections 2005-2010*. General Department of Preventive Medicine and HIV/AIDS Control, Ministère de la Santé. Hanoï.
- Monitoring the AIDS Pandemic Network (MAP) (2005a). *Drug injection and HIV/AIDS in Asia—MAP Report 2005*. Juillet. Genève.
- Monitoring the AIDS Pandemic Network (MAP) (2005b). *Sex work and HIV/AIDS in Asia—MAP Report 2005*. Juillet. Genève.
- Monitoring the AIDS Pandemic Network (MAP) (2004). *AIDS in Asia: Face the facts—A comprehensive analysis of the AIDS epidemics in Asia*. Genève.
- NACO (2004a). *Annual Report 2002–2003, 2003–2004*. Ministère de la Santé du Bien-Etre de la Famille. Delhi.
- NACO (2004b). *State-wise HIV prevalence (1998–2003)*. Ministère de la Santé et du Bien-Etre de la Famille. Delhi.
- National Center for AIDS/STD Prevention and Control China (2003). *Information on HIV/AIDS prevention and control*. Beijing.
- National Center for HIV/AIDS, Dermatology and STIs (NCHADS) (2004). *HIV Sentinel Surveillance (HSS) 2003: Trends Results, and Estimates*. Phnom Penh.
- Nemoto T (2004). HIV/AIDS surveillance and prevention studies in Japan: Summary and recommendations. *AIDS Education and Prevention*, 16(Supplement A):27-42.
- Ono-Kihara M et al. (2001). Sexual practices and the risk for HIV/STDs infection of youth in Japan. *Journal of the Japan Medical Association*, 126(9):1157-1160.
- Phimphachanh C et Sayabounthavong K (2004). The HIV/AIDS/STI situation in Lao People's Democratic Republic. *AIDS Education and Prevention*, 16(Supplement A): 91-99.



- Pisani E. (2003) *The Epidemiology of HIV at the Start of the 21<sup>st</sup> Century: Reviewing the Evidence*. Document de travail (Septembre). UNICEF. New York.
- Poshyachinda V (2005). *Review of Thailand's situation: Drugs and HIV*. Slide presentation. June. Institute for Health Research, Chulalongkorn University. Bangkok.
- Punpanich W et al. (2004). Thailand's response to the HIV epidemic: Yesterday, today and tomorrow. *AIDS Education and Prevention*, 16(Supplement A):119-136.
- Reza-Paul SRP et al. (2005). *An integrated behavioral and biological study among female sex workers in Mysore, India*. Abstract no. MP-106. Paper presented to the 16<sup>th</sup> biennial meeting of the International Society for Sexually Transmitted Disease Research, 10-13 juillet. Amsterdam.
- Riono P et Jazant S (2004). The current situation of the HIV/AIDS epidemic in Indonesia. *AIDS Education and Prevention*, 16(Supplement A):78-90.
- Saphonn V et al. (2005). Trends of HIV-1 seroincidence among HIV-1 sentinel surveillance groups in Cambodia, 1999-2002. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 39(5):587-592.
- Shah SA, Altaf A, Mujeeb SA, et Memon A (2004). An outbreak of HIV infection among injection drug users in a small town in Pakistan: potential for national implications. *International Journal of STD & AIDS*, 15(3):209-210.
- Solomon S et al. (2004). A review of the HIV epidemic in India. *AIDS Education and Prevention*, 16(Supplement A):155-169.
- State Council AIDS Working Committee et Groupe thématique des Nations Unies sur le VIH/SIDA (2004). *A joint assessment of HIV/AIDS prevention, treatment and care in China (2004)*. Décembre. State Council AIDS Working Committee Office et Groupe thématique des Nations Unies sur le VIH/SIDA en Chine. Beijing.
- Thai Working Group on HIV/AIDS Projections (2001). *HIV/AIDS projections for Thailand: 2000-2020*. Mars. Bangkok.
- Thwe M (2004). HIV/AIDS education and prevention in Myanmar. *AIDS Education and Prevention*, 16(Supplement A):170-177.
- Toole M et al. (2005). *Study of young men's sexual behaviour: Vientiane, Lao People's Democratic Republic, August-November*. Burnet Institute.
- ONUSIDA (2004). *2004 Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA*. Genève.
- PNUD (2004). *Thailand's response to HIV/AIDS: progress and challenges*. Bangkok.
- Van Griensven F et al. (2005). Evidence of a previously undocumented epidemic of HIV infection among men who have sex with men in Bangkok, Thailand. *AIDS*, 19(5):521-526.
- Ministère du Travail, des Invalides et des Affaires sociales Viet Nam (2001). *Report results of the survey on high risk factors of drug abuse among groups of female prostitutes in Vietnam*. ONUDC.
- Wi T et al. (2002). *RTI/STD Prevalence in Selected Sites in the Philippines*. Manila, Department of Health and Family Health International.
- Yang H et al. (2005). Heterosexual transmission of HIV in China: A systematic review of behavioral studies in the past two decades. *Sexually Transmitted Diseases*, 32(5):270-280. Mai.
- Zhang K-L et al. (2004). Epidemiology of HIV and sexually transmitted infections in China. *Sexual Health*, 16:39-46.
- Zunyou W (2005). *Nationwide Scaling-up Harm Reduction – A Case Study from China*. Document présenté au 7<sup>e</sup> Congrès international sur le SIDA en Asie et dans le Pacifique. 2 Juillet. Kobe.

## EUROPE ORIENTALE ET ASIE CENTRALE

- OMS/EURO et al. (2004). *Preliminary results of the 2<sup>nd</sup> generation surveillance and prevalence of HIV in Moldova in 2003*. OMS/EURO, Pasteur Institute in St. Petersburg, National Scientific-Practical Centre for Preventive Medicine. République de Moldova.
- Aids Prevention Centre Latvia (2005). Statistics fact sheets. Riga. Disponible sur <http://aids.gov.lv/?sadala=146>.
- Aitken C et al. (2002). The impact of a police crackdown on a street drug scene: evidence from the street. *International Journal of Drug Policy*, 13:189-198.
- Armenian National AIDS Center (2005). HIV/AIDS epidemic in the Republic of Armenia. Fact sheet. Yerevan. Disponible sur <http://www.arm aids.am>.
- Balakireva O et al. (2003). *The Prospects for Development of HIV Prevention Programmes among Injecting Drug Users*. UNICEF, ONUSIDA, Social Monitoring Centre. Kiev.
- Binagwaho A et al. (2005). *Epidemiological developments regarding HIV/AIDS in Rwanda: 2005*. Briefing paper. CNLS, TRAC, ONUSIDA. Kigali.
- Blumenthal R et al. (1997). Impact of law enforcement on syringe exchange programmes: a look at Oakland and San Francisco. *Medical Anthropology*, 18:61-64.
- Bobrik A et al. (2005). Prison Health in Russia: The Larger Picture. *Journal of Public Health Policy*, 26:30-59.
- Booth RE et al. (2004). Predictors of Self-Reported HIV Infection Among Drug Injectors in Ukraine. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 35(1):82-88.
- Des Jarlais DC et al. (2002). HIV risk behaviour among participants of syringe exchange programmes in central/eastern Europe and Russia. *International Journal of Drug Policy*, 13:165-170.



- Eroshina K et al. (2005a). Cohort study on the effectiveness of Russian needle exchange programs. Handbook of the 16<sup>th</sup> Conference on the reduction of drug related harm. Mars. Belfast, Irlande du Nord.
- EuroHIV (2005). *HIV/AIDS Surveillance in Europe: End-year report 2004*, No. 71. Institut de Veille Sanitaire. Saint-Maurice.
- Federal Service of the Russian Federation in Consumer Rights Protection and Human Welfare, 2005.
- Field MG (2004). HIV and AIDS in the Former Soviet Bloc. *New England Journal of Medicine*, 315:117-120.
- Filatov A et Suharsky D (2002). Peculiarities of HIV infection among intravenous drug users in Mirninsk district, Yakut area. 4<sup>e</sup> Conférence européenne sur le SIDA, Vilnius, Lituanie.
- FOCUS-MEDIA Public Health and Social Development Foundation (2005). *Telephone survey carried out among Moscow residents aged 15–29 to investigate knowledge and beliefs and about HIV/AIDS and attitudes toward safe sex*. Mars. Moscou.
- Gibson DR, Flynn NM, et Perales D (2001). Effectiveness of syringe exchange programs in reducing HIV risk behavior and HIV sero-conversion among injecting drug users. *AIDS*, 15:1329-1341.
- Grund, J-P et al. (2005). *QUO VADIS? Role of Injecting Drug Users in the Development of the Epidemic of HIV-Infection in Ukraine* (Rus.). Ukrainian AIDS Centre. Kiev.
- Grund J-P et al. (2001). Drug use patterns and HIV risk behaviours of Russian syringe exchange participants. Presented at the 12<sup>th</sup> International Conference on the Reduction of Drug-Related Harm. New Delhi.
- Health Protection Inspectorate Estonia (2005). HIV infections in Estonia fact sheet. Tallinn. Disponible sur [www.tervisekaitse.ee](http://www.tervisekaitse.ee).
- Human Rights Watch (2005). Positively abandoned: Stigma and discrimination against HIV-positive mothers and their children in Russia. July. Human Rights Watch. New York. Disponible sur <http://hrw.org/reports/2005/russia0605/>
- Kazakhstan AIDS Center, 2005.
- Lithuanian AIDS Center (2005). Fact sheets. Vilnius. Disponible sur <http://old.aids.lt>
- Lowndes, C. M. et al. (2002). *Female injection drug users who practice sex work in Togliatti City, Russian Federation: HIV prevalence and risk behaviour*. XIV<sup>e</sup> Conférence internationale sur le SIDA. Abstract MoPeC3501. Barcelone.
- Ministère de la Santé Bélarus (2005a). *HIV epidemic situation in the Republic of Belarus*. Janvier. Ministère de la Santé. Minsk.
- Ministère de la Santé Bélarus (2005b). *Modern methods of HIV sentinel surveillance in the Republic of Belarus: Report on the results of studies*. Ministère de la Santé. Minsk.
- Ministère de la Santé Ukraine (2005). *Ukraine: National Report on the follow-up to the UNGASS Declaration of Commitment on HIV/AIDS – Reporting Period: 2003-2004*.
- Molotilov V et al. (2003). Rapid increase in HIV rates—Orel Oblast, Russian Federation, 1999–2001. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 52:657-660.
- Pokrovskiy V, Federal AIDS Centre (2005). HIV/AIDS in Russia. Presentation to HIV/AIDS in the Russian Federation and Ukraine workshop. Genève. Janvier.
- Republican AIDS Centre (2004). *Results of 2003 Sentinel Epidemiological Surveillance for HIV among Sex Workers in Kazakhstan*. Almaty, Republican AIDS Centre.
- Republican AIDS Centre (2001). *Behavioural Survey among Injecting Drug Users in Nine Cities of Kazakhstan*. Almaty, Republican AIDS Centre.
- Rhodes T et Simic M (2005). Transition and the HIV risk environment. *British Medical Journal*, 331:220-223.
- Rhodes T et al. (2004a). Injecting equipment sharing among injecting drug users in Togliatti City, Russian Federation. *Journal of Acquired Deficiency Syndromes*, 35(3):293-300.
- Rhodes T et al. (2004b). HIV transmission and HIV prevention associated with injecting drug use in the Russian Federation. *International Journal of Drug Policy*, 15:1-16.
- Russian Federal AIDS Centre (2005).
- Shakarishvili A et al. (2005). Sex work, drug use, HIV infection and spread of sexually transmitted infections in Moscow, Russian Federation. *The Lancet*, 366:57-60.
- Shaboltas AV, Verebochikin SV, Hoffman I, Raider R, Perbyu TZ, Kozlov, AP. (2004). 'Organisatsiya kogortnogo issledovaniya I otsenka zarazhennosti I zarazhaemosti VICH sredi in'ektsionnikh narkopotrebitel'ei vSankt-Peterburge. [Cohort research and assessment of HIV infection rate and susceptibility to HIV infection among IDUs in St Peteresburg]. *Russkii Zhurnal 'VICH/SPID I rodstvennie problemi'*. [Russian Journal: HIV/AIDS & related problems], 8(1): 20-28.
- Smolenskaya TT et. al. (2005). Sentinel Surveillance among Population Groups with Risk Behavior in North-West Russia. Personal communication.
- Todd CS et al. (2005). Human immunodeficiency virus (HIV) infection in female sex workers in Tashkent, Uzbekistan. Abstract MP-025. Paper presented to the 16<sup>th</sup> biennial meeting of the International Society for Sexually Transmitted Diseases Research. 10-13 juillet. Amsterdam.
- Ukrainian AIDS Centre (2005a). HIV infection in Ukraine. *Information Bulletin*, 24. Kiev.
- Ukrainian AIDS Centre (2005b). *Epidemiological Surveillance of HIV-infection and Sexually-Transmitted Infections – as a Component of the System of Second Generation Epidemiological Surveillance of HIV-infection in Ukraine (Ukr.)*.
- ONUSDC (2005). *Illicit Drug Trends in the Russian Federation 2004*. Bureau régional de l'ONUSDC pour la Russie et le Bélarus. Moscou.



ONUSIDA/OMS (2005). *Progress on global access to HIV antiretroviral therapy: An update on '3 by 5'*. ONUSIDA/OMS. Genève.

Bureau du Coordonnateur résident des Nations Unies et Ministère des Affaires étrangères (2005). Millennium Development Goals in Kazakhstan—MDG 6: Combat HIV/AIDS and tuberculosis. Astana.

USAID et Centers for Disease Control and Prevention (1998). *HIV/AIDS strategy in Russia, 1998-2000*. USAID. Washington.

Verevchkin SV et al. (2005). High prevalence of HIV infection among IDUs: No significant changes. *Russkii Zhurnal. SPID, Rak i obshchestvennoe zdorov'ye*, 9 (2). Presented at the 14<sup>th</sup> International Conference on AIDS, Cancer and Public Health. 23-27 mai. Saint-Petersbourg.

Organisation mondiale de la Santé (2005); OMS/Europe, Ukraine: estimations of treatment needs. Disponible sur [http://www.euro.who.int/aids/surveillance/20050419\\_1](http://www.euro.who.int/aids/surveillance/20050419_1).

## CARAIBES

Camara B et Zaidi I (2005). The future of the HIV/AIDS epidemic in the Caribbean. *CAREC Surveillance Report Supplement 1* (June).

Camara B et al. (2003). The Caribbean HIV/AIDS epidemic epidemiological status / success stories: A summary. *CAREC Surveillance Report*, 23.

CAREC/OPS et Maxi Linder Foundation (2005a). *An HIV seroprevalence and behavioral study among commercial sex workers (CSW) in Suriname*. CAREC/OPS. Paramaribo.

CAREC/OPS et Maxi Linder Foundation (2005b). *An HIV seroprevalence and behavioral study among men who have sex with men (MSM) in Suriname*. CAREC/OPS. Paramaribo.

Centre d'Epidémiologie des Caraïbes, OPS, OMS (2003). *Success stories in the fight against HIV/AIDS in the Caribbean—An update*. Port of Spain, CAREC. Décembre.

Groupe d'experts techniques des Caraïbes (2004). *Strengthening the Caribbean Regional Response to the HIV Epidemic: Report of the Caribbean Technical Expert Group Meeting on HIV Prevention and Gender*. Projet de document de travail. 28-29 Octobre. Jamaïque.

Del Prado R. et al. (1998). *AIDS and Behavior Change. A population survey, A KAPB survey and an HIV seroprevalence study in Paramaribo, Suriname*. Paramaribo.

Department of Public Health Bahamas (2004). *HIV Surveillance 1992-2003*. Nassau, Department of Public Health.

Duke V et al. (2004). Seroprevalence of HIV, HSV-1 and HSV-2 among women in Tobago: A cord blood-based survey. *CAREC Surveillance Report*, 24(3). Novembre.

Gaillard EM et al. (2004a). *Le VIH/SIDA en Haïti: Une raison d'espérer*. Décembre. Policy Project.

Gaillard EM et al. (2004b). Evidence for changes in sexual behavior and HIV incidence in Haiti. Slide presentation. 15-17 Novembre. ONUSIDA/OMS/UNICEF. Harare.

Inciardi JA, Syvertsen JL, et Surratt HL (2005). HIV/AIDS in the Caribbean Basin. *AIDS Care*, 17(Supplement 1):S9-S25.

Kumar A et Singh B (2004). Impact of the AIDS Prevention Program on trends in prevalence and incidence of HIV infection among pregnant women in Barbados. XV<sup>e</sup> Conférence internationale sur le SIDA. Abstract ThPeC2782. Bangkok. 11-16 juillet.

Ministère de la Santé Publique et de la Population Haïti et al. (2004). *Etude de sérosurveillance par méthode sentinelle de la prévalence du VIH, de la syphilis, de l'hépatite B et de l'hépatite C chez les femmes enceintes en Haïti 2003/2004*. Port-au-Prince, Ministère de la Santé Publique et de la Population. Juillet.

Ministère de la Santé Jamaïque (2004). *Jamaica HIV Sentinel Surveillance Serosurvey Report, 2004*. Division of Health Promotion and Protection. Ministère de la Santé. Jamaïque.

Monitoring the AIDS Pandemic (2003). *HIV infection and AIDS in the America*. MAP. La Havane.

OPS (2005). Care fact sheets. Organisation panaméricaine de la Santé. Washington DC, USA.

Palmer CJ et al. (2002). HIV Prevalence in a Gold Mining Camp in the Amazon Region, Guyana. *Emerging Infectious Diseases*, 8(3). Mars. Disponible sur <http://www.cdc.gov/ncidod/eid/vol8no3/01-0261.htm>.

Secrétariat d'Etat de la Santé publique et de l'Aide sociale République dominicaine (2005a). *De Segunda Generación Encuestas De Seroprevalencia de la Infección VIH Basadas en Puestos Centinelas 2004*. Marzo. Secrétariat d'Etat de la Santé publique et de l'Aide sociale, USAID-FHI/CONECTA. Saint-Domingue.

Secrétariat d'Etat de la Santé publique et de l'Aide sociale République dominicaine (2005b). *Encuestas de vigilancia del comportamiento sobre VIH/ SIDA/ ITS en RSX y HSH del Área V de Salud*. Janvier. Secrétariat d'Etat de la Santé publique et de l'Aide sociale. Saint-Domingue.

St John MA et al., (2003). Efficacy of Nevirapine Administration on Mother-to-Child Transmission of HIV using a modified HIVNET 012 regimen. *West Indian Medical Journal*, 51 (Suppl 3):1-87.

Susman E (2003). US could learn from Cuban AIDS policy. *AIDS*, 17:N7-8.

Toro-Alfonso J et Varas- Diaz N (2004). *Vulnerabilidad y Riesgo de los HSH en la República Dominicana 2004*. FHI/ CONECTA. Saint-Domingue.

ONUSIDA/OMS (2004). *Le point sur l'épidémie de SIDA – Décembre 2004*. ONUSIDA/OMS. Genève.

Weiss HA et al. (2001) The epidemiology of HSV-2 infection in four urban African populations *AIDS*, 15(Suppl 4):S97-108.



## AMERIQUE LATINE

- Bautista CT et al. (2004). Seroprevalence of and risk factors for HIV-1 infection among South American men who have sex with men. *Sexually Transmitted Infections*, 80:498-504.
- Carcamo C (2004). Informe de la consultaria sobre vigilancia epidemiológica a Bolivia. Document d'information. La Paz.
- CENSIDA (2003). Data from the National AIDS Cases Registry in Mexico. Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA. Mexico City; cited in Magis-Rodriguez (2004).
- Chequer P (2005). Apresentação (Oral presentation to the IAS Rio Pathogenesis conference). *Boletim Epidemiológico – Aids e DST. Ano I – No. 01-26 de 2004 – semanas epidemiológicas. Janeiro a junho 2004*. Marco. Ministério de la Santé Brésil. Brasília.
- García R (2005). Reducir la vulnerabilidad de las mujeres ante el VIH/Sida: Campaña mundial, prioridad nacional. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 4(8) (sous presse).
- García R et al. (2005). Reduction of mother-to-child transmission of HIV in Colombia: Two years of national experience, 2003-2005. Soumis pour publication, Juillet.
- Guanira J et al. (2004). Second generation of HIV surveillance among men who have sex with men in Peru during 2002. XV<sup>e</sup> Conférence internationale sur le SIDA. Abstract WePeC6162. Bangkok. 11-16 juillet.
- Khalsa JH, Francis H, et Mazin R (2003). Bloodborne and Sexually Transmitted Infections in Drug Abusers in the United States, Latin America, the Caribbean and Spain. *Clinical Infectious Diseases*, 37(Suppl 5):S331-7.
- Lambert M-L et al. (2005). Street youths are the only high-risk group for HIV in a low-prevalence South American country. *Sexually Transmitted Diseases*, 32(4):240-242.
- Magis C et al. (2000). *La respuesta mexicana al SIDA: mejores prácticas*. Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA. Serie Ángulos del SIDA. México City.
- Magis-Rodriguez C et al. (2004). Migration and AIDS in Mexico: An overview based on recent evidence. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 37(Supplement 4):S215-S226.
- Magis-Rodriguez C et al. (2002). People living with HIV estimate in Mexico. XIV<sup>e</sup> Conférence internationale sur le SIDA. Abstract C10846. Barcelone. 7-12 juillet.
- Magis-Rodriguez C et al. (1997). Estudio sobre prácticas de riesgo de infección por VIH/SIDA en inyectores de drogas de la Cd. De Tijuana. *BC Revista Salud Fronteriza*, 2:31-14
- Marins JRP et al. (2003). Dramatic improvement in survival among adult Brazilian AIDS patients. *AIDS*, 17(11):1675-1682.
- Mejía A et al. (2002). HIV-1, syphilis and hepatitis B virus prevalence and risk factors among commercial sex workers, Bogota, Colombia, 2002. XV<sup>e</sup> Conférence internationale sur le SIDA. Abstract WePeC6251. Bangkok. 11-16 juillet.
- Minichielloa SN, Uribe CMP, Anaya L, et Bertozzia S (2002). The Mexican HIV/AIDS Surveillance System: 1986-2001. *AIDS*, 16(suppl 3):S13-17.
- Ministère de la Santé Argentine (2004). *Boletín sobre el SIDA en la Argentina*. Ministère de la Santé. Octobre. Buenos Aires.
- Ministère de la Santé Equateur (2005). *Epidemiología del virus de inmunodeficiencia humana y síndrome de inmunodeficiencia adquirida en el Ecuador*. Juin. Quito.
- Ministère de la Santé Pérou (2005). *Sentinel surveillance report*. Ministère de la Santé Pérou, Directorate of Epidemiology. Lima.
- Ministère de la Santé Pérou (2004). *Redes de intercambio sexual en la dinámica de transmisión poblacional del VIH según niveles de la epidemia*. Ministère de la Santé. Lima.
- Ministère de la Santé publique et de l'Aide sociale, Programme national de lutte contre le VIH/IST. Asociación "Entre Amigos", San Salvador, El Salvador (2003). *Estudio Multicéntrico Centroamericano de Prevalencia de VIH/ITS y Comportamientos en Hombres que tienen Sexo con otros Hombres en El Salvador*.
- Ministère de la Santé publique et de l'Aide sociale Guatemala, Programme national de lutte contre le VIH/SIDA/IST, Organización de Apoyo a una Sexualidad Integral frente al SIDA (OASIS) Asociación de Salud Integral (ASI) Ciudad de Guatemala, Guatemala (2003). *Estudio Multicéntrico Centroamericano de Prevalencia de VIH/ITS y Comportamientos en Hombres que tienen sexo con otros hombres en Guatemala (EMC)*.
- Ministère de la Santé et OPS/OMS Bolivie (2003). *Document on the characterization of the HIV/AIDS epidemic in Bolivia*. Non publié.
- Ministère de la Santé Brésil (2005). *Boletim Epidemiológico – Aids e DST. Ano I – No. 01-26 de 2004 – semanas epidemiológicas. Janeiro a junho 2004*. Marco. Ministério de la Santé. Brasília.
- Montano SM et al. (2005). Prevalences, genotypes and risk factors for HIV transmission in South America. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 40(1):57-64.
- Commission nationale de lutte contre le SIDA Chili (2003). *Epidemiological Surveillance Report, December 2003*. CONASIDA. Santiago.
- Programme national de lutte contre le SIDA Paraguay (2005). *Epidemiological Surveillance Report*. Avril. Ministère de la Santé. Asunción.
- Programme national de lutte contre le SIDA Uruguay (2005). *Epidemiological Surveillance Report*. Avril. Ministère de la Santé. Montevideo.
- Osimani ML (2003). The Challenge of Implementation of Preventive Programs in a Developing Country: Experiences, Situations and Perspectives in Uruguay. *Clinical Infectious Diseases*, 37(Suppl 5):S422-6.



- OPS (2005). Care fact sheets. Organisation panaméricaine de la Santé. Washington DC, USA.
- Pando de los A et al. (2003). HIV immunodeficiency virus type 1 seroprevalence in men who have sex with men from Buenos Aires, Argentina: risk factors for infection. *International Journal of Epidemiology*, 32:735-740.
- Prieto F, Osorio A, et De Neira M (2004). Prevalencia de VIH en Población General Colombia 2003: VI Estudio Nacional Centinela de VIH 2003-2004. Primera Fase. *Información Quincenal Epidemiológica Nacional* (Colombia), 9(23-24):362-376.
- Prieto F (2003). Veinte años del VIH en Colombia, 1983-2003. Datos de la vigilancia epidemiológica. *Información Quincenal Epidemiológica Nacional* (Colombia), 8(22):355-366. Bogotá.
- Secrétariat de la Santé Honduras (2003). Estudio Multicéntrico Centroamericano de prevalencia de HIV/ITS y Comportamientos en Poblaciones específicas en Honduras. Enero. Département IST/VIH/SIDA. Tegucigalpa.
- Segura M et. al. (2005). *Cohort of Men who have Sex with Men: recruitment, retention and seroincidence of HIV and other sexually-transmitted infections*. Poster presentation to the IAS Pathogenesis conference 2005. Rio de Janeiro, Juillet 2005.
- ONUSIDA (2004). *2004 Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA*. ONUSIDA. Genève.
- ONUSIDA/OMS (2004). *Epidemiological Fact Sheet: Various (2004 update)*. ONUSIDA/OMS. Genève. Disponible sur <http://www.who.int/hiv/pub/epidemiology/pubfacts/en/>
- ONUSIDA/OMS (2003). *Le point sur l'épidémie de SIDA 2003*. Genève, ONUSIDA/OMS.
- Weissenbacher M et al. (2003). AIDS National Center of Reference, Argentina. High Seroprevalence of Bloodborne Viruses among Street – Recruited Injection Drug Users from Buenos Aires, Argentina. *Clinical Infectious Diseases*, 37(Suppl 5): S348-52

## AMERIQUE DU NORD, EUROPE OCCIDENTALE ET CENTRALE

- British Medical Association (2005). Sexually transmitted infections (STI): An update. Fact sheet. January. Disponible sur <http://www.bma.org.uk/ap.nsf/Content/STIupd05~UK>.
- De la Fuente L et al. (2003). Lessons from the history of the human immunodeficiency virus / acquired immunodeficiency syndrome epidemic among Spanish drug injectors. *Clinical Infectious Diseases*, 37(suppl 5):S410-5.
- Dodds JP (2005). *HIV prevalence and sexual behaviour in community samples of men who have sex with men in Brighton, Manchester and London*. Abstract no. MP-100. Paper presented to the 16<sup>th</sup> biennial meeting of the International Society for Sexually Transmitted Diseases Research. 10-13 juillet. Amsterdam.
- Dougan S et al. (2005). HIV infections acquired through heterosexual intercourse in the United Kingdom: findings from national surveillance. *British Medical Journal*, 330:1304-1305. 4 juin.
- Elford J et al. (2005a). *Unsafe sex among MSM living in London: still increasing?* Abstract no. MP-096. Paper presented to the 16<sup>th</sup> biennial meeting of the International Society for Sexually Transmitted Diseases Research. 10-13 juillet. Amsterdam.
- Elford J et al. (2005b). *Does the recent increase in new HIV diagnoses among men who have sex with men in the United Kingdom reflect a rise in HIV incidence?* Abstract no. MP-039. Paper presented to the 16<sup>th</sup> biennial meeting of the International Society for Sexually Transmitted Diseases Research. 10-13 juillet. Amsterdam.
- Elford J et al. (2004). Trends in sexual behaviour among London homosexual men 1998-2003: implications for HIV prevention and sexual health promotion. *Sexually Transmitted Infections*, 80:451-454.
- EuroHIV (2005). *HIV/AIDS surveillance in Europe: End-year report 2004* (No 71). Insitut de Veille Sanitaire. Saint-Maurice.
- Gambotti L and the acute hepatitis C collaborating group (2005). Acute hepatitis C infection in HIV positive men who have sex with men in Paris, France, 2001-2004. *Eurosurveillance*, 10(4-6), avril-juin.
- Giuliani M et al. (2005). Increased HIV incidence among men who have sex with men in Rome. *AIDS*, 19(13):1429-1431.
- Glynn M, Rhodes P (2005). *Estimated HIV prevalence in the United States at the end of 2003*. Abstract No. 595. National HIV Prevention Conference. Juin. Atlanta, USA.
- Hamers FF and Downs AM (2004). The changing face of the HIV epidemic in western Europe: what are the implications for public health policies? *Lancet*, 364:83-94.
- Leone P et al. (2005). HIV transmission among black women – North Carolina, 2004. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 54(4):89-94. 4 February. Disponible sur <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5404a2.htm>.
- Lot F et al. (2004). Preliminary results from the new HIV surveillance system in France. *Eurosurveillance*, 9(4).
- McKnight CA (2005). Update: Syringe exchange programs, United States, 2002. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 54(27):673-676. 15 juillet. Disponible sur <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5427a1.htm>.
- McMahon et al. (2004). Increased sexual risk behaviour and high HIV sero-incidence among drug-using low-income women with primary heterosexual partners. XV<sup>e</sup> Conférence internationale sur le SIDA. Abstract TuOrD1220. Bangkok. 11-16 juillet.
- McQuillan G, Kottiri B, et Kruszon-Moran D (2005). The Prevalence of HIV in the United States Household Population: The National Health and Nutrition Examination Surveys, 1988-2002. Abstract 166LB. 12<sup>th</sup> International Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, 22-25 février. Boston, USA.
- Mazick A et al. (2005). Hepatitis A outbreak among MSM linked to casual sex and gay saunas in Copenhagen, Denmark. *Eurosurveillance*, 10(4-6), avril-juin.



- Montgomery JP et al. (2003). The extent of bisexual behaviour in HIV-infected men and implications for transmission to their female sex partners. *AIDS Care*, 15:829-837.
- Murphy G et al. (2004). HIV incidence appears constant in men who have sex with men despite widespread use of effective antiretroviral therapy. *AIDS*, 18(2):265-272.
- National AIDS Centre (2005). *HIV and AIDS in Poland: From the beginning of the epidemic in 1985 till the end of 2004*. Slide presentation. Varsovie.
- Prabhu R et al. (2004). The bisexual bridge revisited: sexual risk behaviour among men who have sex with men and women, San Francisco, 1998-2003. *AIDS*, 18(11):1604-1606.
- Agence de santé publique du Canada (2005). *Le VIH et le sida au Canada: Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2004. Division de la surveillance et de l'évaluation des risques*, Agence de santé publique du Canada. Ottawa. Disponible sur <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/aids-sida/haic-vsac1204/index.html>
- Robert Koch Institut (2005). HIV-Infektionen/AIDS: Halbjahresbericht I/2005. *Epidemiologisches Bulletin*, 30. Septembre. Disponible sur <http://www.rki.de/>
- UK Collaborative Group for HIV and STI Surveillance (2004). *Focus on Prevention. HIV and other Sexually Transmitted Infections in the United Kingdom in 2003*. November. Health Protection Agency Centre for Infections. Londres.
- US Centers for Disease Control and Prevention (2005). HIV prevalence, unrecognized infection, and HIV testing among men who have sex with men—five U.S. cities, June 2004-April 2005. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 54(24):597-601.
- US Centers for Disease Control and Prevention (2004a). *HIV/AIDS Surveillance Report*, 15. Centers for Disease Control and Prevention. Atlanta, U.S.A. Disponible sur <http://www.cdc.gov/hiv/stats/hasrlink.htm>
- US Centers for Disease Control and Prevention (2004b). HIV/AIDS Among African Americans. Fact Sheet. US Centers for Disease Control and Prevention. Atlanta, U.S.A. Disponible sur <http://www.cdc.gov/hiv/pubs/facts/afam.htm>
- Valleroy LA et al. (2004). The bridge for HIV transmission to women from 15- to 29-year-old men who have sex with men in 7 US cities. XV<sup>e</sup> Conférence internationale sur le SIDA. Abstract ThOrC1367. Bangkok. 11-16 juillet.
- Vall Mayns M et al. (2004). Outbreaks of infectious syphilis and other STIs in men who have sex with men in Barcelona, 2002-2003. *Eurosurveillance*, 9(4):60.
- Van de Laar M et Op de Coul ELM (2004). Increase in STIs in the Netherlands slowed in 2003. *Eurosurveillance*, 9(4).
- Walensky RP et al. (2005). 2 Million years of lives saved: The survival benefits of AIDS therapy in the United States. Abstract 143LB. Presented at the 12<sup>th</sup> Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, 22-25 February. Boston, MA, USA.

## MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD

- Abdulrahman A et al. (2004). Mode of transmission of HIV-1 in Saudi Arabia. *AIDS*, 18(10):1478-1480.
- El-Rahman A (2004). Risky behaviours for HIV/AIDS infection among a sample of homosexuals in Cairo city, Egypt. XV<sup>e</sup> Conférence internationale sur le SIDA. Abstract WePeC6146. Bangkok. 11-16 juillet.
- Fares E et al. (2004). Epidemiological surveillance of HIV/AIDS in Algeria, North Africa, based on the sentinel sero-surveillance survey. XV<sup>e</sup> Conférence internationale sur le SIDA. Abstract C10572. Bangkok. 11-16 juillet.
- Institut de Formation paramédicale de Parnet (2004). Rapport de la réunion d'évaluation à mi-parcours de l'enquête de séro-surveillance du VIH. 9 juin.
- Jenkins C et Robalino D (2003). *HIV/AIDS in the Middle East and North Africa: The cost of Inaction*. Banque mondiale. Washington.
- Ministère de la Santé Soudan (2005). *Annual report*. Sudan National HIV/AIDS Surveillance Unit. Khartoum.
- Razzaghi E et al. (1999). *Rapid Situation Assessment of Drug Abuse in Iran*. Ministère de la Santé et Programme des Nations Unies pour le contrôle international des drogues. Teheran; cited in Zamani S et al. (2005).
- Sammud A (2005). *HIV in Libya*. Août. Ministère de la Santé. Tripoli.
- Programme national de lutte contre le SIDA Soudan (2004a). *Antenatal situation analysis & behavioral survey: results and discussions*. Khartoum.
- Programme national de lutte contre le SIDA Soudan (2004b). *Sex sellers situation analysis & behavioral survey: results and discussions*. Khartoum.
- Programme national de lutte contre le SIDA Soudan (2004c). *Internally Displaced People situation analysis & behavioral survey: results and discussions*. Khartoum.
- Programme national de lutte contre le SIDA Soudan (2004d). *University Students situation analysis & behavioral survey: results and discussions*. Khartoum.
- ONUSIDA/OMS (2004). *Le point sur l'épidémie de SIDA Décembre 2004*. Genève
- OMS/EMRO (2005). *Progress Report on HIV/AIDS and '3 by 5'*. July. OMS, Le Caire.
- Zamani S et al. (2005). Prevalence of and factors associated with HIV-1 infection among drug users visiting treatment centers in Tehran, Iran. *AIDS*, 19:709-716.



## OCEANIE

---

Ministère de la Santé Nouvelle-Zélande (2005). *AIDS-New Zealand* (Issue 55). Février.

National AIDS Council & National Department of Health PNG (2004). *The report of the 2004 national consensus workshop of Papua New Guinea*. Port Moresby.

National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research (2005). *HIV/AIDS, viral hepatitis and sexually transmissible infections in Australia: Annual Surveillance Report 2005*. National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research. Sydney. Disponible sur <http://www.med.unsw.edu.au/nchechr>.

Pisani E et Dili STI survey team (2004). *HIV, STIs and risk behaviour in East Timor: an historic opportunity for effective action*. Family Health International. Dili, Timor Leste.

Secretariat of the Pacific Community, AIDS Section (2005). *Spread of HIV in the Pacific region—1984 to 2004*. Document d'information. Juin.

Sullivan EA et al. (2004). HIV, Hepatitis B and other sexually transmitted infections and associated risk behaviours in Pacific-island seafarers, Kiribati. XV<sup>e</sup> Conférence internationale sur le SIDA. Abstract ThP2C735. Bangkok. 11–16 juillet.

## **Note explicative sur les estimations de l'ONUSIDA/OMS**

Les estimations de l'ONUSIDA/OMS fournies dans le présent document sont fondées sur les données les plus récentes dont on dispose sur la propagation du VIH dans les pays du monde. Elles sont provisoires. L'ONUSIDA et l'OMS, conjointement avec des experts de programmes nationaux de lutte contre le SIDA et d'institutions de recherche, revoient constamment ces estimations afin de les mettre à jour à mesure qu'ils disposent de meilleures connaissances concernant l'épidémie, tout en s'appuyant sur les progrès réalisés dans les méthodes d'estimation. Compte tenu de ces facteurs et des progrès à venir, les estimations actuelles ne peuvent être comparées directement aux estimations faites au cours des années précédentes, ni à celles qui seront publiées par la suite.

Les estimations et données fournies dans les graphiques et tableaux sont présentées en chiffres ronds. Toutefois, des chiffres non arrondis sont utilisés pour calculer les taux et les totaux régionaux, c'est pourquoi il peut y avoir de petites différences entre les totaux mondiaux et la somme des chiffres régionaux.

L'ONUSIDA et l'OMS poursuivront leur collaboration avec les pays, les organisations partenaires et les experts afin d'améliorer la collecte des données. Ces efforts garantiront que les meilleures estimations possibles sont disponibles pour aider les gouvernements, les organisations non gouvernementales et autres à évaluer la situation de l'épidémie et à surveiller l'efficacité des efforts considérables qu'ils déploient dans les domaines de la prévention et de la prise en charge.



Le rapport annuel ***Le point sur l'épidémie de SIDA*** relate les faits les plus récents sur l'épidémie de VIH/SIDA dans le monde. Agrémentée de cartes et de résumés régionaux, l'édition 2005 présente les plus récentes estimations relatives à l'ampleur et au bilan humain de l'épidémie, examine les nouvelles tendances de l'évolution de l'épidémie, et comporte une section spéciale portant sur la prévention du VIH.

**[www.unaids.org](http://www.unaids.org)**

ONUSIDA – 20 avenue Appia – 1211 Genève 27 – Suisse  
Téléphone : (+41) 22 791 36 66 – Fax : (+41) 22 791 41 87  
Courriel : [unaids@unaids.org](mailto:unaids@unaids.org) – Internet : <http://www.unaids.org>