

# Le point sur l'épidémie de **SIDA**

**Décembre 2004**



Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

**ONUSIDA**  
HCR-UNICEF-PAM-PNUD-UNFPA-ONU/C  
OIT-UNESCO-OMS-BANQUE MONDIALE



Organisation mondiale  
de la Santé

ONUSIDA/OMS – 2004  
Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA)  
Organisation mondiale de la Santé (OMS)

---

ONUSIDA/04.45F (version française, décembre 2004)

---

Version originale anglaise, UNAIDS/04.45E, décembre 2004 :  
*AIDS epidemic update: December 2004*  
Traduction – ONUSIDA

© Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) et Organisation mondiale de la Santé (OMS) 2004.

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 : 2004.

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

ISBN 92 9 173391 1

(Classification NLM : WC 503.41)

# TABLE DES MATIÈRES

---

## REMERCIEMENTS

|   |   |
|---|---|
| TABLEAU RÉCAPITULATIF DE L'ÉPIDÉMIE DE VIH ET DE SIDA<br>DANS LE MONDE, DÉCEMBRE 2004 | 1 |
|---|---|

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

|                       |   |
|-----------------------|---|
| LES FEMMES ET LE SIDA | 7 |
|-----------------------|---|

|                       |    |
|-----------------------|----|
| AFRIQUE SUBSAHARIENNE | 19 |
|-----------------------|----|

|          |    |
|----------|----|
| CARAÏBES | 31 |
|----------|----|

|      |    |
|------|----|
| ASIE | 36 |
|------|----|

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

|                 |    |
|-----------------|----|
| AMÉRIQUE LATINE | 57 |
|-----------------|----|

|         |    |
|---------|----|
| OCÉANIE | 62 |
|---------|----|

|                                 |    |
|---------------------------------|----|
| MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD | 65 |
|---------------------------------|----|

|   |    |
|---|----|
| AMÉRIQUE DU NORD, EUROPE OCCIDENTALE ET EUROPE CENTRALE | 69 |
|---|----|

|        |    |
|--------|----|
| CARTES | 75 |
|--------|----|

|   |    |
|---|----|
| Estimations mondiales à fin 2004 – Adultes et enfants                           | 76 |
| Nombre d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH à fin 2004 – Estimations       | 77 |
| Nombre d'adultes et d'enfants infectés par le VIH en 2004 – Estimations         | 78 |
| Nombre de décès dus au VIH/SIDA chez l'adulte et l'enfant en 2004 – Estimations | 79 |

|               |    |
|---------------|----|
| BIBLIOGRAPHIE | 80 |
|---------------|----|

## REMERCIEMENTS

---

La présente publication a été préparée par Hein Marais, avec Karen Stanecki et une équipe d'appui composée de Jesus-Maria Garcia Calleja, Peter Ghys, Catherine Hankins, Annemarie Hou, Judith Polsky et Elizabeth Zaniewski, sous la direction de Purnima Mane et Achmat Dangor.

La préparation de cette publication aurait été impossible sans les contributions de Lidia Andrushchak, Maha Aon, Reeta Bhatia, Asya Bidordinova, Ma.Elena Borromeo, Yves Bourney, Raul Boyle, Michel Cayemittes, Paloma Cuchi, Ruben Del Prado, Monica Djupvik, Sun Gang, Claudia Garcia-Moreno, Eleanor Gouws, Françoise Hamers, Samia Hashim, Gillian Holmes, Henrica Jansen, Setou Kaba, Aziz Khudoberdiev, Alexander Kossukhin, Aldo Landi, David Lawson, Bertil Lindblad, Tiwonge Loga, Samia Lounnas, Rob Lyerla, Mahesh Mahalingam, Mary Mahy, Bunmi Makinwa, Valerie Manda, Dominique Mathiot, Aurorita Mendoza, Henning Mikkelsen, Rosemeire Munhoz, Cesar Nunez, Elizabeth Pisani, Nii-K Plange, Lisa Regis, Joel Rehnstrom, Irina Savtchenko, Tatiana Smolskaya, Angela Trenton-Mbonde, Neff Walker, Enrique Zelaya, Laurent Zessler.

L'équipe de production était composée de Sandy Beeman, Alistair Craik, Efren Fadriuela, Nathalie Guiran, Marie-Laure Granchamp, Lon Rahn, Elena Sannikova et Andrea Verwohlt.



## TABLEAU RÉCAPITULATIF DE L'ÉPIDÉMIE DE VIH ET DE SIDA DANS LE MONDE, DÉCEMBRE 2004

---

|  |                 |   |
|--|-----------------|---|
| <b>Nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA en 2004</b> | <b>Total</b>    | <b>39,4 millions (35,9 – 44,3 millions)</b> |
|  | Adultes         | 37,2 millions (33,8 – 41,7 millions)        |
|  | Femmes          | 17,6 millions (16,3 – 19,5 millions)        |
|  | Enfants <15 ans | 2,2 millions (2,0 – 2,6 millions)           |

---

|   |                 |  |
|---|-----------------|--|
| <b>Nouveaux cas d'infection à VIH en 2004</b> | <b>Total</b>    | <b>4,9 millions (4,3 – 6,4 millions)</b> |
|   | Adultes         | 4,3 millions (3,7 – 5,7 millions)        |
|   | Enfants <15 ans | 640 000 (570 000 – 750 000)              |

---

|                                  |                 |  |
|----------------------------------|-----------------|--|
| <b>Décès dus au SIDA en 2004</b> | <b>Total</b>    | <b>3,1 millions (2,8 – 3,5 millions)</b> |
|                                  | Adultes         | 2,6 millions (2,3 – 2,9 millions)        |
|                                  | Enfants <15 ans | 510 000 (460 000 – 600 000)              |

---

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 nombre total de personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) a grimpé en 2004 pour atteindre le plus haut niveau jamais enregistré : on estime que 39,4 millions de personnes [35,9–44,3 millions] vivent avec le virus (Figure 1). Ce chiffre comprend les 4,9 millions [4,3-6,4 millions] de personnes qui ont contracté le VIH en 2004. L'épidémie mondiale de SIDA a tué 3,1 millions [2,8-3,5 millions] de personnes au cours de l'année écoulée.

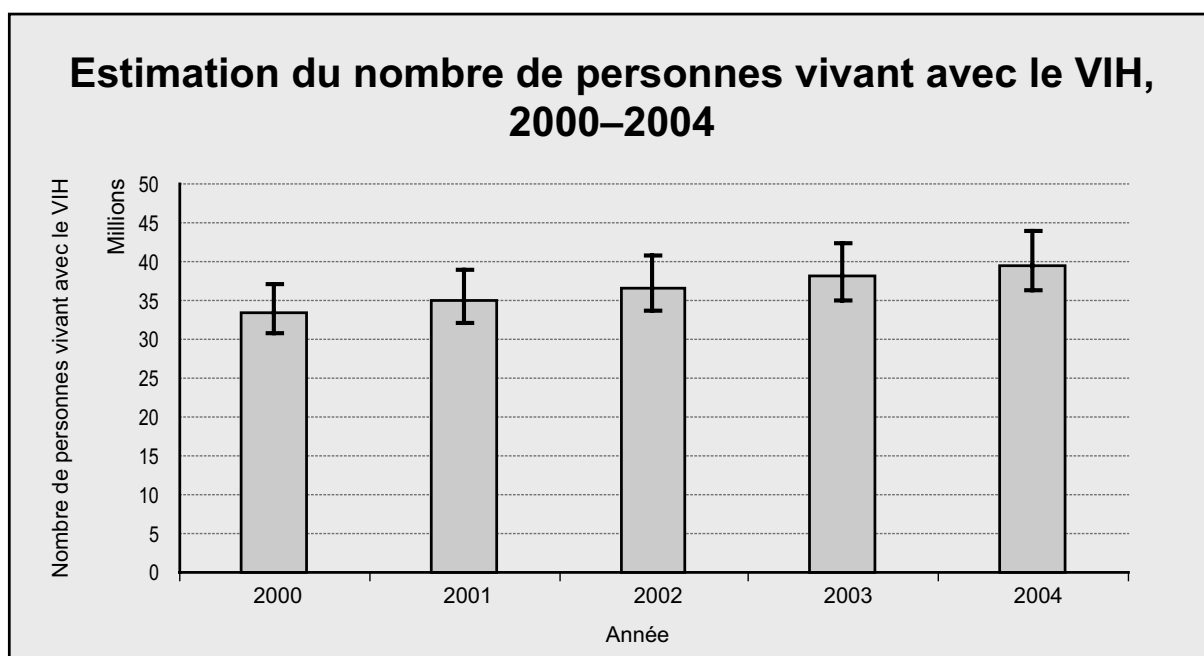


Figure 1

Le nombre des personnes vivant avec le VIH s'est élevé dans toutes les régions, par rapport aux chiffres d'il y a deux ans et les augmentations les plus fortes se sont produites en Asie de l'Est et en Europe orientale et Asie centrale (voir Tableau, page 3). Le nombre de personnes vivant avec le VIH en Asie de l'Est s'est accru de près de 50% entre 2002 et 2004, augmentation imputable en grande partie à l'épidémie qui s'étend rapidement en Chine. En 2004, en Europe orientale et en Asie centrale, on a compté 40% de personnes vivant avec le VIH de plus qu'en 2002. Une bonne partie de cette tendance est due à la réapparition de l'épidémie en Ukraine et au nombre toujours croissant de personnes vivant avec le VIH en Fédération de Russie.

L'Afrique subsaharienne reste de loin la région la plus touchée, avec 25,4 millions [23,4-28,4 millions] de personnes vivant avec le VIH à fin 2004, par rapport à 24,4 millions [22,5-27,3 millions] en 2002. Près de deux tiers (64%) de toutes les personnes vivant avec le VIH se trouvent en Afrique subsaharienne, ainsi que plus des trois quarts (76%) de toutes les femmes vivant avec le VIH.

Les épidémies d'Afrique subsaharienne semblent, d'une manière générale, en voie de stabilisation, avec une prévalence du VIH avoisinant 7,4% pour toute la région. Mais une perspective lointaine cache des aspects importants. Tout d'abord une stabilité approximative de la prévalence du VIH signifie que

| <b>Statistiques et caractéristiques régionales du VIH et du SIDA, fin 2002 et 2004</b> |  |   |   |  |
|--|--|---|---|--|
|  | <b>Adultes et enfants vivant avec le VIH</b> | <b>Nouvelles infections à VIH, adultes et enfants</b> | <b>Prévalence chez les adultes (%)*</b> | <b>Décès dus au SIDA chez les adultes et les enfants</b> |
| <b>Afrique subsaharienne</b>   |  |   |   |  |
| <b>2004</b>  | 25,4 millions<br>[23,4–28,4 millions]        | 3,1 millions<br>[2,7–3,8 millions]                    | 7,4<br>[6,9–8,3]                        | 2,3 millions<br>[2,1–2,6 millions]                       |
| <b>2002</b>  | 24,4 millions<br>[22,5–27,3 millions]        | 2,9 millions<br>[2,6–3,6 millions]                    | 7,5<br>[7,0–8,4]                        | 2,1 millions<br>[1,9–2,3 millions]                       |
| <b>Afrique du Nord et Moyen-Orient</b>   |  |   |   |  |
| <b>2004</b>  | 540 000<br>[230 000–1,5 million]             | 92 000<br>[34 000–350 000]                            | 0,3<br>[0,1–0,7]                        | 28 000<br>[12 000–72 000]                                |
| <b>2002</b>  | 430 000<br>[180 000–1,2 million]             | 73 000<br>[21 000–300 000]                            | 0,2<br>[0,1–0,6]                        | 20 000<br>[8300–53 000]                                  |
| <b>Asie du Sud et du Sud-Est</b>   |  |   |   |  |
| <b>2004</b>  | 7,1 millions<br>[4,4–10,6 millions]          | 890 000<br>[480 000–2,0 millions]                     | 0,6<br>[0,4–0,9]                        | 490 000<br>[300 000–750 000]                             |
| <b>2002</b>  | 6,4 millions<br>[3,9–9,7 millions]           | 820 000<br>[430 000–2,0 millions]                     | 0,6<br>[0,4–0,9]                        | 430 000<br>[260 000–650 000]                             |
| <b>Asie de l'Est</b>   |  |   |   |  |
| <b>2004</b>  | 1,1 million<br>[560 000–1,8 million]         | 290 000<br>[84 000–830 000]                           | 0,1<br>[0,1–0,2]                        | 51 000<br>[25 000–86 000]                                |
| <b>2002</b>  | 760 000<br>[380 000–1,2 million]             | 120 000<br>[36 000–360 000]                           | 0,1<br>[0,1–0,2]                        | 37 000<br>[18 000–63 000]                                |
| <b>Océanie</b>   |  |   |   |  |
| <b>2004</b>  | 35 000<br>[25 000–48 000]                    | 5000<br>[2100–13 000]                                 | 0,2<br>[0,1–0,3]                        | 700<br>[<1700]   |
| <b>2002</b>  | 28 000<br>[22 000–38 000]                    | 3200<br>[1000–9600]                                   | 0,2<br>[0,1–0,3]                        | 500<br>[<1000]   |
| <b>Amérique latine</b>   |  |   |   |  |
| <b>2004</b>  | 1,7 million<br>[1,3–2,2 millions]            | 240 000<br>[170 000–430 000]                          | 0,6<br>[0,5–0,8]                        | 95 000<br>[73 000–120 000]                               |
| <b>2002</b>  | 1,5 million<br>[1,1–2,0 millions]            | 190 000<br>[140 000–320 000]                          | 0,6<br>[0,4–0,7]                        | 74 000<br>[58 000–96 000]                                |
| <b>Caraïbes</b>  |  |   |   |  |
| <b>2004</b>  | 440 000<br>[270 000–780 000]                 | 53 000<br>[27 000–140 000]                            | 2,3<br>[1,5–4,1]                        | 36 000<br>[24 000–61 000]                                |
| <b>2002</b>  | 420 000<br>[260 000–740 000]                 | 52 000<br>[26 000–140 000]                            | 2,3<br>[1,4–4,0]                        | 33 000<br>[22 000–57 000]                                |
| <b>Europe orientale et Asie centrale</b>   |  |   |   |  |
| <b>2004</b>  | 1,4 million<br>[920 000–2,1 millions]        | 210 000<br>[110 000–480 000]                          | 0,8<br>[0,5–1,2]                        | 60 000<br>[39 000–87 000]                                |
| <b>2002</b>  | 1,0 million<br>[670 000–1,5 million]         | 190 000<br>[94 000–440 000]                           | 0,6<br>[0,4–0,8]                        | 40 000<br>[27 000–58 000]                                |
| <b>Europe occidentale et centrale</b>  |  |   |   |  |
| <b>2004</b>  | 610 000<br>[480 000–760 000]                 | 21 000<br>[14 000–38 000]                             | 0,3<br>[0,2–0,3]                        | 6500<br>[<8500]  |
| <b>2002</b>  | 600 000<br>[470 000–750 000]                 | 18 000<br>[13 000–35 000]                             | 0,3<br>[0,2–0,3]                        | 6000<br>[<8000]  |
| <b>Amérique du Nord</b>  |  |   |   |  |
| <b>2004</b>  | 1,0 million<br>[540 000–1,6 million]         | 44 000<br>[16 000–120 000]                            | 0,6<br>[0,3–1,0]                        | 16 000<br>[8400–25 000]                                  |
| <b>2002</b>  | 970 000<br>[500 000–1,6 million]             | 44 000<br>[16 000–120 000]                            | 0,6<br>[0,3–1,0]                        | 16 000<br>[8400–25 000]                                  |
| <b>TOTAL</b>   |  |   |   |  |
| <b>2004</b>  | 39,4 millions<br>[35,9–44,3 millions]        | 4,9 millions<br>[4,3–6,4 millions]                    | 1,1<br>[1,0–1,3]                        | 3,1 millions<br>[2,8–3,5 millions]                       |
| <b>2002</b>  | 36,6 millions<br>[33,3–41,1 millions]        | 4,5 millions<br>[3,9–6,2 millions]                    | 1,1<br>[1,0–1,2]                        | 2,7 millions<br>[2,5–3,1 millions]                       |

\* La proportion des adultes (de 15 à 49 ans) vivant avec le VIH/SIDA en 2004, en utilisant les chiffres de la population pour 2004.

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.

le nombre de personnes qui contractent une nouvelle infection à VIH est plus ou moins égal au nombre de personnes qui meurent du SIDA. Sous la constance apparente de ces niveaux de prévalence stables se cachent des réalités dévastatrices, en particulier en Afrique australe, où se produisent un tiers de tous les décès liés au SIDA dans le monde. Deuxièmement, les épidémies en Afrique sont diverses, tant pour ce qui est de leur ampleur que du rythme de leur évolution. Il n'existe pas d'épidémie 'africaine' unique. Certaines zones urbaines d'Afrique orientale affichent des baisses modestes de la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes, alors qu'en Afrique de l'Ouest et centrale, les niveaux de prévalence sont restés à peu près stables, à des valeurs inférieures à celles du reste de l'Afrique subsaharienne. Les données nationales sur le VIH, néanmoins, cachent des niveaux d'infection beaucoup plus élevés dans certaines régions des pays, comme on le voit au Nigéria. Malheureusement, l'Afrique australe ne montre encore que de rares signes d'une baisse des niveaux de prévalence du VIH (voir pages 19-30).

La prévalence du VIH aux Caraïbes est la deuxième la plus élevée du monde : elle dépasse 2% dans cinq pays et le SIDA est devenu la principale cause de décès parmi les adultes entre 15 et 44 ans dans cette région. Pourtant, un nombre croissant de pays des Caraïbes montrent que l'épidémie peut reculer devant des ripostes appropriées et déterminées (voir pages 31-35).

## DES OCCASIONS DE PRÉVENTION EN GRAND NOMBRE

---

Pratiquement chaque région, y compris l'Afrique subsaharienne, compte plusieurs pays dans lesquels l'épidémie se déroule encore à bas bruit ou en est encore à un stade suffisamment précoce pour être maîtrisée par une action efficace. Il faut pour cela des programmes susceptibles de contenir la propagation du VIH dans les groupes les plus vulnérables de la population. Mais dans de nombreux pays, des ressources inadéquates, le manque de volonté et de leadership politiques restent une entrave, en particulier là où le VIH s'est implanté dans des groupes marginalisés et stigmatisés de la population, tels

que les femmes pratiquant le commerce du sexe, les consommateurs de drogues injectables et les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes. Si les réticences ne sont pas rapidement remplacées par des approches pragmatiques et ouvertes sur l'avenir, le VIH se propagera plus largement dans les nombreux pays qui jusqu'ici s'en sont tirés avec des épidémies de faible importance.

Dans de nombreux pays durement touchés, l'absence de ripostes au SIDA cohérentes, menées au niveau national, empêche également d'aller de l'avant. Etant donné les nombres croissants de structures de mise en œuvre et l'augmentation du financement, il est essentiel d'éviter les risques de doubles emplois et de fragmentation dans les ripostes au SIDA. A cette fin, les principaux donateurs ont approuvé en avril 2004 trois principes clés qui sous-tendraient leur appui à l'action nationale contre le SIDA. Connus sous le nom des 'Trois Principes'\*, ils visent à renforcer la coordination et la cohérence des ripostes au SIDA. Ces principes sont censés soutenir un système simple pouvant permettre à une diversité d'approches de lutte contre le SIDA de converger efficacement.

## LES FEMMES SONT TOUJOURS PLUS AFFECTÉES

---

L'épidémie de SIDA frappe les femmes et les filles en nombres croissants (voir pages 7-18). A l'échelle mondiale, un peu moins de la moitié de toutes les personnes vivant avec le VIH sont de sexe féminin. Les femmes et les filles représentent près de 57% de toutes les personnes infectées par le VIH en Afrique subsaharienne, où un pourcentage saisissant – 76% – des jeunes (entre 15 et 24 ans) qui vivent avec le VIH sont de sexe féminin. Dans la plupart des autres régions, les femmes et les filles constituent une proportion croissante des personnes vivant avec le VIH, par rapport à ce qu'elle était il y a cinq ans.

Ces tendances suggèrent d'importantes lacunes dans la riposte au SIDA. Les services susceptibles de protéger les femmes du VIH doivent être élargis. Les femmes et les filles ont besoin de plus d'information sur le SIDA. Une récente enquête de l'UNICEF a révélé que jusqu'à 50% des jeunes femmes des pays

---

\* Les 'Trois Principes' se réfèrent à un cadre national d'action afin de coordonner le travail de l'ensemble des partenaires, une instance natio□



| <b>Statistiques et caractéristiques régionales du VIH et du SIDA pour les femmes, fin 2002 et 2004</b> |      |  |   |
|--|------|--|---|
|  |      | <b>Nombre de femmes (15–49) vivant avec le VIH</b> | <b>Pourcentage d'adultes (15–49) vivant avec le VIH qui sont des femmes (%)</b> |
| <b>Afrique subsaharienne</b>   | 2004 | 13,3 millions [12,4–14,9 millions]                 | 57  |
|  | 2002 | 12,8 millions [11,9–14,3 millions]                 | 57  |
| <b>Afrique du Nord et Moyen-Orient</b>   | 2004 | 250 000 [80 000–770 000]                           | 48  |
|  | 2002 | 200 000 [62 000–620 000]                           | 48  |
| <b>Asie du Sud et du Sud-Est</b>   | 2004 | 2,1 millions [1,3–3,1 millions]                    | 30  |
|  | 2002 | 1,8 million [1,1–2,7 millions]                     | 28  |
| <b>Asie de l'Est</b>   | 2004 | 250 000 [120 000–400 000]                          | 22  |
|  | 2002 | 160 000 [79 000–250 000]                           | 21  |
| <b>Océanie</b>   | 2004 | 7100 [4100–11 000]                                 | 21  |
|  | 2002 | 5000 [3000–7500]                                   | 18  |
| <b>Amérique latine</b>   | 2004 | 610 000 [470 000–790 000]                          | 36  |
|  | 2002 | 520 000 [390 000–690 000]                          | 35  |
| <b>Caraïbes</b>  | 2004 | 210 000 [120 000–380 000]                          | 49  |
|  | 2002 | 190 000 [110 000–360 000]                          | 49  |
| <b>Europe orientale et Asie centrale</b>   | 2004 | 490 000 [310 000–710 000]                          | 34  |
|  | 2002 | 330 000 [220 000–480 000]                          | 33  |
| <b>Europe occidentale et centrale</b>  | 2004 | 160 000 [120 000–200 000]                          | 25  |
|  | 2002 | 150 000 [110 000–190 000]                          | 25  |
| <b>Amérique du Nord</b>  | 2004 | 260 000 [140 000–410 000]                          | 25  |
|  | 2002 | 240 000 [120 000–390 000]                          | 25  |
| <b>TOTAL</b>   | 2004 | 17,6 millions [16,3–19,5 millions]                 | 47  |
|  | 2002 | 16,4 millions [15,2–18,2 millions]                 | 48  |

à forte prévalence ne possèdent pas les connaissances de base concernant le SIDA. Mais la vulnérabilité des femmes et des filles à l'infection à VIH n'est pas seulement due à l'ignorance, mais aussi à leur manque chronique de pouvoir. Dans le monde, la plupart des femmes contractent l'infection à VIH en raison des comportements à haut risque de leur partenaire, sur lesquels elles n'ont pratiquement aucun contrôle. Les difficultés des femmes et des enfants face au SIDA soulignent à quel point il est nécessaire d'appliquer des stratégies réalistes pour s'attaquer aux interactions entre inégalités – notamment les inégalités entre les sexes – et VIH.

## LA RIPOSTE AU SIDA DOIT CONTINUER À S'ÉLARGIR

Depuis 2001, un profond changement est intervenu dans la riposte mondiale au SIDA. Le financement à l'échelle mondiale a passé de 2,1 milliards de dollars environ à quelque 6,1 milliards en 2004<sup>†</sup> et l'accès aux services essentiels de prévention et de prise en charge s'est sensiblement amélioré (ONUSIDA, 2004). Le nombre d'élèves du niveau secondaire qui bénéficient d'une éducation sur le SIDA a presque triplé, le nombre annuel de clients des centres de conseil et de test volontaires a doublé, le nombre de femmes à qui l'on propose des services de prévention

<sup>†</sup> Les sources de financement comprennent les dépenses intérieures (dont les fonds du secteur public et les dépenses des individus et des familles touchés par le SIDA), les donateurs bilatéraux (dont, depuis 2003, le Plan d'aide d'urgence du Président des Etats-Unis en matière de lutte contre le SIDA), les institutions multilatérales (dont le système des Nations Unies, la Banque mondiale et le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme), et le secteur privé (notamment des fondations, des organisations non gouvernementales et le monde des entreprises).

de la transmission mère-enfant s'est accru de 70% et le nombre de personnes sous thérapie antirétrovirale a augmenté de 56%, selon une récente enquête réalisée dans 73 pays à faible et moyen revenus représentant près de 90% du fardeau mondial du VIH (Policy Project et al., 2004). La plupart des personnes qui ont besoin d'un traitement antirétroviral en Amérique du Sud et dans certains pays des Caraïbes y ont maintenant accès. Les efforts déployés pour élargir le traitement et la prise en charge, notamment l'initiative '3 millions d'ici 2005' de l'Organisation mondiale de la Santé, l'ONUSIDA et leurs partenaires, promettent d'élargir encore la couverture.

Pourtant, malgré ces progrès, la couverture reste inégale et, à bien des égards, terriblement insuffisante. Environ 440 000 personnes dans les pays à faible et moyen revenus étaient sous traitement antirétroviral en juin 2004 (OMS, 2004). Ce chiffre signifie que neuf sur 10 des personnes qui ont besoin d'un tel traitement – dont la majorité se trouvent en Afrique subsaharienne – n'en bénéficient pas. Si ce faible taux de couverture se maintient, cinq à six millions de personnes mourront du SIDA au cours des deux prochaines années (ONUSIDA, 2004).

En fin de compte, le traitement contre le SIDA ne sera abordable et durable que si la prévention du VIH est efficace. Et c'est là seulement que la propagation mondiale du SIDA pourra être interrompue. On en sait suffisamment au sujet de programmes de lutte contre le SIDA efficaces, bon marché et relativement simples. Et pourtant, en trop d'endroits, de tels programmes ne sont pas mis en œuvre. Moins de 1% des adultes de 15 à 49 ans ont accès aux services de conseil et de test volontaires dans les 73 pays à faible et moyen revenus les plus affectés par le SIDA. Moins de 10% des femmes enceintes bénéficient actuellement des services dont l'efficacité est prouvée pour

la prévention de la transmission du VIH au cours de la grossesse et de l'accouchement. Moins de 3% des enfants orphelins ou vulnérables reçoivent un soutien public de la plupart des services (à l'exception de la région de l'Europe orientale où la couverture est plus étendue).

Dans les pays de certaines régions, les priorités des dépenses sur le VIH/SIDA ne suivent toujours pas les grandes caractéristiques épidémiologiques de leurs épidémies. De ce fait, les groupes de la population tels que les consommateurs de drogues injectables et les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes sont souvent les oubliés des activités sur le SIDA, même dans les endroits où ils sont fortement touchés. Globalement, la couverture des programmes de prévention est très faible pour les consommateurs de drogues injectables (moins de 5% ont accès aux services de prévention essentiels) et de 10% à 20% seulement pour les professionnel(le)s du sexe, les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, et les enfants des rues (Policy Project et al., 2004). Ce phénomène est souvent dû à la discrimination sociale et à l'indifférence politique. Cependant, une partie du problème réside aussi dans des systèmes de surveillance du VIH encore inadéquats – une lacune qui est manifeste dans chacune des régions et qui entrave la capacité des pays à adapter leurs ripostes à une épidémie en constante évolution.

L'immobilisme précipite le désastre. Un effort immense est requis pour réaliser une riposte à une échelle qui corresponde à l'épidémie mondiale de SIDA. Sans des stratégies renforcées de prévention du VIH qui s'attaquent vigoureusement à l'épidémie, et qui prennent également en compte les impératifs plus larges de justice sociale et d'égalité, il est improbable qu'à long terme le monde parvienne à vaincre le SIDA.

# LES FEMMES ET LE SIDA

## INTRODUCTION

L'épidémie de SIDA frappe toujours davantage de femmes et de filles. A l'échelle mondiale, un peu moins de la moitié de toutes les personnes vivant avec le VIH sont de sexe féminin. Dans la plupart des régions, une proportion croissante de personnes vivant avec le VIH sont des femmes et des jeunes filles et cette proportion continue de s'accroître, notamment en Europe orientale, en Asie et en Amérique latine, comme le montre la Figure 2.

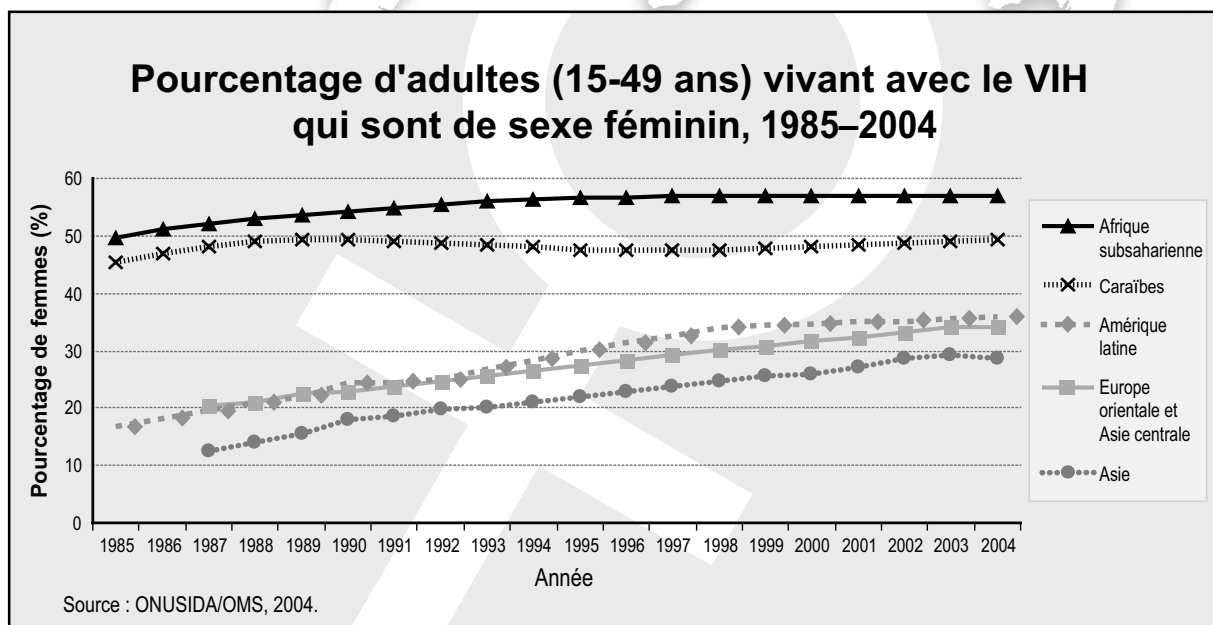
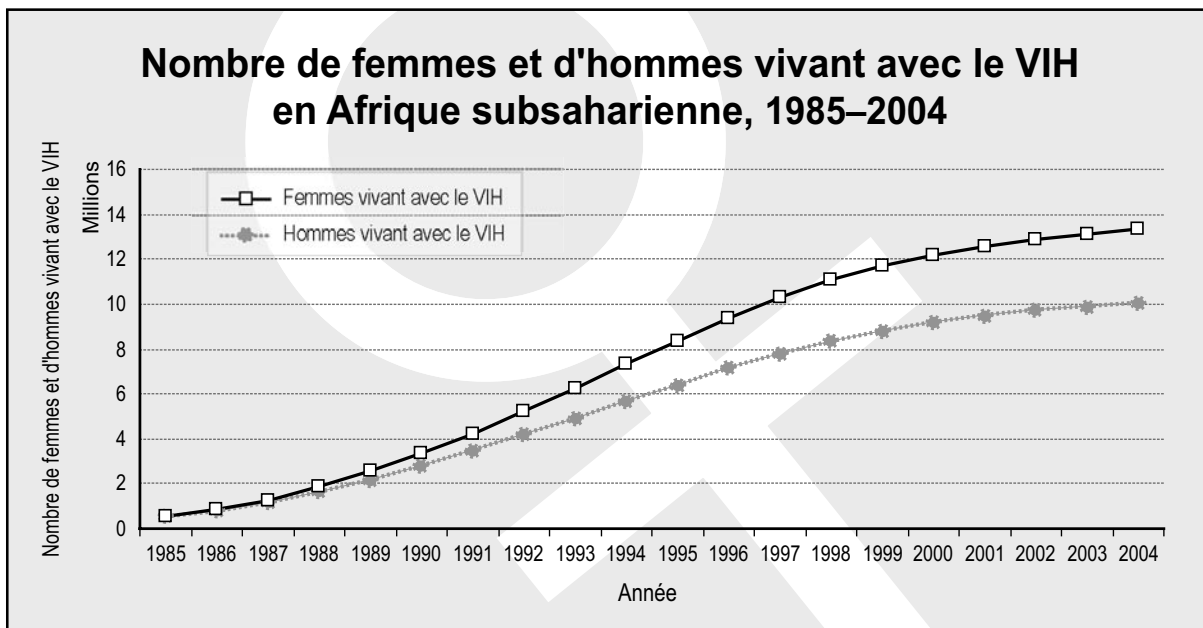


Figure 2

C'est dans les régions où les rapports hétérosexuels sont un mode dominant de transmission du VIH, comme en Afrique subsaharienne et aux Caraïbes, que le SIDA touche le plus gravement les femmes. Les femmes et les jeunes filles représentent près de 57% des adultes vivant avec le VIH en Afrique subsaharienne (voir pages 19-30). Globalement, trois quarts de toutes les femmes vivant avec le VIH dans le monde se trouvent dans cette région. Selon une récente enquête dans les ménages, les femmes adultes en Afrique subsaharienne ont 1,3 fois plus de risque d'être infectées par le VIH que leurs homologues masculins (ONUSIDA, 2004). C'est parmi les jeunes femmes de 15 à 24 ans que cette inégalité est la plus importante : leur risque d'être infectées est trois fois plus élevé que celui des jeunes hommes du même âge.

Examiné en détail, le tableau est particulièrement inquiétant. En **Afrique du Sud**, en **Zambie** et au **Zimbabwe**, par exemple, les jeunes femmes (entre 15 et 24 ans) ont de trois à six fois plus de risque d'être infectées que les jeunes hommes (Zambia Demographic and Health Survey, 2001-2002 ; Zimbabwe Young Adult Survey, 2001-2002). Plus de trois quarts de tous les jeunes vivant avec le VIH dans ces pays sont des femmes (Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, 2003 ; Reproductive Health Research Unit et Medical Research Unit, 2004). Les femmes constituent près de la moitié des 420 000 [260 000-740 000] adultes vivant avec le VIH aux Caraïbes, où les jeunes femmes de 15 à 24 ans ont près de deux fois plus de risque d'être infectées que les jeunes hommes (ONUSIDA, UNIFEM, UNFPA, 2004) (voir pages 31-35).

Figure 3



Dans d'autres parties du monde, la plupart des infections à VIH sont provoquées par l'injection de drogues au moyen de matériel contaminé, par les rapports sexuels non protégés entre hommes et par le commerce du sexe sans protection. Mais il est imprudent de penser que ces épidémies sont limitées à des populations particulières. La plupart des consommateurs de drogues injectables sont jeunes et nombre d'entre eux sont sexuellement actifs, risquant une double exposition au virus. Dans certains pays, notamment en Asie et en Europe orientale, une proportion importante des professionnel(le)s du sexe s'injectent également des drogues. La plupart des clients masculins des professionnel(le)s du sexe ont d'autres partenaires sexuels, y compris leurs épouses et leurs amies régulières. Dans chaque région, une importante proportion des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes en ont également avec des femmes. Aucun aspect de la pandémie de SIDA ne peut être pris isolément. Au fur et à mesure de l'implantation des épidémies de SIDA, le nombre de femmes infectées va en augmentant.

Les femmes représentent 36% des 1,7 million [1,3-2,2 millions] d'adultes vivant avec le VIH en Amérique latine, où l'épidémie s'est en grande partie installée parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les consommateurs de drogues injectables (voir pages 57-61). Maintenant qu'un nombre accru de femmes en Europe orientale et en Asie centrale contractent le virus lorsqu'elles utilisent du matériel contaminé pour s'injecter des drogues et par leurs partenaires masculins qui peuvent être des consommateurs de drogues injectables et/ou des clients des professionnel(le)s du sexe, la proportion

globale de femmes vivant avec le VIH dans cette région augmente également progressivement (voir pages 47-56). Dans cette région, les femmes représentent 34% des personnes vivant avec le VIH, par rapport à 33% il y a deux ans. En **Fédération de Russie**, qui connaît la plus importante épidémie de la région, la proportion de femmes parmi les personnes diagnostiquées séropositives au VIH est passée à 38% en 2003, par rapport à 24% en 2001 (Russian Federal AIDS Centre, 2004).

Tout comme l'Europe orientale, certaines parties de l'Asie connaissent des épidémies de SIDA qui se répandent dans et entre des groupes particuliers de la population – par exemple les professionnel(le)s du sexe ou les consommateurs de drogues injectables – puis dans la population générale, les femmes et les jeunes filles étant touchées de manière croissante. En Asie de l'Est, les femmes constituent 22% de tous les adultes vivant avec le VIH et 28% des jeunes (de 15 à 24 ans) vivant avec le VIH. En Asie du Sud et du Sud-Est, 30% des adultes (par rapport à 28% il y a deux ans) et 40% des jeunes vivant avec le VIH sont des femmes et des filles. Selon les estimations, les femmes représentent plus d'un quart des nouvelles infections à VIH en **Inde**, et 90% de celles qui fréquentent des consultations prénatales et dont le test se révèle positif affirment qu'elles n'ont eu qu'une seule relation à long terme (Cohen, 2004). La transmission du VIH entre conjoints est devenue une cause plus importante d'infection dans des pays comme le **Cambodge**, le **Myanmar** et la **Thaïlande** – qui, comme certaines parties de l'Inde, doivent déjà faire face à des épidémies graves. Il y a 12 ans, environ 90% de la transmission du VIH en

## L'ignorance concernant le VIH et la sexualité est très répandue

Les normes sociales imposent une ignorance dangereuse aux filles et aux jeunes femmes, dont on attend généralement qu'elles ne sachent pas grand-chose des questions sexuelles. Ce manque de connaissance amplifie le risque qu'elles soient infectées par le VIH. Dans de nombreux pays, la plupart des jeunes femmes ne savent pas comment se protéger de l'infection à VIH, comme le montre la Figure 4. Dans des pays comme le **Cameroun**, le **Lesotho**, le **Mali**, le **Sénégal** et le **Viet Nam**, deux tiers ou davantage des jeunes femmes (de 15 à 24 ans) ne pouvaient pas citer trois méthodes de prévention du VIH au cours d'une enquête. En **République de Moldova**, **Ukraine** et **Ouzbékistan**, plus de 80% des jeunes femmes ne disposaient pas de cette information. Les connaissances concernant les questions sexuelles en général sont aussi étonnamment faibles dans de nombreux endroits. Une récente étude conduite parmi des jeunes mariées d'Uttar Pradesh, en **Inde**, par exemple, a révélé que 71% des femmes (dont toutes s'étaient mariées avant la puberté) ne savaient rien au sujet des rapports sexuels lorsqu'elles avaient commencé à vivre avec leur mari, et 83% ne savaient pas comment une femme devenait enceinte (Khan et al., 2004).

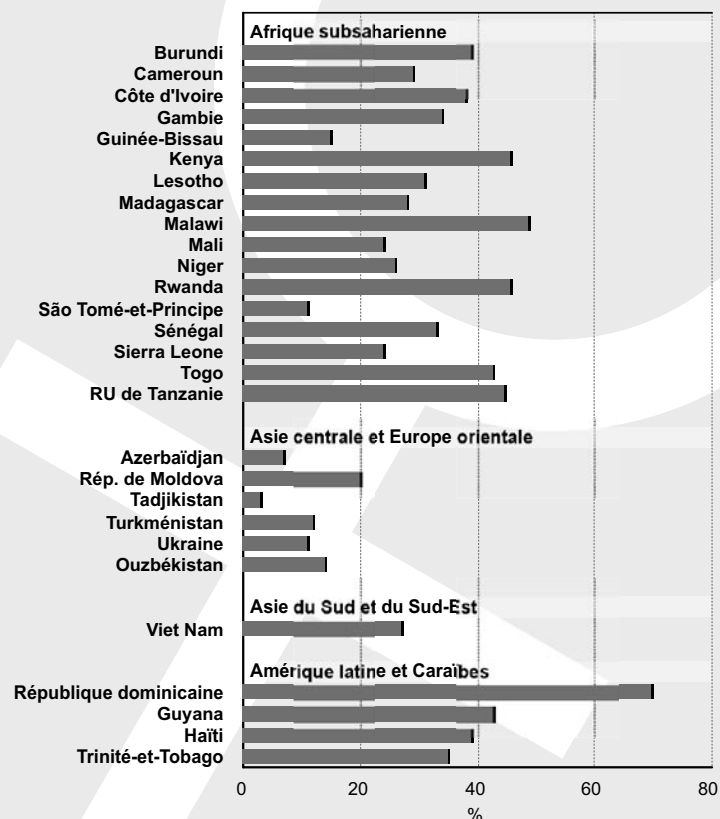
Thaïlande se produisait entre les professionnel(le)s du sexe et leurs clients. Les projections montrent que, en 2002, environ 50% des nouvelles infections se passaient entre conjoints, lorsque les clients, présents ou passés, des professionnel(le)s du sexe transmettent le virus à leur épouse (Thai Working Group on HIV/AIDS Projections, 2001).

Partout dans le monde, l'impact croissant de l'épidémie sur les femmes se produit dans un contexte de graves inégalités entre les sexes, entre les classes et autres. Ce phénomène est aussi manifeste dans les pays industrialisés de l'Europe occidentale et de l'Amérique du Nord, où un quart environ des personnes vivant avec le VIH sont des femmes et où le VIH s'installe toujours davantage parmi les femmes qui appartiennent à des segments marginalisés de la population, notamment les minorités, les immigrants et les réfugiés (voir pages 69-74). Les femmes africaines-américaines et hispaniques, par exemple, constituent moins d'un quart de toutes les femmes des **Etats-Unis d'Amérique**, mais à la fin du siècle dernier, elles représentaient 80% des cas de SIDA notifiés parmi les femmes (US Centers for Disease Control and Prevention, 2002).

## INÉGALITE, GENRE ET VIH

Fréquemment, les efforts de prévention du VIH ne tiennent pas compte des inégalités liées au genre et autres qui façonnent les comportements des individus et limitent leurs choix. Un grand nombre des straté-

### Pourcentage de jeunes femmes de 15 à 24 ans qui connaissent trois méthodes de prévention du VIH\*, divers pays, 1999-2002



\* Les trois méthodes de prévention du VIH étaient : éviter les rapports sexuels avec pénétration, utiliser des préservatifs ou n'avoir de rapports sexuels qu'avec un partenaire fidèle, non infecté.

Sources : Enquêtes démographiques et de santé, MEASURE ; Enquêtes en grappes à indicateurs multiples, UNICEF.

Figure 4

gies relatives au VIH présupposent un monde idéal dans lequel chacun est égal et libre de faire des choix éclairés et de décider de ne pas avoir de rapports sexuels, de demeurer fidèle à son partenaire ou d'utiliser systématiquement le préservatif. En réalité, les femmes et les filles sont confrontées à toute une série de facteurs de risque associés au VIH et à une vulnérabilité qui ne concernent ni les hommes ni les garçons et qui sont souvent enracinés dans les rapports sociaux et les réalités économiques de leurs sociétés. Il n'est pas facile d'éliminer ou de modifier ces facteurs, mais s'ils ne le sont pas, les efforts déployés pour contenir et inverser l'épidémie de SIDA ont peu de chances de réussir de manière durable.

Les relations avec des partenaires multiples, avalisées par des 'cadeaux', constituent parfois une stratégie de survie essentielle pour de nombreuses femmes défavorisées. Poussées par la pauvreté et le désir d'une vie meilleure, de nombreuses femmes et filles se retrouvent à utiliser les rapports sexuels comme une marchandise pour échanger des biens, des services, de l'argent, un logement ou d'autres articles de première nécessité – souvent avec des hommes plus âgés (Halperin et Epstein, 2004). Ces rapports sexuels 'transactionnels' impliquent des relations sexuelles non matrimoniales, souvent avec des partenaires masculins multiples et

plus âgés et ils sont le reflet de la situation économique supérieure et de l'accès des hommes aux ressources, des difficultés des femmes à satisfaire leurs besoins fondamentaux et de la valeur culturelle que les hommes attribuent à la possession de partenaires sexuelles multiples (Jewkes et Wood, 2001).

En Afrique australe, région la plus touchée du monde, l'une des caractéristiques de l'épidémie est l'inégalité sociale et économique, non seulement entre riches et pauvres, mais aussi entre ces derniers. Le rapport entre la prévalence du VIH et les indicateurs socio-économiques est extrêmement complexe. Cependant, les inégalités sociales, qui viennent s'ajouter à l'appauvrissement généralisé et aux distorsions sociales créées par les systèmes du travail migrant et s'associer à une culture naissante de la consommation, constituent un terreau fertile pour des relations sexuelles transactionnelles d'exploitation, de 'survie' entre générations en Afrique australe (Groupe de travail du Secrétaire général de l'ONU sur les femmes, les filles et le SIDA en Afrique australe, 2004). Le système du travail migrant a considérablement aggravé la dépendance économique des femmes à l'égard de leurs partenaires masculins, et ceci beaucoup plus que dans d'autres parties du continent où les femmes jouent un rôle plus important dans la gestion des marchés

### Jusqu'à ce que la mort nous sépare

Mettre en place des programmes qui tentent de persuader les jeunes filles de s'abstenir de rapports sexuels jusqu'au mariage ne rendra guère service à de nombreuses jeunes femmes. A certains endroits, le principal facteur de risque d'infection à VIH pour une femme est le fait qu'elle est fidèle à un conjoint qui a – ou a eu – d'autres partenaires sexuels. Parmi les jeunes filles de 15 à 19 ans sexuellement actives dans les villes de Kisumu (**Kenya**) et de Ndola (**Zambie**), une étude multicentre a relevé que les niveaux d'infection à VIH étaient de 10% plus élevés pour les filles mariées que pour les célibataires sexuellement actives (Glynn et al., 2001). Dans les zones rurales d'**Ouganda**, parmi les femmes de 15 à 19 ans infectées par le VIH, 88% d'entre elles étaient mariées (Kelly et al., 2003). La raison en est que les jeunes femmes, et notamment les adolescentes, épousent souvent des hommes beaucoup plus âgés qu'elles et que ces hommes ont une forte probabilité d'avoir eu d'autres partenaires et donc d'avoir été exposés au VIH.

Le fait que l'équilibre des forces dans de nombreuses relations penche du côté de l'homme peut avoir des conséquences extrêmement graves. Les femmes et les filles n'ont souvent pas le pouvoir de s'abstenir de rapports sexuels ou d'insister sur l'utilisation du préservatif – même si elles soupçonnent que l'homme a eu d'autres partenaires sexuels et pourrait être infecté par le VIH. Une étude en Zambie a par exemple montré que 11% seulement des femmes estimaient être en droit de demander à leur conjoint d'utiliser un préservatif – même s'il s'était révélé infidèle et séropositif au VIH. A Mumbai, en **Inde**, de nombreuses femmes estiment que les conséquences économiques à subir si elles quittent une relation à long terme qu'elles considèrent comme dangereuse prennent le pas sur les risques pour leur santé si elles restent (Gupta, 2002). Une récente étude conduite parmi des femmes en consultations prénatales à Soweto, **Afrique du Sud**, a montré que les femmes qui se trouvent dans des relations où l'homme exerce un pouvoir et un contrôle considérablement plus forts que le leur ont beaucoup plus de risque d'être infectées par le VIH (Dunkle et al., 2004). Il faut accorder une attention toute spéciale à la prévention de l'infection à VIH au sein du mariage. Les femmes partout dans le monde doivent disposer de plus de pouvoir et de compétences pour les aider à décider des conditions de leurs relations sexuelles, et, en parallèle, le risque de VIH chez leurs partenaires masculins doit être réduit (Stephenson et Obasi, 2004).

et dans d'autres formes d'activité commerciale. Dans cette sous-région, les occasions de production de revenus pour les femmes peu instruites sont particulièrement rares et les secteurs industriels dans lesquels les ouvrières prédominent (par exemple l'industrie du vêtement) ont été durement frappés par des pertes d'emplois liées aux modifications des tarifs et des subventions. La situation économique des femmes en a été encore davantage affaiblie, ce qui a aggravé les inégalités entre les sexes et peut-être accentué la vulnérabilité des femmes au VIH (Hunter, 2002).

Il est important de reconnaître que le sexe a aussi d'autres fonctions sociales et est lié au besoin que ressentent les individus de rechercher et d'exprimer leur confiance, à leur recherche de statut et d'estime de soi et à leurs efforts pour échapper à la solitude et à l'ennui. La recherche en **Afrique du Sud**, par exemple, indique que dans un contexte d'appauvrissement généralisé et de chômage élevé (ainsi qu'en l'absence de divertissements financièrement abordables), les relations sexuelles sont souvent l'occasion d'améliorer son estime de soi et son statut vis-à-vis de ses pairs et d'échapper à l'ennui (Jewkes, Vundule et Maforah, 2001). Ce qui rend ces activités si dangereuses pour tant de femmes, c'est que non seulement elles se jouent dans des régions où le VIH s'est fermement implanté, mais aussi dans des circonstances marquées par des inégalités criantes entre les sexes – où les hommes ont le dessus et où les normes sociales et les cadres juridiques renforcent encore ce pouvoir.

*Il est essentiel de réduire les taux d'infection chez les femmes et les filles si l'on veut maîtriser le SIDA. Les programmes actuels de prévention n'y parviennent pas.*

L'information et la sensibilisation ne suffisent pas. Pour que les efforts de prévention soient à long terme couronnés de succès, il doivent s'attaquer aux interactions entre les inégalités sexospécifiques et socio-économiques et la vulnérabilité au VIH. Les activités de prévention doivent tenir compte des conditions injustes dans lesquelles la plupart des femmes doivent mener leur vie. Les stratégies doivent aborder le fait que, pour des millions de personnes, les rapports sexuels peuvent être l'une des rares formes valorisées de capital dont elles disposent (Stephenson et Obasi, 2004 ; Cates, 2004). Une bonne partie des risques pris par les filles et les jeunes femmes est marquée par l'inégalité des rapports entre les sexes et de l'accès aux ressources, aux avantages, aux possibilités d'obtenir des revenus et au pouvoir social. Il faut faire

bien davantage pour assurer des moyens d'existence durables aux femmes et aux filles, en particulier celles qui vivent dans des ménages gérés par des femmes, afin qu'elles soient en mesure de se protéger de l'infection à VIH et de faire face à ses effets. Améliorer les chances économiques et le pouvoir social des femmes devrait faire partie intégrante des stratégies potentiellement fructueuses et viables de lutte contre le SIDA.

## ATTENTION AUX DIFFÉRENCES D'ÂGE

Les rapports sexuels entre des femmes jeunes et des hommes considérablement plus âgés sont courants dans de nombreux pays, notamment en Asie, aux Caraïbes et en Afrique subsaharienne. Si en Asie ils se déroulent souvent dans le cadre de mariages (arrangés), dans de nombreux pays africains, le phénomène est plus diffus et souvent lié au prestige des familles qui s'associent à des fins d'avantages mutuels, ou à des économies de la nécessité. Les relations sexuelles transactionnelles et intergénérationnelles sont fréquemment mêlées. Les recherches dans certaines régions d'Afrique ont montré, par exemple, que les hommes plus âgés aident souvent les familles des jeunes filles à couvrir certains besoins essentiels, par exemple les frais de scolarité, le coût des transports et l'approvisionnement en nourriture (Buve, Bishikwabo-Nzarhaza et Mutangadura, 2002 ;

Gregson et al., 2002 ; Hallman, 2004 ; Luke et Kurz, 2002). Pourtant le coût caché peut être élevé. Les hommes dans la vingtaine et la trentaine sont plus susceptibles d'être infectés par le VIH, alors que la dépendance inhérente à ces relations limite la capacité des femmes à se protéger de l'infection à VIH, en particulier lorsque la perception de la 'pureté' des jeunes femmes encourage les hommes à ne pas employer de préservatifs (Gregson et al., 2002 ; Preston-Whyte et al., 2000). De plus, le risque de contracter l'infection au cours de rapports vaginaux sans protection est plus grand pour les femmes que pour les hommes, et c'est pour les jeunes filles que le risque est le plus grand, car la muqueuse du col de l'utérus n'est pas totalement formée.

En Afrique australe par exemple, les femmes et les filles sont souvent infectées par le VIH dès le début de leur activité sexuelle. Dans une étude conduite en **Zambie**, 18% des femmes affirmant qu'elles étaient vierges un an avant d'être testées pour le VIH se sont révélées séropositives au VIH, alors qu'en **Afrique du Sud**, 21% des filles de 16 à 18 ans sexuellement actives ont eu un test VIH positif. Il y a lieu de penser que la différence d'âge entre partenaires modifie le risque d'infection pour les jeunes femmes (Kelly et al., 2003). La prévalence du VIH était d'environ 16% parmi les adolescentes (15-19 ans) dans les zones rurales du **Zimbabwe**

## VIH ET VIOLENCE À L'ÉGARD DES FEMMES

---

La violence à l'encontre des femmes est un fléau mondial et un défi colossal pour les droits humains et la santé publique.\* Elle accroît aussi la vulnérabilité des femmes à l'infection par le VIH. La recherche confirme une forte corrélation entre les abus sexuels et autres à l'encontre des femmes et leur risque d'être infectées par le VIH (Garcia-Moreno et Watts, 2000 ; Maman et al., 2000). En outre la crainte de la violence – non seulement celle des partenaires, mais de la

*Il y a de fortes chances que les relations avec des hommes plus âgés soient fondées sur des rapports de force inégaux, qui rendent les filles vulnérables aux abus et à l'exploitation.*

dont le dernier partenaire avait moins de cinq ans de plus qu'elles, mais elle était deux fois plus élevée pour les filles dont les partenaires avaient 10 ans de plus ou davantage (Gregson et al., 2002). A Kisumu, **Kenya**, parmi les femmes de trois ans ou moins plus jeunes que leur conjoint, aucune n'était infectée par le VIH, alors que la moitié des femmes dont le mari avait 10 ans de plus qu'elles ou davantage étaient séropositives au VIH.

Pour de nombreuses jeunes filles, la violence ou la coercition accompagne leur première expérience sexuelle. Selon des enquêtes, dans les zones rurales du **Pérou**, 24% des jeunes femmes ont affirmé que leur premier rapport sexuel s'était déroulé sous la contrainte, alors qu'en **Jamaïque**, un pourcentage important des filles (12% dans une enquête de 2001) qui avaient eu des rapports sexuels avant l'âge de 20 ans avaient été violées. En **Afrique du Sud**, une récente enquête nationale a révélé que 10% des jeunes femmes qui avaient une expérience sexuelle affirmaient y avoir été contraintes (Reproductive Health Research Unit et Medical Research Council, 2003). Une adolescente sur six participant à une étude en **Zambie** a déclaré avoir été contrainte d'avoir des rapports sexuels avec un homme à un moment ou un autre (Measure DHS, Central Statistical Office, Central Board of Health, 2002).

communauté tout entière – empêche les femmes d'accéder à l'information sur le VIH, de pratiquer un test VIH et de demander un traitement, même lorsqu'elles se doutent qu'elles ont été infectées.

La forme de violence la plus fréquente perpétrée à l'encontre des femmes, c'est la violence imputable à un partenaire intime. Au cours des enquêtes, entre un tiers et une moitié des femmes en **Namibie**, au **Pérou** et en **Thaïlande**, par exemple, ont affirmé avoir été agressées physiquement et/ou sexuellement par leurs partenaires (OMS, à paraître en 2005). Les femmes n'ont souvent aucun recours juridique dans des pays où les lois destinées à prévenir les violences au foyer n'existent pas ou sont mal appliquées.

La recherche a révélé des liens étroits entre la violence des partenaires intimes et la probabilité accrue d'une infection à VIH (Heise, Ellsberg et Gottemoeller, 1999). Un étude réalisée à Kigali, **Rwanda**, parmi des femmes vivant des relations stables a montré que les femmes séropositives au VIH avaient une probabilité plus élevée d'avoir des antécédents de violence physique et sexuelle imputable à leurs partenaires masculins que les femmes séronégatives au VIH (van der Straten et al., 1998). Parmi les femmes de moins de 30 ans dans une ville de **République-Unie de Tanzanie**, les femmes séropositives au VIH avaient une probabilité plus élevée d'avoir subi des violences

---

\* Par violence à l'encontre des femmes, on entend plusieurs types de comportements, notamment la violence sexuelle (viol ou rapports contraints), l'agression sexuelle, la maltraitance psychologique (par exemple en empêchant une femme de voir sa famille et ses amis), le dénigrement, l'humiliation ou l'intimidation constants et les restrictions économiques (par exemple en empêchant une femme de travailler ou en confisquant son salaire).



physiques ou sexuelles de la part de leur partenaire actuel que les femmes séronégatives au VIH (alors que, chez les femmes de plus de 30 ans, la sérologie VIH n'était pas associée à la violence) (Maman et al., 2002). Dans les consultations prénatales de Soweto, **Afrique du Sud**, l'infection à VIH était plus courante chez des femmes qui avaient subi les agressions sexuelles de leur partenaire que chez les autres (Dunkle et al., 2004).

Pour que les activités de prévention du VIH réussissent, elles doivent être réalisées en parallèle avec d'autres efforts destinés à combattre et réduire la violence à l'encontre des femmes et des filles. La violence à l'encontre des femmes et des filles n'est pas une affaire privée, mais une violation des droits humains fondamentaux qui a des conséquences économiques et sociales importantes pour les familles, les communautés et les nations. Il faut formuler et adopter des lois contre ce type de violence, adapter les structures d'application des lois et former les fonctionnaires afin de faire en sorte que ces lois ne restent pas lettre morte.

## ÉDUCATION ET SOINS DE SANTÉ PEU ACCESSIBLES

Le déséquilibre du pouvoir auquel les femmes sont confrontées dans leurs relations est le reflet des inégalités sociales plus larges qui limitent l'autonomie et les chances des femmes. La plupart des pays africains et asiatiques ont fait de grands progrès dans l'élargissement des chances d'éducation – en particulier pour

*Choisir de s'abstenir de rapports sexuels ou de se protéger n'est pas une option pour les millions de femmes de par le monde qui subissent le viol et les violences sexuelles.*

les filles – après la fin de la période coloniale. Malgré ces progrès, il reste un fossé entre la fréquentation scolaire des filles et des garçons dans de nombreuses régions, notamment en Asie. En parallèle avec d'autres facteurs, dont l'aggravation de la pauvreté et l'inaccessibilité financière de l'école, le SIDA menace ces avancées dans les pays les plus touchés.

Inquiétantes en elles-mêmes, les tendances à la baisse de l'éducation ont également des conséquences pour la croissance de l'épidémie. L'éducation est une défense essentielle contre la propagation du VIH. Des études ont montré, par exemple en **Zambie**, que les niveaux d'infection à VIH étaient moins élevés parmi les individus mieux instruits (UNICEF, 2003b), et au **Kenya**

que des niveaux plus élevés d'éducation étaient liés à une sensibilisation et une connaissance accrues concernant le SIDA, à des taux plus importants d'utilisation du préservatif et à une meilleure communication sur la prévention du VIH entre partenaires.

Mais le rapport entre éducation et VIH est complexe. Au **Burkina Faso**, les niveaux de VIH parmi les femmes enceintes étaient les plus élevés chez les femmes qui n'avaient suivi que l'école primaire ou qui n'avaient pas terminé l'école secondaire (2,9% et 2,6% respectivement). La prévalence était la plus faible chez les femmes qui avaient terminé l'école secondaire (1,6%) ou qui n'avaient jamais fréquenté l'école (1,9%) (Ministère de la Santé, Burkina Faso, 2003). Au **Ghana**, la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes qui n'avaient qu'une éducation primaire était presque deux fois plus élevée (2,8%) que parmi celles qui n'avaient eu aucun enseignement de type scolaire (1,5%) et un tiers plus élevée (2,1%) que parmi celles qui avaient terminé l'école secondaire (Ghana Statistical Service et al., 2003). Par ailleurs, le dernier cycle de surveillance du **Nigéria** a montré que les niveaux d'infection étaient les plus élevés parmi les femmes enceintes qui n'avaient suivi que l'enseignement primaire (5,6%) et les plus bas chez celles qui avaient suivi l'enseignement supérieur et celles qui n'avaient suivi aucun enseignement de type scolaire (4% et 3,8% respectivement) (Ministère fédéral de la Santé, Nigéria, 2003). Le lien entre absence d'enseignement formel et faibles taux de VIH pourrait être en rapport avec des facteurs géogra-

phiques ou autres. Toutefois, il est manifeste que le fait de terminer l'école secondaire est susceptible d'améliorer le pouvoir social, les chances d'emploi et l'autonomie économique des femmes et de réduire leur risque d'infection par le VIH.

Si le fait de suivre l'enseignement secondaire peut constituer un facteur de protection pour les filles, il est aussi regrettable d'avoir à noter que dans trop de régions, aller à l'école constitue aussi un risque pour elles. Un étude au **Zimbabwe** a révélé que les filles subissent un harcèlement et des violences sexuelles de la part à la fois des étudiants et des enseignants de sexe masculin. D'autres études, notamment au **Botswana**, en **Afrique du Sud**, au **Swaziland** et en

**Zambie**, ont rapporté des résultats analogues (Human Rights Watch, 2001).

L'accès à l'éducation – pour les filles comme pour les garçons – doit être élargi. L'abolition des frais de scolarité pourrait éliminer au moins un des obstacles à l'éducation universelle. Il est particulièrement important de mettre en place des programmes permettant aux filles d'aller jusqu'à la fin de l'école secondaire. Les données montrent que l'enseignement secondaire peut réduire considérablement la vulnérabilité des filles au VIH, car ces années d'école développent leurs compétences et améliorent leurs chances de parvenir à une plus grande indépendance économique. L'expérience faite dans plusieurs pays confirme que les subventions à la scolarité accroissent l'accès des filles à l'enseignement et apportent d'autres avantages aux filles et à leur famille. Il est aussi plus facile de les contrôler que d'autres formes de subventions. Des mesures doivent également être prises pour faire en sorte que l'école constitue un environnement sûr pour les filles. Des efforts concertés sont nécessaires pour élargir les compétences essentielles générales, ainsi que l'éducation à la santé sexuelle et reproductive et pour améliorer la formation des enseignants afin que ces sujets soient enseignés avec efficacité.

## ACCÈS INSUFFISANT AUX OPTIONS DE PRÉVENTION ET DE TRAITEMENT

Les femmes ont beaucoup plus de risques que les hommes de contracter le VIH lors d'un seul acte sexuel non protégé avec un partenaire infecté par le VIH. Mais le fait que les femmes aient ou non des rapports sexuels et que ces derniers soient protégés ou non dépend souvent des décisions et des comportements

de leurs partenaires masculins. Malheureusement, aucune méthode de prévention contrôlée par les femmes n'est encore largement disponible. Le préservatif féminin offre une protection à un nombre croissant de femmes, mais il exige toujours une part de négociation et la coopération de l'homme. Il est également beaucoup plus coûteux que le préservatif masculin et, malgré certains signes montrant que son utilisation est en hausse, il n'est encore ni largement disponible ni accepté sur le plan social. Les microbicides, qui auraient une activité anti-VIH et pourraient être produits sous forme de gels, de crèmes, de suppositoires et d'anneaux, offrent de grands espoirs pour la prévention contrôlée par les femmes. Plusieurs pays participent maintenant à des essais de microbicides expérimentaux. Les microbicides (voir encadré) permettraient aux femmes de contrôler leur santé reproductive (même si les efforts pour éliminer les inégalités sous-jacentes devront être poursuivis).

La très grande majorité des enfants vivant avec le VIH contractent l'infection par leur mère au cours de la grossesse, de l'accouchement ou de l'allaitement. En Afrique subsaharienne, environ 1,9 million [1,7 million-2,3 millions] d'enfants (de moins de 15 ans) vivaient avec le VIH à fin 2004 – près de 8% du total des personnes vivant avec le VIH dans la région (ONUSIDA, 2004). Nombre de ces infections pourraient être évitées si les femmes ne contractaient pas l'infection ou si celles qui sont infectées avaient accès au test VIH et à une prophylaxie antirétrovirale offerte également à leur nouveau-né. Mais trop souvent, les services de conseil et de test volontaires permettant de connaître sa sérologie VIH en dehors d'une grossesse n'existent toujours pas ; actuellement 1% à peine des femmes enceintes des pays fortement

### Mettre au point et distribuer des microbicides

Les microbicides offrent la promesse d'un outil de prévention que les femmes pourraient contrôler. La modélisation indique qu'un microbicide même efficace à 60% seulement pourrait avoir un effet important s'il était introduit dans les 73 pays du monde aux revenus les plus faibles. Si un tel produit était utilisé par 20% seulement des femmes déjà en contact avec les services de santé, il permettrait d'éviter 2,5 millions de nouvelles infections parmi les femmes, les hommes et les enfants en trois ans.

Un microbicide de première génération pourrait être prêt à la distribution d'ici cinq à sept ans. Mais pour que cela se produise, les investissements dans la recherche et la mise au point de microbicides doivent être rapidement et considérablement élargis afin que des microbicides peu coûteux et très efficaces dotés de nouveaux mécanismes d'action puissent être testés dans des sites expérimentés à forte incidence. Actuellement, la structure d'encouragement du marché privé n'apporte pas suffisamment de fonds pour les microbicides, malgré le fait que les estimations suggèrent qu'un produit efficace pourrait représenter d'ici à 2020 un marché de 1,8 milliard de dollars (Access Working Group, 2000). Des ressources considérablement accrues sont nécessaires pour faire en sorte que les essais des microbicides candidats les plus prometteurs puissent se dérouler sans délai et que le travail préparatoire à une distribution efficace des produits s'effectue dès maintenant.

touchés bénéficient de services consacrés à la prévention de la transmission mère-enfant du VIH. Ces programmes sont actuellement élargis dans la plupart des pays fortement touchés, notamment en Afrique subsaharienne, mais rares sont ceux qui fournissent également un traitement antirétroviral aux mères qui auraient besoin d'un traitement au long cours.

Sur le plan international, les hommes ont généralement un meilleur accès à la prise en charge et au traitement du SIDA, là où les traitements sont surtout dispensés par le secteur privé et dans le cadre des essais de médicaments. C'est une fois encore un indicateur des nombreux autres avantages dont bénéficient les hommes. En Afrique subsaharienne, l'accès global aux traitements pour les hommes comme pour les femmes reste cruellement insuffisant, touchant 150 000 personnes en juin 2004 (OMS, 2004). L'accès au conseil et au test volontaires pose toujours un important problème aux filles et aux femmes qui ne fréquentent pas les services de santé reproductive ainsi qu'aux hommes qui tendent à moins utiliser les centres de santé publique que les femmes. Avec l'élar-

pas interdits aux filles de moins de 18 ans qui n'ont pas le consentement de leurs tuteurs ou les papiers d'identité requis. Une plus forte participation des femmes aux essais cliniques de nouveaux traitements médicamenteux est également nécessaire.

## LE FARDEAU DES SOINS S'ACCROÎT

Le SIDA souligne et aggrave les inégalités dans la division du travail et les responsabilités au sein des foyers. L'Afrique australe compte déjà la plus grande proportion de ménages gérés par des femmes sur le continent – environ 34% des ménages avec enfants de cette sous-région sont gérés par des femmes, par rapport à 18% en Afrique centrale et de l'Ouest et 21% en Afrique de l'Est (UNICEF et ONUSIDA, 2003). La plus grande partie de la prise en charge est effectuée au sein des ménages (en Afrique subsaharienne, on estime que 90% des soins liés au SIDA sont dispensés à domicile), et les femmes assument une part disproportionnée du poids de ces responsabilités (Ogden et Esim, 2003).

*Avec l'augmentation des décès dus à l'épidémie, le nombre de grands-mères qui s'occupent aujourd'hui d'orphelins est plus important qu'il ne l'était il y a 10 ans.*

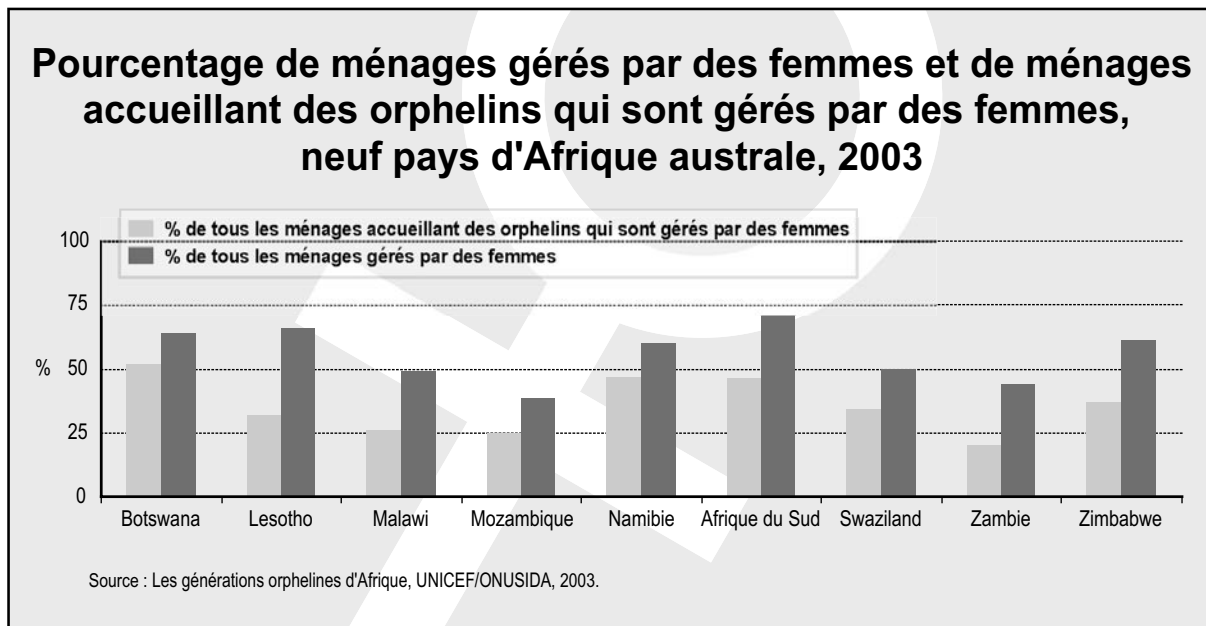
gisement des programmes de traitement partout dans le monde, il est préoccupant de penser qu'un grand nombre de femmes n'auront pas la possibilité de connaître leur sérologie et de recevoir un traitement car elles craignent que leurs partenaires apprennent leur séropositivité, s'il s'avère qu'elles sont séropositives au VIH.

Il faut identifier et surmonter les obstacles qui s'opposent à l'accès des femmes aux traitements et à la prise en charge. On pourrait notamment renforcer les services de santé sexuelle et reproductive et améliorer les points d'entrée permettant aux femmes d'accéder aux services de traitement et de prise en charge en améliorant les systèmes d'orientation-recours. En intégrant les services de traitement des infections sexuellement transmissibles dans les activités de planification familiale, la crainte de la censure sociale exprimée par les femmes pourrait être réduite et la fréquentation des services accrue. Il faut également intensifier les efforts déployés pour réduire la stigmatisation liée au VIH. Des mesures sont en outre nécessaires pour faire en sorte que les services de conseil et de test volontaires ainsi que les traitements ne soient

En général, ce sont les femmes et les filles qui dispensent la majorité des soins à domicile (au **Viet Nam**, par exemple, les femmes constituent 75% de tous les soignants des personnes vivant avec le VIH) et de plus la probabilité est grande qu'elles accueillent des orphelins, s'occupent des récoltes et trouvent d'autres sources de revenus pour maintenir le ménage à flot (Ogden et Esim, 2003). En **Afrique du Sud**, une enquête effectuée dans trois provinces a trouvé que près de trois quarts des ménages touchés par le SIDA étaient gérés par des femmes dont une proportion importante étaient elles-mêmes confrontées à des maladies liées au SIDA (Steinberg et al., 2002). La pauvreté et l'état alarmant des services publics dans de nombreuses régions s'associent au SIDA pour faire du fardeau de la prise en charge assumé par les femmes une crise aux conséquences sociales, sanitaires et économiques d'une grande portée.

Les femmes paient un prix qui va au-delà du labeur et de l'affliction immédiats. Au fur et à mesure que leur temps et leur énergie sont absorbés toujours davantage par les soins, leurs chances de poursuivre leur instruction, de parvenir à une certaine indépendance

Figure 5



financière grâce à l'obtention d'un revenu, ou de développer leurs compétences s'évanouissent. En Afrique du Sud, plus de 40% des ménages touchés indiquent que le dispensateur de soins principal avait dû prendre congé au travail ou à l'école pour d'occuper d'un malade du SIDA. Des familles entières sont touchées lorsque les femmes doivent se détourner de leurs autres tâches de production. La plupart des ménages étudiés en Afrique du Sud étaient déjà pauvres – certains extrêmement pauvres – avant l'apparition du SIDA. L'épidémie a aggravé leur situation. Ils indiquent que le fait d'avoir à faire face aux maladies liées au SIDA entraîne en moyenne une chute de deux tiers du revenu du ménage (Steinberg et al., 2002). Une recherche en **Tanzanie** a montré que les femmes consacrent jusqu'à 50% moins de temps aux travaux agricoles lorsque leur conjoint est gravement malade (Rugalema, 1999). Par ailleurs, l'accès à des ressources productives, telles que la terre, le crédit, la connaissance et les compétences, la formation et la technologie est souvent déterminé en fonction de l'appartenance sexuelle, les femmes subissant généralement une discrimination.

Il est fréquent que les familles disparaissent lorsqu'une femme adulte décède – comme ce fut le cas dans deux tiers des ménages étudiés au Manicaland (**Zimbabwe**) (Mutangadura, 2000). Une grande partie du fardeau provoqué par le décès d'une femme adulte tend à se répercuter sur d'autres femmes, généralement plus âgées, qui interviennent pour s'occuper des enfants, comme l'ont montré

plusieurs études (Steinberg et al., 2002 ; UNICEF et ONUSIDA, 2003).

Dans de nombreux pays, les familles dirigées par des femmes – dont celles qui sont gérées par des femmes âgées – ont davantage tendance à recueillir des orphelins et à les accueillir en plus grand nombre que les ménages gérés par des hommes, comme le montre la Figure 5. Avec l'augmentation des décès dus à l'épidémie, le nombre de grands-mères qui s'occupent aujourd'hui d'orphelins est plus important qu'il ne l'était il y a 10 ans. On estime que les grands-mères du **Botswana** par exemple, s'occupent de la moitié environ des enfants qui ont perdu leur mère ou leur père (UNICEF et Ministère du Gouvernement local, Botswana, 2003).

Les systèmes sociaux de la plupart des pays les plus touchés ne sont pas suffisamment solides pour atténuer ce fardeau. En conséquence, les ménages pauvres – et notamment les femmes et les filles qui y vivent – n'ont que peu de chances d'accéder à un soutien extérieur qui pourrait amortir une grande partie de l'impact de l'épidémie. Les familles, les communautés et les gouvernements ne doivent pas compter uniquement sur le courage et la résilience des femmes pour fournir des dispositifs viables de protection sociale. Qu'elles s'occupent des malades, labourent les champs, gagnent un salaire ou travaillent comme bénévoles, les femmes et leur travail sont une composante essentielle des économies des ménages et des nations. Le fardeau supplémentaire du SIDA représente des coûts non seulement pour les

femmes et leur famille mais pour les économies dans leur ensemble – et ce fardeau doit être allégé. Les programmes de soins à domicile liés au SIDA doivent être élargis au-delà de la prise en charge médicale et infirmière pour intégrer le conseil, l'aide alimentaire, l'assistance sociale, les subventions à la scolarisation et des possibilités d'obtention de revenus qui profitent aux familles. Il faut aussi une protection sociale et un appui économique pour les personnes âgées et celles qui s'occupent des orphelins – ainsi que des procédures administratives facilitées pour accéder aux retraites et aux allocations familiales, qui sont souvent le soutien de familles entières (HelpAge International, 2004).

## FEMMES PRIVÉES DE LEURS DROITS D'HÉRITAGE ET DE PROPRIÉTÉ

La vulnérabilité des femmes au VIH est encore aggravée par l'inégalité des droits à la propriété et à l'héritage. La situation de ces droits varie considérablement d'un endroit à l'autre du monde. Dans les régions en développement, une grande partie de l'Amérique latine dispose de normes relatives à l'héritage plutôt égalitaires selon le sexe, même si certaines initiatives de réforme agraire et de réinstallation après guerre ont laissé de côté les questions sexospécifiques. En Asie du Sud, il reste des inégalités sexospécifiques criantes dans le domaine du contrôle de la propriété et d'autres actifs, malgré les efforts déployés pour élargir les droits des femmes. Dans une bonne partie de l'Afrique subsaharienne, la propriété est généralement aux mains des hommes, les femmes obtenant parfois des droits par mariage. Dans de nombreux pays africains, des régimes juridiques multiples se chevauchent, associant les anciennes lois coloniales, la loi constitutionnelle plus récente et la loi coutumière qui existe toujours (et dans certains endroits la charia). En Afrique australe, les modifications de la loi coutumière au cours de la période coloniale, par exemple, ont souvent entraîné une interprétation de la loi au détriment des droits des femmes. Les administrations coloniales ont ajouté les concepts de propriété privée et un système patriarcal rigide aux pratiques traditionnelles relatives à la propriété, ce qui a contribué à transformer le principe selon lequel les hommes administraient et héritaient la propriété au bénéfice du clan en droit d'appropriation de la propriété sans obligations correspondantes (Women and Law in Southern Africa Research Trust, 1998).

Le prix à payer pour la fiancée au moment du mariage renforce le contrôle qu'ont les hommes sur les femmes et la propriété ; dans certains pays, les femmes restent juridiquement mineures même après leur mariage (Human Rights Watch, 2003). Il en résulte un statu quo qui trop souvent ne reconnaît ni ne soutient les droits des femmes à la propriété, ce qui réduit leur sécurité économique et peut les pousser à supporter des relations abusives ou à se livrer au commerce du sexe pour survivre. Dans certains pays, les femmes dont le partenaire meurt du SIDA sont dépouillées de leur propriété par la parenté de leur conjoint, ce qui les plonge dans une insécurité encore plus grande (Human Rights Watch, 2003a ; Drimie, 2002).

Ne possédant pas le droit applicable de posséder ou d'hériter des terres et de la propriété, les femmes et les filles risquent l'indigence après la mort de leurs partenaires ou de leurs parents, et la pauvreté et la dépendance économique les exposent encore davantage à l'exploitation et à la violence sexuelle (Strickland, 2004). Une étude conduite par la FAO en **Namibie** a montré que 44% des veuves perdaient leur bétail, 28% perdaient leur petit bétail et 41% perdaient le matériel agricole dans des disputes avec leur belle-famille après la mort de leur conjoint (Kaori, 2004). Même si certains pays sont dotés de protections juridiques, la réalité est que la plupart des femmes restent sans recours. Des fonctionnaires récalcitrants ou indifférents, des femmes qui elles-mêmes ne connaissent pas leurs droits et craignent les violences, ainsi que la stigmatisation sociale qui s'attache au maintien d'une revendication signifient qu'un grand nombre d'entre elles acceptent de se laisser déposséder (Human Rights Watch, 2003a et 2003b).

Il faut adapter les systèmes juridiques afin de fixer et de soutenir les droits des femmes à la propriété et à l'héritage et créer des précédents juridiques grâce à des affaires-tests. Ceci pourrait contribuer à atténuer l'impact économique du SIDA pour les familles. En outre, en augmentant l'indépendance économique des femmes, il est possible de réduire leur vulnérabilité à la violence de leur partenaire intime, aux relations sexuelles intergénérationnelles et transactionnelles, ainsi qu'à d'autres facteurs de risque liés au VIH. Mais à elle seule, la législation ne suffit pas. Il convient aussi d'accroître la sensibilisation de la population à ces questions. Il faut documenter les droits des femmes à la terre et au logement ainsi que la sécurité de jouissance, en particulier dans les zones à forte prévalence du VIH. Il est crucial que les autorités

et les leaders traditionnels participent à ces efforts, notamment parce qu'ils ont le pouvoir d'interpréter et d'adapter les lois coutumières de manière à favoriser les droits des femmes.

## ELARGIR LA PERSPECTIVE

Des stratégies sont nécessaires pour s'attaquer à la dynamique structurelle de l'épidémie de SIDA – en particulier aux inégalités sexospécifiques très étendues qui contribuent à la propagation du VIH. L'une des premières mesures nécessaires, c'est de mieux comprendre le problème. Les programmes nationaux devraient faire en sorte de ventiler par sexe les données concernant l'épidémie. Ceci permettrait une analyse plus précise de l'importance des rapports entre les sexes dans l'épidémie et mettrait en avant tout ce que le SIDA exige des femmes et des filles ainsi que des hommes et des garçons – information essentielle pour améliorer l'efficacité des programmes sur le SIDA.

Il est tout aussi important que les femmes soient étroitement associées à la conception et au fonctionnement des programmes censés les aider. Ceci s'applique en particulier aux femmes vivant avec le VIH, dont la contribution au renforcement des ripostes à l'épidémie peut être unique. En outre, le soutien des organisations fortes de la société civile, notamment les groupes féminins et de jeunesse, pourrait améliorer la portée, la transparence et l'efficacité des programmes SIDA.

Dans tous ces efforts, les hommes et les garçons doivent jouer un rôle plus important. Les hommes définissent actuellement dans une large mesure le monde dans lequel vivent les femmes ; de ce fait, ils doivent être des partenaires du changement social. Les programmes destinés aux femmes doivent aussi apprendre à intégrer les hommes en tant que partenaires afin de contribuer à soutenir les structures sociales qui aident le plus les femmes. La participation des hommes aux soins à domicile et à d'autres programmes de soutien serait un des moyens par lesquels ils pourraient assumer leur responsabilité pour la santé et le bien de leurs communautés et de leurs sociétés. Les hommes et les garçons sont dans une position idéale pour mettre en question et modifier les stéréotypes perniciose de la masculinité, pour affronter le fléau que représente la violence à l'égard des femmes et pour assumer leur part de responsabilité dans la prévention du VIH et la protection, en particulier dans le cadre des rapports intimes.

Tout cela constitue un défi colossal. Se contenter d'activités provisoires déterminées par la crise pourrait apporter un soulagement temporaire, mais ce sera insuffisant à long terme si les conditions qui contribuent à la propagation du VIH ne sont pas modifiées. Cela ne signifie pas seulement que l'épidémie ne sera vaincue que lorsque l'égalité entre les sexes sera instaurée. Mais les progrès sur ce front contribueront presque certainement à réduire l'ampleur, la gravité et la durée de l'épidémie mondiale de SIDA.

### La Coalition mondiale sur les femmes et le SIDA

La Coalition mondiale sur les femmes et le SIDA a été lancée par l'ONUSIDA au début 2004, pour faire connaître les effets du VIH et du SIDA sur les femmes et les filles et encourager des actions efficaces susceptibles de réduire cet impact. La Coalition mondiale sur les femmes et le SIDA n'est pas une nouvelle organisation, mais un mouvement composé d'individus, de réseaux et d'organisations soutenu par des activistes, des leaders, des représentants des pouvoirs publics, des agents communautaires et des personnalités connues. Son action porte sur sept domaines :

- Prévenir l'infection à VIH parmi les adolescentes ;
- Réduire la violence à l'encontre des femmes ;
- Protéger les droits des femmes et des filles à la propriété et à l'héritage ;
- Assurer un accès équitable des femmes et des filles à la prise en charge et aux traitements ;
- Soutenir l'amélioration des soins communautaires, en s'attachant tout particulièrement aux femmes et aux filles ;
- Encourager l'accès aux nouvelles options de prévention, notamment le préservatif féminin et les microbicides ; et
- Soutenir les efforts en cours pour assurer l'éducation universelle des filles.

Pour d'autres informations, s'adresser à l'ONUSIDA ou visiter le site <http://womenandaids.unaids.org>

# AFRIQUE SUBSAHARIENNE

## Statistiques et caractéristiques du VIH et du SIDA, à fin 2002 et 2004

|      | Adultes et enfants vivant avec le VIH | Nombre de femmes vivant avec le VIH   | Adultes et enfants nouvellement infectés par le VIH | Prévalence chez l'adulte (%) | Décès dus au SIDA chez les adultes et les enfants |
|------|---------------------------------------|---------------------------------------|---|------------------------------|---|
| 2004 | 25,4 millions<br>[23,4–28,4 millions] | 13,3 millions<br>[12,4–14,9 millions] | 3,1 millions<br>[2,7–3,8 millions]                  | 7,4<br>[6,9–8,3]             | 2,3 millions<br>[2,1–2,6 millions]                |
| 2002 | 24,4 millions<br>[22,5–27,3 millions] | 12,8 millions<br>[11,9–14,3 millions] | 2,9 millions<br>[2,6–3,6 millions]                  | 7,5<br>[7,0–8,4]             | 2,1 millions<br>[1,9–2,3 millions]                |

*Les épidémies de SIDA qui parcourent la région sont très diverses. Il n'y a pas une épidémie 'africaine' de type unique.*

L'Afrique subsaharienne compte un peu plus de 10% de la population mondiale, mais abrite plus de 60% de toutes les personnes vivant avec le VIH – environ 25,4 millions d'individus [23,4–28,4 millions]. On estime qu'en 2004 3,1 millions de personnes [2,7–3,8 millions] y ont été infectées pour la première fois et 2,3 millions [2,1–2,6 millions] y sont mortes du SIDA. Parmi les jeunes de 15–24 ans, on estime que 6,9% [6,3–8,3%] des femmes et 2,2% [2,0–2,7%] des hommes y vivaient avec le VIH à la fin de l'année 2004.

La prévalence du VIH chez les adultes est restée à peu près stable ces dernières années, mais cette stabilisation ne signifie pas nécessairement que l'épidémie ralentit. Bien au contraire, elle peut masquer les pires phases de l'épidémie – avec un nombre à peu près égal de nouvelles infections à VIH et de décès dus au SIDA.

### Il n'y a pas une, mais bien plusieurs épidémies

Même si une perspective globale peut montrer des tendances à la stabilisation dans la prévalence du VIH, les épidémies de SIDA qui parcourent la région sont très diverses – tant parmi les sous-régions qu'au sein de ces dernières. Il n'est donc pas exact de

parler d'une épidémie 'africaine' de type unique et il est de plus dangereux de la généraliser à l'ensemble de l'Afrique subsaharienne à partir d'observations obtenues dans un ou plusieurs endroits spécifiques. Les épidémies présentent une hétérogénéité d'intensité, d'allure et d'impact, et il faudra donc mettre au point des stratégies adaptées aux conditions locales en matière de prévention, de traitement/prise en charge et d'atténuation de l'impact (Asamoah-Odei, Garcia-Calleja et Boerma, 2004).

L'Afrique de l'Est peut maintenant faire état de plusieurs modèles de déclin modeste et progressif en ce qui concerne la prévalence médiane du VIH parmi les femmes enceintes en milieu urbain, mais il est encore trop tôt pour pavoiser. Même en **Ouganda** – qui depuis le milieu des années 1990 peut se prévaloir d'une diminution persistante des niveaux de prévalence du VIH – le fardeau de l'épidémie reste important. En Afrique centrale et en Afrique de l'Ouest on n'observe guère de modification des taux de prévalence, lesquels restent stables à 5%, voire moins – à l'exception notable du **Cameroun** et de la **Côte d'Ivoire**, où, ces dernières années et dans certains sites, les valeurs médianes de la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes ont atteint les 10% et s'y sont maintenues (Asamoah-Odei, Garcia-Calleja et Boerma, 2004). Il ne faut pas oublier néan-

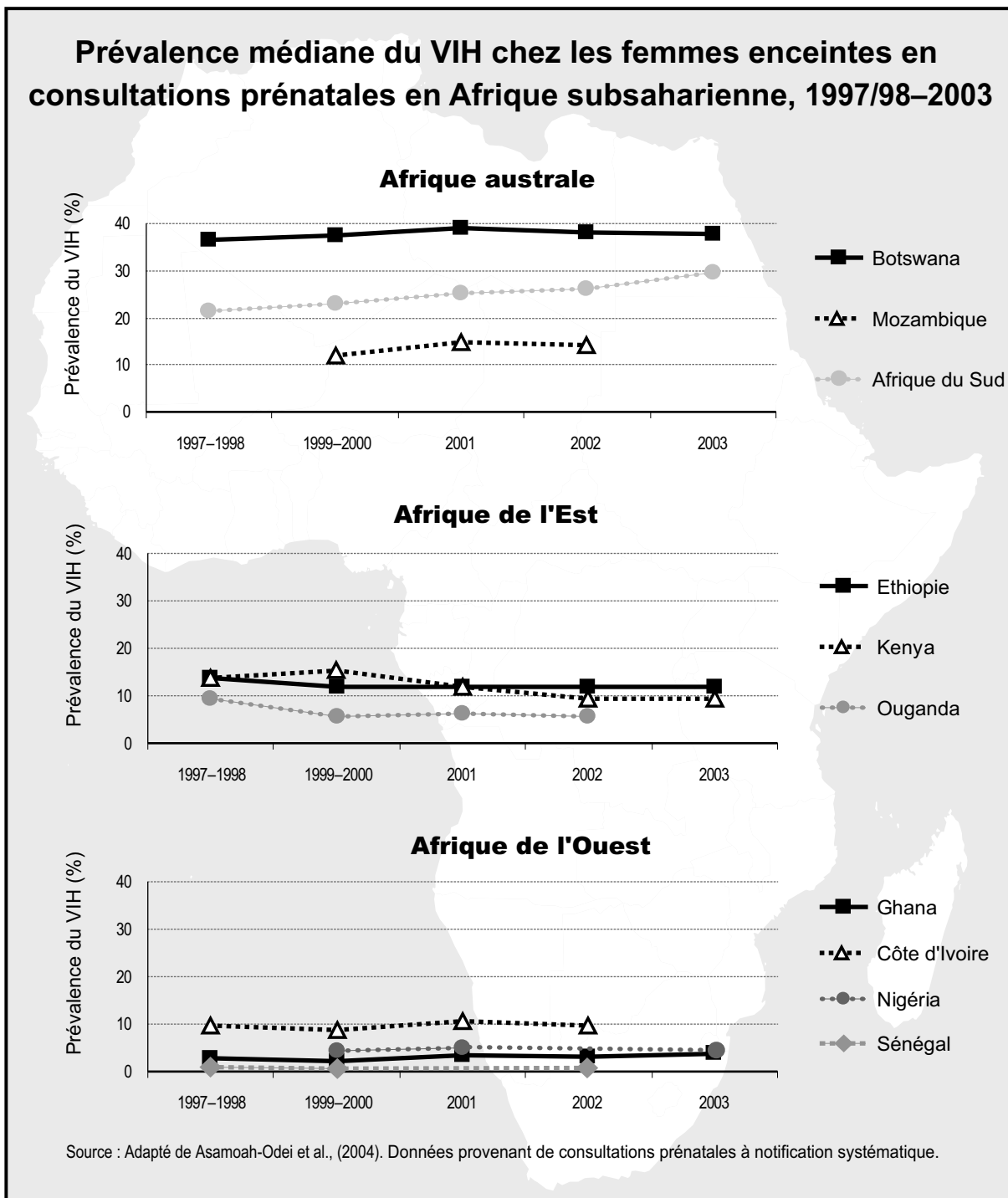


Figure 6

moins que les statistiques de prévalence au niveau national peuvent masquer des taux particulièrement élevés pour des provinces, des Etats ou des districts donnés.

L'Afrique australe n'offre malheureusement que de faibles indications d'une baisse prévisible pour la prévalence du VIH. Chacun des pays de la sous-région connaît une prévalence nationale d'au moins 10% – sauf en ce qui concerne l'Angola, où une guerre civile de longue durée a pu retarder la

propagation de l'épidémie, ce qui fait que ce taux n'y dépasse pas 5%. Il en résulte que l'on estime à 11,4 millions (10,5–12,6 millions) le nombre de personnes vivant avec le VIH dans ces neuf pays – presque 30% du total mondial de personnes vivant avec le VIH pour une zone qui ne regroupe que 2% de la population mondiale.

Si la prévalence du VIH enregistrée dans les consultations prénatales a légèrement fléchi en quelques endroits de certains pays et dans certains groupes



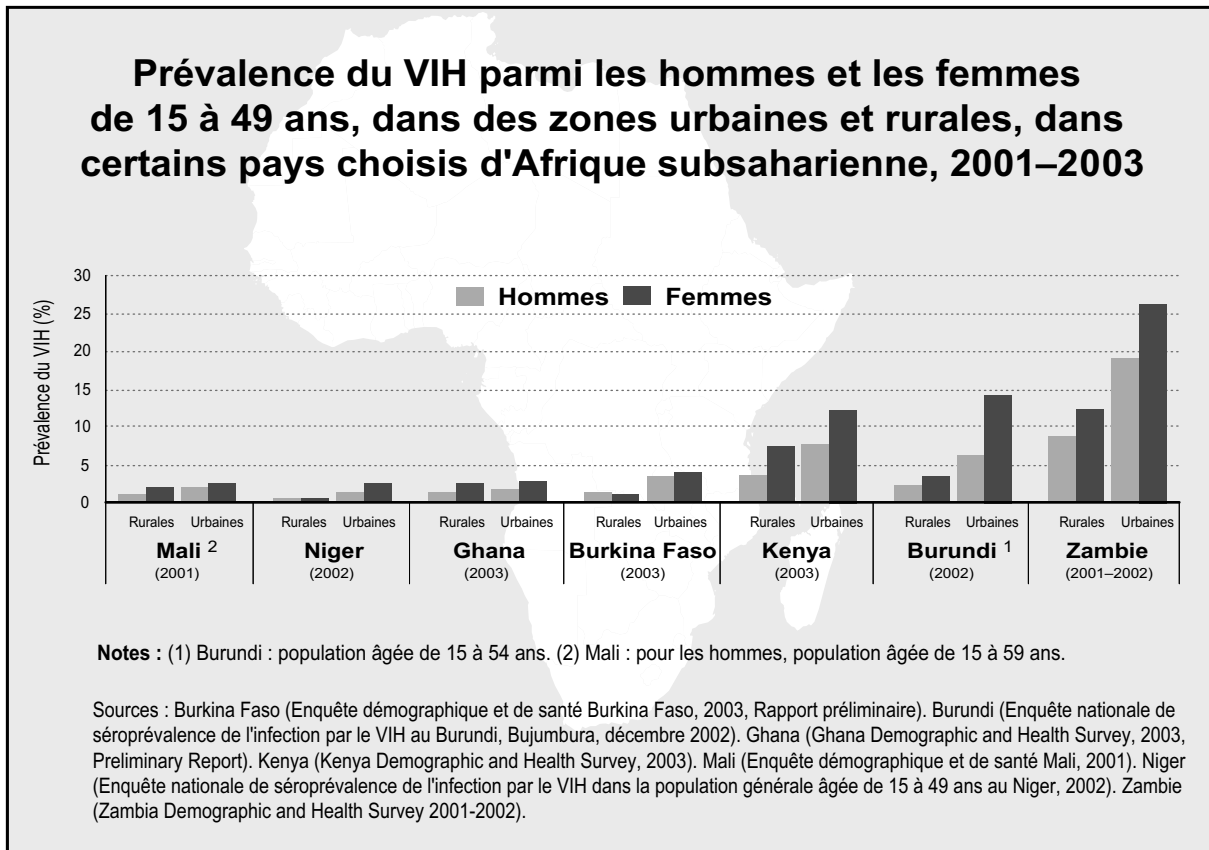


Figure 7

d'âge (par exemple à Lilongwe, capitale du **Malawi**), aucun pays d'Afrique australe ne montre encore de signe d'un déclin de cette prévalence au niveau national. Il convient néanmoins de garder à l'esprit que les taux actuels de prévalence reflètent les niveaux d'incidence du VIH au cours des années précédentes, avec un décalage qui peut atteindre plusieurs années. La prévalence du VIH représente le nombre total de personnes vivant avec le VIH quel que soit le moment où l'infection a eu lieu ; l'incidence donne le nombre

et ne change guère dans les autres pays d'Afrique australe.

L'infection à VIH devient endémique en Afrique subsaharienne. Les taux de prévalence élevés observés actuellement signifient que même les pays qui parviendront un jour ou l'autre à inverser le cours l'épidémie devront encore faire face à de sérieuses épidémies de SIDA pendant de longues années à venir. Les ravages causés par le SIDA marqueront l'existence de plusieurs générations d'Africains.

*La 'stabilisation' peut masquer les pires phases de l'épidémie – avec un nombre à peu près égal de nouvelles infections à VIH et de décès dus au SIDA.*

de personnes qui ont été infectées au cours d'une période donnée, le plus souvent l'année écoulée. Dans toute la sous-région, les efforts de prévention et de traitement se sont multipliés et étendus au cours des cinq dernières années. Il n'existe pas de méthode simple et fiable pour évaluer l'incidence du VIH en Afrique subsaharienne ; on peut tout au plus utiliser comme indicateur de remplacement la prévalence de l'infection parmi les femmes enceintes âgées de 15–24 ans. Ce dernier indicateur continue à augmenter chez les femmes de ce groupe d'âge en **Afrique du Sud**

Malgré cette diversité on constate des permanences frappantes. Dans toute la région, les femmes sont nettement plus affectées que les hommes par le VIH. On compte en moyenne 13 femmes vivant avec le VIH pour 10 hommes infectés, et l'écart ne cesse de se creuser. Dans la plupart des pays, l'âge des femmes lors de l'infection est plus précoce que chez les hommes. Les différences de taux d'infection chez les hommes et chez les femmes sont particulièrement marquées parmi les jeunes de 15–24 ans. Des études récentes au sein de la population font penser

## **Des données obtenues à partir des consultations prénatales ou des données fondées sur l'ensemble de la population, lesquelles sont les plus exactes ?**

Dans les pays à épidémie généralisée, les estimations de la prévalence du VIH se fondent surtout sur des échantillons de sang repris lors des investigations sérologiques pour la syphilis auprès de femmes enceintes vues en consultation prénatale (ou 'surveillance sentinelle'). Jusqu'à tout récemment, ces enquêtes ont fourni les meilleures estimations disponibles en ce qui concerne la prévalence du VIH au sein de la population.

On dispose néanmoins de plus en plus souvent d'enquêtes nationales fondées sur la population ou d'enquêtes dans les ménages. Ces enquêtes permettent d'améliorer l'exactitude des estimations parce qu'elles comportent des données pour le pays tout entier couvrant tant les hommes que les femmes et comportent des échantillons en provenance de zones rurales reculées rarement étudiées par les systèmes de surveillance sentinelle. Des données obtenues lors d'enquêtes de population ont permis d'améliorer les estimations 2003 de l'ONUSIDA/OMS pour plusieurs pays parmi lesquels l'Afrique du Sud, le Kenya, le Niger, la République dominicaine, la Zambie et le Zimbabwe. Ces données ont aussi permis d'améliorer les hypothèses relatives aux différences sexospécifiques et à celles qui sont liées au statut rural ou urbain en ce qui concerne la prévalence du VIH, différences qui sont prises en compte pour les estimations en d'autres pays de la même zone.

L'une et l'autre méthodes d'enquête ont néanmoins leurs avantages et leurs inconvénients.

D'une part, les enquêtes nationales fondées sur la population apportent une représentation beaucoup plus étendue de l'ensemble de la population. Elles peuvent en outre apporter des informations sur la prévalence du VIH chez les hommes et chez les femmes non enceintes, et peuvent fournir une meilleure couverture des populations rurales que la surveillance basée sur les consultations prénatales.

Mais d'autre part, le refus de certains sujets de répondre à l'enquête ou leur absence du foyer apportent un élément non négligeable d'incertitude aux estimations de la prévalence du VIH obtenues lors de ces enquêtes (les taux de non-réponse ont varié de 24% à 42% lors d'enquêtes récentes dans certains pays africains). Les estimations peuvent être ajustées si l'on connaît les caractéristiques fondamentales des non-répondants, mais il n'est pas possible de mesurer une éventuelle association entre l'absence d'un individu ou son refus de participer et le statut VIH de cette personne. On peut envisager que ce refus de participer ou cette absence du foyer puisse être liée à une plus forte probabilité d'infection à VIH (les hommes migrants ou voyageurs par exemple, qui ont de plus fortes chances d'être infectés, ont moins de chances de se trouver à domicile lors de ces enquêtes).

De leur côté, les données en provenance des consultations prénatales apportent des estimations VIH en appliquant des critères qui ne seront pas nécessairement d'application constante pour tous les pays et à tous les stades de l'épidémie. On considère, par exemple, que la prévalence du VIH chez les femmes enceintes est approximativement la même que dans l'ensemble de la population adulte, qu'il y a 1,3 femme pour 1 homme parmi les personnes infectées par le VIH, et que le temps de survie des adultes est d'environ neuf ans. On tient aussi compte d'un certain nombre de facteurs liés à la distribution par âge. Enfin, la plupart des systèmes de surveillance fondés sur les consultations prénatales ont une couverture géographique réduite, ce qui peut entraîner des variations significatives de qualité pour les estimations nationales de prévalence du VIH d'un pays à l'autre.

Sauf en ce qui concerne l'Afrique du Sud, ces systèmes de surveillance choisissent surtout des sites urbains ou périurbains, à la fois parce qu'ils sont plus aisés d'accès et parce que ces consultations desservent un nombre important de femmes enceintes, ce qui facilite la constitution de grands échantillons lors de la collecte des données. Il s'ensuit souvent un manque de données concernant les femmes enceintes des zones rurales. Même s'il est possible de corriger ce biais, une part supplémentaire d'incertitude demeure liée à l'importance des différences de prévalence entre zones rurales et zones urbaines.

Si les données obtenues à partir des consultations prénatales sont néanmoins particulièrement utiles pour suivre les tendances de l'infection à VIH d'une année à l'autre, les enquêtes nationales à domicile permettent d'améliorer notre représentation de l'épidémie. Répétées à intervalles de trois à cinq ans, ces enquêtes constitueront un élément précieux du système de surveillance et permettront d'améliorer les estimations du niveau et des tendances de l'infection à VIH.

A vrai dire, il n'y a pas de règle d'or pour la surveillance de l'infection à VIH et il convient de jauger d'un œil critique toutes les estimations VIH – qu'elles proviennent des données d'une enquête nationale ou de données de surveillance sentinelle. Le recours à toutes les données disponibles pour établir des estimations VIH permettra des estimations de qualité optimale.

que, parmi les personnes qui vivent avec le VIH en Afrique subsaharienne, on compte en moyenne 36 jeunes femmes pour 10 jeunes hommes. Au **Ghana** on y compte neuf femmes pour un homme. Lors d'une étude entreprise chez les femmes de Harare (**Zimbabwe**), Durban et Soweto (**Afrique du Sud**), 66% des femmes interrogées ont signalé n'avoir connu qu'un partenaire au cours de leur vie, 79% n'avaient pas eu de rapports sexuels avant au moins leur 17e anniversaire (ce qui correspond grosso modo à l'âge des premiers rapports dans la plupart des autres pays du monde), et 79% ont déclaré avoir recours au préservatif. Il n'en reste pas moins que 40% de ces jeunes femmes étaient séropositives (Meehan et al., 2004) et nombreuses parmi elles sont celles qui ont été infectées même lorsqu'elles sont restées fidèles à un seul partenaire.

Les abus et la violence liés au sexe – presque toujours mais pas exclusivement dirigés à l'encontre des femmes – constituent des problèmes graves qui transcendent les disparités économiques, sociales, ethniques et géographiques. Les adolescents, les enfants, et tout particulièrement les jeunes femmes et les filles doivent faire face de façon croissante à des mauvais traitements (violence domestique, viols, attaques d'ordre sexuel), et à une exploitation sexuelle ou à des mutilations génitales. Dans certaines enquêtes effectuées en **Ouganda**, 46% des femmes ont déclaré subir régulièrement des violences physiques ; les taux observés dans des études similaires au **Kenya**

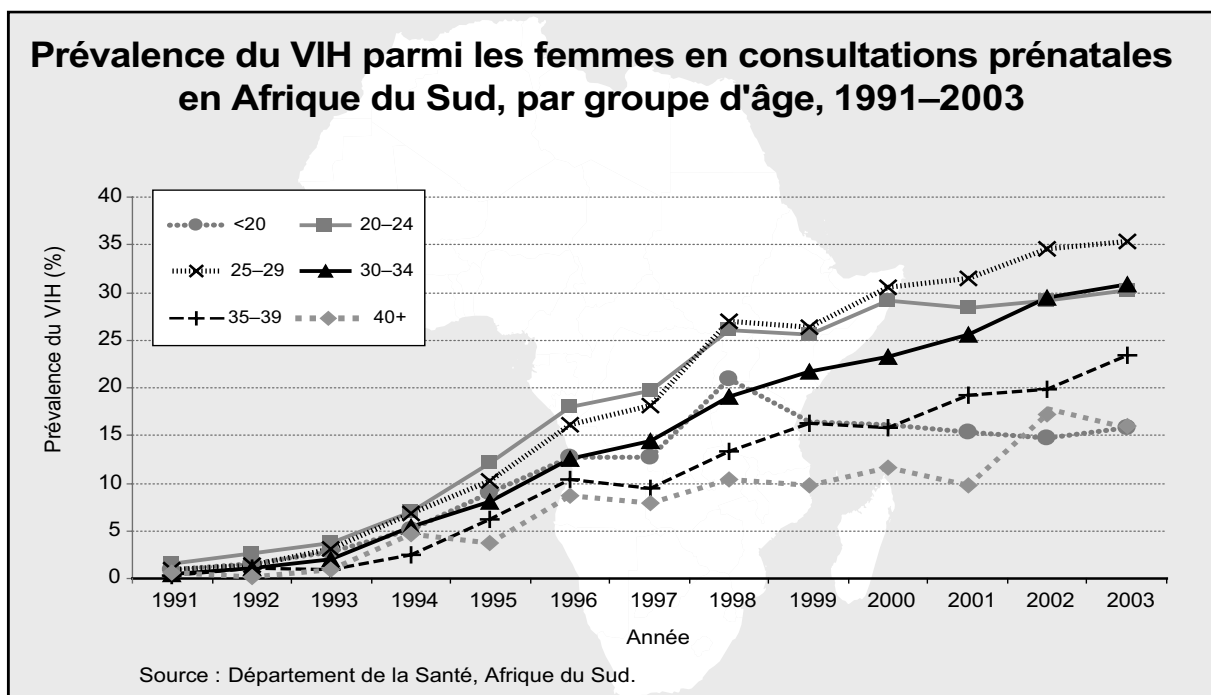
et en **Zambie** dépassent 40%. Pour certaines jeunes femmes, les premiers rapports sexuels se déroulent sous la contrainte ou par des rapports forcés – circonstances qui sont souvent liées à un risque accru de transmission du VIH.

## AFRIQUE AUSTRALE

L'Afrique australe reste la sous-région la plus gravement atteinte au monde – dans certaines consultations prénatales urbaines, la prévalence du VIH, qui était de l'ordre de 5% en 1990, dépasse maintenant les 25%.

L'**Afrique du Sud** continue à regrouper le nombre le plus élevé au monde de personnes vivant avec le VIH. On estimait à 5,3 millions [4,5 millions–6,2 millions] le nombre de personnes qui y vivaient avec le VIH à la fin de 2003 – dont 2,9 millions [2,5 millions–3,3 millions] de femmes. L'épidémie ne montre malheureusement aucun signe de fléchissement. La prévalence générale du VIH parmi les femmes enceintes était de 27,9% en 2003, contre 26,5% en 2002 et 25% en 2001. Les données les plus récentes font penser que cette prévalence continue à croître dans tous les groupes d'âge, sauf chez les femmes enceintes de plus de 40 ans (voir Figure 8). Si une enquête de population récente semble indiquer une tendance vers des pratiques sexuelles plus sûres parmi les jeunes Sud-Africains (Reproductive Health Research Unit et Medical Research Council,

Figure 8



2004), les taux de prévalence ont continué à croître parmi les femmes enceintes de 15 à 24 ans – de 23,1% en 2001 à 24,3% en 2003. Cette enquête met en évidence des variations régionales significatives, le taux de prévalence parmi les femmes enceintes dépassant les 30% dans trois provinces (Etat-libre d'Orange, Mpumalanga et KwaZulu-Natal – dans cette dernière province, le taux est de 37,5%), alors qu'il oscille entre 13% et 17,5% dans les provinces du Cap occidental, du Cap septentrional et du Limpopo. Dans toutes les provinces sauf deux (Etat-libre d'Orange et Gauteng), la prévalence du VIH a augmenté depuis 2001 (Ministère de la Santé d'Afrique du Sud, 2004).

tation sur les taux observés en 2000 (34%) et surtout en 1992 (4% seulement). Ailleurs dans la sous-région, les taux d'infection à VIH parmi les femmes enceintes semblent se stabiliser à des niveaux moindres – autour de 18% au **Malawi** (2003), 16% en **Zambie** (2003), et 25% au **Zimbabwe** (2003) – mais il n'y a guère d'indications d'une diminution imminente. Dans le cas du Zimbabwe, on estime que le nombre annuel de nouvelles infections est resté à peu près stable depuis 1996-1997. Comme dans les autres pays de la région, les femmes assument une part disproportionnée du fardeau : une enquête plus ancienne effectuée au sein de la population du Zimbabwe avait montré au sein des participants que,

*Dans toute la région, les femmes sont affectées par le VIH de manière disproportionnée. En moyenne, on compte 13 femmes vivant avec le VIH pour 10 hommes infectés.*

On note toujours des taux de prévalence très élevés – souvent supérieurs à 30% parmi les femmes enceintes – dans quatre autres pays de la sous-région, tous de faible population : **Botswana**, **Lesotho**, **Namibie** et **Swaziland**, et la comparaison des taux de prévalence dans certaines consultations n'a mis en évidence aucune diminution. Au Swaziland, par exemple, le taux de prévalence du VIH parmi les femmes enceintes était de 39% en 2002, en augmen-

parmi ceux qui vivaient avec le VIH, le nombre de femmes était plus de deux fois supérieur à celui des hommes dans le groupe d'âge de 15 à 24 ans (avec des taux de prévalence respectifs de 22% et 10%). Dans l'ensemble, les femmes constituaient près de 57% des personnes vivant avec le VIH en 2003 et la même proportion des décès dus au SIDA (Ministère de la Santé et du Bien-Etre des Enfants, Zimbabwe, 2004). Il faut noter cependant que l'épidémie peut

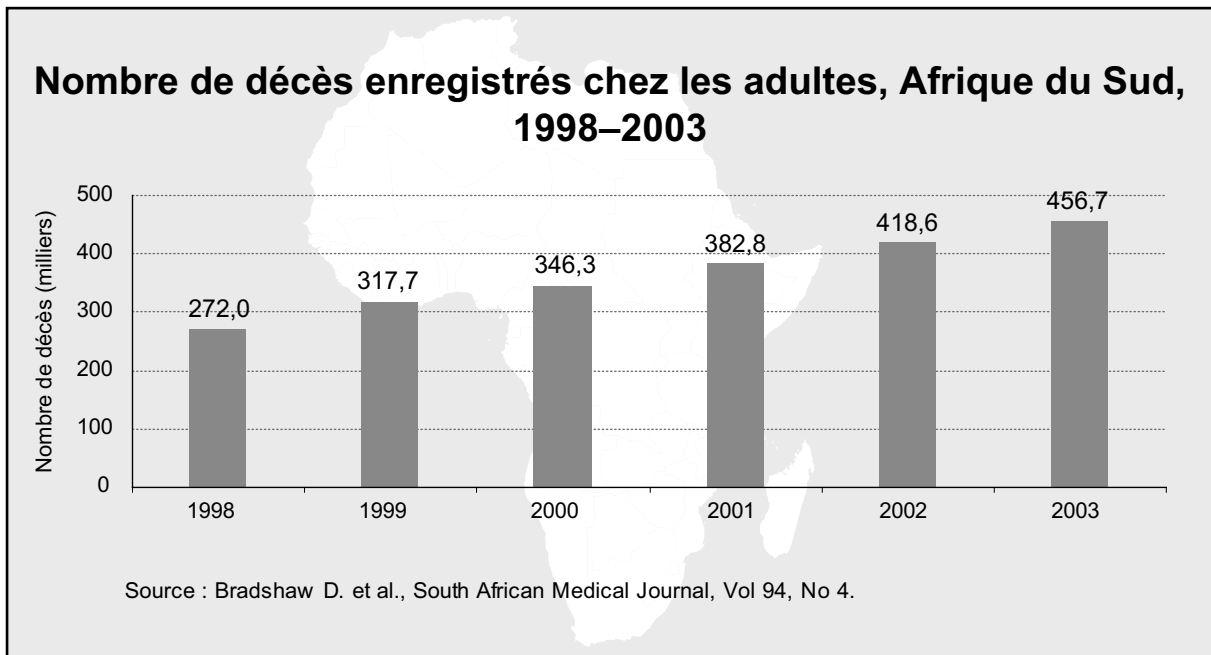
### Les jeunes, le sexe et le VIH en Afrique du Sud

Il est fondamental d'assurer une prévention efficace auprès des jeunes. Dans toute l'Afrique australe, la prévalence du VIH augmente de façon marquée une fois l'âge de 20 ans atteint. Une nouvelle étude élargie entreprise par la *Reproductive Health Research Unit* et le *Medical Research Council* sur le VIH et les comportements liés au sexe parmi les jeunes Sud-Africains en donne une illustration frappante.

L'étude montre une prévalence du VIH relativement faible (4,8%) parmi les jeunes de 15 à 19 ans ; ceci n'a rien de très étonnant vu l'âge signalé par les participants pour leurs premiers rapports sexuels (en moyenne 16,4 ans pour les hommes et 17 ans pour les femmes). C'est dans le groupe d'âge suivant (20 à 24 ans) que le taux de prévalence s'envole et atteint 16,5% pour l'ensemble de la classe d'âge, les infections se rencontrant en grande majorité parmi les femmes : près d'une participante sur quatre (24,5%) était séropositive, alors que la proportion chez les hommes était de un sur 13 (7,6%). En fait, plus des trois quarts (77%) des jeunes Sud-Africains vivant avec le VIH sont des femmes, une inégalité qui ne commence à s'amortir que parmi les classes d'âge de 30 ans et plus. Comme pour beaucoup de jeunes de par le monde, nombreux sont les jeunes Sud-Africains (62%) qui, lors de la révélation de leur séropositivité, pensaient n'avoir encouru que peu de risque – voire aucun risque – d'infection.

Les jeunes femmes sont soumises au risque d'infection à VIH de façon tout à fait disproportionnée. Les agressions sexuelles sont monnaie courante : plus du quart (28%) des femmes ont déclaré que leur premier rapport n'avait pas été désiré et une sur 10 (10%) qu'il avait eu lieu sous la contrainte. Près de la moitié (49%) des jeunes femmes qui signalaient avoir eu des rapports sexuels ont dit avoir été enceintes à un moment ou à un autre – ce qui fait envisager que le recours au préservatif est loin d'être la norme ; de fait, un tiers au moins des jeunes hommes qui signalaient un ou plusieurs rapports sexuels au cours des 12 mois précédents n'avaient jamais eu recours au préservatif et deux tiers n'y avaient pas eu recours lors du rapport le plus récent (Reproductive Health Research Unit, Medical Research Council, 2004).

Figure 9



varier considérablement en intensité au sein d'un même pays – même aussi peu étendu que le Malawi, par exemple, où une étude récente sur les données VIH a montré que, au niveau des districts, la prévalence parmi les femmes adultes varie de 4% à 18%, les taux les plus élevés survenant dans le sud du pays (Montana et al., 2004).

L'**Angola** constitue une exception dans la sous-région. Au cours d'une guerre qui a duré presque deux générations, les civils n'ont pas pu circuler

librement, les transports ont été interrompus et certaines zones ont été à maintes reprises coupées du reste du monde. Les données disponibles font penser que ces difficultés ont pu ralentir la propagation du VIH. Dans les consultations prénatales de Luanda, la capitale, la prévalence du VIH est d'environ 3% (les systèmes de surveillance sentinelle pour le VIH dans le reste du pays sont encore en cours d'élaboration). On a néanmoins mis en évidence des taux élevés – de l'ordre de 33% – parmi les professionnel(le)s

### A l'intérieur des portes de l'usine

Alors que la surveillance fondée sur les consultations prénatales n'apporte guère de détails d'ordre démographique, les enquêtes de population peuvent, elles, compléter notre connaissance de l'épidémie. Une série récemment publiée de 34 enquêtes de ce type auprès des travailleurs de l'industrie minière et manufacturière en Afrique australe illustre clairement la propagation du VIH parmi les salariés. Pour 2000-2001, ces enquêtes ont trouvé une prévalence du VIH de 14,5% (14,1–14,9%), 24,6% (23,6–25,7%) et 17,9% (17,1–17,7%) parmi 44 000 travailleurs en **Afrique du Sud**, au **Botswana** et en **Zambie**, respectivement. Ce sont les travailleurs de l'industrie minière qui présentaient les taux d'infection les plus élevés. Les taux d'infection variaient de façon marquée au sein des groupes étudiés – les taux de séropositivité chez les travailleurs contractuels (23% [21,9–24,1%]), les travailleurs non qualifiés (18,3% [17,5–19,1%]) et semi-qualifiés (18,7% [18,1–19,4%]) étant plus élevés que chez les travailleurs qualifiés (10,5% [9,5–11,4%]) et les cadres (4,5% [3,4–5,6%]). La recherche met en évidence que, dans l'industrie minière, les travailleurs les moins qualifiés (y compris les travailleurs contractuels) sont aussi des travailleurs migrants vivant loin de leur foyer pendant de longues périodes et plus enclins à fréquenter des professionnelles du sexe. En Zambie cependant, le secteur minier a montré un taux d'infection très élevé de 26,4% (11,4–41,3%) parmi les travailleurs qualifiés. On notera aussi le taux d'infection élevé parmi les travailleurs âgés de plus de 49 ans : un peu plus de 10% en Afrique du Sud et en Zambie et 18% au Botswana (Evian et al., 2004).

Une autre étude récente attribue à l'épidémie de VIH l'accroissement des infections tuberculeuses parmi les travailleurs des mines d'or séropositifs et séronégatifs pour le VIH en Afrique du Sud. Effectuée dans quatre mines au cours des années 1990, cette étude a montré un accroissement de l'incidence de la tuberculose de 0,5% en 1991 à 1% en 1997 et à 2% en 2000. Parmi les mineurs séronégatifs, ce taux a plus que doublé de 1991–1992 à 1995–1997 (de 0,5% à 1,3%), un accroissement vraisemblablement dû à la transmission de la tuberculose par le nombre accru de mineurs séropositifs tuberculeux (Sonnenberg et al., 2004).

du sexe dans la capitale, ce qui indique clairement la capacité du virus à s'établir dans des réseaux où le risque de transmission du VIH est particulièrement élevé. Après deux ans de paix relative et à une époque où des millions d'Angolais reviennent à une vie normale, il y a toutes les raisons de craindre une extension et une accélération de la transmission du VIH dans ce pays..

Des observations publiées récemment montrent que l'Afrique australe est indiscutablement la proie de l'épidémie de SIDA au fur et à mesure qu'un nombre croissant de ses habitants sont atteints de maladies liées au VIH et en meurent. L'espérance de vie à la naissance est passée au-dessous de 40 ans dans neuf pays d'Afrique australe gravement atteints par le SIDA – le **Botswana**, le **Lesotho**, le **Malawi**, le **Mozambique**, le **Rwanda**, la **République centrafricaine**, le **Swaziland**, la **Zambie** et le **Zimbabwe** (PNUD, 2004). En 2000, dans le nord de la **Namibie**, la probabilité pour une femme de mourir entre 15 et

Les enquêtes de surveillance démographique détaillées montrent, elles aussi, un accroissement marqué de la mortalité. L'une de ces enquêtes – dans une zone rurale de la province du KwaZulu-Natal, qui présente une prévalence élevée d'infection à VIH parmi les femmes enceintes, a confirmé l'existence d'un accroissement massif et brutal de la mortalité chez les adultes à la fin des années 1990, le SIDA (avec ou sans tuberculose) constituant la principale cause de décès chez l'adulte (48%) dès l'an 2000. Chez les femmes, le risque de mourir du SIDA est maximal parmi les femmes de 25 à 39 ans ; chez les hommes, le risque majeur se situe dans le groupe de 30 à 44 ans. Il est hautement probable que ces taux de mortalité liés au SIDA s'aggravent au cours des années à venir étant donné que la prévalence du VIH dans ce district a fortement augmenté vers la fin des années 1990 et que la mortalité liée au SIDA évolue à peu près en parallèle avec l'incidence du VIH au cours de la décennie écoulée (Hosegood, Vanneste et Timaeus, 2004).

*L'Afrique de l'Est affiche plusieurs exemples de déclin graduels et modérés de la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes en zones urbaines. Malheureusement, il n'y a encore aucun signe d'un recul global sur le plan national dans aucun de ces pays.*

60 ans était de 335 pour 1000 (contre 95 pour 1000 en 1993 – soit une multiplication par 3,5) ; pour les hommes, ce risque est passé de 220 pour 1000 en 1993 à 550 pour 1000 en 2000 – une multiplication par 2,5). L'accroissement de mortalité affectant essentiellement les adultes jeunes (il n'y a pas eu d'augmentation de la mortalité parmi les adolescent(e)s et les personnes plus âgées), le SIDA est donc le principal facteur de cet accroissement (Notkola, Timaeus et Siiskonen, 2004). Au Zimbabwe, par ailleurs, l'espérance de vie à la naissance est passée de 52 ans en 1990 à 34 ans en 2003 (Chitate et Muvandi, 2004). L'analyse des données d'enregistrement de la mortalité en **Afrique du Sud** montre un accroissement du nombre total de décès chez les adultes au cours des six années écoulées – un accroissement de plus de 40% et, chez les femmes de 20 à 49 ans, un accroissement de plus de 150% une fois prises en compte les corrections concernant la croissance de la population et une éventuelle amélioration de l'enregistrement des décès (Bradshaw, 2004).

## AFRIQUE DE L'EST

Quelques pays d'Afrique de l'Est montrent effectivement des signes d'une véritable chute des niveaux d'infection à VIH. L'**Ouganda**, où le taux national de prévalence est passé de 13% au début des années 1990 à 4,1% (2,8–6,6%) à la fin 2003, en constitue l'exemple le plus marquant, mais n'est certainement pas le seul. La comparaison de la prévalence du VIH parmi les femmes présentes en consultations prénatales dans la sous-région montre une chute significative d'une médiane de 12,9% (7,0–16,9%) en 1997-1998 à 8,5% (5,3–14,0%) en 2002 (Asamoah-Odei, Garcia-Calleja et Boerma, 2004). **Madagascar** constitue une exception, avec un accroissement apparent parmi les femmes enceintes – 1,1% en 2003 contre 0,3% à peine deux ans auparavant (Ministère de la Santé, Madagascar, 2003). Il est trop tôt pour savoir s'il s'agit d'une tendance qui se poursuivra, les autres indicateurs (par exemple la prévalence parmi les professionnel(le)s du sexe) étant restés bas.

La tendance à la baisse est plus fermement établie en **Ouganda**, où la prévalence du VIH a chuté nettement dès le milieu des années 1990 et s'est maintenue par la suite entre 5% et 6%. Des données récentes suggèrent que le **Kenya** pourrait suivre le même chemin : les données en provenance des consultations prénatales y montrent une chute de la prévalence du VIH – de 13,6% (12,2–27,1%) en 1997-1998 à 9,4% (6,6–14,3%) en 2002, sans changement majeur par la suite en 2003. Les chiffres du **Burundi** suggèrent eux aussi une diminution de cette prévalence, mais ils ne sont fondés que sur des données en provenance de six dispensaires seulement (Asamoah-Odei, Garcia-Calleja et Boerma, 2004). En **Ethiopie**, l'épidémie est particulièrement grave dans les villes, y compris la capitale, Addis Abeba. Il semble cependant que la tendance à la diminution du taux d'infection à VIH parmi les femmes enceintes (observée pour la première fois en 1997) se poursuit dans cette ville. En 2003, la prévalence du VIH y avait chuté à 11%, soit moins de la moitié du niveau enregistré au milieu des années 1990 (24%). Selon des données en provenance de 10 consultations prénatales dans le pays, le taux de prévalence médian a chuté de 13,7% en 1997-1998 à 11,8% en 1999-2000 et s'est maintenu à environ 12% depuis lors (Asamoah-Odei, Garcia-Calleja et Boerma, 2004).

Ce sont là des évolutions encourageantes mais la persistance de taux qui sont encore élevés souligne la nécessité de redoubler d'efforts en matière de prévention et de les appliquer largement à travers ces pays. Il est beaucoup trop tôt pour soutenir que ces

diminutions récentes annoncent un recul définitif de l'épidémie pour ces pays. En outre, il faudra pendant des années encore faire face à des besoins accrus en matière de traitement, de prise en charge et de soutien.

Par ailleurs, le portrait de l'épidémie devient plus clair pour l'**Erythrée**, où une des enquêtes de surveillance sentinelle du VIH, parmi les plus détaillées à ce jour, vient d'établir la prévalence du VIH à 2,4% pour 2003. La prévalence semble se stabiliser au niveau national. Toutefois, les taux d'infection varient de façon marquée – ce qui souligne l'importance d'intensifier et de focaliser les efforts de prévention. La prévalence a atteint 7,2% le long de la bande côtière méridionale du pays et elle est plus de trois fois plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural. C'est parmi les jeunes femmes non mariées des zones urbaines, qui pour la plupart ont des partenaires sexuels parmi les militaires, que le taux de prévalence est le plus élevé (7,5%). Les femmes travaillant dans des bars, des hôtels et des salons de thé ou encore comme femmes de chambre semblent être particulièrement exposées au risque d'infection (Ministère de la Santé, Erythrée, 2004).

Il n'y a aucun signe de diminution de la prévalence du VIH en **République-Unie de Tanzanie**. Dans la région de Mbeya, cependant site d'efforts de prévention intenses depuis 13 ans, la prévalence du VIH parmi les femmes de 15 à 24 ans a chuté de 20,5% en 1994-1995 à 14,6% en 2000, simultanément à un recours accru aux préservatifs et à un accroissement des traitements pour d'autres infections sexuellement transmissibles ;

## Commerce du sexe et VIH en Afrique de l'Ouest

Ce sont principalement les activités commerciales liées au sexe qui propagent les épidémies en Afrique de l'Ouest. On observe des prévalences très élevées chez les professionnelles du sexe, même dans les pays où les taux d'infection chez l'adulte sont généralement modestes. Le **Ghana**, où on estimait la prévalence du VIH chez l'adulte à un peu plus de 3% en 2003, en est un exemple. Dans la capitale, Accra, environ 80% des infections à VIH chez les hommes ont été contractées auprès de professionnelles du sexe. La prévalence varie de 15% chez les clients des professionnelles du sexe ambulantes à 32% chez les petits-amis des professionnelles du sexe. Une étude a même suggéré qu'un programme réussi visant le recours au préservatif dans 100% des cas pourrait renverser complètement le cours de l'épidémie (Cote et al., 2004). Au **Niger**, par ailleurs, où on estimait la prévalence nationale du VIH chez l'adulte à un peu plus de 1% en 2003, une enquête auprès des professionnelles du sexe dans trois régions en 2002 a montré que de 9% à 38% étaient séropositives, les chiffres les plus bas provenant de Komabangou et les chiffres les plus élevés de Maradi, alors qu'Arlit signalait 30% de séropositivité parmi les professionnelles du sexe enquêtées (Sanda et al., 2004). Le **Sénégal**, longtemps considéré comme un succès dans la lutte contre le VIH, a vu les niveaux d'infection croître progressivement parmi les professionnelles du sexe. Dans la capitale, Dakar, cette prévalence était de 14% en 2002, et elle était passée à plus de 20% la même année (voir Figure 10) parmi leurs homologues d'autres régions (dont Kaolack et Ziguinchor) – ce qui souligne la nécessité d'intensifier les efforts de prévention tant chez les professionnel(le)s du sexe qu'au sein de leur clientèle (ONUSIDA/OMS, 2004).

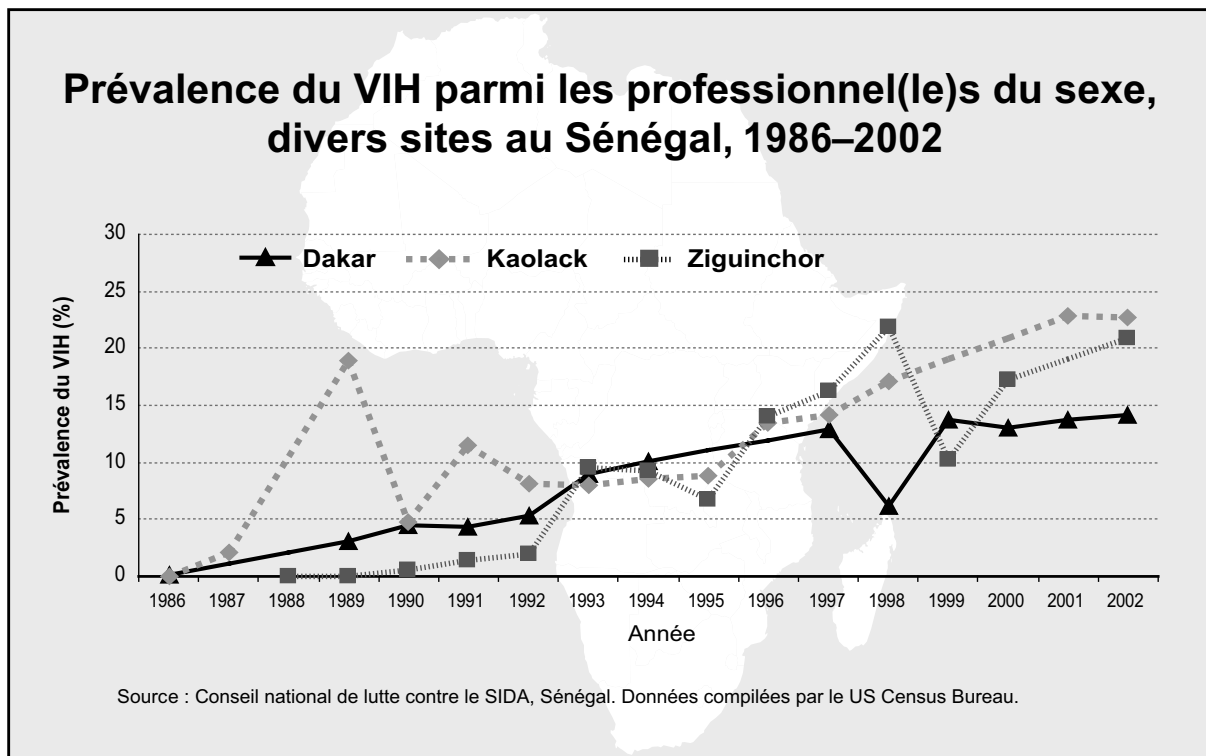


Figure 10

dans le même laps de temps, on note un accroissement significatif de l'âge lors des premiers rapports sexuels. Le contraste est frappant avec les zones urbaines de la région voisine, Rukwa, qui n'avait connu que des efforts de prévention sporadiques et où la prévalence dans ce même groupe d'âge est passée de 22,5% en 1994 à 30,2% en 1999 (Jordan-Harder et al., 2004). Il semblerait donc bien que les interventions spécifiques mises en place à Mbeya aient permis d'y faire chuter la prévalence du VIH. D'autres études en Tanzanie ont signalé l'absence marquée de modifications du comportement dans les zones où les activités de prévention du VIH n'avaient eu qu'une faible intensité. Un programme de prévention du VIH lancé au milieu

des années 1990 à Mwanza, par exemple, semble ne guère avoir eu d'impact sur l'épidémie : une publication récente y signale une augmentation progressive de la prévalence du VIH, passée de 5,9% en 1994–1995 à 6,6% en 1996–1997 et à 8,1% en 1999–2000. Il y a eu un léger accroissement des connaissances sur l'épidémie et du recours au préservatif, mais sans grande modification des comportements sexuels à risque, la plupart des personnes interrogées déclarant ne pas se sentir menacées par l'infection à VIH (Mwaluko et al., 2003). Les programmes standard de prévention mis en place à faible coût par les districts et les communautés ne suffiront visiblement pas à changer le cours de l'épidémie.

### Modifier les comportements ?

Si l'on compare les données les plus récentes relatives aux comportements sexuels parmi les jeunes, on obtient un tableau assez bigarré. Recueillies à partir des Enquêtes démographiques et sanitaires effectuées sur une période de cinq ans, les données montrent que ce sont les jeunes hommes de l'Ouganda et de la Zambie et les jeunes femmes du Malawi, de l'Ouganda et de la Zambie qui étaient les plus enclins à recourir au préservatif (voir Figure 11), alors qu'en Tanzanie la proportion y ayant eu recours lors du dernier rapport n'a pas changé. Si, en Zambie, la proportion de femmes ayant un rapport sexuel avec un partenaire non marital et non cohabitant a diminué, cette même proportion n'a diminué en Ouganda que pour les hommes et a augmenté en Tanzanie tant pour les hommes que pour les femmes (voir Figure 12). Comme ceux de l'enquête tanzanienne décrite antérieurement, ces résultats soulignent l'importance de poursuivre les efforts visant une meilleure couverture afin de généraliser les modifications de comportement qui feront baisser les taux de prévalence. Les interventions au coup par coup et qui ne tiennent pas compte du contexte de vie des populations concernées ont peu de chances de modifier les comportements de façon significative ni d'influencer le cours de l'épidémie. En outre, pour beaucoup de femmes, la fidélité à un même partenaire ne suffit pas à les protéger de l'infection, puisque ce partenaire lui-même peut les infecter.



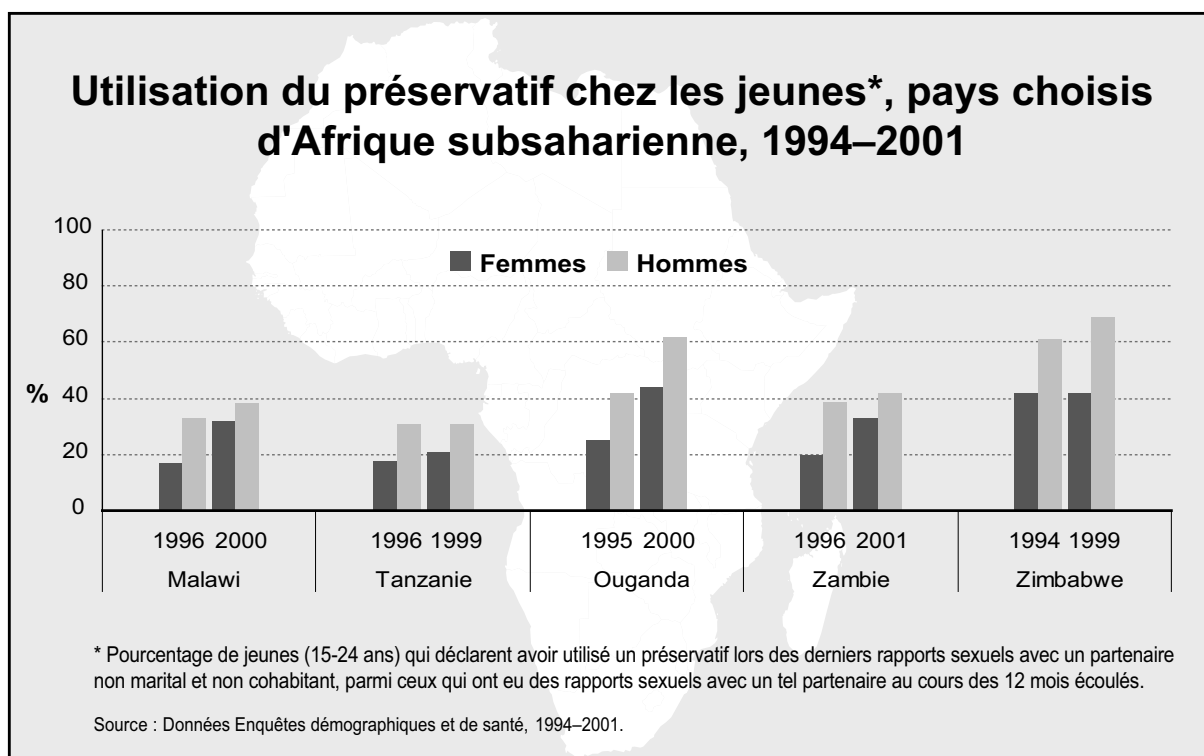


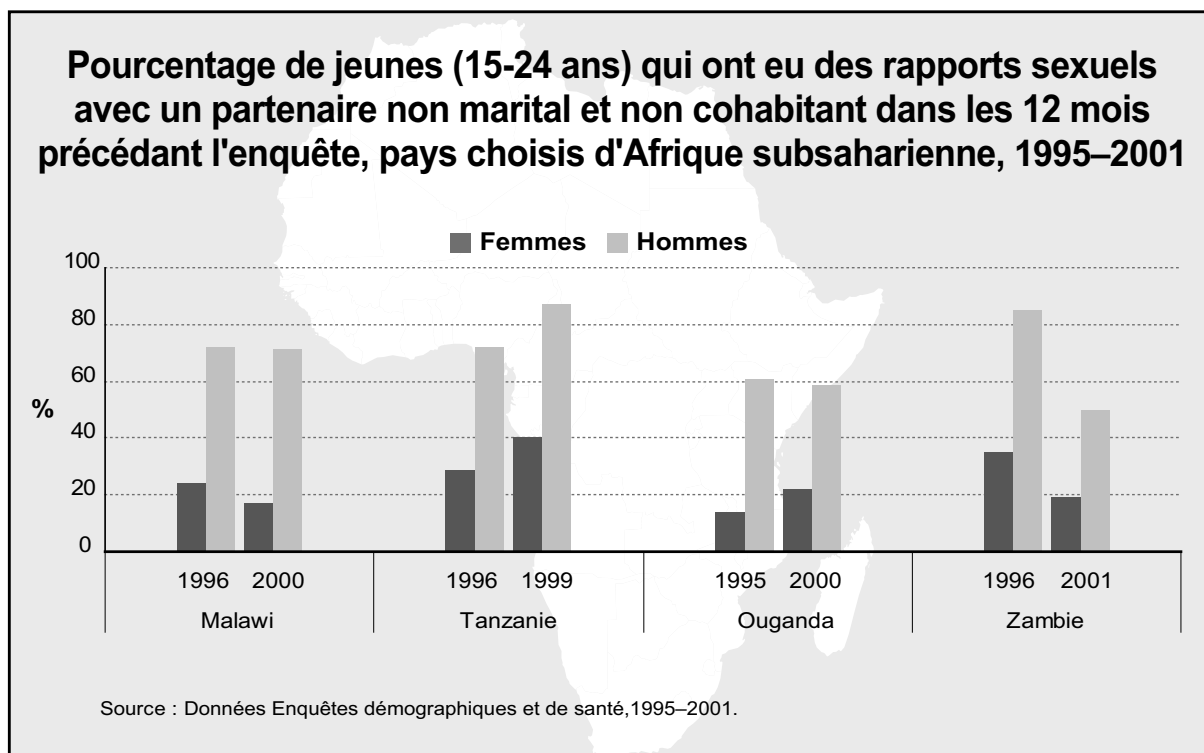
Figure 11

## AFRIQUE DE L'OUEST

Les épidémies en **Afrique de l'Ouest**, qui varient en importance et en intensité, semblent s'être stabilisées dans la plupart des pays. La prévalence médiane du VIH, mesurée chez les femmes fréquentant 112 consultations prénatales de la sous-région,

s'est maintenue entre 3% et 4% de 1997 à 2002 (Asamoah-Odei, Garcia-Calleja et Boerma, 2004). D'une façon générale, la prévalence du VIH est la plus faible dans les pays du Sahel et la plus élevée au **Burkina Faso**, en **Côte d'Ivoire** et au **Nigéria** – ce dernier pays, après l'Afrique du Sud et l'Inde, occupant la troisième place au monde en ce qui concerne le nombre de d'habitants vivant avec le VIH.

Figure 12



L'enquête sentinelle VIH effectuée en 2003 au **Nigéria** donne une prévalence du VIH de 5% au niveau national, en augmentation par rapport au niveau de 1,8% observé en 1991 mais à peu près le même que le taux de 5,4% enregistré en 1999. Les taux de prévalence sont particulièrement élevés chez les jeunes, surtout les femmes de 20 à 29 ans. Néanmoins, la stabilisation apparente au niveau national masque d'importantes différences régionales dans ce pays immense aux sociétés et aux économies très diverses, où la prévalence va de 2,3% dans la région Sud-Ouest à 7% dans les régions centrale et septentrionale. Les variations sont encore plus importantes au niveau des Etats : Osun et Ogun, par exemple, montrent respectivement une prévalence de 1,2% et 1,5% chez les femmes enceintes, alors que Benue affiche 9,3% et Cross River 12% (Ministère de la Santé, Nigéria, 2003). Il semblerait donc que plusieurs épidémies plus ou moins distinctes existent au Nigéria. Pour la réussite des efforts de prévention, il faut que ceux-ci puissent s'appuyer sur des données fiables et sur des analyses améliorées qui leur permettent de répondre aux dynamiques spécifiques des diverses épidémies.

La **Côte d'Ivoire** continue à signaler le niveau de prévalence du VIH le plus élevé d'Afrique de l'Ouest depuis le début de l'épidémie – même si en 2002 la prévalence dans la capitale, Abidjan, est tombée en 2002 à son niveau le plus faible depuis cinq ans (6,4% contre 13% en 1999). La prévalence du VIH chez l'adulte au **Togo** est restée à peu près stable autour de 4%. Les toutes dernières activités de surveillance sentinelle ont néanmoins mis en évidence une épidémie essentiellement concentrée dans les zones urbaines, dont certaines présentaient en 2003 un taux de prévalence du VIH chez les femmes enceintes supérieur à 8% (Ministère de la Santé du Togo, 2004). Dans les deux pays avoisinants – le **Ghana** et le **Bénin** – la prévalence du VIH oscille entre 2%

et 4% et montre peu de variation au cours du temps (Cote et al., 2004).

De graves épidémies sont en cours en **Afrique centrale**, le **Cameroun** et la **République centrafricaine** étant les plus gravement atteints. Ici aussi la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes semble stabilisée, même si c'est à des niveaux relativement élevés (environ 10%). Au **Congo**, par ailleurs, où certaines régions méridionales du pays sont encore gravement atteintes, la prévalence nationale chez l'adulte est redescendue en dessous de 5% – les dernières estimations la placent à 4,2% (3,5–4,8%). Fait inhabituel, la prévalence du VIH culmine chez les groupes d'âge les plus élevés (jusqu'à 10% parmi les hommes de 35 à 49 ans et 7% parmi les femmes de 25 à 39 ans). Mais les femmes plus jeunes paient un tribut disproportionné à l'épidémie : en dessous de 35 ans, elles courent un risque deux fois plus élevé d'être infectées par le VIH que les hommes du même groupe d'âge – ce qui souligne une fois de plus l'importance de programmes efficaces atteignant et desservant les femmes les plus jeunes (Ministère de la Santé du Congo, 2004). La prévalence médiane du VIH au **Tchad** s'est maintenue à 5% environ de la fin des années 1990 au début des années 2000 – données les plus récentes (Asamoah-Odei, Garcia-Calleja et Boerma, 2004). En **République démocratique du Congo**, deux cycles récents de tests VIH parmi les femmes enceintes en consultations prénatales ont mis en évidence un taux de prévalence entre 4,1% et 4,9%, avec d'importantes variations entre les diverses zones du pays – de 1,8% en milieu rural à Mikalayi et environ 3% dans les villes de Bukavu et de Bunia à 6,3% et 7% dans les villes de Kisangani et Lubumbashi, respectivement. Certaines localités rurales, comme Lodja et Neisu, ont montré des taux très élevés, jusqu'à 6,5% et 6,7% (Ministère de la Santé, République démocratique du Congo, 2004).

# CARAÏBES

## Statistiques et caractéristiques du VIH et du SIDA, à fin 2002 et 2004

|      | Adultes et enfants<br>vivant avec le VIH | Nombre de<br>femmes vivant<br>avec le VIH | Adultes et enfants<br>nouvellement infectés<br>par le VIH | Prévalence<br>chez l'adulte<br>(%) | Décès dus au SIDA<br>chez les adultes et<br>les enfants |
|------|--|---|---|------------------------------------|---|
| 2004 | 440 000<br>[270 000–780 000]             | 210 000<br>[120 000–380 000]              | 53 000<br>[27 000–140 000]                                | 2,3<br>[1,5–4,1]                   | 36 000<br>[24 000–61 000]                               |
| 2002 | 420 000<br>[260 000–740 000]             | 190 000<br>[110 000–360 000]              | 52 000<br>[26 000–140 000]                                | 2,3<br>[1,4–4,0]                   | 33 000<br>[22 000–57 000]                               |

*Les Caraïbes constituent la deuxième région la plus touchée au monde.  
Le SIDA est devenu la principale cause de décès parmi les  
adultes de 15 à 44 ans.*

Plus de 440 000 [270 000–780 000] personnes vivent avec le VIH aux Caraïbes, dont les 53 000 [27 000–140 000] personnes qui ont contracté le virus en 2004. On estime que 36 000 [24 000–61 000] personnes sont décédées du SIDA cette même année. Parmi les jeunes de 15 à 24 ans, on estime que 3,1% [1,6–8,3%] des femmes et 1,7% [0,9–4,6%] des hommes vivaient avec le VIH à fin 2004. Dans la région de la Communauté des Caraïbes (CARICOM), 370 000 [210 000–710 000] personnes vivent avec le VIH, dont 48 000 [22 000–140 000] ont contracté le virus en 2004. Plus de 29 000 [17 000–54 000] personnes y sont décédées au cours de l'année écoulée.\*

Avec une prévalence moyenne du VIH chez l'adulte de 2,3%, les Caraïbes constituent la deuxième région la plus touchée au monde. Dans cinq pays (**Bahamas**, **Belize**, **Guyana**, **Haïti** et **Trinité-et-Tobago**), la prévalence nationale dépasse 2%. Globalement, les taux d'infection à VIH les plus élevés parmi les femmes dans les Amériques se trouvent dans les pays des Caraïbes et le SIDA est devenu la principale cause de décès parmi les adultes de 15 à 44 ans aux Caraïbes (Centre d'Épidémiologie des Caraïbes, OPS, OMS,

2004). Les projections indiquent que l'espérance de vie à la naissance en 2010 pourrait être inférieure de 10 ans en Haïti et de neuf ans à la Trinité-et-Tobago à ce qu'elle aurait été sans le SIDA (voir Figure 13) (Stanecki, 2004). Plusieurs pays et territoires dont les économies dépendent du tourisme figurent parmi les plus touchés par l'épidémie dans la région, dont les Bahamas, la **Barbade**, les **Bermudes**, la **Jamaïque**, la **République dominicaine** et la Trinité-et-Tobago. Pourtant la plupart des pays de la région n'ont qu'une capacité limitée à suivre l'évolution de leurs épidémies et s'appuient sur des données et des systèmes qui ne reflètent pas nécessairement les réalités auxquelles ils sont confrontés.

Contrairement à ce qui se passe en Amérique latine, la transmission du VIH dans les Caraïbes se produit dans une large mesure par la voie hétérosexuelle (près de deux tiers de tous les cas de SIDA à ce jour sont attribués à ce mode de transmission), bien que les rapports sexuels entre hommes, qui sont l'objet d'une stigmatisation importante et sont interdits par la loi dans certains pays, restent un aspect important – mais encore peu pris en compte – des épidémies. La trans-

\* 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.

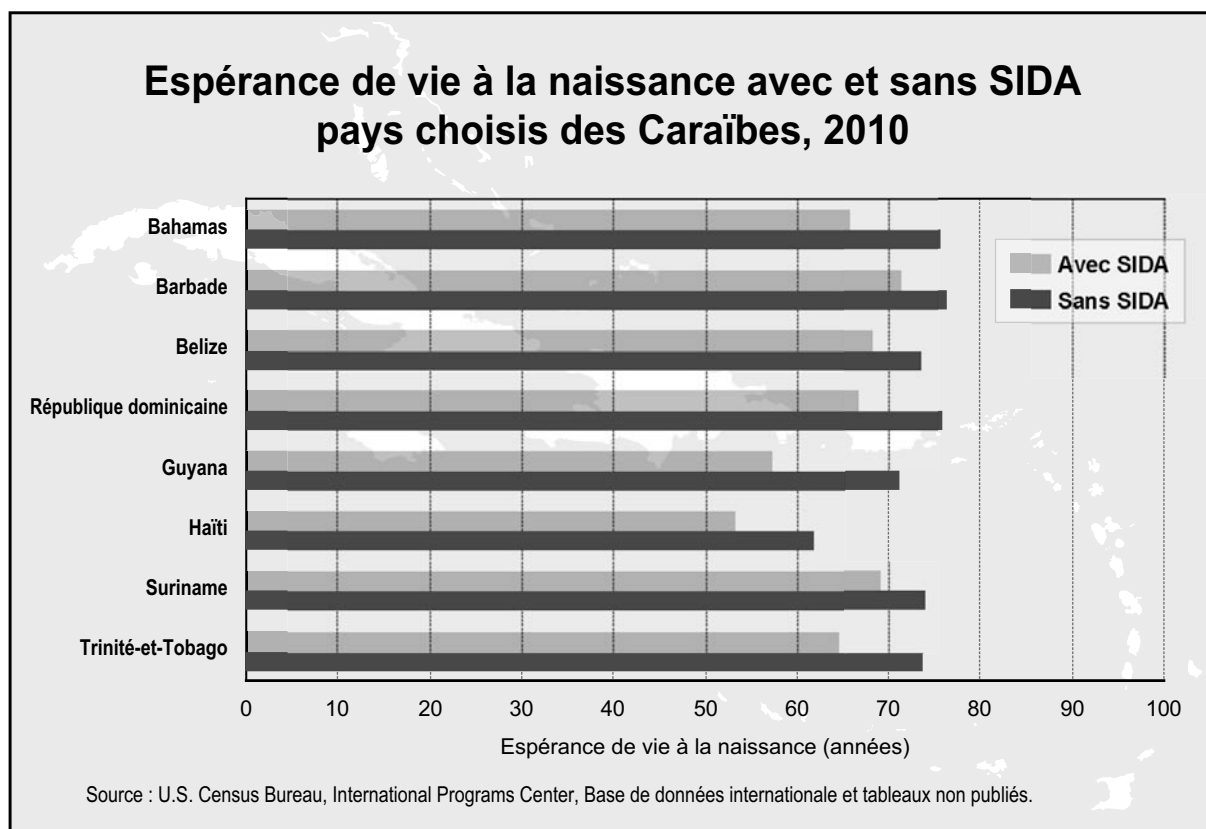


Figure 13

mission du VIH par la consommation de drogues injectables reste rare, à l'exception des **Bermudes**, où elle représente une part importante (43%) des cas de SIDA, et à **Porto Rico**, où plus de la moitié de toutes les infections en 2002 étaient associées à la consommation de drogues injectables et un quart environ à la transmission hétérosexuelle (Centre d'Epidémiologie des Caraïbes, 2003 ; ONUSIDA, 2004). Avec l'évolution de l'épidémie dans cette région, un nombre croissant de femmes sont affectées et le nombre des nouvelles infections à VIH parmi elles dépasse maintenant celui relevé chez les hommes. Les estimations les plus récentes suggèrent qu'il y a maintenant approximativement autant de femmes que d'hommes vivant avec le VIH dans cette région. Selon une enquête dans la population effectuée en 2002, les femmes de moins de 24 ans en **République dominicaine** avaient presque deux fois plus de risque d'être infectées par le VIH que leurs pairs masculins (MAP, 2003). En **Jamaïque**, les adolescentes ont un risque 2,5 fois plus élevé d'être infectées que les garçons du même groupe d'âge (10-19 ans) – phénomène partiellement dû au fait que certaines jeunes filles ont des relations sexuelles avec des hommes plus âgés, qui ont plus de chances d'être infectés par le VIH, tendance qui a également été documentée dans plusieurs autres pays.

**Haïti** continue de compter le nombre le plus élevé de personnes vivant avec le VIH dans les Caraïbes : environ 280 000 à fin 2003 (ONUSIDA, 2004). Les plus récentes études de surveillance sentinelle suggèrent une baisse de la prévalence du VIH. Les dernières données recueillies indiquent que la prévalence médiane du VIH parmi les femmes (15-49 ans) en consultations prénatales a passé de 4,5% en 1996 à 2,8% en 2003-2004 dans les sites notifiant régulièrement (Ministère de la Santé publique et de la Population et al., 2004). La prévalence du VIH parmi les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans semble avoir baissé dans la même proportion que celle des femmes de tous les âges au cours de la même période – de 3,6% à 2,8%. Une baisse dans le groupe d'âge le plus jeune est généralement considérée comme une indication d'une baisse de l'incidence. La baisse d'une ampleur analogue dans le groupe d'âge plus élevé n'est pas facile à expliquer. Le soutien accru apporté par les donateurs à la surveillance du VIH en Haïti en 2003-2004 pourrait avoir amélioré la qualité des données de surveillance, avec pour effet qu'il est difficile de comparer les données les plus récentes avec celles obtenues au cours des cycles précédents de surveillance. D'autres études associant les tendances des données de prévalence aux tendances des données comportementales sont nécessaires

pour définir les raisons de la baisse de la prévalence du VIH observée en Haïti.

Le cycle le plus récent de surveillance du VIH parmi les femmes enceintes montre une prévalence du VIH variant entre 1,8% et près de 7% dans les différentes régions d'**Haïti**. Les femmes plus pauvres et moins instruites ont davantage de risque d'être infectées par le VIH que leurs homologues plus aisées. Une récente surveillance comportementale a montré qu'une proportion importante de la population en grande partie jeune du pays (dont 60% environ ont moins de 24 ans) est sexuellement active et a des rapports sexuels non protégés. Une enquête de 2001 a révélé que près de la moitié des jeunes femmes (et plus de la moitié des hommes) affirmaient être devenus sexuellement actifs avant leur 18<sup>e</sup> anniversaire et 18% des adolescentes de 15 à 19 ans en zones urbaines avaient été enceintes au moins une fois. Bien que les connaissances générales sur le SIDA soient très répandues, les idées fausses concernant le virus continuent à circuler, en particulier parmi les femmes, ce qui montre que les efforts de prévention pourraient être considérablement élargis et améliorés.

services de dermato-vénérologie en 2002 semble confirmer des signes antérieurs de la fréquence des rapports sexuels non protégés ; près de 8% des hommes fréquentant ces services étaient séropositifs au VIH, comme l'étaient près de 5% des femmes (Ministère de la Santé, Jamaïque, 2003). A la fin des années 1990, une étude parmi les adolescents et les jeunes adultes de sexe masculin en Jamaïque avait révélé que 9% d'entre eux indiquaient avoir eu des symptômes d'infection sexuellement transmissible dans l'année écoulée, signe évident de rapports sexuels non protégés (Norman et Uche, 2002). Il n'y a pas de raison de penser aujourd'hui que ces schémas se soient réellement modifiés.

Par ailleurs, aux **Bahamas** comme à la **Barbade**, des signes montrent que les efforts de prévention renforcés depuis la fin des années 1990 pourraient pousser les taux d'infection à la baisse. Aux Bahamas (voir Figure 14), où on estime que 5000 personnes vivaient avec le VIH à fin 2003, la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes a chuté de 4,8% en 1993 et 3,6% en 1996 à 3% au cours du dernier cycle de surveillance du VIH en 2002. Une tendance à la baisse analogue des taux de VIH a été observée

### *Plusieurs pays dont les économies dépendent du tourisme figurent parmi les plus touchés par l'épidémie dans la région.*

La **Jamaïque**, où on estime que 22 000 [11 000-41 000] personnes vivaient avec le VIH à fin 2003, compte le deuxième plus grand nombre annuel de cas de SIDA et de décès dans la région, après Haïti (ONUSIDA, 2004). Si une poignée d'autres îles de la région semblent avoir fait quelques progrès contre l'épidémie en élargissant l'accès aux traitements antirétroviraux (voir ci-après), en Jamaïque 900 cas de SIDA au moins ont été notifiés chaque année depuis 1999 et la maladie a causé entre 590 et 690 décès par an au cours de la même période – soit plus du double des chiffres enregistrés tout juste quatre ans plus tôt (Centre d'Epidémiologie des Caraïbes, 2004). Le cycle de surveillance du VIH le plus récent indique que l'épidémie de VIH ne faiblit pas non plus. La prévalence du VIH parmi les femmes enceintes en consultations prénatales était de 1,4% à l'échelle nationale en 2002, mais montait à 2,7% et 1,9% dans les paroisses de St. James et de Kingston et St. Andrews respectivement. La forte prévalence du VIH relevée parmi les patients fréquentant les

parmi les patients des dispensaires de dermatovénérologie (Département de la Santé publique, Bahamas, 2004). La baisse du nombre annuel des cas de SIDA notifiés (de 320 en 2000 à 164 en 2003) et des décès dus au SIDA (272 en 2000 et 185 en 2003) est probablement le reflet de cette baisse régulière de la prévalence, ainsi que de l'élargissement de l'accès aux traitements antirétroviraux depuis la fin du siècle passé (Centre d'Epidémiologie des Caraïbes, OPS, OMS, 2003).

La **Barbade** connaît une épidémie moins importante, mais là aussi on observe une baisse des niveaux de VIH, les nouveaux diagnostics d'infection à VIH parmi les femmes enceintes ayant considérablement baissé entre 1999 et 2003, de 0,7% à 0,3% (Kumar et Singh, 2004). La transmission mère-enfant du VIH a également été abaissée depuis l'élargissement des services de conseil et de test volontaires et la fourniture de traitements antirétroviraux de prévention. Le taux de transmission mère-enfant a chuté de 69% entre septembre 2000 et décembre 2002 (St John et

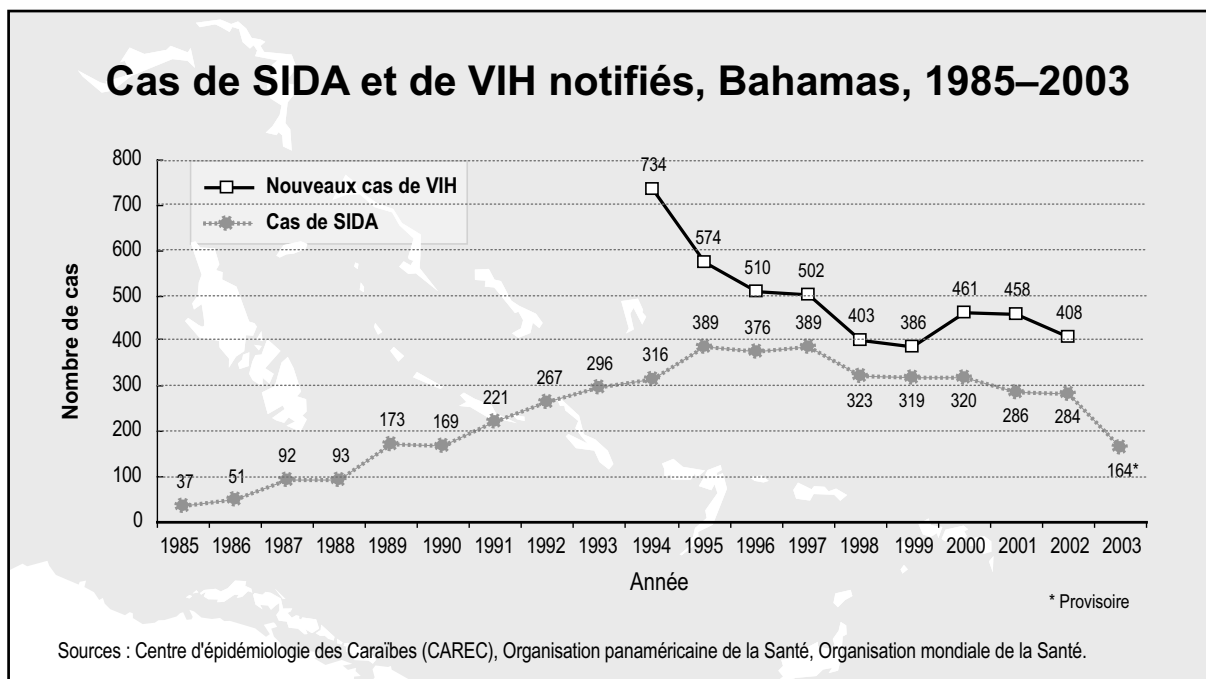


Figure 14

al., 2003). En outre, l'introduction en 2001 des traitements antirétroviraux pour les personnes vivant avec le VIH a inversé la tendance de la mortalité due au SIDA dans cette nation insulaire. Le nombre annuel des décès dus au SIDA est passé de 114 en 1998 à 50 en 2003, et les admissions hospitalières pour le traitement des infections opportunistes a chuté de 42% pendant la même période. Aux **Bermudes**, dans le même temps, le nombre de cas de SIDA a baissé de près de moitié (19 à 11) entre 2000 et 2002 (Centre d'Epidémiologie des Caraïbes, 2004 ; Centre d'Epidémiologie des Caraïbes, OPS, OMS, 2003).

produisent par la voie hétérosexuelle (Ministère de la Santé, Guyana, 2004). Une récente étude parmi les mineurs de la région amazonienne du pays a révélé une prévalence du VIH exceptionnellement élevée de 6,5%. Les mineurs, tous de jeunes hommes, partagent leur vie entre des périodes de travail de six à huit semaines et deux semaines de repos dans leurs foyers proches de la côte. Le risque que les mineurs infectés transmettent le VIH à leurs partenaires régulières à la maison ou à des partenaires occasionnelles proches de la mine est important (Palmer et al., 2002).

*Aux Bahamas et à la Barbade, des signes montrent que les efforts de prévention renforcés pourraient pousser les niveaux d'infection à la baisse.*

Avec un niveau estimé à 2,5% à fin 2003, le taux de prévalence du VIH au **Guyana** était le deuxième le plus élevé de la région. On a noté une augmentation importante du nombre de cas de VIH notifiés depuis la moitié des années 1990. Selon le Ministère de la Santé, les cas officiellement notifiés représentent probablement moins de la moitié du nombre réel de personnes vivant avec le VIH. De plus, moins d'un cinquième – dont la majorité est âgée de 20 à 34 ans – des personnes infectées par le VIH connaissent leur sérologie VIH. La plupart des infections se

La **République dominicaine**, qui partage l'île d'Hispaniola avec Haïti, reste confrontée à une grave épidémie, avec une prévalence du VIH parmi les femmes enceintes supérieure à 2% à l'échelle nationale. Dans la capitale Saint-Domingue, la prévalence du VIH chez les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans – qui donne un indice des niveaux des infections récentes – a passé de 3% en 1995 à moins de 1% en 2003 (ONUSIDA, 2004). Ceci pourrait être dû aux efforts de prévention destinés à encourager la population à adopter des comportements sexuels à

moindre risque. Toutefois, la même tendance ne se retrouve pas ailleurs dans le pays. Il est particulièrement préoccupant de noter la prévalence particulièrement élevée (4,9%) relevée parmi les ouvriers des exploitations sucrières (MAP, 2003).

**Cuba** est une exception dans la région avec une prévalence très faible du VIH, qui est peut-être due à une politique de mise en quarantaine des personnes infectées par le VIH appliquée comme mesure de prévention au cours des années 1980. Cuba a par la suite abandonné cette politique. Entre-temps, l'accès universel et gratuit à la thérapie antirétrovirale a maintenu très bas le nombre de cas de SIDA et de décès dus au SIDA. Bien qu'elle reste à petite échelle, l'épidémie de VIH dans le pays est maintenant en hausse. Une forte augmentation des nouveaux cas de VIH notifiés s'est produite depuis la fin des années 1990, le nombre annuel de nouveaux cas notifiés se multipliant presque par cinq entre 1995 et 2000. Pourtant, l'épidémie à Cuba reste limitée, par contraste avec la plus grande partie des Caraïbes. La plupart des

nouvelles infections se produisent lors de rapports sexuels entre hommes (Centre d'Epidémiologie des Caraïbes, 2003).

Le manque de bonnes données de surveillance du VIH dans la plupart des pays des Caraïbes entrave la conception et la réalisation de programmes de prévention potentiellement efficaces et sapera aussi certainement les efforts déployés pour élargir l'accès aux traitements antirétroviraux. Mais des défis sociaux, et pas seulement techniques, devront être relevés si les pays de cette région souhaitent maîtriser leurs épidémies. L'homophobie très répandue constitue le climat idéal pour la propagation du VIH en éloignant les hommes qui ont des rapports sexuels entre eux des circuits de l'information, des services et de la sécurité dont ils ont besoin pour se protéger eux-mêmes du VIH. En outre, les inégalités de statut social et économique entre femmes et hommes constituent une puissante dynamique dans des épidémies qui s'accroissent dans un contexte persistant de stigmatisation, d'idées fausses et de déni.

# ASIE

## Statistiques et caractéristiques du VIH et du SIDA, à fin 2002 et 2004

|      | Adultes et enfants vivant avec le VIH | Nombre de femmes vivant avec le VIH | Adultes et enfants nouvellement infectés par le VIH | Prévalence chez l'adulte (%) | Décès dus au SIDA chez les adultes et les enfants |
|------|---------------------------------------|-------------------------------------|---|------------------------------|---|
| 2004 | 8,2 millions<br>[5,4–11,8 millions]   | 2,3 millions<br>[1,5–3,3 millions]  | 1,2 million<br>[720 000–2,4 millions]               | 0,4<br>[0,3–0,6]             | 540 000<br>[350 000–810 000]                      |
| 2002 | 7,2 millions<br>[4,6–10,5 millions]   | 1,9 million<br>[1,2–2,8 millions]   | 1,1 million<br>[540 000–2,5 millions]               | 0,4<br>[0,2–0,5]             | 470 000<br>[300 000–690 000]                      |

*Une poignée de pays conservent de très faibles niveaux de prévalence du VIH, même parmi les populations qui courent de grands risques d'exposition au virus. Ces pays ont des chances sérieuses de prévenir de graves flambées.*

Le niveau national d'infection par le VIH en Asie est relativement bas par rapport à celui d'autres continents. L'importance de la population dans certains pays d'Asie est néanmoins telle que, malgré une faible prévalence nationale, un grand nombre de personnes y vivent avec le SIDA. Selon les dernières estimations, 8,2 millions de personnes [5,4 millions–11,8 millions] – dont 2,3 millions [1,5 million–3,3 millions] de femmes adultes – vivaient avec le VIH à la fin de 2004 et l'on comptait dans cette population 1,2 million [720 000–2,4 millions] de personnes infectées au cours de l'année précédente. Le SIDA a provoqué en 2004 quelque 540 000 décès [350 000–810 000]. Chez les jeunes de 15 à 24 ans, 0,3% des femmes [0,2–0,6%] et 0,4% des hommes [0,3–0,8%] vivaient avec le VIH fin 2004.

L'Asie n'est pas seulement vaste, elle est aussi d'une grande diversité que reflètent la nature, le cours et la gravité des épidémies de VIH sur le continent. On peut en gros distinguer plusieurs catégories de pays selon l'épidémie qui y sévit. Tandis que le **Cambodge**, le **Myanmar** et la **Thaïlande** ont été frappés tôt, d'autres pays ne sont qu'au début d'une épidémie qui se propage rapidement et doivent mettre en place une riposte rapide et efficace – il s'agit de l'**Indonésie**, du **Népal**, du **Viet Nam** et de plusieurs provinces de

la **Chine**. Au Myanmar et dans plusieurs régions de l'**Inde** et de la Chine, le VIH s'est solidement installé dans plusieurs catégories sociales malgré quelques efforts modestes pour en limiter la propagation. D'autres semblent conserver de très faibles niveaux de prévalence du VIH, même parmi les populations qui courent de grands risques d'exposition au virus ; ces pays ont des chances sérieuses de prévenir de graves flambées. Parmi ces pays on trouve le **Bangladesh**, le **Pakistan**, les **Philippines**, la **République démocratique du Timor-Leste** et la **République démocratique populaire lao** (MAP, 2004).

Du simple fait de leur taille, certains pays appartiennent simultanément à plusieurs de ces catégories. La Chine et l'Inde, par exemple, qui comptent 2,35 milliards d'habitants, connaissent plusieurs épidémies différentes dont certaines sont déjà très sérieuses.

### LA CHINE

Bien que se propageant à des rythmes divers, le VIH a déjà atteint les 31 provinces, régions autonomes et municipalités de la **Chine**. Dans certains endroits, le Hénan, l'Anhui et le Shandong, le virus s'est déjà propagé depuis une décennie parmi les populations rurales qui vendaient leur sang pour accroître



leurs revenus. Ailleurs et plus récemment, le virus s'est installé chez les consommateurs de drogues injectables et, dans une moindre mesure, chez les professionnel(les) du sexe et leur clientèle (Zang, Ma et Yia, 2004). La propagation actuelle du VIH en Chine est pour une grande part due à l'injection de drogues et au commerce du sexe. On a mesuré en 2002 une prévalence du VIH allant de 18% à 56% chez les consommateurs de drogues injectables dans six villes des provinces méridionales du Guangdong et du Guangxi. Dans la province du Yunnan, la prévalence dans cette même population était de 21% en 2003 (China National Center for AIDS/STD Control and Prevention, 2003). Il est certain que la transmission par voie sexuelle du VIH à partir des consommateurs de drogues injectables vers leurs partenaires sexuels sera une caractéristique marquante de l'épidémie à évolution rapide que connaît la Chine. Selon des études récentes, quelque 47% des consommatrices de drogues injectables interrogées dans la province du Sichuan et 21% dans la province voisine du Yunnan déclaraient avoir eu, au cours du mois précédent, des rapports sexuels en échange d'argent ou de drogue. Les rapports indiquent un usage très fréquent de préservatifs, sans que telle soit toujours la norme. Une fois le VIH solidement installé dans les circuits du commerce sexuel, sa propagation pourrait être très rapide si les tendances comportementales actuelles persistent. En 2003, près d'un quart des professionnel(les) du sexe enquêté(e)s dans le Guangxi n'utilisaient jamais de préservatif et près de la moitié n'y recouraient qu'occasionnellement (China National Center for AIDS/STD

ou femmes, ne pouvaient nommer aucune façon de se protéger du virus (Shengli, Shikun et Westley, 2004). Dans la province du Sichuan, plus d'un tiers des professionnel(les) du sexe ne savaient pas que le préservatif offrait une protection efficace contre le VIH (le pourcentage était le même pour leur clientèle). Il semble que peu de maisons closes aient en Chine une politique concernant le préservatif analogue à celle qui a aidé le Cambodge et la Thaïlande à tenir leurs épidémies sous contrôle ; un plus petit nombre encore proposent des préservatifs sur place (MAP, 2004). La Chine peut encore agir sur l'évolution de l'épidémie mais cela demande qu'elle le fasse rapidement et résolument

## L'INDE

---

En **Inde** les épidémies sont encore plus variées qu'en Chine. Selon les dernières estimations, 5,1 millions de personnes [2,5–8,5 millions] vivaient avec le VIH en Inde en 2003. De sérieuses épidémies se développent dans plusieurs Etats. Au Tamil Nadu, on a noté une prévalence de 50% chez les professionnel(les) du sexe et dans l'Andhra Pradesh, le Karnataka, le Maharashtra et le Nagaland, la prévalence du VIH chez les femmes enceintes a dépassé 1%. Dans le même temps au Manipur, une épidémie a sévi plus de 10 ans chez les consommateurs de drogues injectables puis a sérieusement atteint la population dans son ensemble (ONUSIDA/OMS, 2003). La prévalence du VIH observée dans les consultations prénatales des villes d'Imphal et de Churachand est passée de

### *Si la Chine veut agir sur l'évolution de son épidémie, cela demande qu'elle le fasse rapidement et résolument.*

Control and Prevention, 2003). Au Sichuan, selon une étude de 2002, seuls 40% de cette même population déclaraient avoir utilisé un préservatif avec tous leurs clients. On sait peu de choses du rôle que peuvent jouer les rapports sexuels entre hommes dans l'épidémie chinoise. Une des rares études menées auprès des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (en 2001-2002 à Beijing) indique que 3% d'entre eux étaient séropositifs – presque tous ignoraient leur statut sérologique (Choi et al., 2003).

Certains indices montrent que les efforts pour mieux faire connaître au public ce qu'est le VIH portent leurs fruits mais il reste beaucoup à faire. Une étude a montré qu'en 2003 deux Chinois sur cinq, hommes

moins de 1% à plus de 5% et il s'est avéré que bien des femmes dont le test était positif avaient pour partenaires sexuels des consommateurs de drogues injectables. Plusieurs facteurs vont sans doute aggraver l'épidémie au Manipur, et notamment la forte proportion (environ 20%) de consommatrices de drogues chez les professionnelles du sexe et le jeune âge de bien des consommateurs de drogues – 40% des consommateurs interrogés lors d'une étude en 2002 avaient moins de 25 ans (MAP, 2004).

Certains signes indiquent que l'injection de drogues joue un rôle plus important qu'on ne le pensait dans les épidémies indiennes. La plupart des sites de surveillance des consommateurs de drogues injecta-

bles se situent dans les Etats du Nord où l'injection est une pratique courante mais d'autres régions du pays ont recueilli des données tout aussi inquiétantes. Ainsi dans la ville de Chennai dans le sud, par exemple, 26% des consommateurs de drogues injectables étaient déjà infectés par le VIH lorsqu'un site sentinelle y a été créé en 2000 ; en 2003 ce pourcentage atteignait 64%. Dans la plupart des villes où les consommateurs de drogues injectables ont été étudiés, au moins un quart d'entre eux – et 46% à Chennai – déclaraient vivre avec une épouse ou une partenaire régulière (MAP, 2004). Ce fait a sans doute contribué au taux de prévalence du VIH chez les femmes enceintes à

Chennai, qui compte parmi les plus élevés du pays. Il est probable que parmi ces femmes bon nombre ont été infectées par un partenaire consommateur de drogues injectables.

Comme le Manipur, le Maharashtra, le Tamil Nadu et l'Andhra Pradesh connaissent de longue date des épidémies de VIH mais celles-ci sont principalement dues au commerce du sexe. Les données disponibles indiquent que les efforts de prévention dans certains de ces Etats ont peu freiné la propagation de l'épidémie. La surveillance sentinelle n'a révélé aucune baisse significative de la prévalence du VIH chez les profes-

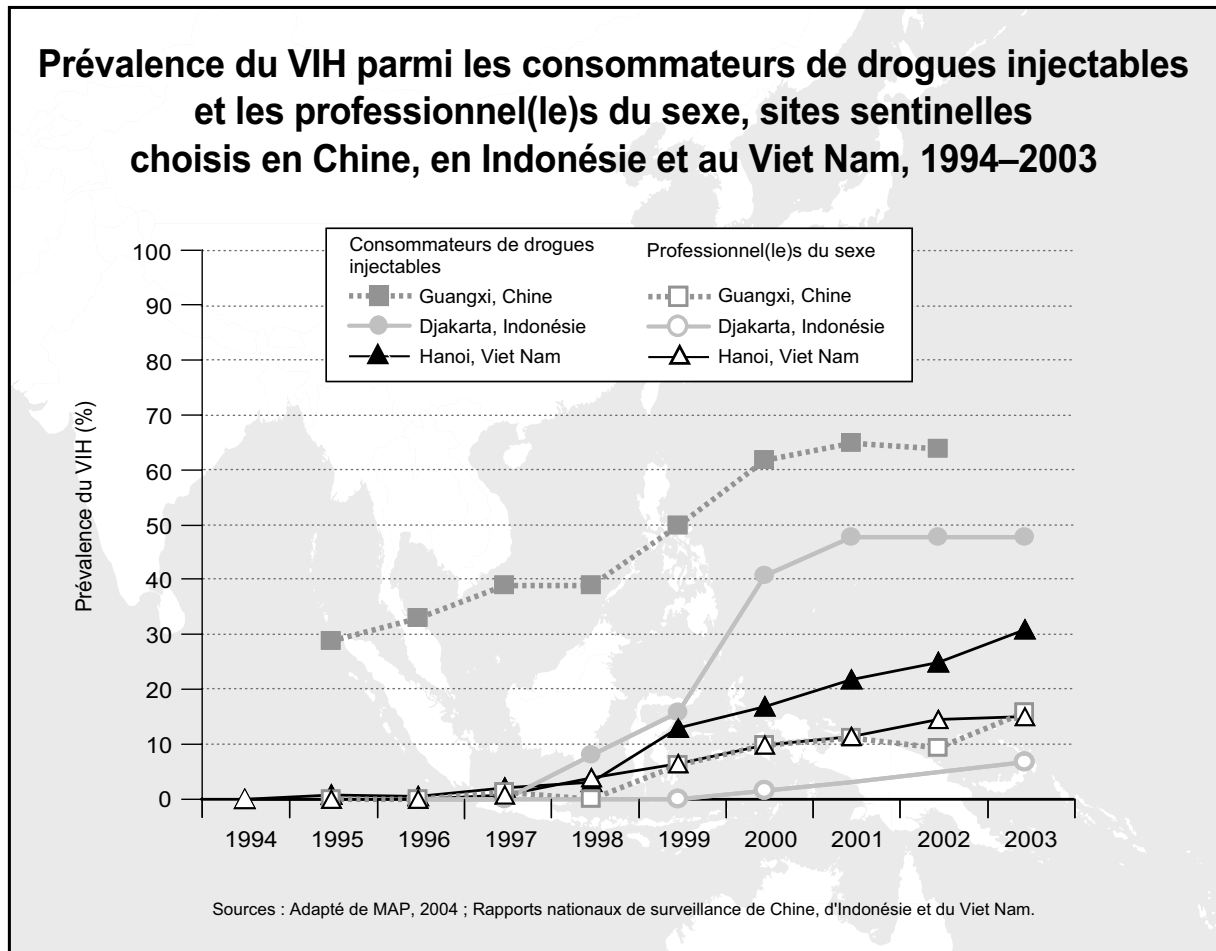
## Réduire les risques est efficace

Toutes les données scientifiques concordent sur ce point : les programmes qui comportent un traitement de substitution aux opiacés, augmentent l'accès à des aiguilles stériles et fournissent d'autres moyens de prévention réduisent le nombre des nouvelles infections chez les consommateurs de drogues. L'examen récent de plus de 400 rapports de surveillance et d'articles scientifiques montre qu'aucune donnée n'étaye l'idée que les services de prévention auprès des consommateurs de drogues – y compris la fourniture d'aiguilles stériles – se traduisent par une augmentation du nombre de ces consommateurs (MAP, 2004). Cette étude montre que les pays qui assurent la promotion de pratiques d'injection plus sûres (y compris l'accès à des aiguilles stériles) réussissent à promouvoir des comportements moins risqués. De tels programmes viennent en aide à des groupes défavorisés de jeunes consommateurs de drogues injectables et offrent une gamme de services de prévention et de soins de santé primaires. Ces programmes de prévention du VIH destinés aux consommateurs de drogues injectables complètent divers autres efforts pour lutter contre la consommation de drogues chez les jeunes, les programmes de réduction de la demande. L'ensemble de ces programmes poursuit ainsi plusieurs objectifs – notamment de dissuader les individus de faire quelque usage que ce soit de la drogue, de s'en injecter ou d'utiliser des aiguilles ou des seringues non stériles.

La preuve la plus éclatante que des programmes d'échange de seringues à grande échelle peuvent réduire les risques chez les personnes qui s'injectent des drogues vient du **Bangladesh** où il a été montré que ces programmes favorisent un comportement sexuel sain et des injections plus sûres, réduisant de ce fait les risques de transmission du VIH. Un lien très net a été établi entre la participation aux programmes d'échange de seringues et la diminution de l'usage de matériel contaminé. En outre, les consommateurs de drogues qui participent au programme ont un risque bien moindre de présenter des symptômes d'une infection sexuelle survenue au cours de l'année écoulée que les non-participants. Cela montre clairement que les programmes pour une injection plus sûre mettent les personnes en contact avec toute une gamme de services de prévention qui diminuent les risques dus tant au sexe qu'à l'injection de drogues. La condition du succès est la couverture la plus large possible du public visé. Dans une autre ville du Bangladesh, un projet similaire qui n'a atteint que la moitié des consommateurs de drogues a eu un impact bien moindre.

Etant donné que les épidémies de SIDA ignorent les frontières nationales, des efforts conjoints comme le programme transfrontalier mis en place depuis 2002 par la **Chine** et le **Viet Nam** sont intéressants. Des travailleurs de proximité collectent les seringues usagées, qui seront jetées, et distribuent des bons qui permettent d'acheter des aiguilles neuves dans les pharmacies participant au programme. Celui-ci a vu le jour lorsqu'on a compris que les épidémies chez les consommateurs de drogues injectables de la province du Guangxi en Chine et des provinces de Quang Ninh et Langson au Viet Nam étaient étroitement liées (on y retrouvait la même variante (HIV-1 sous-type CRF01\_AE) du VIH parce que ces provinces étaient traversées par une route du trafic de drogue du Triangle d'Or (Yu et al., 1999 ; Kato et al., 2001). Le programme fait suite à un essai qui s'est traduit en un mois par une chute de 61% à 30% de l'usage de matériel contaminé chez les consommateurs de drogues injectables au Guangxi (China National Center for AIDS/STD Control and Prevention, 2004). Le même type de programmes a également entraîné une chute spectaculaire de l'usage de seringues non stériles chez les consommateurs de la province du Sichuan. Le nombre de cas signalés de réutilisation de seringues contaminées lors de la dernière injection y est passé de 30% à 17% chez les hommes consommateurs de drogues en 2002-2003 et au cours de la même année de 24% à 15% chez les consommatrices (MAP, 2004)

Figure 15



sionnelles du sexe de Mumbai, par exemple, malgré la mise en place à leur intention, il y a plus de 10 ans, de programmes pour des rapports sexuels à moindre risque. Mais ces programmes ont sans doute été trop clairsemés ou trop brefs pour atteindre une proportion

Comme ailleurs dans la région, on sait peu de chose du rôle joué par les rapports sexuels entre hommes dans les épidémies indiennes. Ce qui est certain, c'est que bien des hommes en Inde ont des rapports sexuels avec des hommes. Dans une étude sur les

*Dans certaines régions de l'Inde, du Myanmar et de la Chine, des efforts de prévention inadéquats ont permis au VIH de se transmettre des individus aux comportements les plus risqués à leurs partenaires sexuels réguliers.*

des professionnelles du sexe suffisante et avoir un impact. Dans certains de ces Etats, la prévalence du VIH a augmenté chez les femmes enceintes vraisemblablement parce que les clients du commerce sexuel ont infecté leurs partenaires régulières. Heureusement, l'Inde a enregistré quelques succès dus à la prévention, comme la baisse des rapports occasionnels non protégés dans l'Etat méridional du Tamil Nadu. En 1996, 14% des chauffeurs routiers déclaraient avoir eu récemment des rapports non protégés avec un(e) professionnel(le) du sexe. En 2002, après la mise en place de programmes concertés de prévention, ils n'étaient plus que 2% (AIDS Prevention and Control Project, 2003).

ménages dans un quartier pauvre de Chennai, 6% des hommes disaient avoir eu des rapports sexuels avec des hommes. Ces hommes couraient un risque huit fois plus élevé que les autres hommes de la population d'être infectés par le VIH et 60 fois plus d'avoir d'autres infections sexuellement transmissibles. Une forte proportion d'hommes ayant des rapports avec des hommes déclaraient avoir également des rapports avec des femmes (Go et al., 2004). Une enquête dans les ménages réalisée en Inde, par exemple, montre que 57% des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes étaient mariés (NACO, 2002).

## Comportements à haut risque et sérieuses augmentations de l'infection à VIH

La prévalence du VIH est en train d'augmenter rapidement en plusieurs endroits où elle était restée faible pendant plusieurs années. Ces augmentations sont particulièrement marquées chez les personnes que leur comportement expose à des risques d'in-

plusieurs millions le nombre de nouvelles infections. Ces pays sont à la croisée des chemins et doivent sans tarder lancer des ripostes vigoureuses.

Dans un archipel aussi vaste que l'**Indonésie**, où la recherche a révélé de larges possibilités de transmission du VIH, l'épidémie présentera des structures diverses. Le comportement à risque est très fréquent en Indonésie chez les consommateurs de drogues

*A Djakarta, parmi les consommateurs de drogues injectables, une personne sur deux présente maintenant un test positif pour le VIH, alors que dans des villes comme Pontianak 70% des personnes qui s'injectent des drogues sont séropositives.*

fection élevés – consommateurs de drogues injectables, professionnel(le)s du sexe et leur clientèle et hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Des hausses récentes du niveau d'infection chez les consommateurs de drogues en **Indonésie**, au **Népal**, au **Viet Nam** et dans certaines régions de **Chine** semblent avoir entraîné des augmentations des infections à VIH chez des personnes non consommatrices de drogues mais ayant des comportements sexuels risqués, donnant un 'coup de démarreur' à des épidémies plus importantes comme on le voit dans la Figure 15. Etant donné l'importance numérique de la population de ces pays, une propagation continue du VIH chez les personnes qui ont des comportements à risque et chez leurs partenaires fera croître de

injectables. Une étude récente dans trois villes a montré que 88% de ce groupe avaient utilisé des aiguilles ou des seringues non stériles au cours de la semaine précédente et que moins du tiers d'entre eux savaient qu'ils couraient ce faisant le risque d'être infectés par le VIH (Pisani et al., 2003). Lorsque des consommateurs de drogues injectables font le test du VIH, on note un taux très élevé d'infection. Dans la capitale indonésienne, Djakarta, une personne sur deux présente maintenant un test positif au sein de cette population et dans des villes éloignées comme Pontianak (dans l'ouest du Kalimantan sur l'île de Bornéo), plus de 70% des consommateurs de drogues demandant un test découvrent leur séropositivité (MAP, 2004).

### Le VIH derrière les barreaux

Les prisons jouent un rôle grandissant dans l'épidémie émergente d'**Indonésie**. Dans les prisons de Djakarta, la prévalence du VIH a commencé à augmenter en 1999, soit deux ans après qu'elle s'est déclarée chez les consommateurs de drogues injectables, pour atteindre 25% en 2002. Une partie de cette augmentation indique que les consommateurs de drogues injectables avaient été vraisemblablement infectés avant leur mise en détention. Mais il est néanmoins avéré que la transmission du VIH s'opère également à l'intérieur des prisons. Les données de la surveillance dans une prison de l'ouest de Java ont montré une prévalence du VIH montant en flèche de 1% en 1999 à 21% puis 'chutant' en 2002 à 5%. Cette baisse en 2002 n'était qu'une illusion due au fait que seuls les nouveaux entrants subissaient un test de dépistage du VIH. Lorsqu'un échantillon aléatoire a de nouveau été testé en 2003, la prévalence mesurée a été de 21%. Cet écart suggère que la transmission du VIH s'opère bien en prison, soit par l'emploi de seringues contaminées soit par des rapports sexuels anaux entre détenus (MAP, 2004 ; données de la surveillance nationale en Indonésie).

Il y a là une chance énorme d'installer une prévention efficace. Contrairement à leurs semblables hors des murs de la prison, les consommateurs de drogues injectables en détention ne constituent pas une population difficile à atteindre. Des programmes de prévention du VIH s'imposent dans les prisons, renforcés à l'approche de la sortie de détention. Les prisons peuvent fournir un point d'entrée à la fois aux traitements antirétroviraux et aux traitements de substitution de la drogue. Un système de relais entre les prisons et les services extérieurs peut aider à dispenser les services essentiels de santé, de prévention et de soins à des personnes qu'il serait bien difficile d'atteindre dans leur communauté après leur sortie.

Certaines conditions favorisent également la propagation du VIH par le commerce sexuel. Dans sept villes d'Indonésie, 42% en moyenne des professionnel(le)s du sexe souffraient en 2003 de gonorrhée ou d'infection à Chlamydia, voire des deux. L'emploi du préservatif est rare, au mieux irrégulier. En 2002 moins d'une personne sur cinq parmi les professionnel(le)s du sexe travaillant hors des salons de massage ou des discothèques déclaraient utiliser régulièrement le préservatif (MAP, 2004). Parmi ceux et celles qui

travaillent dans des maisons closes (groupe sur lequel l'intervention devrait être plus facile), le taux d'emploi du préservatif avec l'ensemble de la clientèle au cours de la semaine écoulée ne dépassait pas un maigre 4% (MAP, 2004). La situation est encore plus inquiétante dans certains endroits de la province la plus orientale (Papua), où la prévalence du VIH atteignait par exemple 17% à Sorong en 2003, soit cinq fois plus que la moyenne nationale dans la population des professionnel(le)s du sexe. Il a des signes indiscu-

## Un job à risque

La majorité des nouvelles infections en Asie est due à l'achat par les hommes de relations sexuelles – et ils sont nombreux à le faire : de 5% à 10% des hommes selon des enquêtes sur les ménages conduites dans plusieurs pays d'Asie. Le commerce du sexe est sur ce continent une industrie prospère et fort lucrative. Beaucoup de professionnel(le)s du sexe – surtout de très jeunes femmes des zones rurales – s'y engagent sous la contrainte ou faute de trouver un emploi. Des études sur les professionnel(le)s du sexe en **Chine** ont montré qu'en particulier les jeunes filles sans instruction des zones rurales faisaient commerce de leur corps parce qu'elles ne trouvaient pas d'autre travail. D'autres optent pour ce commerce plutôt que pour un emploi pénible et mal payé. Au **Viet Nam**, les professionnel(le)s du sexe disent gagner jusqu'à sept fois le revenu moyen dans leur région et au **Népal** six fois le salaire moyen, soit environ 2200 roupies ou 30 dollars par semaine (MAP, 2004).

La plupart des femmes qui n'ont pas utilisé de préservatifs avec leur dernier client, là même où ils sont disponibles, disent que c'est à cause du refus du client. Comme les hommes sont prêts à payer davantage pour ne pas utiliser de préservatif, il est difficile pour les femmes d'en négocier l'emploi. En **Inde**, un quart des professionnelles du sexe de la rue disent que lorsqu'un client refuse le préservatif, elles augmentent simplement leur prix et poursuivent leur activité. Dans la province du Yunnan en Chine, ces femmes disent gagner jusqu'à 60% de plus pour des relations sans préservatif et en **Indonésie** 20% de plus. En outre, certains clients sont menaçants, voire violents, lorsqu'une professionnelle insiste pour avoir recours au préservatif.

Et qui sont les clients ? Dans le sud du Viet Nam, les professionnelles du sexe disent que plus d'un tiers sont des hommes d'affaires ou des employés de bureau tandis que dans cinq provinces septentrionales la moitié des clients seraient des fonctionnaires du gouvernement. Pour les professionnelles du sexe d'Indonésie, de la **République démocratique populaire lao** et du **Pakistan**, leurs clients les plus assidus sont également des fonctionnaires et des hommes d'affaires ; en **Inde** ces mêmes catégories constituent plus d'un quart de la clientèle. Or ces hommes sont souvent mariés ou engagés dans une relation régulière. Lorsqu'ils ont des rapports non protégés avec des professionnelles du sexe ils risquent non seulement d'être eux-mêmes contaminés par le VIH mais également de le transmettre à leur épouse ou amie. En effet, dans une étude conduite dans la ville de Guangzhou au sud de la Chine, quelque 72% des femmes atteintes d'une maladie sexuellement transmissible ont déclaré n'avoir eu de rapports sexuels dans les six mois précédents qu'avec leur mari ou leur partenaire régulier – ce qui montre bien que c'est le comportement de leur partenaire et non le leur qui les a mises en danger. Ces faits reflètent de profondes inégalités sociales et surtout la disparité de pouvoir social entre hommes et femmes, ainsi que les bien maigres opportunités qu'ont les femmes en matière de travail rémunéré et de carrière dans la plupart des pays d'Asie (et dans le monde). Des efforts de prévention qui ne prennent pas en compte cette dimension ne connaîtront tout au plus qu'un succès de brève durée.

Mais, il ne faut pas l'oublier, il n'y a pas que des femmes parmi les personnes qui font du sexe leur profession. En Asie, les hommes paient également pour avoir des rapports avec des hommes ou des transsexuels. Chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, 48% à Lahore (au Pakistan) et 20% à Sichuan (en **Chine**), disent avoir payé pour avoir des rapports sexuels au cours des six mois écoulés. Plus d'un tiers des hommes ayant des rapports avec des hommes dans cinq villes de l'Inde ont déclaré en 2002 avoir payé ou vendu des relations sexuelles au cours du mois précédent. Une étude conduite à Chennai en **Inde** a montré qu'un sur cinq parmi les hommes ayant des rapports avec des hommes avaient donné ou reçu de l'argent en échange de relations sexuelles (Go et al., 2004). Le taux élevé d'échanges sexuels tarifés rapporté par ces études ne représente pas les habitudes de tous les hommes ayant des rapports entre eux mais rappelle l'existence de cette population d'hommes faisant commerce du sexe et qui courent de grands risques d'infection par le VIH. Une étude à Bangkok révèle ainsi que 32% des hommes professionnels du sexe étaient infectés par le VIH.

tables que le virus gagne du terrain en dehors de cette population et de sa clientèle. Une enquête sérologique auprès des adultes de cinq villages a trouvé un taux de séropositivité d'environ 1% (MAP, 2004). Des enquêtes sur les ménages auprès de jeunes hommes et femmes de Jayapura et Merauke montrent que ceux-ci déclarent un bien moindre usage de drogues mais

stérile lors de leur dernière injection que les injecteurs plus âgés (MAP, 2004). L'épidémie du Népal met également en lumière le lien qui peut exister entre infection à VIH et mobilité. De jeunes consommateurs de drogues injectables de villes ayant une faible prévalence mais qui s'étaient injecté de la drogue en d'autres localités couraient deux à quatre fois plus

### *En Asie, la plupart des nouvelles infections sont dues à l'achat par les hommes de relations sexuelles – et ils sont nombreux à le faire.*

une plus grande activité sexuelle que ceux des autres régions d'Indonésie. Les données ne permettent pas de tirer des conclusions mais amènent à penser que certains réseaux d'activités sexuelles pourraient favoriser une propagation dynamique du VIH dans la population générale de la province (Indonesia Central Bureau of Statistics et MACRO International, 2004).

Au **Népal** aussi, l'injection non stérile de drogues est à l'origine de l'épidémie. L'emploi de matériel d'injection non stérile est très fréquent et il est responsable de taux de prévalence allant en 2002 dans le pays de 22% à 68% chez les hommes consommateurs de drogues injectables, dont beaucoup ont moins de 25 ans. Les plus jeunes semblent déclarer davantage de pratiques à risque dans certaines parties du Népal ; dans l'est, par exemple, les jeunes consommateurs de moins de 25 ans avaient trois fois plus de chances de déclarer avoir utilisé du matériel d'injection non

de risque d'être infectés par le VIH que les autres consommateurs demeurés dans leur ville natale. La moitié des professionnel(le)s du sexe examiné(e)s dans le centre du Népal et qui disaient avoir travaillé à Mumbai (Inde) était séropositif(ve), à comparer avec le pourcentage de 1,2 % observé chez celles et ceux qui n'étaient jamais allé(e)s en Inde.

L'injection très répandue de drogues chez les professionnel(le)s du sexe au **Viet Nam** y rend l'épidémie particulièrement explosive. A Hô Chi Minh-Ville, 38% de quelque 1000 professionnel(le)s du sexe objets d'une étude s'injectaient de la drogue et 49% étaient infecté(e)s par le VIH (alors que ce taux était de 8% chez les non-consommateurs de drogues). Dans le port septentrional de Haiphong, près de 40% des professionnel(le)s du sexe déclaraient s'injecter de la drogue alors que dans la capitale Hanoi, cette proportion n'était que d'un(e) sur six. Selon une autre étude

#### **Quel terme employer ?**

Dans la perspective de la prévention du VIH, la définition du 'commerce sexuel', du 'travail du sexe' ou de la 'prostitution' a d'importantes implications quant à la politique à suivre et à l'élaboration des programmes. Aujourd'hui, aucun terme ne recouvre toutes les transactions en matière de sexe que l'on observe de par le monde. Le 'commerce du sexe' ou 'travail du sexe' semble en tout cas prospérer dans des situations de grandes disparités socioéconomiques. Même alors, il peut prendre des formes très diverses. Il peut être 'formel ou direct' et s'exercer dans des établissements tels que bordel, sauna ou salon de massage ou 'informel ou indirect' et se pratiquer dans les bars, les restaurants, les relais routiers, les stations de taxis ou dans la rue. La transaction peut être ouvertement commerciale – relations sexuelles à tarif fixe – ou être plus opaques – l'activité sexuelle est rémunérée par des cadeaux, des faveurs, par exemple. Nombreux sont les chemins qui conduisent des femmes et des filles (ou des garçons ou des hommes) au commerce du sexe. Beaucoup, surtout les très jeunes, font l'objet d'un trafic et sont réduits en esclavage dans l'industrie du sexe. Ce trafic porterait chaque année sur des centaines de milliers de personnes, y compris femmes et enfants. La nécessité économique – pour eux-mêmes et souvent pour leur famille – en contraint bien d'autres à s'engager temporairement ou durablement dans cette voie. Dans certains endroits, d'autres encore optent pour ce commerce du sexe de façon saisonnière, lorsque les revenus manquent, dans les activités agricoles par exemple ou pour échapper à un emploi pénible et mal payé. Toutes ces femmes (et ces garçons) ne se considèrent pas comme 'prostitué(e)s' ou 'professionnel(le)s du sexe', surtout lorsque la rémunération prend la forme de cadeaux ou de faveurs. Il n'y a pas toujours de distinction claire entre ces variantes du 'commerce sexuel' et il n'est pas facile de trouver le terme juste dans chaque cas. L'expression 'travail sexuel' peut laisser entendre que les personnes qui s'y emploient agissent en partie de leur propre gré. Mais il ne recouvre cependant pas les circonstances de trafic, de mise en esclavage ou de coercition pure et simple.

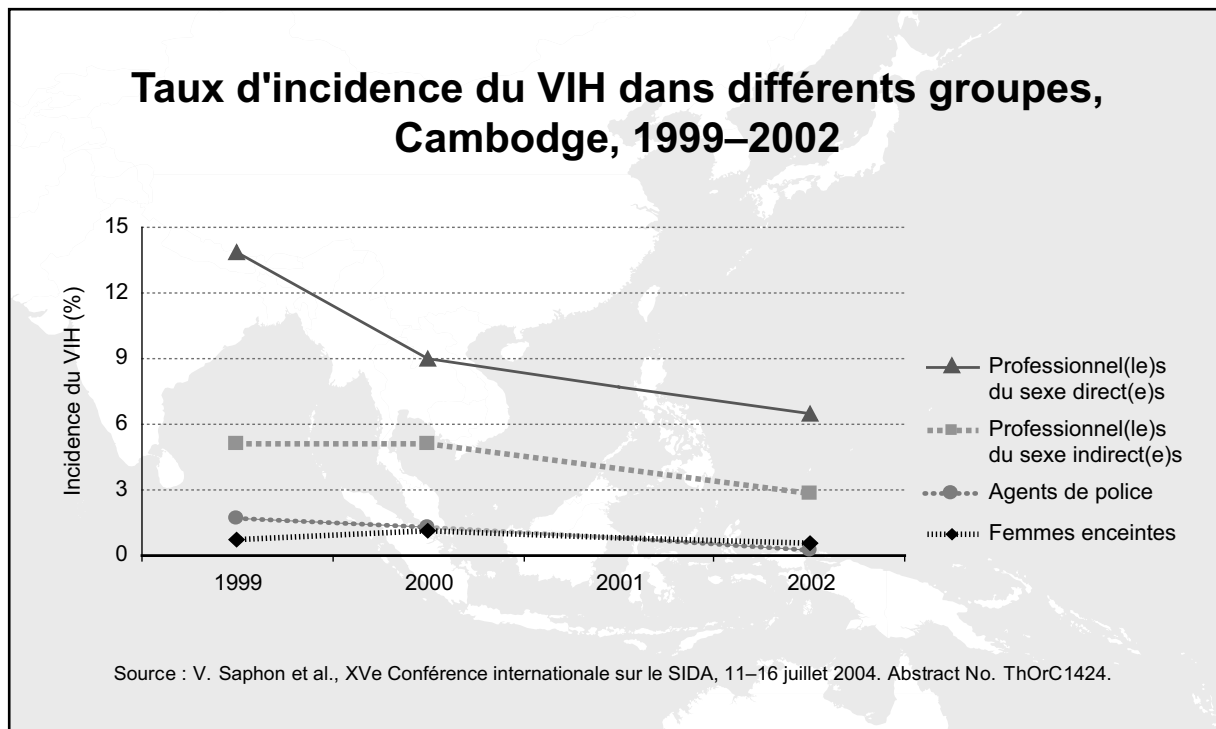


Figure 16

réalisée à Hô Chi Minh-Ville, il a y a deux fois moins de chance qu'un(e) professionnel(le) du sexe qui se drogue utilise un préservatif que celui ou celle qui ne se drogue pas. Ces tendances expliquent probablement en grande partie la montée en flèche de la prévalence de l'infection à VIH observée dans plusieurs villes du Viet Nam où il semble à l'heure actuelle que le virus se propage librement chez les groupes particulièrement exposés. Chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, une étude a observé en 2003 un taux de prévalence de 8% pour l'infection à VIH à Hô Chi Minh-Ville.

### Forte prévalence et propagation du VIH dans l'ensemble de la population

Dans plusieurs régions, y compris des régions de l'**Inde**, du **Myanmar** et du sud-ouest de la **Chine**, le VIH s'est solidement installé chez des personnes ayant couru de grands risques d'infection pendant plusieurs années. Des efforts de prévention inadéquats ont permis au virus de se transmettre des personnes ayant les comportements les plus risqués (tels qu'utilisateurs de matériel d'injection contaminé ou personnes ayant des rapports non protégés avec des

### Loin des yeux, loin du cœur?

La stigmatisation généralisée des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes fait que peu de systèmes asiatiques de surveillance recueillent des informations sur leur statut sérologique. Si, comme c'est le cas pour les professionnelles du sexe et les consommateurs de drogues injectables, les données sur ce groupe sont limitées, leur accès à la prévention l'est sans doute également.

Des recherches récentes ont commencé à lever le voile sur ce sujet. Dans plusieurs pays (y compris le **Bangladesh**, l'**Inde** et les **Philippines**) la proportion d'homme qui, lors d'enquêtes sur les ménages, disent avoir eu récemment des relations sexuelles avec des hommes, se situe entre 5% et 10%. Des études ad hoc ont trouvé des taux très élevés d'infection à VIH : 14% dans une zone populaire de Phnom Penh au **Cambodge** où les hommes cherchent à l'occasion un partenaire sexuel masculin ; 17% dans une communauté de Bangkok en **Thaïlande** et 22% dans une étude portant à Djakarta, en **Indonésie**, sur les hommes ayant des relations avec des hommes (MAP, 2004 ; van Griensven et al., 2004). Ces résultats représentent des valeurs extrêmes sur l'éventail des risques et ne doivent pas être généralisés à toute cette population. Ils constituent néanmoins un signal d'alarme invitant les pays d'Asie à ne pas négliger cette population dans leurs programmes de prévention. Non seulement les hommes ayant des rapports non protégés avec des hommes risquent de s'infecter mutuellement, mais la plupart d'entre eux ont également des relations avec des femmes (qui, elles, ignorent l'existence des autres partenaires). Selon une étude réalisée au centre de la Thaïlande, un homme sur trois parmi ceux qui ont des relations entre hommes fréquentent également des professionnelles du sexe et près de la moitié a des partenaires féminines occasionnelles. La surveillance comportementale dans cinq villes indiennes a observé que 27% des hommes ayant des relations entre hommes étaient mariés ou avaient une partenaire régulière (NACO, 2002).

## Prévalence du VIH dans des populations à risque, divers pays d'Asie, 2001–2003

|   | Bangladesh 2002 | Timor oriental 2003 | Mongolie 2003 | RDP lao 2001 | Pakistan 2003 | Philippines 2003 | Sri Lanka 2004 |
|---|-----------------|---------------------|---------------|--------------|---------------|------------------|----------------|
| Professionnelles du sexe                          | 0–0,1%          | 0%                  | 0             | 0–1,1%       | 0             | <1%              | 0–0,2%         |
| Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes | 0–0,2%          | 0,9%                | —             | —            | —             | 0                | —              |
| Hommes à haut risque*                             | 0               | 0                   | 0             | 0            | —             | 0                | 0              |
| Clients des dispensaires IST                      | 0               | —                   | 0             | —            | —             | —                | 0–1%           |
| Consommateurs de drogues injectables              | 0–4%            | —                   | —             | —            | 0             | 0                | —              |

\* Bangladesh : chauffeurs routiers, bateliers, compagnons des professionnelles du sexe. Timor-Leste : chauffeurs de taxi et soldats. Laos : chauffeurs routiers. Philippines : recrues de l'armée. Sri Lanka : employés des transports et soldats.

Sources : Lao People's Democratic Republic National Committee for the Control of AIDS Bureau, 2001 ; Department of Health, Philippines, 2002 et rapports nationaux de surveillance ; Bangladesh National AIDS/STD programme, 2003 ; Pisani and Dili STI survey team, 2004.

Figure 17

professionnel(le)s du sexe) à leurs partenaires sexuels réguliers, ce qui explique les niveaux croissants d'infection chez les femmes déclarant n'avoir qu'un seul partenaire sexuel. Le **Myanmar**, qui connaît l'une des plus graves épidémies d'Asie, en est un exemple. La situation varie d'un bout à l'autre du pays, mais dans plusieurs endroits le VIH s'est déjà établi dans les populations à faible risque. En 2003, 12 des 29 sites sentinelles pour femmes enceintes enregistraient des taux de prévalence dépassant 2%. A Pyay 5% des femmes enceintes et 7,5% à Hpa-an étaient séropositives. Environ 2% des nouvelles recrues dans l'armée ont présenté une séropositivité dans deux sites différents (Ministère de la Santé, Myanmar, 2003). Un pourcentage extrêmement élevé de consommateurs de drogues injectables a été infecté : en certains

de femmes parmi les patients hospitalisés pour infection sexuellement transmissible qui se sont montrés séropositifs au VIH s'est élevée respectivement à 6% et à 9% (Ministère de la Santé, Myanmar, 2003; MAP, 2004).

### Des efforts de prévention qui ont porté leurs fruits

Les pays d'Asie qui ont mis en place des programmes à grande échelle de prévention de la transmission sexuelle du VIH – en particulier le **Cambodge** et la **Thaïlande** – ont noté une diminution significative des comportements à risque et ont enregistré une baisse des nouvelles infections à VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles. Au Cambodge,

*Au Cambodge, moins nombreux sont aujourd'hui les hommes qui fréquentent les professionnelles du sexe, et on a noté une augmentation du recours au préservatif dans le commerce du sexe. La Thaïlande a montré, elle aussi, qu'une riposte pragmatique, bien financée et soutenue par une volonté politique, pouvait changer le cours de l'épidémie.*

endroits, 78% se sont révélés séropositifs au test du VIH en 2003. Chaque année, entre 1992 et 2003, la surveillance sentinelle a constaté la séropositivité de 45% à 80 % des consommateurs de drogues injectables. Dans la même période, la prévalence du VIH chez les professionnel(le)s du sexe est passée de 5% à 31%. En même temps, la proportion d'hommes et

moins nombreux sont aujourd'hui les hommes qui fréquentent les professionnelles du sexe et on a noté une augmentation du recours au préservatif dans le commerce du sexe. Ces efforts combinés ont eu pour effet une baisse importante des infections sexuellement transmissibles et une chute régulière de la prévalence de l'infection à VIH. De nouvelles techniques



de dépistage qui permettent aux chercheurs d'estimer la proportion d'infections récentes ont montré une baisse significative des nouvelles infections à VIH, comme le montre la Figure 16.

Une étude au **Cambodge** portant en 2003 sur des hommes âgés de 15 à 24 ans dans la capitale Phnom Penh montre que seuls 8% d'entre eux avaient commercé avec une professionnelle du sexe (Douthwaite, 2003). (Bien que cela ne soit pas directement comparable, rappelons qu'une étude conduite

celles-ci n'en provoquaient qu'un vingtième il y a 10 ans (Thai Working Group on HIV/AIDS Projections, 2001). On observe en diverses régions du pays des niveaux exceptionnellement élevés d'infection à VIH. En Thaïlande septentrionale, 30% des personnes consommant des drogues injectables sont infectées et dans d'autres régions on a noté une prévalence du VIH atteignant 51%. Or, sur ce front, les mesures de prévention déployées sont maigres. Le fait que l'injection de drogues soit illégale ne doit pas empêcher une action efficace. Une approche pragmatique

*Les succès remportés par l'Asie ont été pragmatiques. Ils étaient centrés sur les comportements qui provoquent le plus grand nombre d'infections. On a lancé des programmes à grande échelle et on s'est efforcé d'améliorer l'environnement social, juridique et politique dans lequel vivent et travaillent les personnes les plus exposées au risque.*

trois ans plus tôt indiquait que 19% des hommes adultes de tous âges dans cette ville avaient payé des relations sexuelles l'année précédant l'étude (MAP, 2004.) De nouvelles recherches montrent que les hommes de moins de 20 ans sont neuf fois plus enclins que leurs aînés à utiliser un préservatif. Cette stratégie centrée sur la diminution du risque de transmission sexuelle du VIH dans le commerce du sexe tout en luttant également contre d'autres comportements comme les rapports non protégés entre hommes ou la contamination lors d'injection de drogues, permettra au Cambodge de continuer ses progrès dans la lutte contre l'épidémie.

La **Thaïlande** a montré, elle aussi, qu'une riposte pragmatique, bien financée et soutenue par une volonté politique, pouvait changer le cours de l'épidémie. La prévalence nationale du VIH chez les adultes continue de baisser, les dernières estimations la situant en moyenne à 1,5% [0,8%–2,8%] fin 2003 (ONUSIDA, 2004). Il faut néanmoins revoir maintenant les stratégies et renouveler les engagements pour faire face à une épidémie qui est entrée dans une nouvelle phase. La moitié des nouvelles infections dans l'année surviennent chez des couples qui cohabitent, davantage de femmes étant infectées par leurs maris qui sont ou ont été clients des professionnel(le)s du sexe. Bien que restant un facteur important de la propagation du virus, le commerce sexuel joue désormais un rôle moindre que d'autres comportements à risque. On estime qu'un cinquième des nouvelles infections est dû à des injections de drogues alors que

– analogue à celle qui a été adoptée face au commerce sexuel dans les années 1990 – aura plus de chances de réussir. Il en va de même en ce qui concerne les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, chez lesquels on a détecté une prévalence du VIH qui pouvait atteindre 17% (PNUD, 2004).

Dans le même temps, le niveau d'infection chez les femmes enceintes reste élevé dans plusieurs parties du pays, notamment dans le Sud où il dépassait 2% en 2002 dans huit provinces. Il est probable que parmi ces femmes, nombreuses sont celles qui ont été infectées par un mari ou un partenaire soit consommateur de drogues injectables soit client des professionnel(le)s du sexe. Tout en poursuivant les efforts visant la transmission dans les maisons de passe, les efforts de prévention doivent dorénavant porter sur les professionnel(le)s du sexe en nombre toujours croissant qui opèrent dans des lieux moins aisément surveillés. On estime d'ailleurs que les services de prévention adaptés touchent moins de 5% des jeunes et que les campagnes de sensibilisation ont faibli. Seuls 20% à 30% des jeunes qui sont actifs sexuellement emploient régulièrement un préservatif (PNUD, 2004).

Les succès remportés par l'Asie ont été pragmatiques. Ils étaient centrés sur les comportements qui provoquent le plus grand nombre d'infections. On a lancé des programmes à grande échelle et on s'est efforcé d'améliorer l'environnement social, juridique et politique dans lequel vivent et travaillent les personnes les plus exposées au risque.

## Une prévalence très faible du VIH : une chance pour les activités de prévention

Plusieurs pays ont encore une chance d'empêcher la survenue d'une épidémie significative. On y enregistre des taux très bas d'infection à VIH même chez des populations que leurs comportements exposent à de hauts risques (voir Figure 17). Ces pays ont encore la possibilité de barrer la route au virus à condition de mettre en place des services de prévention auprès des personnes les plus exposées.

Comme d'autres pays s'en sont aperçus, lorsqu'il y a comportement à risque le VIH n'est pas loin si les efforts de prévention restent inefficaces. Cette leçon a été bien comprise au **Bangladesh** et aux **Philippines** où l'on s'efforce de réduire les comportements à risque avant que le virus ne s'installe. Ces efforts ont remporté un succès partiel. Ainsi en 2001, par exemple, plus de la moitié des professionnel(le)s du sexe enregistrées à Angeles City aux Philippines déclaraient avoir utilisé un préservatif au cours de la semaine écoulée avec tous leurs clients ; en revanche, 6% seulement des hôtesses dans les bars à karaoké et les boîtes de nuit y recouraient régulièrement. Mais seuls des efforts de prévention soutenus et généralisés permettront à ces pays d'éviter le type d'épidémie que l'on observe ailleurs. La situation concernant le SIDA en **Malaisie** est loin d'être claire parce qu'elle est essentiellement connue par les rapports concernant les consommateurs de drogues injectables selon lesquels 55% des personnes testées séropositives au VIH entre 1988 et 2001 consommaient des drogues injectables. Selon une étude conduite à Penang, 17% des consommateurs ayant accepté un test de dépistage étaient séropositifs (Navaratnam et al., 2003). Mais il est possible que d'autres facteurs de l'épidémie ne soient pas pris en compte. Par exemple, les résultats de la dernière surveillance effectuée en 1996 auprès des professionnel(le)s du sexe montraient une prévalence du VIH de 6,3% à Kuala Lumpur et de 10,2% à Selangor.

Certains pays, y compris le **Timor-Leste** et le **Pakistan**, pourraient connaître des flambées de VIH. Jusqu'à très récemment, la majorité des infections à VIH et des cas de SIDA au Pakistan se rencontraient chez les travailleurs migrants pakistanais qui avaient été déportés des pays du Golfe. Un rapport récent signale néanmoins une flambée de VIH dans une petite ville de la province de Sindh chez les consommateurs de drogues injectables. A peine moins de 10% de ces derniers ont été trouvés séropositifs au test du VIH dans la ville de Larkana (Shah et al., 2004.). Des études chez les chauffeurs routiers pakistanais montrent qu'un sur trois n'a jamais entendu parler du préservatif et que 19 sur 20 des clients de professionnelles

du sexe n'en utilisent pas. Dans le même temps, près de six professionnelles du sexe sur 10 au Timor-Leste n'ont jamais entendu parler du SIDA, quatre sur 10 ne reconnaissent pas un préservatif qu'on leur montre et aucune n'utilise régulièrement de préservatif avec les clients (Pisani et Dili STI survey team, 2004).

Les données concernant le **Japon** montrent que la prévalence du VIH s'est régulièrement élevée chez les donneurs de sang dans le pays mais restait relativement stable chez les femmes. Cela donne à penser que la transmission s'opère principalement chez les hommes ayant des relations avec des hommes, dont certains peuvent également transmettre le virus à leurs partenaires féminines. En 2003, il y a eu quelque 340 nouveaux cas de VIH chez des hommes ayant contracté le virus lors de relations avec des hommes, soit trois fois plus que le nombre d'infections contractées par les hommes qui déclarent avoir été infectés lors de relations hétérosexuelles. On a effectivement noté depuis 1999 une rapide augmentation du nombre d'infections nouvelles par le VIH dans l'année attribuées aux relations sexuelles entre hommes (MAP, 2004).

## Arriver à un équilibre satisfaisant

Les résultats obtenus par le **Cambodge** et la **Thaïlande**, quels que soient les efforts encore à faire pour les maintenir et les adapter aux changements, prouvent déjà que les pays qui optent pour la fourniture de services de prévention à grande échelle à ceux qui en ont le plus besoin sont capables de contrôler leurs épidémies. A des degrés divers, les succès remportés par certains pays d'Asie ont des traits communs : une action pragmatique, centrée sur les comportements provoquant le plus grand nombre d'infections et fournissant des services permettant de réduire la transmission du virus. On a lancé des programmes à grande échelle pour assurer la meilleure couverture, et l'on s'est efforcé d'améliorer l'environnement social, juridique et politique dans lequel vivent et travaillent les personnes les plus exposées au risque. Des approches analogues peuvent freiner l'avance de l'épidémie dans d'autres pays de la région (Brown, 2004).

Avec 8,2 millions [5,4 millions–11,8 millions] de personnes vivant avec le VIH, traitement, prise en charge et soutien doivent également être prioritaires dans l'ordre du jour en Asie. En 2004, moins de 6% des 170 000 personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral en bénéficiaient. Peu de pays relèvent le défi. La Thaïlande semble être en voie d'atteindre son objectif de 50 000 patients sous traitement, et d'autres pays se sont engagés à accroître considérablement l'accès au traitement – dont le Cambodge, la Chine (qui a promis la gratuité), l'Inde, où il en va de même pour plusieurs Etats qui ont promis la gratuité, et l'Indonésie.

# EUROPE ORIENTALE ET ASIE CENTRALE

## Statistiques et caractéristiques du VIH et du SIDA, à fin 2002 et 2004

|      | Adultes et enfants vivant avec le VIH | Nombre de femmes vivant avec le VIH | Adultes et enfants nouvellement infectés par le VIH | Prévalence chez l'adulte (%) | Décès dus au SIDA chez les adultes et les enfants |
|------|---------------------------------------|-------------------------------------|---|------------------------------|---|
| 2004 | 1,4 million<br>[920 000–2,1 millions] | 490 000<br>[310 000–710 000]        | 210 000<br>[110 000–480 000]                        | 0,8<br>[0,5–1,2]             | 60 000<br>[39 000–87 000]                         |
| 2002 | 1,0 million<br>[670 000–1,5 million]  | 330 000<br>[220 000–480 000]        | 190 000<br>[94 000–440 000]                         | 0,6<br>[0,4–0,8]             | 40 000<br>[27 000–58 000]                         |

*La plupart des épidémies de la région en sont encore à leurs premiers stades – c'est-à-dire que des interventions efficaces et opportunes peuvent les interrompre et en inverser le cours.*

En Europe orientale et en Asie centrale, le nombre de personnes vivant avec le VIH s'est considérablement accru en quelques années seulement, pour atteindre quelque 1,4 million [920 000-2,1 millions] à fin 2004. Ce chiffre représente une multiplication par plus de neuf en moins de 10 ans. Au cours de l'année écoulée, environ 210 000 personnes [110 000-480 000] ont contracté une nouvelle infection à VIH, et on estime à 60 000 [39 000-87 000] le nombre de décès dus au SIDA. Parmi les jeunes de 15 à 24 ans, on estime que 0,8% [0,4-1,6%] des femmes et 1,7% [0,8-3,7%] des hommes vivaient avec le VIH à fin 2004.

Plusieurs épidémies différentes se déroulent dans la région. L'épidémie la plus grave et la plus fermement implantée se trouve en **Ukraine**, qui connaît une nouvelle vague d'infections, alors que la **Fédération de Russie** est confrontée à la plus importante épidémie de toute la région (et même de l'ensemble de l'Europe). Cependant, le VIH est inégalement réparti en Russie, quelque 60% de toutes les infections à VIH à ce jour ayant été notifiées dans 10 seulement des 89 régions du pays. Le risque de voir l'épidémie continuer à s'étendre dans ce vaste pays est considérable – tout comme le sont les occasions de prévenir une telle issue. Plusieurs républiques d'Asie centrale et du Caucase en sont maintenant aux premiers stades de

l'épidémie, alors qu'au sud-est de l'Europe, le VIH commence à prendre pied dans un contexte comportemental favorisant une propagation importante du virus.

Quatre caractéristiques ressortent de toute cette diversité. De manière générale, la plupart des épidémies de la région en sont encore à leurs premiers stades – c'est-à-dire que des interventions efficaces et opportunes pourraient interrompre leur propagation et inverser leur cours. Deuxièmement, la vaste majorité des personnes vivant avec le VIH dans cette région sont jeunes ; plus de 80% des infections notifiées se produisent chez des individus de moins de 30 ans (par comparaison, en Europe occidentale, quelque 30% des personnes infectées par le VIH se situent dans ce groupe d'âge). Troisièmement, la transmission sexuelle du VIH est en hausse dans chacun des pays les plus touchés – ce qui signifie que l'épidémie a pris pied dans la population générale. Quatrièmement, les difficiles transitions sociales et économiques existantes instaurent un contexte dans lequel un nombre extraordinairement élevé de jeunes s'injectent des drogues. Dans les pays aux épidémies émergentes, les programmes de réduction de la demande de drogues, qui découragent l'usage des drogues, et les programmes de réduction des risques, qui diminuent

## Régions les plus touchées de la Fédération de Russie

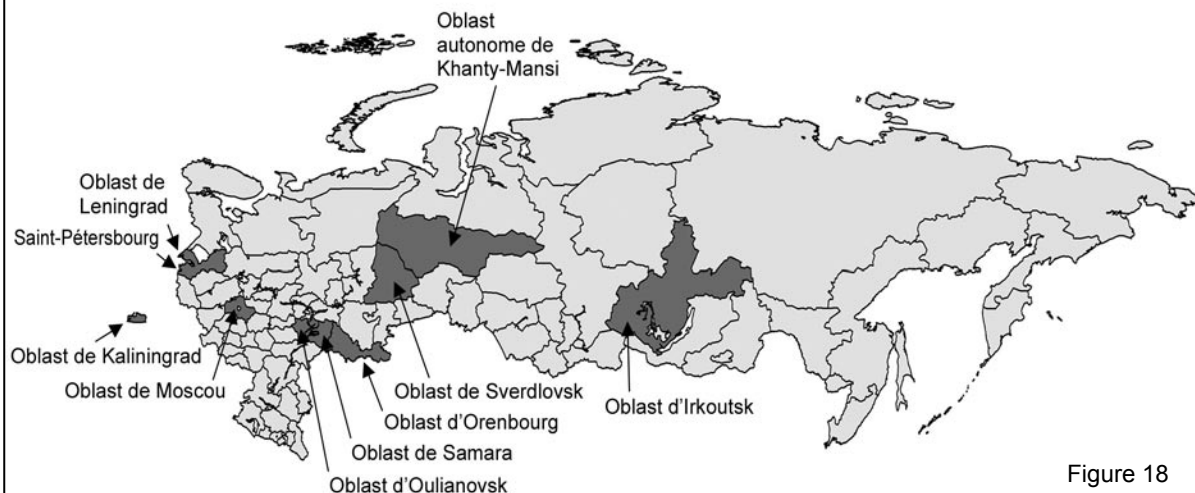


Figure 18

Source : Russian Federal AIDS Centre, figure fondée sur le nombre de personnes vivant avec le VIH enregistrées jusqu'au 22 mars 2004. Données compilées par la AIDS Foundation East-West. Les appellations employées sur cette carte et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'ONUSIDA/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 consommation de drogues injectables et préviennent la transmission du VIH par le matériel d'injection contaminé, sont susceptibles d'éviter des épidémies de VIH plus importantes et plus étendues, du type de celles qui s'installent actuellement en Russie et en Ukraine. Il faudrait pour cela mettre en place un ensemble complet d'interventions destinées à réduire la vulnérabilité des jeunes et à abaisser le nombre des individus initiés à la consommation de drogues injectables, ainsi que des programmes à grande échelle portant sur la réduction des risques et la sexualité à moindre risque.

Petersbourg, la prévalence a augmenté de 0,013% en 1998 à 1,3% en 2002 – une multiplication par 100.

Il faut néanmoins noter que le nombre des nouvelles infections à VIH notifiées en Russie a baissé au cours des dernières années. Les 39 699 nouvelles infections officiellement notifiées en Russie ont diminué de 24% par rapport aux 52 349 notifiées en 2002 et de 55% par rapport aux 88 577 cas documentés en 2001. Il n'est pas certain que ce phénomène représente un éventuel ralentissement de la croissance de l'épidémie en Russie et si cela était, quelle en serait la cause. Cela

*La Fédération de Russie est confrontée à la plus importante épidémie de l'ensemble de l'Europe. Le risque de voir l'épidémie continuer à s'étendre est considérable – tout comme le sont les occasions de prévenir une telle issue.*

C'est en **Fédération de Russie** que se compte le plus grand nombre de personnes vivant avec le VIH dans la région, soit environ 70% de toutes les infections à VIH officiellement notifiées en Europe orientale et Asie centrale (Rhodes et al., 2002). On estime que, à fin 2003, 860 000 [420 000-1 400 000] personnes vivaient avec le VIH, dont 80% au moins étaient âgées de 15 à 29 ans et plus d'un tiers étaient des femmes (ONUSIDA, 2004 ; Field, 2004). La prévalence du VIH augmente graduellement. Les niveaux d'infection mesurés parmi les femmes enceintes ont passé de moins de 0,01% en 1998 à 0,11% en 2003. A Saint-

pourrait provenir du fait que, dans les régions les plus touchées actuellement, une majorité des consommateurs de drogues injectables ont déjà été testés. Il est aussi possible que la prévalence du VIH ait atteint des niveaux de saturation dans certaines des populations de consommateurs de drogues injectables actuellement touchées dans ces régions (EuroHIV, 2003). Dans certaines zones, le nombre d'individus ayant pratiqué un dépistage du VIH est moins important (le nombre total de consommateurs de drogues testés a chuté de 491 526 en 2001 à 279 509 en 2003). Par ailleurs, la voie plus lente de la transmission sexuelle

pourrait gagner en importance. Si des infections à VIH ont été relevées dans l'ensemble de la Fédération de Russie, une bonne part de l'épidémie reste concentrée dans 10 régions (dont neuf se situent à l'ouest du pays où la densité de population est plus forte, voir Figure 18) (AIDS Foundation East-West, 2004). En l'absence d'actions efficaces de prévention, des flambées graves de VIH pourraient se produire dans le reste du pays.

*La vaste majorité des personnes vivant avec le VIH dans cette région sont jeunes ; plus de 80% des infections notifiées se produisent chez des individus de moins de 30 ans.*

Le nombre extraordinairement élevé de jeunes qui s'injectent des drogues est au cœur de l'épidémie dans ce pays ; ces jeunes ont aussi une vie sexuelle active. On estime qu'entre 1,5 et 3 millions de Russes s'injectent des drogues (1% à 2% de la population totale) et on estime que 30% à 40% de ces consommateurs de drogues injectables utilisent des aiguilles ou des seringues qui ne sont pas stériles, accroissant massivement le risque de transmission du VIH (Max Planck Institute for Foreign and International Law, 2003). La prévalence du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables est élevée dans de nombreuses parties de la Russie. Une récente étude multicentre a estimé que 65% des consommateurs de drogues injectables dans les rues d'Irkoutsk étaient séropositifs au VIH (90% d'entre eux sont encore adolescents) ; à Tver, 55% étaient infectés, à Ekaterinbourg, ce chiffre était de 34% et à Samara de 29% (Rhodes et al., 2004). Les études montrent que la plupart des consommateurs de drogues injectables sont jeunes (moins de 25 ans), de sexe masculin, sans emploi et vivant dans les grandes villes (bien que certains signes indiquent que la pratique se répand maintenant dans les zones rurales).

Au début de 2004, plus de 80% de tous les cas de VIH officiellement notifiés depuis le début de l'épidémie étaient relevés parmi les consommateurs de drogues injectables (Russian Federal AIDS Centre, 2004). Mais la majorité d'entre eux sont sexuellement actifs – jusqu'à 70% selon des études réalisées dans plusieurs villes russes. Ils sont nombreux à avoir des partenaires réguliers, certains achètent ou vendent des rapports sexuels (voir encadré). Ceux qui sont infectés par le VIH risquent donc de transmettre le virus par la voie sexuelle à moins qu'ils ne pratiquent une sexualité à moindre risque. Les

études montrent aussi que la majorité des consommateurs de drogues injectables n'utilisent pas systématiquement le préservatif. A Togliatti et Nijni Novgorod, par exemple, 83% des consommateurs de drogues injectables de sexe masculin n'avaient pas utilisé régulièrement de préservatifs au cours du mois écoulé et à Mirny, 23% indiquaient n'en avoir jamais utilisés (Lowndes et al., 2002 ; Moshkovich et al., 2000 ; Filatov et Suharsky, 2002 ; Rhodes

et al., 2004). De ce fait, le tableau de l'épidémie évolue et la proportion des nouvelles infections à VIH notifiées contractées par des rapports hétérosexuels s'est considérablement accrue, passant de 5,3% en 2001 à près de 15% en 2002 et à un peu plus de 20% en 2003. Cela signifie que le nombre de femmes infectées augmente ; en fait la proportion globale des femmes parmi les personnes vivant avec le virus a passé de 24% en 2001 à 38% en 2003 (Russian Federal AIDS Centre, 2004). Le nombre d'enfants nés de mères séropositives au VIH augmente également, faisant de la prévention de la transmission mère-enfant une nouvelle priorité. Les cas notifiés de femmes enceintes vivant avec le VIH se sont multipliés au cours des six dernières années : ils étaient 125 en 1998 et 3531 en 2003 (Federal Service of the Russian Federation for Surveillance in Consumer Rights Protection and Human Welfare, 2003). En parallèle, le nombre total d'enfants nés avec le virus a passé à plus de 9000. Cette tendance est plus prononcée dans les régions où l'épidémie est implantée depuis longtemps et la propagation du VIH a passé des consommateurs de drogues injectables à leurs partenaires sexuels réguliers, aux professionnel(le)s du sexe et à leurs clients. Les cas de VIH contractés par la voie sexuelle constituent une proportion croissante des nouvelles infections, en particulier dans les villes de Kaliningrad, Mirny, Moscou et Vladivostok (Rhodes et al., 2004).

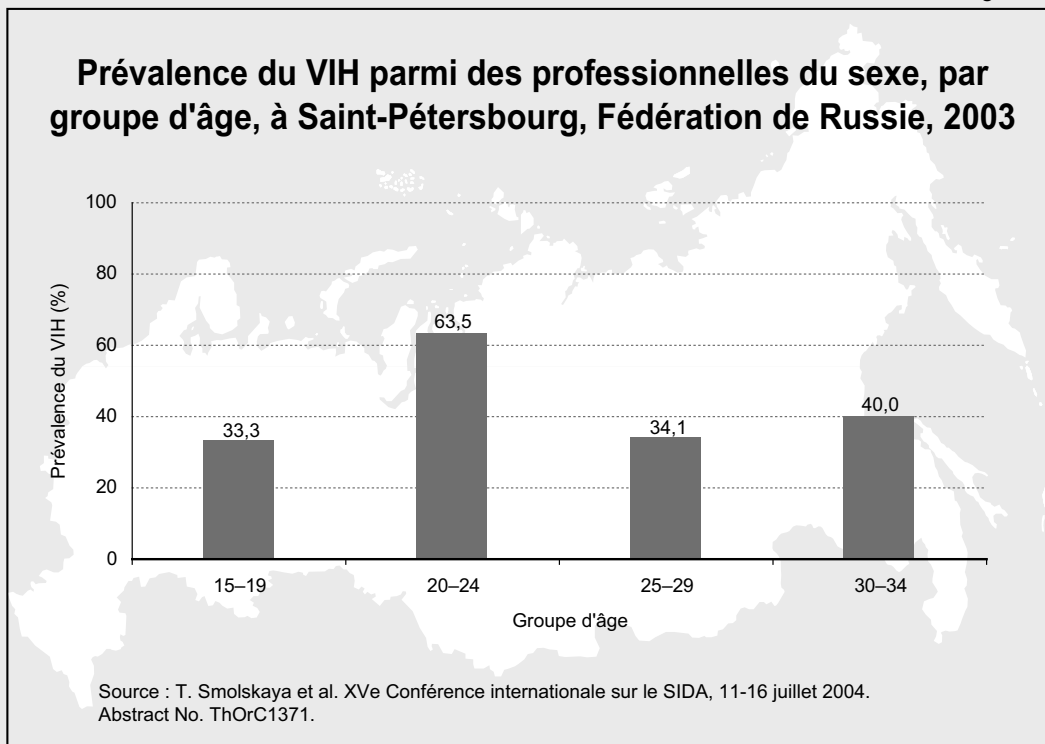
Les estimations officielles indiquent une prévalence du VIH de 2% à 4% dans les prisons russes, soit au moins quatre fois plus que dans la population générale (Russian Ministry of Justice, Department of Corrections et Russian Federal AIDS Centre, 2004). Avec l'augmentation de la consommation de drogues injectables, la proportion de détenus ayant un passé

## Le commerce du sexe et la consommation de drogues injectables

Le commerce du sexe devient un facteur toujours plus important dans les épidémies de plusieurs pays, avec l'échange des rapports sexuels pour obtenir de la drogue ou l'utilisation des rapports sexuels pour financer sa consommation, qui relie les deux voies de transmission du VIH. Le nombre des consommateurs de drogues injectables a certes explosé au cours de la décennie écoulée, mais suite à la crise économique de la fin des années 1990, le nombre de personnes offrant des rapports sexuels rémunérés s'est également considérablement accru dans certaines villes (certains rapports font état d'une multiplication par deux, à Moscou seulement). Lorsque ces deux voies de transmission – le commerce du sexe et la consommation de drogues injectables – s'associent et qu'il n'existe pas de services efficaces de prévention du VIH, les effets peuvent être catastrophiques.

Les recherches parmi les professionnel(le)s du sexe en **Fédération de Russie** restent rares. Une prévalence du VIH d'environ 15% a été relevée parmi les professionnel(le)s du sexe à Ekaterinbourg et de 14% à Moscou (Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2004). Toutefois, l'une des études les plus détaillées à ce jour a été réalisée à Saint-Petersbourg, où 81% des professionnelles du sexe participant à l'enquête ont indiqué s'injecter des drogues (principalement de l'héroïne) au moins une fois pas jour et parmi elles, 65% avaient utilisé du matériel d'injection non stérile. Pratiquement toutes les femmes (96%) ont affirmé avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel rémunéré et leur sensibilisation au VIH était élevée – ce qui paraît plutôt encourageant. Cependant, lorsqu'elles ont effectué un dépistage, 48% d'entre elles étaient séropositives au VIH ; parmi celles appartenant au groupe d'âge des 20 à 24 ans, 64% étaient infectées (voir Figure 19). Il est manifeste que la consommation de drogues injectables

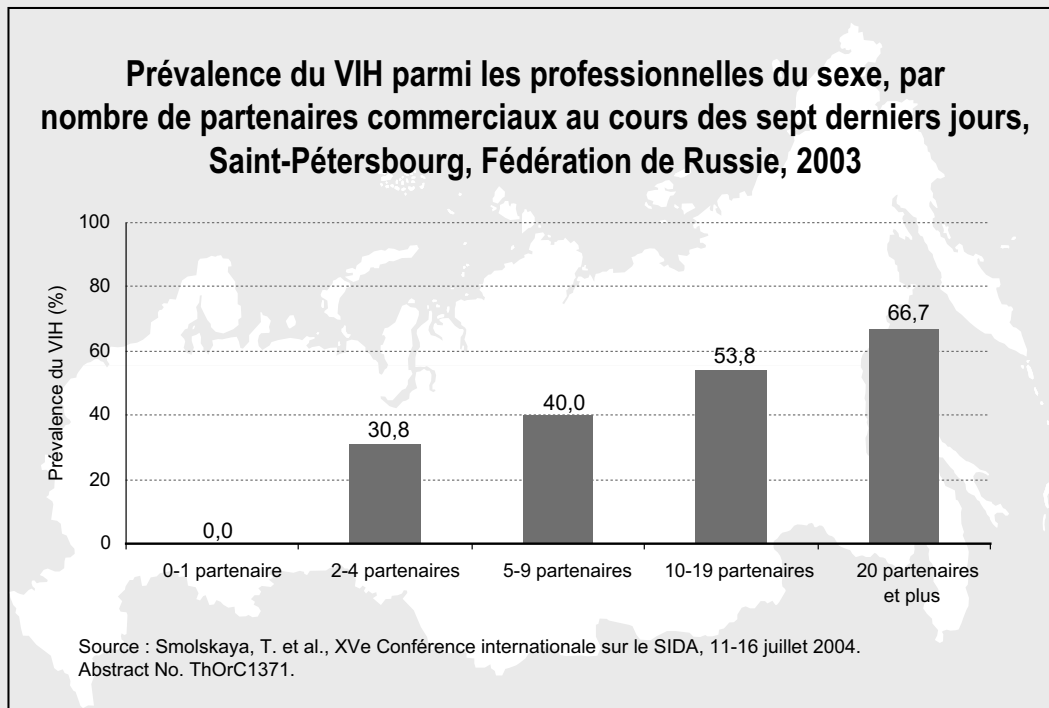
Figure 19



était le principal facteur de risque : neuf sur 10 des femmes qui avaient indiqué utiliser 'généralement' du matériel d'injection non stérile étaient séropositives au VIH. Mais quatre sur 10 parmi celles qui avaient déclaré n'avoir jamais réutilisé du matériel d'injection étaient également infectées (très probablement par des rapports sexuels avec un client ou un partenaire régulier) (Smolskaya et al., 2004a).

D'autres résultats appellent l'attention : l'étude suggère, par exemple, que le risque le plus élevé d'être infectée par le VIH se trouve parmi les femmes ayant le plus grand nombre de partenaires sexuels payants (voir Figure 20). Ceci pourrait indiquer qu'une proportion importante de professionnelles du sexe sont infectées par leurs clients. Il se pourrait aussi que la probabilité d'être infectée est la plus élevée chez les femmes dont la pratique d'injection de drogue est très importante, ce qui les amène à avoir davantage de rapports rémunérés afin de financer leurs besoins de drogue. C'est lorsque ces facteurs sont associés que les femmes qui ont le plus grand nombre de rapports rémunérés sont le plus exposées au risque d'infection à VIH.

Figure 20



Les liens entre consommation de drogues injectables et commerce du sexe sont également importants au **Kazakhstan**. Selon une étude réalisée dans neuf des plus grandes villes kazakhes, jusqu'à 42% des femmes et 6% des hommes qui consomment des drogues injectables vendent également des rapports sexuels (Republican AIDS Centre, 2001). Des études effectuées parmi les professionnel(le)s du sexe dans les villes de Karagandy, Pavlodar, Chymkent et Oral ont révélé que, globalement, 14% s'injectent des drogues et 42% pratiquent les rapports sexuels rémunérés pour s'acheter de la drogue (Republican AIDS Centre, 2004). La transmission sexuelle représente une proportion croissante des infections à VIH au Kazakhstan, où plus de 25% des nouvelles infections notifiées en 2004 ont été attribuées aux rapports sexuels non protégés. Ceci semble correspondre à la faible utilisation des préservatifs relevée dans ce pays – selon une récente étude, 58% à peine des 15 à 24 ans déclarent utiliser des préservatifs avec des partenaires occasionnels.

Les recherches réalisées mettent en avant une association potentiellement explosive de comportements qui pourrait entretenir indéfiniment l'expansion de l'épidémie, à moins que des actions efficaces de prévention ne soient entreprises pour atteindre les consommateurs de drogues injectables, les professionnel(le)s du sexe, leurs clients et leurs partenaires réguliers.

de consommateurs, ainsi que le nombre d'entre eux qui sont séropositifs, se sont également accrus. La Russie met actuellement au point un nouveau programme comprenant l'éducation à la prévention à l'intention des détenus, l'accès aux préservatifs et aux désinfectants (pour nettoyer le matériel d'injection) (ONUSIDA, 2004).

Comme c'est le cas dans les autres pays de la région, le système russe de surveillance du VIH ne rassemble que peu d'informations concernant la transmission du VIH entre les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes. Il est probable que les rapports sexuels entre hommes soient un facteur plus important de l'épidémie

en Russie qu'il n'y paraît actuellement, et que ce mode de transmission soit en lien avec la transmission hétérosexuelle qui se produit ensuite. Une recherche à Saint-Petersbourg a partiellement clarifié cette question en montrant que plus d'un tiers des hommes de l'enquête qui avaient eu des rapports sexuels avec des hommes en avaient également eu avec des femmes au cours des trois mois précédents et que la plupart des hommes avaient eu des partenaires multiples de sexe masculin et féminin durant cette même période. La probabilité que les hommes bisexuels aient eu des rapports sexuels rémunérés était plus forte et leurs connaissances concernant le VIH très faibles.

Les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes – comme les consommateurs de drogues injectables et les professionnel(le)s du sexe – subissent la stigmatisation et la discrimination de la bureaucratie comme de la société dans son ensemble. Cet état de fait ne devrait pas faire obstacle à la mise en place d'un système fiable de surveillance sentinelle parmi ces hommes (y compris ceux qui ont aussi des

rapports sexuels avec des femmes) et de services de prévention convenables qui pourraient contribuer à limiter la propagation de l'épidémie dans ce groupe et au-delà. Ces programmes devront porter sur les risques d'infection à VIH associés à la fois à la sexualité entre hommes et aux rapports hétérosexuels (Kelly et al., 2002).

### Accès aux traitements en Russie

La loi **russe** garantit à tous les citoyens un accès universel et gratuit aux médicaments antirétroviraux. Pourtant, les estimations actuelles indiquent que moins de 3000 personnes vivant avec le VIH sont sous traitement antirétroviral, et moins de 5% d'entre elles sont des consommateurs de drogues injectables en rémission. Il y a plusieurs raisons à cet état de fait, notamment le coût élevé des médicaments antirétroviraux malgré les efforts constamment déployés pour négocier des baisses de prix. Selon le schéma thérapeutique choisi, un traitement antirétroviral coûte entre 5000 dollars et 12 000 dollars par personne et par an en Russie, dont le Revenu national brut par habitant était d'environ 8900 dollars (parité du pouvoir d'achat) en 2003 (Banque mondiale, 2004). La plupart des Russes qui ont besoin d'un traitement antirétroviral appartiennent à un groupe de citoyens qui sont systématiquement l'objet de discrimination et de marginalisation : les consommateurs de drogues injectables. Les programmes de lutte contre le SIDA qui touchent effectivement les consommateurs de drogues injectables portent sur la prévention ; quelques-uns d'entre eux fournissent un accès à la prise en charge et au soutien. Actuellement, il n'existe aucun mécanisme permettant aux consommateurs de drogues injectables d'accéder à la prise en charge et au traitement. On connaît mal les interactions éventuelles entre les stupéfiants illicites et les médicaments antirétroviraux. De plus, les traitements de substitution, susceptibles de renforcer l'observance des traitements tout en améliorant la santé et la stabilité sociale des consommateurs de drogues injectables, ne sont pas utilisés dans les centres de traitement de la toxicomanie en Russie. Ceci est partiellement dû au fait qu'un grand nombre des spécialistes russes du traitement de la toxicomanie sont opposés au remplacement d'une drogue par une autre et que les médicaments de substitution tels que la méthadone, largement utilisés avec succès dans de nombreux autres pays, sont considérés comme des drogues illégales et leur utilisation dans le traitement de la dépendance est interdit par la loi.

### *La transmission sexuelle du VIH est en hausse dans les pays les plus touchés – ce qui signifie que l'épidémie a pris pied dans la population générale.*

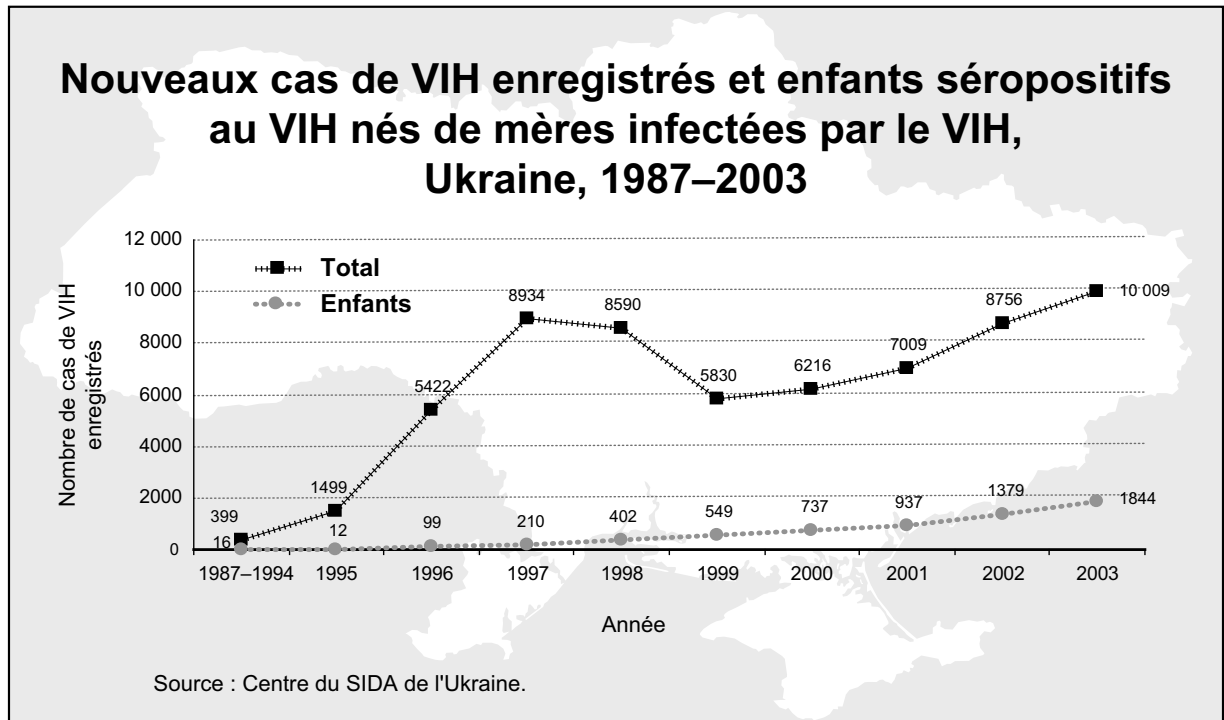
S'attaquer à l'épidémie n'est pas nécessairement aussi insurmontable qu'il n'y paraît. Actuellement, l'épidémie est inégalement répartie en Russie. Même si des infections à VIH ont été notifiées dans chacun des 89 territoires administratifs de Russie, la prévalence notifiée du VIH est extrêmement faible (1–150 cas pour 100 000 habitants) dans 66 d'entre eux (qui regroupent près de 60% de la population du pays) (AIDS Foundation East-West, 2004). Tout en prévoyant, à terme, d'élargir considérablement la couverture des programmes, il convient de cibler particulièrement les actions sur les 10 territoires à l'origine de plus de la moitié de l'ensemble des cas notifiés. Etant donné que quelque 90 projets de réduction des risques sont en cours en Fédération de Russie, il est clair que l'on pourrait faire beaucoup mieux (Rhodes et al., 2004).

Après être apparue avec une rapidité stupéfiante au cours de la décennie écoulée, l'épidémie en **Ukraine**, maintenant fermement installée, continue de se propager (voir Figure 21). Les nouvelles infections à VIH enregistrées augmentent chaque année depuis la fin du siècle dernier – de 7% en 2000, 13% en 2001 et 25% en 2002. Il y a 10 ans, on ne comptait en Ukraine que 183 cas de VIH officiellement enregistrés, mais d'ici au milieu de 2004, plus de 68 000 cas d'infection à VIH avaient été officiellement enregistrés (EuroHIV, 2003). Ces chiffres sous-estiment considérablement l'ampleur réelle de l'épidémie, car ils ne relèvent que les infections qui se produisent chez des personnes directement en contact avec les autorités et les centres de dépistage.

L'augmentation de la transmission sexuelle du VIH devient un facteur de plus en plus important dans l'épidémie de l'**Ukraine**, qui en est arrivée au point



Figure 21



où une proportion croissante des nouvelles infections se produisent au cours de rapports sexuels entre individus qui n'ont pas de lien direct avec les consommateurs de drogues injectables. Le virus s'est maintenant implanté de façon indépendante dans les réseaux sexuels. Quelque 30% des nouvelles infections à VIH enregistrées en 2003 se sont produites lors de rapports hétérosexuels (soit près de trois fois plus que les 11% documentés en 1997) et plus de 40% des personnes infectées par le VIH sont des femmes, dont la plupart se trouvent à l'apogée de leurs années reproductives (EuroHIV, 2003). De fait, les données indiquent que jusqu'à 60% des femmes infectées par le VIH ont moins de 25 ans. Dans des zones urbaines

ailleurs dans la région, la vaste majorité (environ 80%) des consommateurs de drogues injectables infectés par le VIH sont jeunes (moins de 30 ans). Une grande proportion d'entre eux – 28% environ selon une étude récente à Kiev, Odessa et Donetsk – sont des femmes. La même étude a relevé que la réutilisation du matériel d'injection était courante parmi les consommateurs, dont plus de la moitié sont également sexuellement actifs. L'utilisation du préservatif est faible : un tiers à peine des consommateurs sexuellement actifs en avait utilisé un au cours des rapports sexuels du mois précédant l'enquête. On relève un chevauchement important entre la consommation de drogues injectables et le commerce du sexe

*En Ukraine, l'épidémie continue à s'étendre. Plus de 40% des personnes vivant avec le VIH sont des femmes.*

telles qu'Odessa et Mikolayiv plus de 1% des femmes enceintes en consultations prénatales se révèlent séropositives au VIH. Ces tendances ont encouragé d'importants efforts d'élargissement des programmes de prévention de la transmission mère-enfant qui commencent à porter leurs fruits, la proportion des bébés infectés par le VIH nés de mères infectées étant passée de 27% en 2001 à 12% en 2003.

Dans le même temps, la consommation de drogues injectables reste un facteur important de l'épidémie, en particulier dans l'est et le sud du pays. Comme

dans des villes comme Donetsk, où 33% des professionnelles du sexe qui s'injectent des drogues se sont révélées séropositives au VIH. Note encourageante : un grand nombre de consommateurs de drogues injectables se sachant séropositifs au VIH ont indiqué soit s'abstenir de rapports sexuels (40% n'avaient pas eu de rapports au cours du mois précédent) soit utiliser des préservatifs (Booth et al., 2004).

Dans un pays où l'épidémie évolue rapidement, il est déconcertant de noter le manque de connaissances concernant le rôle de la sexualité entre hommes en

tant que facteur contribuant à l'épidémie. Le système d'enregistrement du VIH en vigueur en **Ukraine** exige que les personnes dont le test VIH se révèle positif annoncent si possible la manière dont elles pourraient avoir contracté le virus. Depuis la détection du premier cas de VIH en Ukraine en 1987, seuls 44 cas ont été attribués aux rapports sexuels entre hommes – chiffre étonnamment faible qui tendrait à confirmer qu'il faut craindre une propagation dans une large mesure encore non décelée parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (EuroHIV, 2003).

L'association mortelle du VIH et de la tuberculose constitue une grave préoccupation pour l'**Ukraine**, où on estime que 10% à 15% des cas de tuberculose sont polypharmacorésistants. La tuberculose est devenue la principale cause de décès chez les personnes vivant avec le VIH. Il est donc nécessaire d'élargir sérieusement l'accès aux traitements antirétroviraux en Ukraine. Actuellement, à peine plus de 500 personnes sur les quelque 45 000 qui ont besoin d'une thérapie antirétrovirale en Ukraine en bénéficient, malgré le fait que l'accès de tous aux traitements soit garanti par la loi ukrainienne.

personnes admettent également des antécédents de consommation de drogues – ce qui suggère l'existence d'un lien peut-être étroit dans la transmission du VIH entre les consommateurs de drogues injectables, les professionnel(le)s du sexe et leurs clients (Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2004).

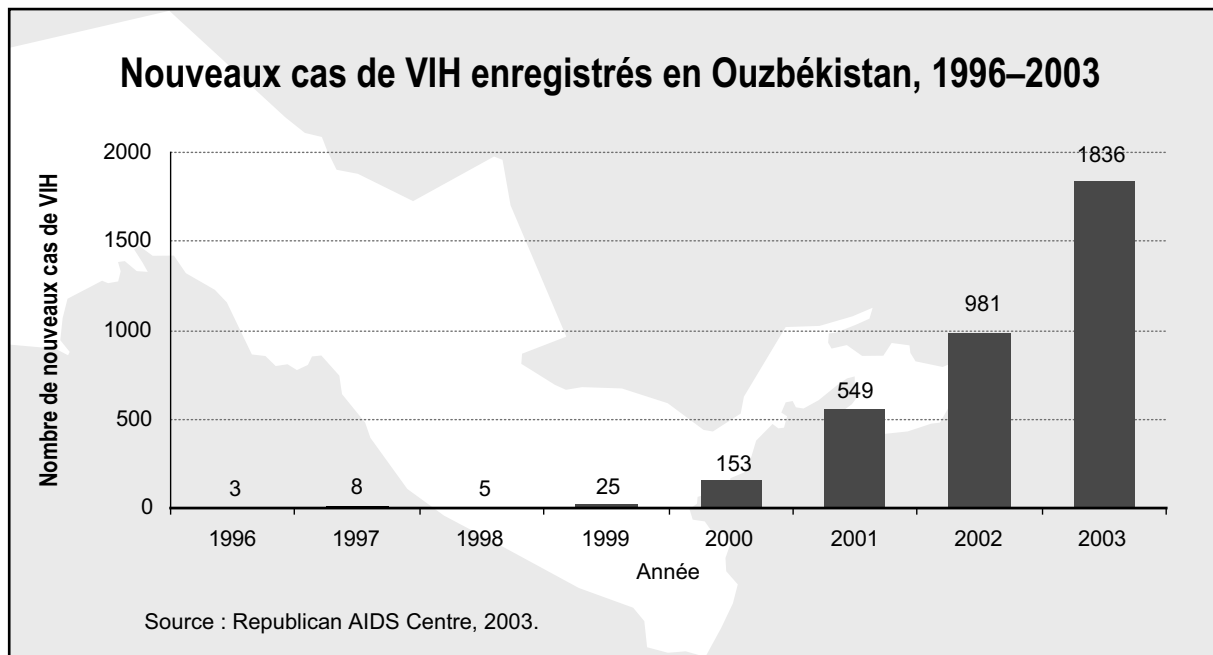
Par ailleurs, la prévalence du VIH reste très faible (inférieure à 0,3%) dans la plupart des républiques d'Asie centrale et du Caucase, bien que le nombre total des infections enregistrées continue d'augmenter – considérablement en **Ouzbékistan**, qui connaît une des plus récentes épidémies du monde. Près de 91% de toutes les infections notifiées ont été diagnostiquées entre 2001 et la moitié de 2003, portant à plus de 2500 le nombre total de cas de VIH notifiés. L'épidémie en Ouzbékistan évolue maintenant rapidement. Le commerce du sexe semble déjà jouer un rôle important. La proportion des femmes vivant avec le virus s'est accrue chaque année d'un peu plus de 12% en 2001 à près de 18% en 2003. Des infections à VIH ont été relevées dans toutes les régions du pays, bien que ce soit dans la capitale, Tachkent (48% de tous les cas de VIH enregistrés), et dans les régions avoisinantes (20%) que l'épidémie soit la

### *Dans les Etats baltes, la transmission du VIH se produit à un rythme rapide, même si le nombre total d'infections reste faible.*

Dans les Etats baltes, la transmission du VIH se produit à un rythme rapide, même si le nombre total d'infections reste faible. En 2002, les 2300 diagnostics de VIH en **Lettonie** représentaient une multiplication par cinq depuis 1999. Il y a quatre ans à peine, l'**Estonie** annonçait 12 nouveaux cas de VIH ; en 2003, 840 personnes étaient diagnostiquées. En **Lituanie**, les 72 nouveaux cas d'infection à VIH détectés en 2001 se sont multipliés par cinq l'année suivante. La consommation de drogues injectables représente toujours la plus grande proportion des nouvelles infections notifiées dans ces pays, mais la transmission sexuelle gagne lentement du terrain. Au **Bélarus** (où plus de 5000 personnes avaient été officiellement diagnostiquées d'ici au milieu de 2003) et en **République de Moldova** (où ce chiffre atteignait presque 1800), la plupart des infections se produisent parmi les jeunes consommateurs de drogues injectables et leurs partenaires sexuels (EuroHIV, 2003). En Moldova, néanmoins, une prévalence du VIH de près de 5% a été relevée parmi les professionnel(le)s du sexe travaillant dans la rue, et une sur 10 de ces

plus concentrée. Au **Kazakhstan**, où un peu plus de 3600 cas de VIH avaient été notifiés d'ici au milieu de 2003, la surveillance sentinelle effectuée en 2003 a montré des niveaux de prévalence de 3,8% chez les consommateurs de drogues injectables et de 4,6% chez les professionnel(le)s du sexe, mais il n'existe pas de données concernant les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (EuroHIV, 2003). La proportion de personnes vivant avec le VIH dans la région qui habitent au Kazakhstan est passée de 19% en 2001 à 24% en 2003. Ces épidémies se propagent à un rythme effrayant et sont actuellement concentrées parmi les jeunes qui s'injectent des drogues et/ou pratiquent le commerce du sexe. L'épidémie beaucoup moins importante qui se déroule au **Kirghizistan** est principalement alimentée par la consommation de drogues injectables et encore concentrée dans une large mesure dans l'Osh Oblast, deux régions du Chui Oblast (Jaiyl et Yssykata) et à Bichkek. Dans un pays où les milieux officiels estiment que 2% au moins de la population adulte s'injectent des drogues, il existe un potentiel de propagation rapide et considérable du

Figure 22



VIH. Dans le Caucase, de nouvelles études indiquent que d'importantes flambées de VIH sont en cours en **Azerbaïdjan**, où un sur quatre consommateurs de drogues injectables dans les rues de la capitale Bakou s'est révélé séropositif au VIH. Parmi les professionnel(le)s du sexe travaillant dans la rue, on a détecté une prévalence du VIH de 11% et parmi leurs collègues travaillant dans les cafés ou les saunas, de 6% (Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2004). Ces épidémies n'en étant qu'à leurs premiers stades, il serait possible de les arrêter par des stratégies de prévention axées sur les individus actuellement les plus exposés au risque d'infection par le VIH.

Dans certaines parties de l'Europe du sud-est (notamment dans les pays sortant de conflits ou en transition difficile), l'injection de drogues et les comportements sexuels à risque semblent être en hausse et

population de la ville) ; quatre ans plus tôt, une autre étude avait estimé ce chiffre à 1000 à peine. Plus de 80% des consommateurs de drogues injectables ont moins de 30 ans et plus de 70% d'entre eux sont au chômage. On estime que 60% des consommateurs de drogues injectables utilisent des aiguilles et seringues non stériles et que 40% à 60% d'entre eux sont infectés par l'hépatite C. Jusqu'ici, la surveillance sentinelle n'a relevé que peu de cas d'infection à VIH parmi les consommateurs de drogues injectables.

Dans l'ensemble, en Europe orientale et en Asie centrale, les cas actuellement notifiés sont uniquement le reflet de la situation telle qu'elle se présente pour les personnes et groupes (principalement les consommateurs de drogues injectables) qui sont en contact avec les programmes de dépistage du VIH. Par conséquent, on ne sait pas grand-chose de la propa-

*Les estimations actuelles indiquent que moins de 3000 personnes vivant avec le VIH en Fédération de Russie sont sous traitement antirétroviral, et moins de 5% d'entre elles sont des consommateurs de drogues injectables en rémission.*

une augmentation du nombre des infections à VIH pourrait bien suivre. Par exemple, on a observé dans la capitale de la **Roumanie**, Bucarest, un accroissement rapide du nombre de consommateurs de drogues injectables au cours de ces dernières années. En 2002, le nombre des consommateurs de drogues injectables dans la capitale était estimé à 30 000 (plus de 1% de la

gation du VIH parmi les personnes qui n'ont pas de lien avec les autorités et/ou les services de dépistage. Parmi les rares études portant sur les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, on note une petite recherche effectuée à Ekaterinbourg qui a révélé une prévalence de 5% parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, dont un

tiers avaient également des rapports sexuels avec des femmes et la moitié n'utilisaient jamais de préservatif (Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2004). Les réseaux d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ont été observés dans plusieurs pays et des études éparpillées portant sur les comportements sexuels (par exemple en **Fédération de Russie** et en **Ukraine**) ont signalé des niveaux élevés de rapports sexuels non protégés. Dans l'ensemble de la région, les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes sont systématiquement l'objet de stigmatisation et de discrimination et, dans de nombreux pays, le rôle probable des rapports sexuels entre hommes dans l'épidémie n'est pas reconnu.

### Nouvelles chances, vieux défis

Si certains leaders de la région sont devenus plus loquaces sur la question du SIDA, l'action reste à la traîne dans la plupart des pays. En 2004, les pays d'Europe se sont engagés à assurer, d'ici à 2005, l'accès universel aux traitements et à la prise en charge dans l'ensemble de l'Europe et de l'Asie centrale et à faire en sorte que 80% des personnes les plus exposées au risque de VIH aient un accès satisfaisant aux services et aux biens de prévention d'ici à 2010. Toutefois, des enquêtes ont montré que la couverture des programmes de prévention est dérisoire dans la région : à peine 10% des professionnel(le)s du sexe, moins de 8% des consommateurs de drogues injectables et 4% seulement des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sont touchés par ces programmes. Mais un mouvement émergent de la société civile et des personnes vivant avec le VIH

prend de l'importance (notamment en **Roumanie** et en **Ukraine**, par exemple) et il exige d'urgence un soutien sous forme de développement des capacités, de constitution de réseaux et de partenariats.

Actuellement à peine plus de 11% des personnes qui ont besoin de médicaments antirétroviraux sont sous traitement et, pour les consommateurs de drogues injectables séropositifs au VIH, l'accès aux traitements est rare ou même inexistant dans les pays les plus touchés. La **République de Moldova** et la **Roumanie** sont des exceptions, car dans ces pays, il semble que la majorité des personnes ayant besoin de ces traitements en bénéficient. Par contraste, on estime qu'en **Ukraine** 13% et au **Kazakhstan** moins de 5% des personnes qui nécessitent une thérapie antirétrovirale en bénéficient et les traitements à l'intention des consommateurs de drogues injectables ne sont toujours pas soutenus par des thérapies de substitution. Bien que le prix des médicaments antirétroviraux dans cette région reste parmi les plus élevés du monde, il y a de grandes chances de faire baisser les prix. Le financement international de la lutte contre le SIDA en Europe orientale et en Asie centrale s'est accru ; quelque 600 millions de dollars ont été mis à disposition par les institutions multilatérales et autres donateurs. Financièrement au moins, une expansion massive des programmes de prévention et de traitement est envisageable dans la région. Le défi consiste à rendre efficaces la coordination et la gestion des programmes pour une utilisation effective de ces fonds et à impliquer davantage le nombre croissant de personnes vivant avec le VIH dans ces pays, afin d'atteindre les populations marginalisées.

## AMÉRIQUE LATINE

### Statistiques et caractéristiques du VIH et du SIDA, à fin 2002 et 2004

|      | Adultes et enfants<br>vivant avec le VIH | Nombre de femmes<br>vivant avec le VIH | Adultes et enfants<br>nouvellement infectés<br>par le VIH | Prévalence<br>chez l'adulte<br>(%) | Décès dus au SIDA<br>chez les adultes et<br>les enfants |
|------|--|--|---|------------------------------------|---|
| 2004 | 1,7 million<br>[1,3–2,2 millions]        | 610 000<br>[470 000–790 000]           | 240 000<br>[170 000–430 000]                              | 0,6<br>[0,5–0,8]                   | 95 000<br>[73 000–120 000]                              |
| 2002 | 1,5 million<br>[1,1–2,0 millions]        | 520 000<br>[390 000–690 000]           | 190 000<br>[140 000–320 000]                              | 0,6<br>[0,4–0,7]                   | 74 000<br>[58 000–96 000]                               |

*Seuls le Guatemala et le Honduras ont une prévalence nationale du VIH supérieure à 1%, mais une prévalence plus faible dans d'autres pays cache de graves épidémies localisées.*

Plus de 1,7 million [1,3–2,2 millions] de personnes vivent avec le VIH en Amérique latine. En 2004, quelque 95 000 [73 000–120 000] personnes sont décédées du SIDA et il s'est produit 240 000 [170 000–430 000] nouvelles infections. Parmi les jeunes de 15 à 24 ans, on estime que 0,5% [0,4–0,9%] des femmes et 0,8% [0,6–1,3%] des hommes vivaient avec le VIH à fin 2004.

Deux pays de cette région – le **Guatemala** et le **Honduras** – ont une prévalence nationale du VIH chez l'adulte supérieure à 1%. Mais une prévalence plus faible dans d'autres pays cache le fait que des épidémies localisées graves sont également en cours dans plusieurs autres pays – notamment au **Brésil**, qui compte plus du tiers des personnes vivant avec le VIH en Amérique latine.

est maintenant devenue plus hétérogène. La transmission hétérosexuelle est désormais la cause d'une proportion croissante d'infections à VIH et les femmes sont de plus en plus affectées (Marins et al., 2003). Une nouvelle étude a montré qu'un statut socio-économique inférieur avait une forte corrélation avec une prévalence plus élevée parmi les professionnel(le)s du sexe à Santos et São Paulo. Globalement, 7% des professionnel(le)s du sexe étaient séropositif(ve)s au VIH, mais parmi ceux et celles qui vivent dans les bidonvilles des cités, les niveaux de VIH étaient de 18% et parmi les femmes illettrées de ce groupe ils atteignaient 23% (Gravato et al., 2004). Si la prévalence nationale du VIH parmi les femmes enceintes est restée stable à moins de 1% au cours des cinq dernières années, des niveaux considérablement plus

*Au Brésil, l'épidémie s'est propagée dans toutes les régions de ce vaste pays et montre davantage de diversité, les femmes étant de plus en plus affectées.*

L'épidémie au **Brésil** s'est propagée dans toutes les régions de ce vaste pays et montre une certaine diversité. Touchant dans un premier temps les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, puis les consommateurs de drogues injectables, l'épidémie

élevés ont été enregistrés dans certaines régions : de 3% à 6% dans une étude effectuée parmi les femmes enceintes de l'Etat de Rio Grande do Sul ne fréquentant pas régulièrement les consultations prénatales. La plupart des femmes avaient des revenus extrêmement

faibles et peu d'instruction (ONUSIDA/OMS, 2003). Le Gouvernement brésilien a introduit une initiative visant à recruter toutes les femmes et à leur offrir un dépistage, à fournir des services de prévention de la transmission mère-enfant et, s'il y a lieu, à traiter les femmes et leurs nourrissons.

Le rôle de la consommation de drogues injectables dans l'épidémie du **Brésil** ne doit pas être sous-estimé. Dans certaines régions, les consommateurs de drogues injectables constituent au moins la moitié des cas de SIDA. Les programmes de réduction des risques dans certaines villes ont été associés à de fortes baisses de la prévalence du VIH parmi les consommateurs de

Pando et al., 2003). En **Argentine**, la carence d'activités de prévention à l'intention des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes constitue une préoccupation, étant donné les 14% de prévalence du VIH détectés parmi eux à Buenos Aires et le fait qu'à peine un homme sur sept parmi ceux dont le test était positif était conscient de son statut sérologique (Avilla et al., 2004). En Uruguay, où trois quarts environ de tous les cas de VIH enregistrés l'ont été dans la capitale Montevideo, ou aux environs, on note une augmentation alarmante du nombre de personnes vivant avec le VIH qui sont soit des consommateurs de drogues injectables soit leurs partenaires sexuels.

*Dans la région andine, le VIH se propage de plus en plus aux épouses et ami(e)s des professionnel(le)s du sexe et des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes.*

drogues injectables ces dernières années, notamment à Salvador où la prévalence a chuté de 50% en 1996 à 7% en 2001. Mais dans le sud du pays, les consommateurs de drogues injectables restent fortement exposés au risque d'infection à VIH. La prévalence parmi les consommateurs à Porto Alegre était de 64% en 2003, alors qu'elle était de 31% à Itajaí, démontrant la nécessité de mettre en place des programmes de prévention plus efficaces (Caiaffa et al., 2003).

Le VIH en **Argentine** reste en grande partie concentré dans les zones urbaines des provinces de Buenos Aires, Córdoba et Santa Fe, et on estime que 65% des infections à VIH se produisent dans la capitale Buenos Aires et aux environs (Ministère de la Santé, Argentine, 2003). Toutefois, l'épidémie est en train de se modifier. Au cours des années 1980 et une bonne partie des années 1990, la transmission du VIH s'est surtout faite par la consommation de drogues injectables, impliquant principalement des hommes. Mais la transmission sexuelle du VIH – essentiellement des consommateurs de drogues injectables à leurs partenaires de sexe féminin, ainsi qu'entre les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes – a pris plus d'importance, constituant environ 80% de tous les cas de SIDA notifiés. La prévalence du VIH parmi les femmes enceintes était de 0,4% en 2002 et le rapport hommes-femmes parmi les personnes vivant avec le VIH a passé de 15 pour 1 en 1988 à 3 pour 1 en 2002. La plupart des nouvelles infections semblent se produire parmi les plus pauvres et les moins instruits des habitants des zones urbaines (Ministère de la Santé, Argentine, 2003 ; de los

Un quart au moins des cas de VIH se trouvent parmi les consommateurs de drogues injectables et près de la moitié d'entre eux ont moins de 25 ans (Osimani, 2003). Une enquête conduite en 2002 à Montevideo a révélé que près de 10% des consommateurs de drogues injectables étaient infectés par le VIH. Une prévalence très élevée (21%) avait été mesurée un an plus tôt parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dans la capitale (US Census Bureau – HIV/AIDS Surveillance Database, 2003).

Jusqu'à récemment, les épidémies de la région andine se trouvaient en grande partie parmi les professionnel(le)s du sexe, leurs clients et les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes. Cependant, on note une évolution au fur et à mesure que le virus se propage aux épouses et ami(e)s de ces hommes. Une récente étude conduite à Lima, **Pérou**, par exemple, a montré que près de 90% des femmes enceintes séropositives au VIH n'avaient eu qu'un ou deux partenaires sexuels au cours de leur vie (Alarcon et al., 2003). Le risque élevé d'infection à VIH de ces femmes était presque exclusivement lié au comportement sexuel de leurs partenaires masculins et les plus exposées d'entre elles étaient des femmes jeunes (Johnson et al., 2003). Dans une étude effectuée dans la population générale de 24 villes péruviennes, 44% des hommes âgés de 18 à 29 ans ont indiqué qu'ils avaient payé pour avoir des rapports sexuels (45% d'entre eux n'utilisaient pas systématiquement le préservatif avec les professionnel(le)s du sexe) et 12% ont déclaré avoir eu des rapports sexuels avec des hommes (68% d'entre eux n'utilisant pas

de préservatif lors de ces rapports). D'autres études en milieu urbain au Pérou ont montré que 87% des hommes qui avaient des rapports sexuels avec des hommes en avaient aussi avec des femmes, ont confirmé des taux très faibles d'utilisation du préservatif, quel que soit le sexe du partenaire, et ont révélé des taux élevés d'infections sexuellement transmissibles comme la syphilis et l'herpès (Guanira et al., 2004). Etant donné la prévalence systématiquement élevée du VIH relevée ces dernières années dans des groupes d'hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes au Pérou – 12% à Iquitos en 2002 et 22% à Lima la même année – le risque est grand que le VIH se propage beaucoup plus largement (MAP, 2003). D'autres recherches suggèrent que des schémas analogues de transmission du VIH pourraient être des facteurs importants dans les épidémies se déroulant ailleurs dans la région. Le **Venezuela**, qui comptait environ 110 000 [47 000-170 000] personnes vivant avec le VIH à fin 2003, connaît une des plus importantes épidémies de la région. Le VIH s'y propage principalement par les rapports sexuels non protégés, souvent entre des hommes, dont une forte proportion ont également des rapports avec des femmes (Ministère de la Santé et du Développement social, Venezuela, 2003).

Il n'existe que peu d'information concernant l'épidémie en **Equateur**, mais des études comportementales effectuées dans les zones rurales et urbaines suggèrent que plusieurs facteurs seraient susceptibles

VIH notifiées jusqu'ici l'ont été dans les villes de Santa Cruz et de La Paz (Khalsa, Francis et Mazin, 2003). La prévalence du VIH parmi les professionnel(le)s du sexe enregistré(e)s est très faible – environ 0,5% – mais les autorités sanitaires estiment que le taux pourrait être bien plus élevé parmi les professionnel(le)s du sexe qui ne sont pas enregistré(e)s. Si tel est le cas, la situation est préoccupante dans un pays où l'on estime que 7% à 8% des hommes fréquentent des professionnel(le)s du sexe. Parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, la prévalence du VIH est estimée à 3%-5% (Programme national de lutte contre le SIDA, Bolivie, 2003). Il existe peu d'information concernant l'épidémie en **Colombie**. Les données les plus récentes montrent une prévalence faible parmi les professionnelles du sexe à Bogotá (0,7% en 2001-2002), mais une prévalence très élevée parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (18% en 2000) (Khalsa, Francis et Mazin, 2003).

En **Amérique centrale**, où les épidémies sont encore en grande partie concentrées dans les principales zones urbaines, le nombre d'infections à VIH s'est accru dans plusieurs pays (dont **El Salvador**, le **Nicaragua** et le **Panama**) depuis la fin des années 1990, mais c'est au **Guatemala** et au **Honduras** que la prévalence du VIH reste la plus élevée. Parmi les personnes vivant avec le VIH, les hommes surpassent en nombre les femmes par un facteur de 3 pour 1 dans la plupart des pays.

*En Amérique centrale, où les épidémies sont en grande partie concentrées dans les principales zones urbaines, le nombre d'infections à VIH s'est accru.*

de contribuer à la propagation du VIH – dont la précocité de la sexualité (une enquête a montré que 43% des élèves du secondaire étaient sexuellement actifs) et de faibles taux d'utilisation du préservatif (près de la moitié des étudiants n'en avaient jamais employés). Deux études récentes (en 2002 et 2003) ont relevé une prévalence du VIH de 12% à 14% et de 21% parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes à Quito et Guayaquil, respectivement. Une prévalence beaucoup plus faible (moins de 2%) a été relevée parmi les professionnelles du sexe (Programme national de lutte contre le SIDA, Equateur, 2002). L'épidémie en **Bolivie** est en grande partie concentrée parmi les professionnel(le)s du sexe et leurs clients et les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes. La plupart des infections à

Le pays le plus touché est le **Honduras**, où la prévalence chez l'adulte de près de 2% signifie qu'à fin 2003, on estimait à 63 000 [35 000-110 000] le nombre des personnes vivant avec le VIH (ONUSIDA, 2004). On estime que les maladies liées au SIDA sont maintenant la deuxième cause de décès au Honduras. L'épidémie dans le pays s'est considérablement développée, se propageant à la population générale dans certaines régions (par exemple Valle de Sula), tout en étant concentrée, dans d'autres zones, parmi les professionnel(le)s du sexe et les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes et autres groupes vulnérables. Une étude conduite en 2001 parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes a mesuré une prévalence de 13%. Des études précédentes avaient relevé des niveaux de VIH de 7%

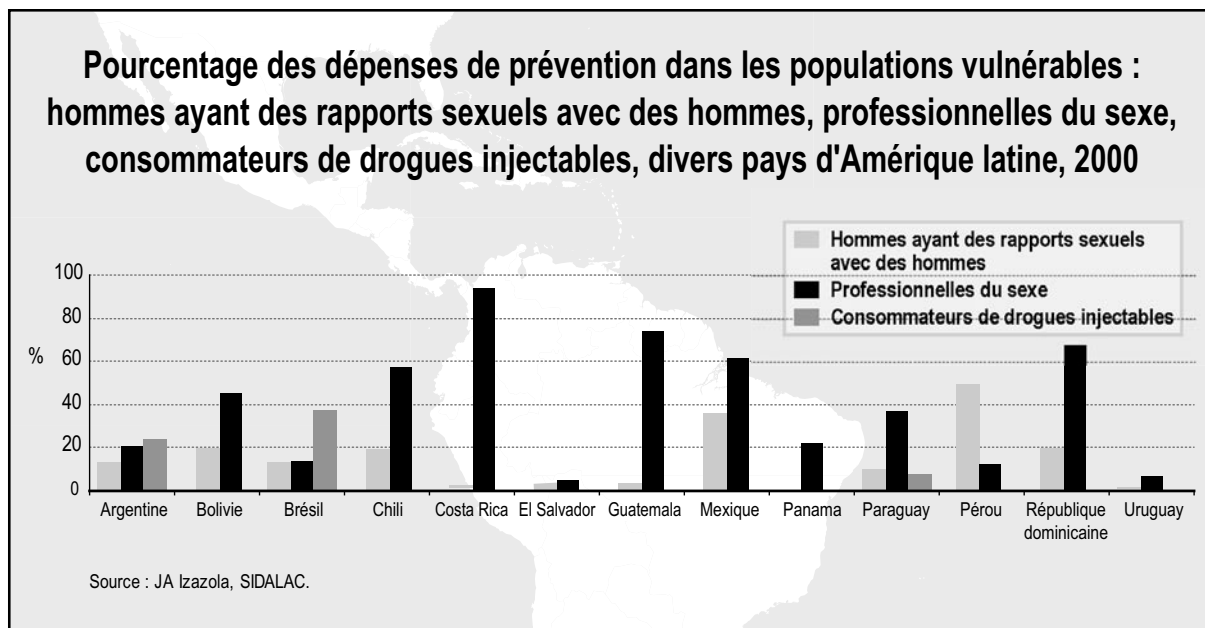


Figure 23

dans un échantillon de détenus et de 8,4% dans la population garifuna (Secrétariat à la Santé, Honduras, 2004).

Dans cette sous-région, le VIH est surtout transmis par la voie sexuelle et les niveaux les plus élevés d'infection se trouvent chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes et les professionnelles du sexe. Parmi ces dernières, les taux de VIH varient considérablement d'environ 1% au **Nicaragua** et au **Panama** à plus de 10% au **Honduras** et en **El Salvador**. Dans la plupart des pays d'Amérique

San Salvador et Puerto de Acajutla (Ministère de la Santé publique et de l'Assistance sociale, El Salvador, 2003). Il convient de noter que, les rares fois qu'un dépistage du VIH a été pratiqué parmi des détenus, une forte prévalence a été observée (7% au Honduras à la fin des années 1990, par exemple).

Les rapports sexuels entre hommes sont un des importants facteurs des épidémies dans toute la région, et notamment au **Costa Rica**. Dans ce pays, plus de la moitié des cas de SIDA entre 1998 et 2002 ont été relevés parmi les hommes ayant des rapports

*Dans plusieurs pays, les priorités des dépenses de prévention et les principales caractéristiques des épidémies ne correspondent toujours pas.*

centrale, les professionnel(le)s du sexe travaillant dans la rue ont deux fois plus de risque d'être infecté(e)s par le VIH que leurs homologues travaillant en maison close, dans les bars et les hôtels (divers Ministères de la Santé, 2003 ; Rapport MAP, 2003). Au **Guatemala**, on a mesuré une prévalence de 3,6% et 15% respectivement chez des professionnel(le)s du sexe en maison close et dans la rue, et des niveaux de VIH analogues (4% et 14% respectivement) ont été relevés au **Honduras** (Secrétariat à la Santé, Guatemala, 2003 ; Ministère de la Santé publique et de l'Assistance sociale, Honduras, 2003). En **El Salvador**, une prévalence du VIH de 16% a été relevée parmi des professionnel(le)s du sexe travaillant dans la rue (à

sexuels avec des hommes, dont une proportion importante ont également des rapports sexuels avec des femmes (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2003). Approximativement un tiers des infections à VIH au **Nicaragua** et au **Panama** peuvent être attribuées aux rapports sexuels non protégés entre hommes ; au Panama, une étude conduite en 2002 parmi des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes a révélé que près de 11% d'entre eux étaient infectés par le VIH (Ministère de la Santé, Nicaragua, 2004 ; Ministère de la Santé, Panama, 2004). Par ailleurs, diverses études ont montré que les niveaux de VIH dans des groupes d'hommes ayant des rapports sexuels entre eux étaient uniformément élevés dans



les autres pays, allant de 9% à 13% au **Guatemala**, **Honduras**, **Nicaragua** et **Panama**, à près de 18% en **El Salvador**. Dans chacun de ces pays d'Amérique centrale, une grande proportion des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes indiquent qu'ils ont également des partenaires de sexe féminin (divers Ministères de la Santé, 2003). La bisexualité constitue donc une importante passerelle de transmission du VIH dans la population plus générale. De même, les épouses ou partenaires régulières des clients des professionnel(le)s du sexe sont confrontées à un important risque d'infection par le VIH, même si elles-mêmes n'ont qu'un seul partenaire sexuel.

Au nord du **Mexique**, la prévalence nationale dans la population adulte est restée bien inférieure à 1%, mais elle montre des variations régionales importantes. Dans les Etats de Baja California, du District fédéral, du Quintana Roo et du Yucatán, la prévalence se situe autour de 0,5%, alors que dans les Etats d'Hidalgo, San Luis Potosí et Zacatecas, elle est beaucoup plus faible, 0,1% en moyenne (Bravo-Garcia et Magis, 2004). Ces dernières années, des taux beaucoup plus élevés de VIH ont été observés parmi les consommateurs de drogues injectables (jusqu'à 6%) et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (jusqu'à 15%). Selon le Registre national du SIDA, la transmission hétérosexuelle globale du VIH s'est accrue ces dernières années. Il est difficile de déterminer la mesure dans laquelle des comportements à haut risque tels que la consommation de drogues injectables et les rapports sexuels entre hommes (qui ont été largement documentés au Mexique) contribuent à la transmission du VIH dans le pays (Minichiello et al., 2002).

Une caractéristique troublante et commune plane autour des épidémies extrêmement variables de

l'Amérique latine. Dans plusieurs pays les priorités des dépenses de prévention et les grandes caractéristiques des épidémies dans les pays ne correspondent toujours pas. La plupart des pays consacrent le plus gros de leurs dépenses de prévention aux programmes concernant les professionnel(le)s du sexe et les fonds consacrés à la prévention ne reflètent toujours pas le fait que les rapports sexuels entre hommes constituent le moteur de l'épidémie dans l'ensemble de la région – à l'exception notable du **Pérou**. C'est en Amérique centrale que les disparités sont les plus prononcées. Par ailleurs, parmi les pays dans lesquels la consommation de drogues injectables constitue un facteur important, seuls l'**Argentine** et le **Brésil** semblent avoir fixé les priorités de leurs dépenses de prévention en conséquence (voir Figure 23). On pourrait faire un bien meilleur usage des données épidémiologiques et autres informations pertinentes et concevoir des programmes de prévention du VIH adaptés.

Sur le front des traitements, le Brésil reste un modèle parmi les pays en développement. Il continue d'offrir à toutes les personnes vivant avec le VIH qui en ont besoin un accès aux médicaments antirétroviraux par le biais du système national de santé. De ce fait, la survie des malades du SIDA s'est considérablement allongée. Une récente étude a calculé que la médiane de la survie était juste inférieure à cinq ans (58 mois) pour les personnes dont le SIDA avait été diagnostiqué en 1996 (Marins et al., 2003) alors qu'elle n'était que de 18 mois pour celles dont le diagnostic avait été posé en 1995. Les cas de SIDA ainsi que la mortalité qui lui est imputée ont baissé dans plusieurs autres pays dont l'Argentine, le Costa Rica et Panama, après l'extension de l'accès aux traitements antirétroviraux.

# Océanie

## Statistiques et caractéristiques du VIH et du SIDA, à fin 2002 et 2004

|      | Adultes et enfants vivant avec le VIH | Nombre de femmes vivant avec le VIH | Adultes et enfants nouvellement infectés par le VIH | Prévalence chez l'adulte (%) | Décès dus au SIDA chez les adultes et les enfants |
|------|---------------------------------------|-------------------------------------|---|------------------------------|---|
| 2004 | 35 000<br>[25 000–48 000]             | 7 100<br>[4 100–11 000]             | 5 000<br>[2 100–13 000]                             | 0,2<br>[0,1–0,3]             | 700<br>[<1700]                                    |
| 2002 | 28 000<br>[22 000–38 000]             | 5 000<br>[3 000–7 500]              | 3 200<br>[1 000–9 600]                              | 0,2<br>[0,1–0,3]             | 500<br>[<1 000]                                   |

On estime à 35 000 [25 000–48 000] le nombre de personnes qui vivent avec le VIH en Océanie. Bien que l'on pense que moins de 700 [<1700] personnes soient mortes du SIDA en 2004, on estime à 5000 environ [2100–13 000] le nombre de nouvelles infections à VIH pour cette année. Parmi les jeunes de 15 à 24 ans, on estime que 0,2% des femmes [0,1–0,4%] et 0,2% des hommes [0,1–0,3%] vivaient avec le VIH à la fin de l'année 2004.

lesquels figuraient dans plus de 85% des diagnostics d'infection récente pour les cinq années menant à 2002. Le recours aux drogues injectables sous-tendait environ 4% des infections récentes à VIH pour cette période et les rapports hétérosexuels 8,5%. Lors d'une enquête transversale en 2002 parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes à Sydney, une proportion croissante des personnes interrogées ont signalé des rapports sexuels anaux non protégés

### *Une augmentation possible des comportements sexuels à risque parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes met en évidence la nécessité de ranimer les efforts de prévention en Australie.*

Le nombre annuel de nouveaux diagnostics d'infection à VIH en **Australie** est progressivement passé de 650 en 1998 à environ 800 en 2002. Une proportion croissante des diagnostics est survenue chez des personnes qui avaient été infectées au cours de l'année précédente – ce qui permet d'envisager que l'augmentation du nombre de nouveaux diagnostics pourrait être liée au retour des pratiques sexuelles à risque. Le nombre annuel de diagnostics d'infection à VIH chez les femmes est resté relativement stable, mais une proportion accrue de ces diagnostics est survenue par suite de rapports hétérosexuels – soit dans un pays à prévalence élevée soit avec un partenaire originaire d'un tel pays. En Australie comme en **Nouvelle-Zélande**, la transmission du VIH continue à être surtout liée aux rapports sexuels entre hommes,

avec des partenaires occasionnels (25% contre 18% en 1998-1999). Des enquêtes dans d'autres villes ont donné des résultats comparables. Les données récentes de la surveillance de la gonorrhée ont par ailleurs indiqué une augmentation possible des comportements sexuels à risque parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, ce qui met en évidence la nécessité de ranimer les efforts de prévention qui visent les hommes de ce groupe – particulièrement les plus jeunes (National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research, 2003).

Depuis 1993, les taux de diagnostic de l'infection à VIH sont les mêmes en **Australie** pour les personnes aborigènes que pour le reste de la population du pays. Les femmes présentent néanmoins un taux de

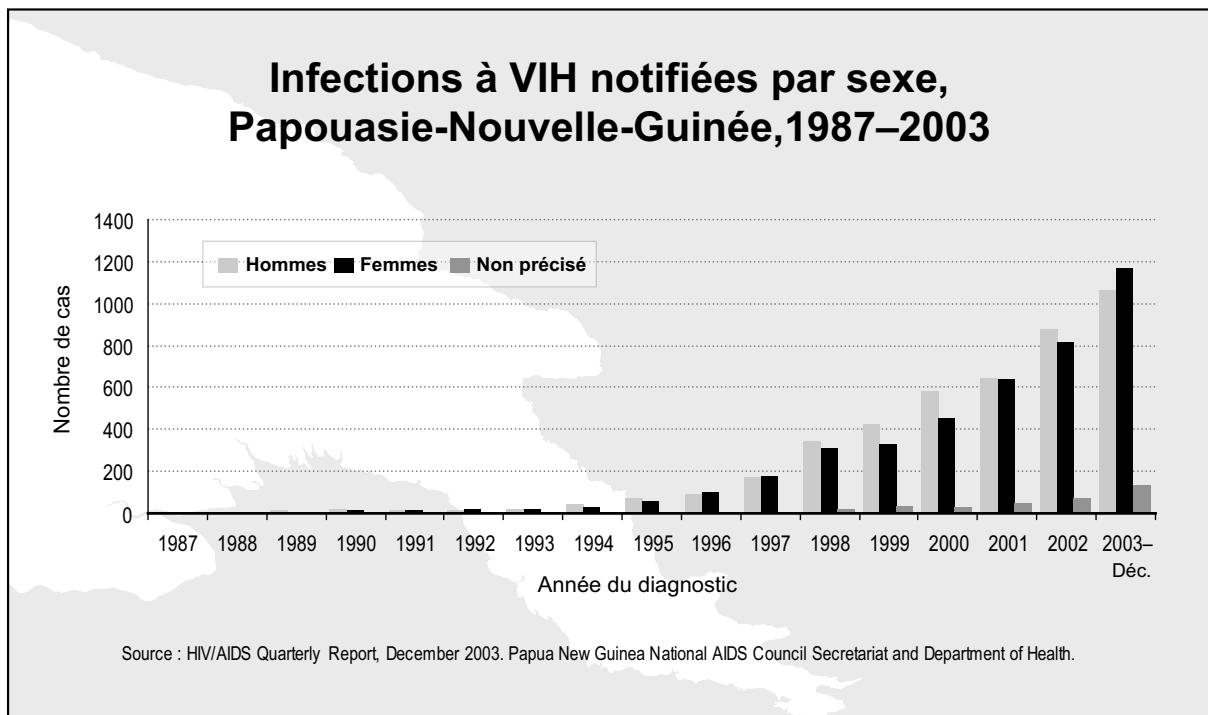


Figure 24

diagnostic plus élevé (36% chez les femmes aborigènes contre 11% pour le reste de la population féminine du pays) associé à l'utilisation de drogues injectables (20% et 4% respectivement). La moitié au moins des 14 000 personnes vivant avec le VIH en Australie reçoit un traitement antirétroviral, témoignage tant de l'ancienneté de l'épidémie dans le pays que de l'accès étendu à ce type de traitement.

### Une épidémie qui croît rapidement

C'est en **Papouasie-Nouvelle-Guinée**, qui occupe la même île que la province indonésienne de Papua, l'une des provinces les plus gravement atteintes

Council Secretariat et Department of Health, 2003). La même année, 1,4% des femmes enceintes dans les consultations prénatales de Port Moresby, la capitale, ont présenté un test positif ; à Lae, dans la région des plateaux centraux, le taux était de 2,5% (MAP, 2004). Dans le groupe d'âge des 15 à 14 ans, la proportion de femmes présentant un diagnostic d'infection à VIH était de plus du double que pour les hommes. Et en 2003, pour la première fois, le nombre total d'infections décelées chez les femmes a surpassé le nombre décelé chez les hommes, comme l'indique la Figure 24 (National AIDS Council Secretariat et Department of Health, 2003).

### *C'est en Papouasie-Nouvelle-Guinée que l'on trouve la prévalence la plus élevée du Pacifique.*

d'Indonésie, que l'on trouve la prévalence du VIH la plus élevée du Pacifique. On estime que 0,6% [0,3%–1,0%] de la population adulte – soit approximativement 16 000 personnes [7800–28 000] sur une population adulte d'environ 2,6 millions – y vivaient avec le VIH fin 2003 (ONUSIDA, 2004). Le nombre annuel de nouvelles infections détectées en Papouasie-Nouvelle-Guinée a augmenté progressivement depuis le milieu des années 1990 pour dépasser le millier en 2003 (voir Figure 24) (National AIDS

Les compétences de la Papouasie-Nouvelle-Guinée en matière de surveillance du VIH et du SIDA sont limitées et il est urgent de les améliorer. Les données disponibles suggèrent que l'épidémie est axée sur les rapports sexuels occasionnels et le commerce du sexe, en majorité hétérosexuels. Les professionnel(le)s du sexe présentent une prévalence élevée du VIH – plus de 10% à Port Moresby, par exemple (National AIDS Council Secretariat et Department of Health, 2003).

De récentes enquêtes dans les ménages auprès de jeunes hommes et de jeunes femmes entreprises à Jayapura et Merauke, du côté indonésien de la frontière, suggèrent quelques éléments de la dynamique de la propagation du VIH à travers l'ensemble de l'île. Dans la province de Papua, les femmes non mariées entre 15 et 24 ans étaient presque 10 fois plus et les jeunes hommes cinq fois plus susceptibles d'être sexuellement actifs que leurs homologues ailleurs en Indonésie (Indonesia Central Bureau of Statistics et MACRO International, 2004). En outre, 29% des jeunes femmes sexuellement actives dans la région ont signalé avoir eu des rapports avec des hommes plus âgés qu'elles de 10 ans au moins. Ces hommes plus âgés présentent un risque accru d'être infectés par le VIH et ce mélange des âges permet le passage du virus des générations plus âgées aux générations plus jeunes (MAP, 2004).

pays échappe à une épidémie explosive dont les ramifications se feraient sentir pendant des années.

### Signaux d'alarme

Les taux d'infection à VIH semblent être fort bas dans les autres régions de l'Océanie, mais les données sont très limitées. Sur des îles éloignées, les marins et leurs partenaires semblent particulièrement exposés au risque d'infection – à **Kiribati**, par exemple, 9% des marins participant à une étude récente présentaient une infection à Chlamydia et 3% une syphilis, même si la prévalence du VIH était encore faible, à savoir 0,3% (Sullivan et al., 2004). Sur d'autres îles, on détecte des taux élevés pour d'autres infections sexuellement transmissibles. Tel est le cas de **Vanuatu**, où 6% environ des femmes enceintes présentaient une gonorrhée et 13% une syphilis. De même, à **Samoa**,

*L'épidémie de Papouasie-Nouvelle-Guinée conserve bien des inconnues, mais les données disponibles soulignent la nécessité urgente d'agir si l'on veut que le pays échappe à une épidémie explosive.*

Une épidémie ainsi centrée sur le commerce du sexe dispose de voies relativement limitées pour la propagation du VIH au sein de la population ; ce sont les professionnel(le)s du sexe qui courent les plus grands risques, ainsi que leur clientèle et les partenaires sexuelles régulières de cette clientèle. Là où de nombreux hommes fréquentent les professionnelles du sexe, on a tous les éléments d'une épidémie grave – comme la Thaïlande en a fait l'expérience. La combinaison d'une activité sexuelle commerciale très répandue et de nombreux partenaires sexuels non commerciaux observée en **Papouasie-Nouvelle-Guinée** est inquiétante car elle permet à l'épidémie de prendre des proportions beaucoup plus importantes. Un taux élevé de viols, d'agressions sexuelles et d'autres manifestations de violence dirigées contre les femmes semble encourager la croissance de l'épidémie. D'après une enquête, jusqu'à 70% des femmes ont subi des violences domestiques, et d'autres enquêtes ont même majoré ce taux (Brouwer, Harris, Tanaka, 1998). L'épidémie de Papouasie-Nouvelle-Guinée conserve bien des inconnues, mais les données disponibles soulignent la nécessité urgente d'agir pour améliorer la prévention de l'infection à VIH et les services de prise en charge du SIDA si l'on veut que le

les infections à Chlamydia et à Trichomonas sont extrêmement fréquentes chez les femmes enceintes (respectivement 31% et 21%). Dans l'ensemble, 43% des femmes enceintes présentaient au moins une infection sexuellement transmissible – à des niveaux qui peuvent se comparer à ceux rencontrés chez les professionnel(le)s du sexe dans plusieurs pays d'Asie. En **République démocratique du Timor-Leste**, par exemple, un quart des professionnel(le)s du sexe présentaient une infection à Chlamydia ou une gonorrhée (ou les deux) en 2003 – une proportion semblable aux taux rencontrés au **Cambodge** deux ans auparavant. En 2002, dans six provinces du **Viet Nam**, un quart à un tiers des professionnel(le)s du sexe avec une infection à VIH présentaient au moins l'une de ces infections, et il en allait de même pour 42% des professionnel(le)s du sexe dans sept villes d'**Indonésie** en 2003 (MAP, 2004). Dans de pareils contextes, et une fois que le VIH se sera introduit au sein des minuscules populations des îles de l'Océanie, il est probable que l'on y observera des épidémies diffuses. Les stratégies de prévention destinées à diminuer et à traiter les infections sexuellement transmissibles et à encourager la diffusion rapide des connaissances sur le SIDA au sein de la population dans son ensemble doivent d'urgence être mises en place.

# MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD

## Statistiques et caractéristiques du VIH et du SIDA, à fin 2002 et 2004

|      | Adultes et enfants<br>vivant avec le VIH | Nombre de<br>femmes vivant<br>avec le VIH | Adultes et enfants<br>nouvellement infectés<br>par le VIH | Prévalence<br>chez<br>l'adulte (%) | Décès dus au SIDA<br>chez les adultes et<br>les enfants |
|------|--|---|---|------------------------------------|---|
| 2004 | 540 000<br>[230 000–1,5 million]         | 250 000<br>[80 000–770 000]               | 92 000<br>[34 000–350 000]                                | 0,3<br>[0,1–0,7]                   | 28 000<br>[12 000–72 000]                               |
| 2002 | 430 000<br>[180 000–1,2 million]         | 200 000<br>[62 000–620 000]               | 73 000<br>[21 000–300 000]                                | 0,2<br>[0,1–0,6]                   | 20 000<br>[8300–53 000]                                 |

*Tout permet de croire que les épidémies de SIDA se propageront encore dans les pays du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord.*

Le VIH va renforcer sa présence dans le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord. Les dernières estimations ne permettent pas d'en douter, avec 92 000 [34 000-350 000] nouvelles infections à VIH au cours de l'année 2004. Celles-ci portent à 540 000 [230 000–1,5 million] le nombre total de personnes vivant avec le VIH dans la région. On estime à 28 000 [12 000–72 000] le nombre de décès dus au SIDA en 2004. Chez les jeunes de 15 à 24 ans, 0,3% des femmes [0,1-0,8%] et 0,1% des hommes [0,1–0,3%] vivent avec le VIH à la fin de l'année 2004. Les modes de transmission du virus sont divers dans la région, notamment le commerce du sexe, les relations sexuelles entre hommes et la consommation de drogues injectables, et tout permet de croire que l'épidémie se propagera encore.

Ravagé par la guerre civile et les crises humanitaires, le **Soudan** reste le pays le plus affecté de la région avec une épidémie qui se concentre largement dans le sud. Les dernières estimations indiquent que plus de 2% de la population adulte vivaient avec le VIH fin 2003 – soit quelque 400 000 personnes [120 000–1,3 million] qui représentent plus de 80% de toutes les personnes vivant avec le VIH dans cette région (ONUSIDA, 2004). Les estimations précédentes avaient montré que

la prévalence du VIH était huit fois plus élevée dans le sud que dans la capitale, Khartoum. Il est possible que l'atténuation progressive des conflits dans certaines parties du pays accélère la propagation du virus au fur et à mesure que se restaurent les modes habituels de voyage et d'échanges.

Les effets du conflit continuent de perturber la collecte d'une information à jour sur l'épidémie au Soudan. Les rares études qui ont recherché des informations liées au VIH ont noté une très faible connaissance de l'épidémie et des comportements de nature à favoriser la transmission du VIH. L'une d'elles, dans les villes de Yei (dans l'extrême sud près de la frontière ougandaise) et de Rumbek (également dans le sud) a conclu à l'urgente nécessité de programmes de prévention du VIH. A Rumbek, par exemple, près d'un tiers des personnes interrogées avaient eu plus d'un partenaire sexuel dans l'année écoulée mais 2% à peine avaient utilisé un préservatif lors de leurs derniers rapports avec un partenaire occasionnel et 20% seulement savaient ce qu'est un préservatif (Kaiser et al., 2004).

Dans la plupart des autres pays, les épidémies n'en sont qu'aux premières phases – ce qui constitue une chance

supplémentaire de pouvoir limiter, par des efforts efficaces de prévention, la propagation du virus. Il faut cependant noter que les données de surveillance étant insuffisantes dans de nombreux pays, il est très possible que d'importantes flambées de VIH dans certaines populations passent inaperçues (y compris parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

teurs de drogues traités dans le centre de réhabilitation Tajourah de Tripoli étaient séropositifs en 2003. Bien que des nombres croissants d'immigrants et de migrants originaires des pays de l'Afrique subsaharienne viennent chercher un traitement contre le SIDA, la majorité des patients sont libyens. On estime que l'essentiel de la consommation de drogues injectables

*Dans la plupart des autres pays, les épidémies n'en sont qu'aux premières phases – ce qui constitue une chance supplémentaire de pouvoir limiter, par des efforts de prévention efficaces, la propagation du virus.*

ou les consommateurs de drogues injectables). Tel peut être le cas du **Maroc** où on estimait fin 2003 que 15 000 [5000-30 000] personnes vivaient avec le VIH (ONUSIDA, 2004). Selon les statistiques officielles, le VIH se transmet principalement lors de rapports hétérosexuels, les relations sexuelles entre hommes et l'injection de drogues étant apparemment des facteurs de moindre importance. Hommes et femmes semblent être également affectés. La surveillance sentinelle n'a cependant pas contrôlé récemment le VIH chez les consommateurs de drogues injectables ni chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Les données officielles indiquent une prévalence du VIH relativement faible (2,3%) chez les professionnel(le)s du sexe et très faible (0,1%) chez les femmes enceintes. En revanche chez les détenus (en majorité des hommes) on a enregistré une prévalence de 0,8%. Bien que les chiffres officiels concernant les nouvelles infections aient fluctué au cours de la dernière décennie, le nombre de nouvelles infections était presque trois fois plus élevé en 2003 qu'en 2001 (99 contre 39). Cela peut indiquer une tendance à l'augmentation des nouvelles infections (Ministère de la Santé du Maroc, 2003/2004).

tables a lieu dans la capitale, Tripoli, l'héroïne étant la drogue préférée. Il est vraisemblable que les restrictions imposées à la fin des années 1990 à la vente en pharmacie d'aiguilles et de seringues ont accru l'emploi de matériel non stérile et par conséquent le risque de transmission du VIH (Tawilah et Ball, 2003). Les tendances perceptibles aujourd'hui renforcent la nécessité de développer la prévention du VIH ainsi que la prise en charge du SIDA chez les consommateurs de drogues injectables. Mais dans l'ensemble, une connaissance plus approfondie des tendances et des structures de l'épidémie est vitale si l'on veut stopper sa montée apparente. Malheureusement le recueil des données de surveillance systématique du VIH et du SIDA est insuffisant (depuis la régionalisation des services de santé à la fin des années 1990).

L'information sur l'épidémie en **Tunisie** est également parcellaire. Toutefois, une étude rétrospective récente a noté qu'environ 84% des patients séropositifs à l'Hôpital Rabta à Tunis étaient des consommateurs de drogues injectables et que 11% avaient été contaminés lors de rapports sexuels non protégés. Mais il est possible que les personnes étudiées soient des ressortissants libyens qui viennent en nombre

*Les données de surveillance étant insuffisantes dans plusieurs pays, il est possible que d'importantes flambées de VIH dans certaines populations (notamment les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les consommateurs de drogues injectables) passent inaperçues.*

En **Jamahiriya arabe libyenne**, l'épidémie s'est développée de façon spectaculaire puisque près de 90% des 5160 infections à VIH enregistrées officiellement fin 2002 s'étaient produites uniquement entre 2000 et 2002. La grande majorité de ces infections – plus de 90% – est attribuée à la consommation de drogues injectables ; près de 50% des consomma-

chercher un traitement antirétroviral en Tunisie où le traitement est universel et gratuit (Kilani et al., 2004). Les comportements à risque sont chose courante chez les consommateurs de drogues injectables dans la capitale **égyptienne** du Caire et selon de nouvelles recherches, il y a de fortes chances que ceux-ci transmettent le virus à leurs partenaires sexuels. Au cours

du mois écoulé, plus de la moitié (55%) des personnes ayant reçu une injection avaient utilisé du matériel non stérile et un quart des personnes jamais incarcérées signalaient avoir utilisé en prison des drogues injectables. Les trois quarts des consommateurs de drogues étaient actifs sexuellement et parmi eux, deux sur trois n'avaient jamais utilisé de préservatif (Elshimi, Warner-Smith et Aon, 2004).

En **Algérie**, à **Bahreïn**, au **Koweït** et en **Oman**, les infections à VIH sont également attribuées à la consommation de drogues injectables mais le rôle de celles-ci est particulièrement évident dans l'épidémie qui va croissant en **République islamique d'Iran**. Environ 15% de toutes les infections à VIH depuis le début de l'épidémie ont été enregistrées pour la seule année 2003 (Ministère de la Santé, Iran, 2004). Bien que cette croissance reflète en partie une amélioration de la surveillance, il est quasi certain qu'elle révèle

selon certains rapports, pourrait réduire de moitié l'usage de matériel non stérile.

Le risque considérable de transmission du virus à leurs partenaires sexuels par les consommateurs de drogues impose un renforcement des programmes de prévention pour limiter la transmission sexuelle du VIH en Iran. D'après l'une de ces études, la moitié environ des consommateurs de drogues sont mariés et un tiers des personnes interrogées disent avoir des rapports sexuels extra-conjugaux, ce qui signifie de nouveaux risques de transmission. Cette deuxième vague d'infections fera probablement également courir des risques aux professionnel(le)s du sexe (et aux autres membres de leur clientèle). Comme ailleurs dans cette région, les professionnel(le)s du sexe semblent peu à même de se protéger des infections à VIH. Une étude au sein de ce groupe dans la ville iranienne de Kermanshah a montré que quasiment 100% savaient

*La stigmatisation sociale et la discrimination institutionnelle que subissent les groupes vulnérables sont rarement et trop peu combattues ; en outre, il n'en est pas fait assez en matière de communication et d'éducation pour faire comprendre l'épidémie à l'ensemble des populations.*

aussi une récente poussée épidémique principalement due à l'injection de drogues. Près de 4% des consommateurs de drogues testés par la surveillance sentinelle en 2003 étaient séropositifs au VIH mais la prévalence était trois fois plus élevée chez ceux qui ont été testés en dehors des sites sentinelles et, en certains endroits, un consommateur de drogues sur cinq était séropositif (MAP, 2004).

L'épidémie croît en **Iran** du fait d'une augmentation considérable du nombre de personnes qui pratiquent l'injection de drogues. Ces dernières années, l'Iran a amélioré ses méthodes d'estimation du nombre de personnes ayant des comportements qui augmentent le risque d'exposition au VIH. Selon une étude épidémiologique de la consommation de drogues publiée par le Ministère de la Santé en 2002, cette population pourrait s'accroître de 5% à 10% chaque année (MAP, 2004). On estimait en 2003 que le pays comptait jusqu'à 200 000 consommateurs de drogues injectables (Jenkins et Robalino, 2003). Des mesures ont été mises sur pied pour limiter l'étendue de la transmission du VIH par l'injection de drogues. Contrairement à plusieurs autres pays de la région, l'Iran a autorisé la vente sans ordonnance dans les pharmacies des aiguilles et des seringues, ce qui,

ce qu'est un préservatif mais que la moitié n'en avait jamais utilisé (MAP, 2004). Les professionnel(le)s du sexe, comme leur clientèle, citent le coût du préservatif comme le principal obstacle à son emploi.

Au **Yémen**, l'épidémie semble concentrée dans l'industrie du sexe (Jenkins et Robalino, 2003). En 2004, la surveillance sentinelle assurée dans quelques sites en **Algérie** a montré que la prévalence chez les femmes enceintes se situait entre 0,2% et 0,5% à Tizi-Ouzou, Tamanrasset et Oran. Dans ces deux derniers sites, 2% des personnes souffrant d'une infection sexuellement transmissible étaient séropositives; il en était de même pour 9% des 70 professionnel(le)s du sexe ayant subi le test à Tamanrasset (Institut de Formation paramédicale de Parnet, 2004). Il faut noter que quatre ans auparavant, la prévalence dans cette même population n'était que de 1,7% (Fares et al., 2004). Ici comme ailleurs dans la région, il faut approfondir la connaissance des structures de transmission du VIH et du rôle du commerce du sexe dans l'épidémie. Il en va de même pour les rapports sexuels entre hommes, qui sont fortement stigmatisés dans la région. L'information sur ces formes de comportement et leur rôle dans l'épidémie reste insuffisante. Les études entreprises montrent néanmoins de forts risques de

transmission chez les hommes ayant des rapports avec des hommes et dans leur entourage. Bien qu'une étude récente conduite au Caire (**Égypte**) auprès d'un échantillon d'hommes ayant ce type de rapports ait noté une prévalence faible (à peine plus de 1%), les comportements à risque étaient monnaie courante. Un grand nombre d'entre eux, en particulier les moins de 25 ans, disaient avoir de multiples partenaires mais seuls 19% des hommes dans leur ensemble disaient utiliser régulièrement un préservatif – certains n'en avaient jamais entendu parler. Étant donné le faible taux de recours au préservatif et le fait que près des trois quarts des hommes plus âgés (plus de 25 ans) disent avoir également des partenaires féminines, le risque de transmission ultérieure du VIH est loin d'être négligeable (El-Rahman, 2004).

Une prévention efficace est nécessaire dans toute la région pour mettre fin aux épidémies qui en sont encore à leurs premiers stades. L'efficacité des interventions dépendra elle-même d'une information systématique et fiable sur les structures et les tendances des épidémies. Sur chacun de ces plans, trop de pays accusent encore un retard fâcheux. Même des démarches de base – par exemple la promotion du préservatif – sont quasi inexistantes. La stigmatisation sociale et la discrimination institutionnelle que subissent les groupes vulnérables sont rarement et trop peu combattues ; enfin il n'en est pas fait assez en matière de communication et d'éducation pour faire comprendre l'épidémie à l'ensemble des populations.



# AMÉRIQUE DU NORD, EUROPE OCCIDENTALE ET EUROPE CENTRALE

## Statistiques et caractéristiques du VIH et du SIDA, à fin 2002 et 2004

|      | Adultes et enfants<br>vivant avec le VIH | Nombre de<br>femmes vivant<br>avec le VIH | Adultes et enfants<br>nouvellement infectés<br>par le VIH | Prévalence<br>chez l'adulte<br>(%) | Décès dus au SIDA<br>chez les adultes et<br>les enfants |
|------|--|---|---|------------------------------------|---|
| 2004 | 1,6 million<br>[1,1–2,2 millions]        | 420 000<br>[290 000–570 000]              | 64 000<br>[34 000–140 000]                                | 0,4<br>[0,3–0,6]                   | 23 000<br>[15 000–32 000]                               |
| 2002 | 1,6 million<br>[1,1–2,2 millions]        | 390 000<br>[270 000–550 000]              | 62 000<br>[33 000–140 000]                                | 0,4<br>[0,3–0,6]                   | 22 000<br>[15 000–31 000]                               |

*Le SIDA affecte de nouveaux segments de la population et une proportion croissante des nouvelles infections est due aux rapports hétérosexuels non protégés.*

En 2004, on a compté environ 64 000 [34 000–140 000] nouvelles infections en Amérique du Nord, en Europe occidentale et en Europe centrale, ce qui porte le nombre de personnes vivant avec le VIH dans ces régions à un total compris entre 1,1 million et 2,2 millions. Parmi les jeunes de 15 à 24 ans, 0,1% des femmes [0,1–0,2%] et 0,2% des hommes [0,1–0,5%] vivaient avec le VIH à la fin 2004. La large accessibilité des médicaments antirétroviraux qui permettent d'allonger la durée de vie a maintenu le nombre des décès dus au SIDA entre 15 000 et 32 000 pour cette année. Il y a néanmoins de sérieuses indications que les activités de prévention ne se maintiennent pas au niveau des épidémies en constant changement dans un certain nombre de pays.

Les rapports sexuels entre hommes et, dans une moindre mesure, le recours à l'injection de drogues restent des facteurs notoires des épidémies pour ces pays, mais les schémas de transmission du VIH sont en train de changer. De nouveaux segments de la population sont atteints et une proportion croissante des nouvelles infections est due aux rapports hétérosexuels non protégés.

Aux **Etats-Unis d'Amérique**, l'épidémie a changé de façon évidente au cours de la décennie écoulée. On estime à 40 000 le nombre de personnes infectées chaque année par le VIH dans ce pays au cours de la décennie, mais l'épidémie affecte maintenant de façon disproportionnée les Africains-Américains et touche de plus en plus de femmes.

En 2003, les Africains-Américains représentaient au moins 25% de l'ensemble des cas de SIDA, contre 20% en 2001. Cette proportion pourrait même être plus élevée encore, l'estimation étant fondée sur des données en provenance de 29 Etats seulement. Les Africains-Américains ne représentent que 12% de la population générale, mais plus de la moitié des nouveaux diagnostics de VIH ces dernières années ont été posés dans ce groupe (54% en 2002 d'après les données disponibles les plus récentes). Les femmes africaines-américaines sont particulièrement atteintes, puisqu'elles représentent 72% des nouveaux diagnostics de VIH portés chez les femmes des Etats-Unis. Au tournant de ce siècle déjà, le SIDA comptait parmi les trois causes principales de décès pour les Africains-Américains âgés de 25 à 54 ans et pour les

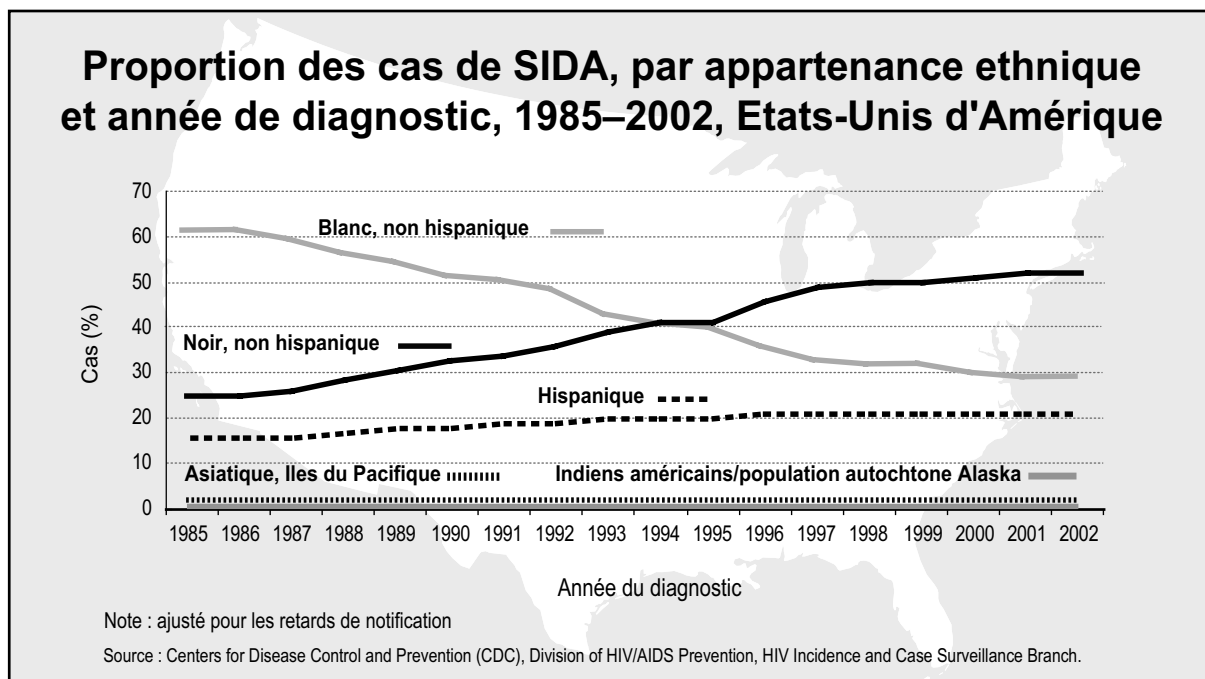


Figure 25

Africaines-Américaines âgées de 35 à 44 ans (Centers for Disease Control and Prevention, 2003a).

Il devrait aller de soi que ni la race ni l'appartenance ethnique ne constituent en elles-mêmes un facteur de risque pour le VIH. On sait néanmoins que la pauvreté et d'autres formes de carence socio-économique accroissent la vulnérabilité vis-à-vis de l'infection à VIH. On estime qu'un Africain-Américain sur

ments à risque, surtout chez les plus jeunes qui ont des rapports sexuels avec des hommes. Il n'en reste pas moins vrai que, pour les femmes, les rapports hétérosexuels se rencontrent dans la majeure partie des diagnostics d'infection à VIH, et il y a de fortes raisons de penser que le facteur de risque le plus important pour de nombreuses femmes infectées tient au comportement à risque de leurs partenaires masculins

*Aux Etats-Unis d'Amérique, l'épidémie affecte maintenant de façon disproportionnée les Africains-Américains et touche de plus en plus de femmes.*

quatre vit dans la pauvreté et des études entreprises aux Etats-Unis ont établi une relation étroite entre une incidence accrue du SIDA et la faiblesse des revenus (Centers for Disease Control and Prevention, 2003b ; Census Bureau, 2000 ; Diaz et al., 1994). Il se peut aussi que les taux élevés d'incarcération, surtout chez les hommes africains-américains, soient un facteur d'amplification pour l'épidémie à cause de l'injection de drogues et des rapports sexuels non protégés en milieu carcéral.

Pour les hommes en général et les hommes africains-américains en particulier, l'immense majorité des infections à VIH surviennent au cours de l'injection de drogues et des rapports sexuels entre hommes. On rencontre encore des niveaux élevés de comporte-

ments à risque, surtout chez les plus jeunes qui ont des rapports sexuels avec des hommes. Il n'en reste pas moins vrai que, pour les femmes, les rapports hétérosexuels se rencontrent dans la majeure partie des diagnostics d'infection à VIH, et il y a de fortes raisons de penser que le facteur de risque le plus important pour de nombreuses femmes infectées tient au comportement à risque de leurs partenaires masculins

pour 20% d'entre eux (Valleroy et al., 2004 ; Centers for Disease Control and Prevention, 2004b).

Les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes constituent la majorité des personnes vivant avec le VIH aux **Etats-Unis d'Amérique**. L'augmentation des cas de syphilis et d'autres infections sexuellement transmissibles observée récemment au sein de ce groupe a fait craindre un accrois-

sement des comportements à risque et la survenue d'une nouvelle vague d'infections à VIH. Des études à Los Angeles et San Francisco ont mis en évidence un accroissement dramatique du nombre de cas de syphilis (de 4 à 260 dans le comté de Los Angeles de 1998 à 2000, et de 67 à 299 à San Francisco pour la même période). Des études plus récentes semblent néanmoins indiquer que ces augmentations n'ont pas affecté de façon marquée l'incidence du VIH, qui est restée stable de 1999 à 2002 parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (Centers for Disease Control and Prevention, 2004a). En outre, selon une nouvelle enquête portant sur 16 Etats, la majorité des hommes séropositifs qui ont des rapports sexuels avec des hommes ont pris des mesures de précaution (notamment le recours au préservatif, l'abstinence ou la fidélité à un partenaire) afin d'empêcher l'infection à VIH de se transmettre. L'enquête recommande néanmoins que des efforts de prévention plus intensifs soient mis en place pour atteindre le petit nombre de séropositifs qui continuent à avoir des pratiques sexuelles à risque avec des hommes (Centers for Disease Control and Prevention, 2004c).

### *Le SIDA compte parmi les trois causes principales de décès pour les hommes africains-américains âgés de 25 à 54 ans et pour les femmes africaines-américaines de 35 à 44 ans aux Etats-Unis d'Amérique.*

Plus au nord, au **Canada**, les estimations les plus récentes signalent environ 56 000 personnes vivant avec le VIH fin 2002 (Geduld et al., 2004) – un bon tiers d'entre elles n'étant pas conscientes de leur statut sérologique. Les populations autochtones semblent courir un risque deux fois plus élevé que les autres d'être infectées par le VIH. En 2002, la plupart des nouvelles infections à VIH au Canada étaient attribuables aux pratiques sexuelles à risque entre hommes (40%) et à l'injection de drogues (30%, en léger déclin ces dernières années). Les infections liées aux rapports hétérosexuels à risque sont en légère augmentation, dont un faible pourcentage (moins de 10%) parmi les populations réfugiées ou immigrantes en provenance de pays à forte prévalence d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes (Santé Canada, 2003).

Pour les 12 pays d'**Europe occidentale** qui disposent de données sur les diagnostics récents d'infection à VIH, on note une augmentation de 122% pour ces diagnostics chez les personnes qui ont été infectées par contact hétérosexuel entre 1997 et 2002. Contrairement à ce que l'on observe au Canada,

une partie importante de ces infections frappe des personnes originaires de pays où sévissent des épidémies graves, en majorité d'Afrique subsaharienne (Hamers et Downs, 2004) et, pour le **Royaume-Uni**, des pays anglophones des Caraïbes. Il semble aussi que la résurgence des comportements sexuels à risque entre hommes observée au cours des années écoulées

### *Il y a de fortes raisons de penser que le facteur de risque le plus important pour de nombreuses femmes infectées tient au comportement à risque de leurs partenaires masculins – comportement souvent tenu caché.*

Depuis l'introduction des traitements antirétroviraux en 1995–1996, le nombre des décès liés au SIDA a chuté rapidement aux **Etats-Unis d'Amérique** jusqu'à la fin des années 1990 et a ensuite continué à diminuer plus lentement – de 19 005 décès signalés comme dus au SIDA en 1998 à 16 371 en 2002 (ONUSIDA, 2004). Le taux de mortalité due au SIDA

entre hommes observée au cours des années écoulées

entraîne dans certains pays un accroissement de la transmission du VIH parmi ces populations.

En 2001–2002, les diagnostics d'infection à VIH parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes ont augmenté de 22% en **Europe occidentale**, contrairement à la diminution progressive observée au cours des années précédentes (Hamers et Downs, 2004). Il ne faut néanmoins pas confondre les données relatives aux nouveaux cas diagnostiqués avec l'incidence du VIH : ces données peuvent tout simplement traduire un recours plus important aux services de test et donc inclure des personnes qui ont été infectées plusieurs années auparavant. L'accroissement récent du nombre de nouveaux diagnostics d'infection à VIH au **Royaume-Uni** semble être en partie dû à l'augmentation du nombre de tests – en 2002, l'infection remontait à six ans ou plus pour la moitié des nouveaux diagnostics d'infection à VIH observés chez des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes. Il n'en reste pas moins que l'infection

Dans la plupart des pays d'Europe occidentale, l'injection de drogues – même si elle reste un facteur important pour les épidémies de plusieurs pays, dont l'**Espagne**, l'**Italie** et le **Portugal**, ainsi que pour certaines villes d'autres pays, provoque une part de moins en moins importante des infections à VIH nouvellement enregistrées. La plupart du temps, ce déclin correspond à une diminution des pratiques à risque liées à l'injection, diminution vraisemblablement liée à des efforts de prévention efficaces parmi les consommateurs de drogues injectables dans de nombreux pays d'Europe occidentale. Le cas de l'**Espagne** montre de façon frappante comment un ensemble de mesures visant à réduire les risques (y compris des programmes de substitution à la méthadone et des projets d'échange d'aiguilles et de seringues) peut faire reculer l'épidémie parmi ces consommateurs. Alors que le nombre de nouvelles infections dans ce groupe était de 16 000 en 1985–1986, il a chuté vertigineusement à moins de 2000 depuis (de la Fuente et al., 2003).

*En Europe occidentale, des milliers d'infections nouvelles surviennent chaque année et nombreuses sont les personnes infectées par le VIH qui ne sont pas conscientes de leur statut sérologique. Une grande partie des nouveaux diagnostics de VIH concernent des personnes en provenance de pays où sévissent de graves épidémies.*

à VIH reste à l'heure actuelle le problème de santé qui augmente le plus rapidement en Angleterre (Department of Health, Royaume-Uni, 2003). En **Allemagne**, où un meilleur accès au traitement avait déjà eu pour effet cette augmentation du nombre de tests depuis la fin des années 1990, l'accroissement récent du nombre de diagnostics d'infection à VIH (de 642 en 2000 à 742 en 2002) correspond vraisemblablement à une augmentation réelle du nombre d'infections nouvelles. Pour l'Europe occidentale en général, la persistance parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes d'une prévalence élevée du VIH – de 10% à 20% dans plusieurs pays, voire plus dans les grandes villes – souligne la nécessité urgente de ranimer et d'améliorer les campagnes qui traitent des rapports sexuels à moindre risque pour ces hommes (Hamers et Downs, 2004).

En **Espagne** comme dans plusieurs pays d'Europe, la prévalence du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables peut varier fortement d'un endroit à l'autre (Observatoire européen des Drogues et des Toxicomanies, 2003). Une enquête auprès des consommateurs de drogues injectables suivis dans des centres de traitement de la province de Catalogne en Espagne a par exemple constaté que la prévalence du VIH y était encore de 38% en 2001 (Centre d'Estudis Epidemiològics sobre l'HIV/Sida de Catalunya, 2001). En Espagne, le recours à l'injection de drogues semble de fait limité au nord-est du pays et aux îles Baléares (de la Fuente, 2003). Au **Portugal** (où les taux de diagnostic de nouvelles infections à VIH sont les plus élevés d'Europe), l'injection de drogues intervient encore pour près de 50% des diagnostics d'infection à VIH en 2002. On observe toujours une prévalence

du VIH d'au moins 20% chez les consommateurs de drogues en divers endroits d'autres pays, dont la **France**, l'**Italie** et les **Pays-Bas** (Hamers et Downs, 2004). Dans le premier de ces pays, une enquête dans les centres de traitement de Marseille auprès des consommateurs de drogues injectables a montré un taux d'infection à VIH de 22% (Emmanuelli et al.,

2004). En **Espagne**, selon les résultats d'une étude entreprise de 1998 à 2003, 5% des professionnel(le)s du sexe provenant de l'immigration à Madrid (pour la plupart originaires d'Afrique subsaharienne) présentaient une séropositivité (Gutierrez et al., 2004).

Dans toute l'Europe occidentale, les infections à VIH frappent de façon croissante et disproportionnée

*Il semble que la résurgence des comportements sexuels à risque entre hommes observée au cours des années écoulées entraîne dans certains pays un accroissement de la transmission du VIH parmi ces populations.*

2004). Même s'il est encourageant de noter qu'aucun des consommateurs de moins de 30 ans ne présentait de séropositivité, il est clair qu'il faudra poursuivre les efforts en vue de réduire la transmission du VIH parmi ces populations – et entre ces personnes et leurs partenaires sexuels. Au Portugal, la transmission par voie hétérosexuelle intervient pour plus de 40% des nouveaux diagnostics d'infections à VIH en 2002. Les données disponibles montrent des tendances similaires pour certaines régions ou provinces de l'Espagne et de l'Italie (Hamers et Downs, 2004).

La proportion des infections à VIH attribuables à la transmission par des rapports hétérosexuels tend à augmenter en Europe occidentale – ainsi d'ailleurs que le nombre de femmes chez qui l'on diagnostique la présence du virus. Dans les 12 pays d'Europe occidentale pour lesquels on dispose de données, la proportion de femmes parmi les personnes ayant fait l'objet d'un diagnostic récent d'infection à VIH est passée de 25% (1955 sur 7770) en 1997 à 38% (4269 sur 11 337) en 2002 (Hamers et Downs, 2004). En **France**, deux tiers environ des nouveaux diagnostics d'infection à VIH posés en 2003 l'ont été chez des personnes infectées lors de rapports hétérosexuels ; au **Royaume-Uni**, cette proportion était d'environ 49% et en **Allemagne** de l'ordre de 41%. Dans certains pays, un nombre non négligeable de professionnelles du sexe continuent à être infectées, par exemple aux **Pays-Bas**, où une étude entreprise en 2002-2003 à Rotterdam a trouvé un taux de séropositivité de 7% dans cette population – et jusqu'à 12% chez les femmes qui travaillaient dans la rue (van Veen et al.,

les personnes qui ont immigré en provenance de pays où sévissent de graves épidémies de SIDA, en particulier d'Afrique subsaharienne. En **Allemagne** et au **Royaume-Uni** par exemple, les personnes originaires de pays à haute prévalence représentent un pourcentage considérable des infections diagnostiquées récemment et dues à des rapports hétérosexuels (Hamers et Downs, 2004). Au Royaume-Uni, les trois quarts peut-être des infections d'origine hétérosexuelle seraient survenues en Afrique subsaharienne ; en **Suède**, plus de 80% de ces infections auraient été acquises à l'étranger. La plupart des migrants vivant avec le VIH semblent ne pas être au fait de leur statut sérologique ; de façon générale, les diagnostics d'infection à VIH sont posés à l'occasion d'une maladie ou d'une grossesse. Dans la plupart des pays, les personnes qui ont immigré ne bénéficient pas de services adéquats, appropriés et pertinents du point de vue social en ce qui concerne la prévention, le traitement et la prise en charge. Pour pallier cette situation, il faudra des efforts coordonnés qui visent entre autres de façon vigoureuse la discrimination sociale et juridique dont ces personnes sont l'objet, ainsi que les obstacles administratifs qu'elles rencontrent.

Dans les pays de l'Europe centrale (parmi lesquels la **Hongrie** et la **République tchèque**), les infections nouvelles sont restées à un niveau stable depuis la fin des années 1990 ; la plupart de ces infections ont été signalées en **Pologne**. En **Hongrie**, en **République tchèque**, en **Slovaquie** et en **Slovénie**, les rapports sexuels entre hommes sont de toute évidence le mode de transmission prédominant du VIH.

A la différence de ce que l'on observe ailleurs de par le monde, la grande majorité des personnes qui ont besoin d'un traitement antirétroviral y ont effectivement accès. En conséquence, les décès dus au SIDA sont restés peu nombreux depuis la chute vertigineuse observée entre le milieu et la fin des années 1990. En Europe occidentale, on a signalé 3101 décès liés au SIDA en 2002 (ONUSIDA, 2004). Il faut cependant enregistrer deux tendances inquiétantes. Dans certains pays, une proportion élevée des infections à VIH reste non diagnostiquée – au **Royaume-Uni**, par exemple, on estime qu'un tiers des personnes vivant avec le VIH ne connaissent pas leur statut sérologique et ne l'apprendront sans doute que lors de la survenue de maladies liées au SIDA (Department

of Health, Royaume-Uni, 2003). Par ailleurs, on a noté en Europe occidentale des signes inquiétants de résistance aux médicaments antirétroviraux parmi des personnes nouvellement infectées (Girardi, 2003).

Des milliers d'infections nouvelles surviennent chaque année dans l'ensemble de ces pays et nombreuses sont les personnes infectées par le VIH qui ne sont pas conscientes de leur statut sérologique. Les principaux défis à affronter sont la fourniture de soins précoces et efficaces à toutes les personnes infectées par le VIH, le rajeunissement des efforts de prévention, leur adaptation à des schémas épidémiques en constante mutation, et enfin l'atténuation des répercussions psychosociales, économiques et physiques de l'infection à VIH.

## CARTES

---

Estimations mondiales à fin 2004 – Adultes et enfants

Nombre d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH à fin 2004 – Estimations

Nombre d'adultes et d'enfants infectés par le VIH en 2004 – Estimations

Nombre de décès dus au VIH/SIDA chez l'adulte et l'enfant en 2004 – Estimations

# ESTIMATIONS MONDIALES À FIN 2004

## ENFANTS ET ADULTES



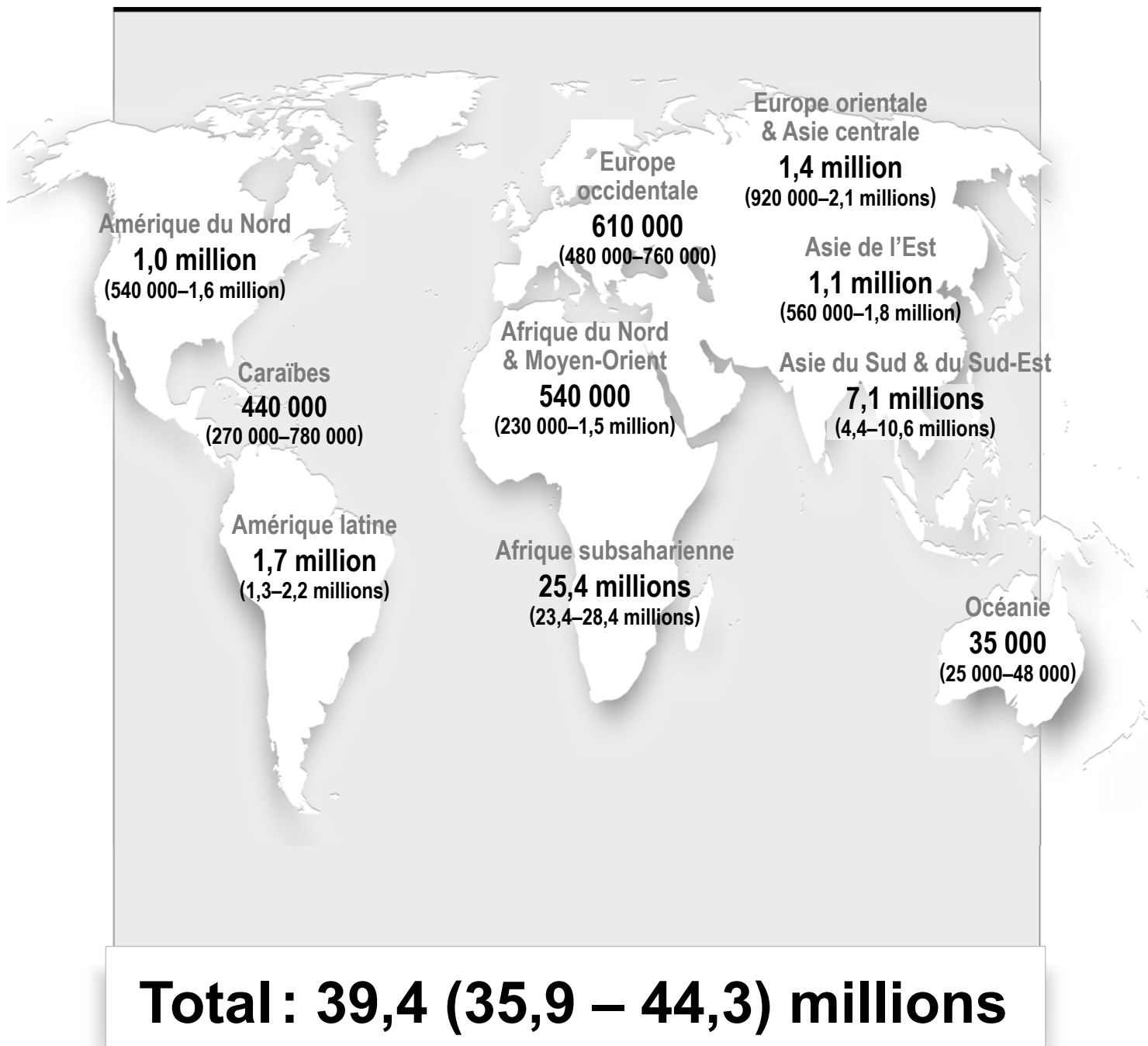
|   |   |
|---|---|
| <b>Personnes vivant avec le VIH .....</b>         | <b>39,4 millions (35,9 – 44,3 millions)</b> |
| <b>Nouveaux cas d'infection à VIH en 2004 ...</b> | <b>4,9 millions (4,3 – 6,4 millions)</b>    |
| <b>Décès dus au SIDA en 2004 .....</b>            | <b>3,1 millions (2,8 – 3,5 millions)</b>    |

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.

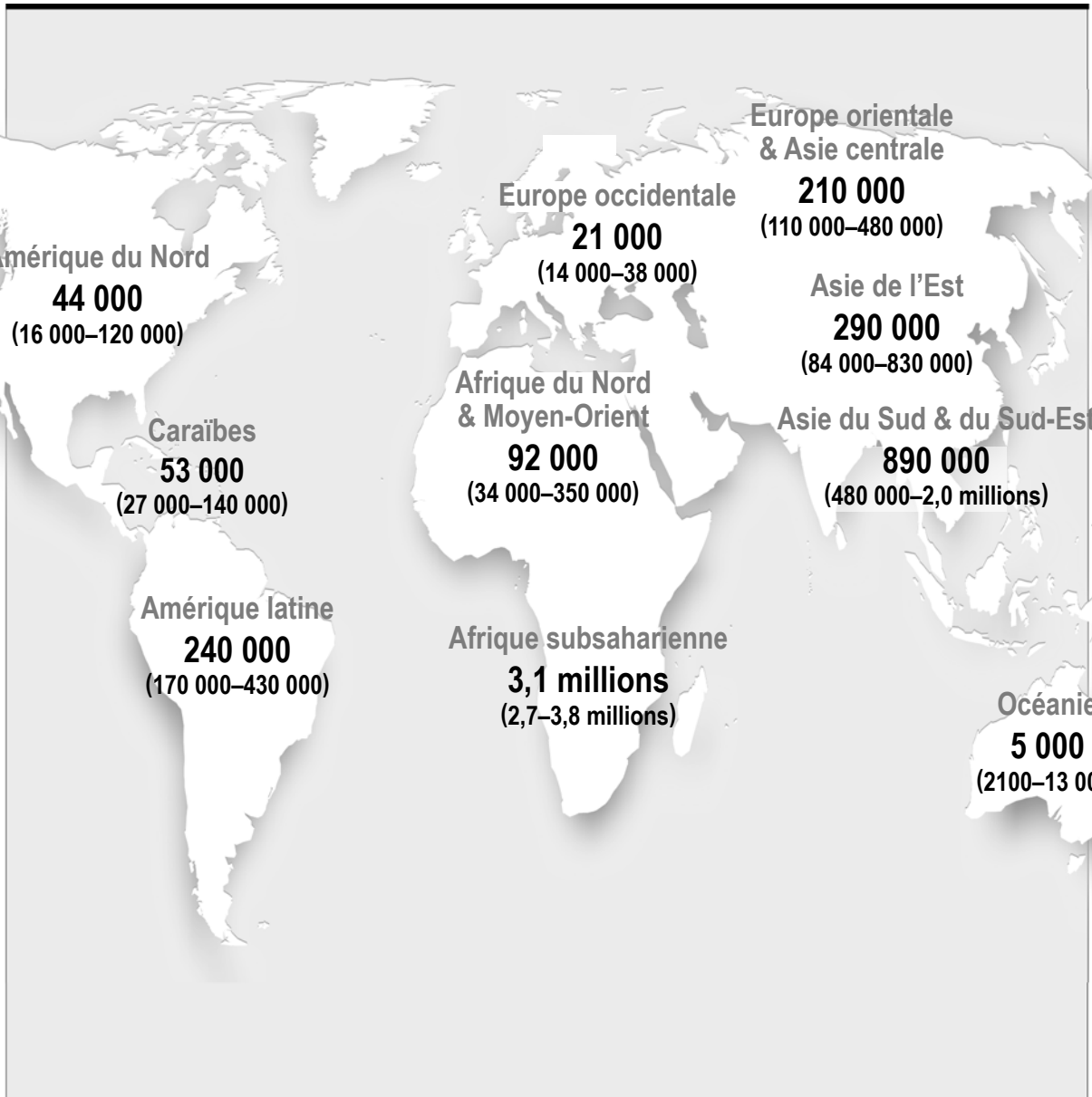


# ADULTES ET ENFANTS VIVANT AVEC LE VIH

## ESTIMATIONS À FIN 2004

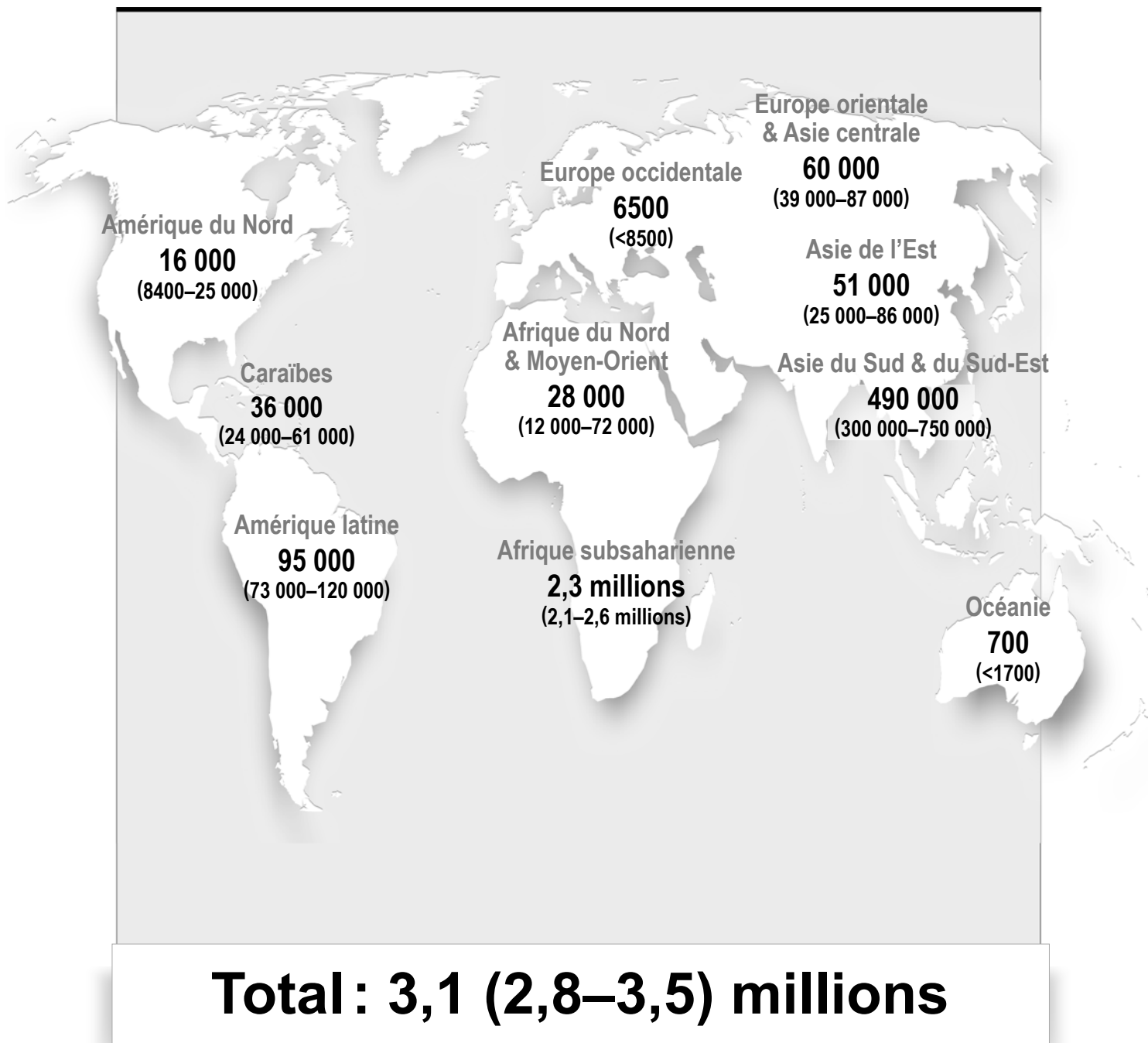


# NOMBRE ESTIMATIF D'ADULTES ET D'ENFANTS INFECTÉS PAR LE VIH EN 2004



**Total : 4,9 (4,3–6,4) millions**

# NOMBRE ESTIMATIF DE DÉCÈS PAR SIDA CHEZ L'ADULTE ET L'ENFANT EN 2004



# BIBLIOGRAPHIE

---

## INTRODUCTION

---

OMS (2004). *Investing in a comprehensive health sector response to HIV/AIDS: Scaling up treatment and Accelerating Prevention*. Genève, OMS. Juillet.

ONUSIDA (2004). *Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA 2004*. Genève, ONUSIDA.

POLICY Project, USAID, UNAIDS, UNICEF (2004). Coverage of selected services for HIV/AIDS prevention, care and support in low and middle-income countries in 2003. Washington DC, POLICY Project.

## FEMMES ET SIDA

---

Access Working Group (2002). *Preparing for Microbicide Access and Use: A Report by the Access Working Group of the Microbicide Initiative*. New York, Rockefeller Foundation.

Bracher M, Santow G, Watkins S (2003). Moving and marrying. *Demographic Research*. Special Collection 1. Article 7. Septembre. Disponible sur <http://www.demographic-research.org/special/1/7/s1-7.pdf>.

Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique (2003). *HIV/AIDS Epidemiological Surveillance Update for the WHO African Region 2002*. Harare, Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique. Septembre.

Buve A, Bishikwabo-Nzarhaza K, Mutangadura G (2002). The spread and effect of HIV-1 infection in sub-Saharan Africa. *Lancet*, 359:2011-2017.

Carpenter LM, Kamali A, Ruberantwari A, Malamba SS, Whitworth JAG (1999). Rates of HIV-1 transmission within marriage in rural Uganda in relation to the HIV sero-status of the partners. *AIDS*, 13:1083-1089.

Cates W (2004). The staying power of sexually transmitted diseases. *Lancet*, 354(Suppl. 4):S2.

Clark S (2004). Early Marriage and HIV Risks in sub-Saharan Africa. *Studies in Family Planning*, 35(3):149-160.

Cohen J (2004). Till death do us part. *Science*, 304:513. 23 avril.

Department of Health, South Africa, Measure DHS, USA; Medical Research Council, South Africa (1998). *Demographic and health survey 1998: final report*. Pretoria, Afrique du Sud.

Drimie, S (2002). *The Impact of HIV/AIDS on Land: Case studies from Kenya, Lesotho and South Africa*. Synthesis report prepared for the FAO Southern Africa Regional Office. Pretoria, Human Sciences Research Council.

Dunkle et al. (2004). Gender-based violence, relationship power, and risk of HIV infection among women attending antenatal clinics in South Africa. *Lancet*, 363:1415-1421.

Garcia-Moreno C, Watts C (2000). Violence against women: its importance for HIV/AIDS. *AIDS*, 14(suppl 3):S253-265.

Ghana Statistical Service, Noguchi Memorial Institute for Medical Research, MEASURE DHS+ (2004). *Ghana Demographic and Health Survey 2003*. Rapport préliminaire. Accra, Ghana Statistical Service.

Gilbert L, Walker L (2002). Treading the path of least resistance: HIV/AIDS and social inequalities—a South African case study. *Social Science & Medicine*, 54:1093-1110.

Glynn, JR et al. (2001). Why do young women have a much higher prevalence of HIV than young men? A study in Kisumu, Kenya and Ndola, Zambia. *AIDS*, 15(Suppl. 4):S51-60.

Gregson S et al. (2002). Sexual mixing patterns and sex-differentials in teenage exposure to HIV infection in rural Zimbabwe. *Lancet*, 359:1896-1903.

Groupe de travail du Secrétaire général de l'ONU sur les femmes, les filles et le VIH/SIDA en Afrique australe (2004). *Facing the Future Together: Report of the United Nations Secretary-General's Task Force on Women, Girls and HIV/AIDS in Southern Africa*. New York.

Gupta, GR (2002). How men's power over women fuels the HIV epidemic. *British Medical Journal*, 234:183-184.

Hallman, K (2004). Socioeconomic disadvantage and unsafe sexual behaviours among young women and men in South Africa. Policy research working paper No. 190. New York, Population Council. Disponible sur <http://www.popcouncil.org/publications/wp/prd/190.html>

Halperin DT, Epstein H (2004). Concurrent sexual partnerships help to explain Africa's high HIV prevalence: implications for prevention. *Lancet*, 364:4-6. 3 juillet.

HelpAge International (2004). *Age and security: How social pensions can deliver effective aid to poor older people and their families*. London, HelpAge International.

Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M (1999). *Ending violence against women*. Population Reports, Series L, No 11. Baltimore, Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program, décembre.

Human Rights Watch (2003a). *Double standards: women's property rights violations in Kenya*. New York, Human Rights Watch.

Human Rights Watch (2003b). *Just Die Slowly: Domestic Violence and Women's Vulnerability to HIV in Uganda*. New York, Human Rights Watch.

Human Rights Watch (2001). *Scared At School: Sexual Violence Against Girls in South African Schools*. New York, Human Rights Watch.

Hunter M. (2002). The materiality of everyday sex: thinking beyond "prostitution". *African Studies*, 61(1):99-120.

Jewkes R (2002). Intimate partner violence: causes and prevention. *Lancet*, 359:1423-1429.

- Jewkes R, Wood K (2002). Dangerous Love: Reflections on Violence among Xhosa Township Youth. In: Morrell R, ed. *Changing Men in Southern Africa*. Pietermaritzburg, University of Natal Press.
- Jewkes R, Levin J, Penn-Kekana L (2002). Risk factors for domestic violence: findings from a South African cross-sectional study. *Social Science and Medicine*, 55(9):1603-1617.
- Jewkes R, Penn-Kekana L, Levin LEA (1999). *He Must Give Me Money, He Mustn't Beat Me: Violence against Women in Three South African Provinces*. Pretoria, Medical Research Council.
- Jewkes R, Vundule C, Maforah FEA (2001). Relationship dynamics and teenage pregnancy in South Africa. *Social Science & Medicine*, 52(5):733-44.
- Kaori I (2004). Women's Land/Property Rights and Livelihood in the Context of HIV/AIDS – an Emergency and Opportunity to Change. Document de réflexion. Rome, FAO.
- Kelly RJ et al. (2003). Age differences in sexual partners and risk of HIV-1 infection in rural Uganda. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 32:446-451.
- Khan ME, Townsend J, Sinha R, Lakhanpal S (2004). *Sexual violence within marriage*. Vadodara, Centre for Operations Research and Training.
- Kishor S, Johnson K (2004). *Domestic violence in nine developing countries: A comparative study*. Calverton, MACRO International.
- Krantz G (2003). Domestic violence against women—a population based study in Vietnam. In: Centre for Health Equity Studies SUKI, ed. Stockholm.
- Luke N, Kurz KM (2002). *Cross-generational and transactional sexual relations in sub-Saharan Africa: Prevalence of behaviour and implications for negotiating safer sex practices*. Septembre. Washington, AIDSmark. Disponible sur [www.icrw.org/docs/crossgenssex\\_Report\\_902pdf](http://www.icrw.org/docs/crossgenssex_Report_902pdf).
- Maman S et al. (2002). HIV-1 Positive Women Report More Lifetime Experiences with Violence: Findings from a Voluntary HIV-1 Counseling and Testing Clinic in Dar es Salaam, Tanzania. *American Journal of Public Health*, 92:1331-1337.
- Martin S, Curtis S (2004). Gender-based violence and HIV/AIDS: recognizing links and acting on evidence. *Lancet*, 363:1410-11.
- Martin S, Tsui AO, Maitra K, Marinsshaw R (1999). Domestic violence in Northern India. *American Journal of Epidemiology*, 150:417-426.
- Measure DHS, Central Statistical Office, Central Board of Health (2002). *Zambia Demographic and Health Survey 2001/2002*. Lusaka.
- Measure DHS, National Council for Population and Development (1993 & 1998). *Kenya Demographic and Health Surveys*, Washington DC, Measure DHS, National Council for Population and Development.
- Ministère de la Santé du Burkina Faso (2003). *Burkina Faso Enquête Démographique et de Santé 2003*. Ouagadougou, Ministère de la Santé.
- Ministère fédéral de la Santé du Nigéria (2003). *National HIV Sero-prevalence Sentinel Survey Technical Report*. Abuja, Federal Ministry of Health. Avril.
- Ministry of Health and Child Welfare Zimbabwe, Zimbabwe National Family Planning Council, Zimbabwe National AIDS Council, US Centers for Disease Control and Prevention (2003). *The Zimbabwe Young Adult Survey (YAS) 2001-2002*. Harare.
- Mutangadura G (2000). Household Welfare Impacts of Mortality of Adult Females in Zimbabwe: Implications for Policy and Programme Development. Document présenté lors du Symposium de l'IAEN sur l'économie du SIDA, Durban, 7-8 juillet 2000.
- Ogden J, Esim S (2003). *Reconceptualizing the care continuum for HIV/AIDS: Bringing carers into focus*. Projet de document de travail. Washington DC, Centre international de recherches sur les femmes.
- OMS (à paraître en 2005). *WHO Multi-Country Study on Domestic Violence Against Women and Women's Health - Report on the first results*. Genève, OMS.
- OMS (2004). *Investing in a comprehensive health sector response to HIV/AIDS--Scaling up treatment and accelerating prevention: WHO HIV/AIDS Plan (January 2004-December 2005)*. Genève, OMS.
- OMS (2003). Integrating gender into HIV/AIDS programmes: expert consultation. Genève, OMS/Centre international de recherches sur les femmes (CIRF). 3-5 juin 2002. Disponible sur [http://www.who.int/hiv/pub/prev\\_care/Gender\\_hivaidsreviewpaper.pdf](http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/Gender_hivaidsreviewpaper.pdf).
- ONUSIDA (2004). *Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA 2004*. Genève, ONUSIDA.
- ONUSIDA, UNIFEM, UNFPA (2004). *Women and HIV/AIDS: Confronting the Crisis*. New York, UNFPA.
- Preston-Whyte E et al. (2000). Survival Sex and HIV/AIDS in an African City. In: Parker RG et al. (2000). *Framing the sexual subject - The Politics of Gender, Sexuality and Power*. San Francisco, University of California.
- Reproductive Health Research Unit, Medical Research Council (2004). *National Survey of HIV and Sexual Behaviour among Young South Africans*. Johannesburg, Reproductive Health Research Unit.
- Rugalema G (1999). Adult Mortality as Entitlement Failure: AIDS and the Crisis of Rural Livelihoods in a Tanzanian Village. PhD thesis. The Hague, Institute of Social Studies.
- Russian Federal AIDS Center (2004). Newsletter No. 26. Moscou. Août.
- Steinberg M, Johnson S, Schierhout S, Ndegwa D (2002). *Hitting home: how households cope with the impact of the HIV/AIDS epidemic*. Cape Town, Henry J Kaiser Foundation & Health Systems Trust. Octobre.

- Stephenson J, Obasi A (2004). HIV risk-reduction in adolescents. *Lancet*, 363:1177.
- Strickland R (2004). *To Have and to Hold: Women's Property and Inheritance Rights in the Context of HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa*. Document de travail. Washington, Centre international de recherches sur les femmes.
- Thai Working Group on HIV/AIDS Projections (2001). *HIV/AIDS Projections for Thailand: 2000-2020*. Bangkok. Mars.
- UNICEF (2003a). *Finding Our Voices, Gendered & Sexual Identities and HIV/AIDS in Education*. Nairobi, UNICEF.
- UNICEF (2003b). *La situation des enfants dans le monde 2004*. New York, UNICEF.
- UNICEF, Ministry of Local Government Botswana (2003). *Situation Analysis on Orphans and Vulnerable Children*. Francistown, UNICEF, Ministry of Local Government Botswana.
- UNICEF, ONUSIDA (2003). *Les générations orphelines d'Afrique*. New York, UNICEF.
- Van der Straten A et al. (1998). Sexual coercion, physical violence, and HIV infection among women in steady relationships in Kigali, Rwanda. *AIDS*, 9:935-944.
- Women and Law in Southern Africa Research Trust (1998). *Family in Transition: the experience of Swaziland*. Manzini, Women and Law in Southern Africa Research Trust.
- Zambia Central Statistical Office, Zambia Central Board of Health, ORC Macro (2003). *Zambia Demographic and Health Survey 2001-2002*. Calverton, Maryland, USA: Central Statistical Office, Central Board of Health, and ORC Macro.
- Zierler S, Krieger N (1997). Reframing women's risk: social inequalities and HIV infection. *Annual Review of Public Health*, 18:401-436.

## AFRIQUE SUBSAHARIENNE

---

- Asamoah-Odei E, Garcia-Calleja JM, Boerma T (2004). HIV prevalence and trends in sub-Saharan Africa: no decline and large subregional differences. *Lancet*, 364:35-40.
- Bradshaw D et al. (2004). Unabated rise in number of adult deaths in South Africa. *South African Medical Journal*, 94(4):278-279.
- Chitate D, Muvandi I (2004). The demographic impact of sustained high levels of HIV prevalence in Zimbabwe. XV<sup>e</sup> Conférence internationale sur le SIDA. Abstract ThPeE7934. Bangkok. 11-16 juillet.
- Cote et al. (2004). Transactional sex is the driving force of the HIV epidemic in Accra, Ghana. *AIDS*, 18(6):917-925.
- Evian C et al. (2004). Prevalence of HIV in workforces in southern Africa, 2000-2001. *South African Medical Journal*, 94(2):125-130.
- Hosegood V, Vanneste A-M, Timaeus IM (2004). Levels and causes of adult mortality in rural South Africa: the impact of AIDS. *AIDS*, 18(4):663-671.
- 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.
- 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.
- Ministère de la Santé de l'Afrique du Sud (2004). *National HIV and Syphilis Antenatal Sero-prevalence Survey in South Africa*. Pretoria, Ministry of Health.
- Ministère de la Santé de l'Erythrée (2004). *HIV prevention impact in Eritrea: Results from the 2003 Round of HIV Sentinel Surveillance*. Asmara, Ministry of Health.
- Ministère de la Santé de Madagascar (2003). *Etude combinée des séroprévalences de l'infection à VIH et de la syphilis chez les femmes enceintes a Madagascar*. Antananarivo, Ministère de la Santé.
- Ministère de la Santé de la République démocratique du Congo (2004). *Rapport du passage de la surveillance sentinelle du VIH chez les femmes enceintes fréquentant les services de CPN, Mai 2003 à Mai 2004*. Kinshasha, Ministère de la Santé. Juin.
- Ministère de la Santé de la République du Congo (2004). *Evaluation de la séroprévalence des infections à VIH – Rapport d'analyse provisoire*. Brazzaville, Ministère de la Santé.
- Ministère de la Santé et du Bien-Etre des Enfants du Zimbabwe, US Centers for Disease Control and Prevention, UNAIDS (2004). *Zimbabwe National HIV and AIDS Estimates 2003*. Harare, Ministry of Health.
- Ministère de la Santé du Togo (2004). *Rapport de surveillance de l'infection par le VIH dans le groupe des consultantes prénatales, Année 2003*. Lomé, Ministère de la Santé. Février.
- Ministère fédéral de la Santé du Nigéria (2004). *Technical Report on the 2003 National HIV/Syphilis Sentinel Survey among Pregnant Women attending Antenatal Clinics in Nigeria*. Abuja, Nigeria, Federal Ministry of Health. Avril.
- Montana LS et al. (2004). Estimating district-level HIV prevalence in Malawi. XV<sup>e</sup> Conférence internationale sur le SIDA. Abstract MoPeC3649. Bangkok. 11-16 juillet.
- 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.
- Nagot N et al. (2004). Review of STI and HIV epidemiological data from 1990 to 2001 in urban Burkina Faso: implications for STI and HIV control. *Sexually Transmitted Infections*, 80:124-129.

Notkola V, Timaeus IM, Siiskonen H (2004). Impact on mortality of the AIDS epidemic in northern Namibia assessed using parish registers. *AIDS*, 18(7):1061-1065.

ONUSIDA (2004). *Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA 2004*. Genève, ONUSIDA.

ONUSIDA /OMS (2004). Epidemiological Fact Sheet—2004 update: Senegal. Genève, ONUSIDA / OMS.

PNUD, 2004. *Rapport sur le développement humain 2004*. New York, PNUD.

Reproductive Health Research Unit, Medical Research Council (2004). National Survey of HIV and Sexual Behaviour among Young South Africans. Johannesburg, Reproductive Health Research Unit.

Sanda TA et al. (2004). First national epidemiological survey of STD and HIV infection among female sexual workers in 3 regions of Niger in 2002. XV<sup>e</sup> Conférence internationale sur le SIDA. Abstract WePeC6244. Bangkok. 11-16 juillet.

Sonnenberg P et al., 2004. HIV and pulmonary tuberculosis: the impact goes beyond those infected with HIV. *AIDS*, 18(4):657-662.

## CARAÏBES

Centre d'Epidémiologie des Caraïbes (CAREC)/OPS/OMS (2004). Status and Trends, Analysis of the Caribbean HIV/AIDS Epidemic 1982-2002. Centre d'Epidémiologie des Caraïbes/OPS/OMS, Trinité-et-Tobago. Disponible sur <http://www.carec.org/pdf/20-years-aids-caribbean.pdf>.

Centre d'Epidémiologie des Caraïbes (2004). Quarterly AIDS Surveillance Reports submitted to CAREC's Epidemiology Division. Port of Spain, CAREC. Mai.

Centre d'Epidémiologie des Caraïbes/OPS/OMS (2004). *Status and Trends Analysis of the Caribbean HIV/AIDS Epidemic 1982-2002*. Port of Spain, CAREC.

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.

Centre d'Epidémiologie des Caraïbes (2003). The Caribbean HIV/AIDS Epidemic Epidemiological Status—Success Stories: A Summary. *CAREC Surveillance Report*, 23 (Supplement 1). Octobre.

Département de la Santé publique des Bahamas (2004). *HIV Surveillance 1992-2003*. Nassau, Department of Public Health.

Kumar A, 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 de la Jamaïque (2003). *Surveillance Report 2001-2002*. Kingston, Ministry of Health.

Ministère de la Santé publique et de la Population Haïti et al. (2004). *Etude de sero surveillance 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.

Monitoring the AIDS Pandemic Network (MAP) (2003). *HIV infection and AIDS in the Americas: lessons and challenges for the future*. Havana, MAP and Latin American and Caribbean Epidemiologic Network, EpiNet.

Norman LR, Uche C (2002). Prevalence and Determinants of Sexually Transmitted Diseases: An analysis of young Jamaican males. *Sexually Transmitted Diseases*, (29)3:126-132. Mars.

ONUSIDA (2004). *Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA 2004*. Genève, ONUSIDA.

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>.

Stanecki, K. (2004). *The AIDS Pandemic in the 21<sup>st</sup> Century*. Washington, USAID, US Census Bureau. Mars.

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.

## ASIE

AIDS Prevention and Control Project (2003). HIV Risk behaviour surveillance survey in Tamil Nadu Wave VII. Chennai.

Brown T (2004). Tackling the HIV/AIDS Epidemic in Asia. *Asia-Pacific Population & Policy* No. 68. Janvier.

China National Center for AIDS/STD Control and Prevention (2004). *A needle social marketing intervention programme in Guangdong and Guangxi province*. Beijing, China Center for Disease Control.

China National Center for AIDS/STD Control and Prevention (2003). *Questionnaire survey of injection drug users in a compulsory detoxification center and non-treatment locations in Beijing*. Beijing. Organisation mondiale de la Santé.

Choi K-H et al. (2003). Emerging HIV-1 epidemic in China in men who have sex with men. *Lancet*, 361:2125-2126.

Douthwaite M (2003). Reproductive Health Risk Young Men's Sexual Behaviour in Cambodia: Evidence that Safe Sex Messages are Getting Through. 2<sup>nd</sup> Asia Pacific Conference on Reproductive and Sexual Health, Bangkok, Centre for Health Policy Studies, Mahidol University.

Go VF et al. (2004). High HIV Prevalence and Risk Behaviours in Men Who Have Sex with Men in Chennai, India. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 35(3):314-9. 1<sup>er</sup> mars.

- Indonesia Central Bureau of Statistics, MACRO International (2004). Indonesia Young Adults Reproductive Health Survey. Jakarta, BPS.
- Johnston P et al. (2004). Changing patterns of HIV prevalence among injection drug users: early evidence from a cross-border HIV prevention project in Ning Ming County (Guangxi), China and Lang Son Province, Vietnam. XV<sup>e</sup> Conférence internationale sur le SIDA. Abstract WePeC6045. Bangkok. 11-16 juillet.
- Kato K et al. (2001). Closely related HIV-1 prevalence in STD clinic attendees in Delhi, India: 5-year (1995-2000) hospital-based study results. *Sexually Transmitted Infections*, 77(5):393.
- Lao People's Democratic Republic National Committee for the Control of AIDS Bureau (2001). *HIV Surveillance Survey and Sexually Transmitted Infection Periodic Prevalence Survey*. Lao People's Democratic Republic, Lao PDR HIV/AIDS Trust.
- Ministère de la Santé de Chine, Groupe thématique des Nations Unies sur le VIH et le SIDA en Chine (2003). *A Joint Assessment of HIV/AIDS Prevention, Treatment and Care in China*. Beijing, China Ministry of Health, UN Theme Group on HIV and AIDS in China.
- Monitoring the AIDS Pandemic Network (MAP) (2003). *HIV infection and AIDS in the Americas: lessons and challenges for the future*. Havana, MAP and Latin American and Caribbean Epidemiologic Network, EpiNet.
- National AIDS Control Organization (NACO) (2002). *National Baseline High Risk and Bridge Population Behavioural Surveillance Survey Part II Men who have Sex with Men and Injecting Drug users*. Delhi, NACO.
- Navaratnam V, Vicknasingham B (2003). *Survey of drug users in Penang and the Northern Province Wellesley district*. Penang, Universiti Sains Malaysia.
- ONUSIDA (2004). *Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA 2004*. Genève, ONUSIDA.
- ONUSIDA / OMS (2003). *Le point sur l'épidémie de SIDA 2003*. Genève, ONUSIDA / OMS.
- Philippines Department of Health (2002). *The 2002 technical report of the national HIV/AIDS sentinel surveillance system (1997-2003)*. Manila, AIDS Surveillance and Education Project.
- Pisani E, Dili STI survey team (2004). *HIV, STIs and risk behaviour in East Timor: an historic opportunity for effective action*. Dili, East Timor, Family Health International.
- Pisani E et al. (2003). Sexual behaviour among injecting drug users in 3 Indonesia carries a high potential for HIV spread to noninjectors. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 34(4):403-6.
- PNUD (2004). *Thailand's Response to HIV/AIDS: Progress and Challenges*. Bangkok, PNUD.
- Ruxrungtham K, Brown T, Phanuphak P (2004). HIV/AIDS in Asia. *Lancet*, 364:69-82.
- Shah SA, Altaf A, Mujeeb SA, 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.
- Shengli C, Shikun Z, Westley SB (2004). HIV/AIDS Awareness Is Improving in China. *Asia-Pacific Population & Policy*, 69:1-5.
- Thai Working Group on HIV/AIDS Projections (2001). *HIV/AIDS Projections for Thailand: 2000-2020*. Bangkok. Mars.
- Van Griensven F et al. (2004). Prevalence and risk factors for HIV infection among men who have sex with men in Bangkok. XV<sup>e</sup> Conférence internationale sur le SIDA Abstract WePpC2068. Bangkok. 11-16 juillet.
- Vonthanak S, Parekh B (2004). *BED-Capture EIA: A subtype-independent, second-generation assay for HIV-1 incidence estimation. New Strategies for HIV/AIDS Surveillance in Resource-Constrained Countries*. Paper. Addis Abeba, Ethiopie.
- Yu XF et al. (1999). Emerging HIV infections with distinct subtypes of HIV-1 infection among injection drug users from geographically separate locations in Guangxi Province, China. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 22(2):180-8.
- Zang K-L, Ma S-j, Xia D-y (2004). Epidemiology of HIV and sexually transmitted infections in China. *Sexual Health*, 16:39-46.

## EUROPE ORIENTALE ET ASIE CENTRALE

- AIDS Foundation East-West (2004). Officially Registered HIV Cases by Region of the Russian Federation, 1 January 1987 through 22 March 2004. AIDS Foundation East-West.
- Banque mondiale (2004). *Rapport sur le développement dans le monde 2005 : Un meilleur climat de l'investissement pour tous*. Washington, Banque mondiale.
- Booth RE et al. (2004). Predictors of Self-Reported HIV Infection Among Drug Injectors in Ukraine. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 35(1):82-88.
- Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (2004). *HIV Infections epidemiology: Sentinel Surveillance and Risk Factors: A Comparative Study in the Russian Federation, Azerbaijan and Republic of Moldova*. Copenhagen, OMS/EURO.
- EuroHIV (2004). *HIV/AIDS Surveillance in Europe*. End-year report 70. Saint-Maurice, Institut de Veille Sanitaire.
- EuroHIV (2003). *HIV/AIDS Surveillance in Europe*. Mid-year report 69. Saint-Maurice, Institut de Veille Sanitaire.
- Federal Service of the Russian Federation for Surveillance in Consumer Rights Protection and Human Welfare, 2004
- Field MG (2004). HIV and AIDS in the Former Soviet Bloc. *New England Journal of Medicine*, 315:117-120.
- Filatov A, 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.



- Kelly JA et al. (2002). HIV risk characteristics and prevention needs in a community sample of bisexual men in St. Petersburg, Russia. *AIDS Care*, 14:63-76.
- Klavs I, Poljak M (2003). Unlinked monitoring of human immunodeficiency virus prevalence in high- and low-risk groups in Slovenia, 1993-2002. *Croatian Medical Journal*, 44:545-9.
- 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.
- Max Planck Institute for Foreign and International Law (2000). *Illegal drug trade in Russia*. Freiburg, Max Planck Institute.
- Moshkovich GF et al. (2000). Prevention of HIV infection and other blood borne infections amongst injecting drug users in Nizhny Novgorod associated with harm reduction. *Journal of Microbiology, Epidemiology and Immunobiology*, (4):78-82 (Original en russe).
- ONUSIDA (2004). *Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA 2004*. Genève, ONUSIDA.
- 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 al. (2004). HIV transmission and HIV prevention associated with injecting drug use in the Russian Federation. *International Journal of Drug Policy*, 15:1-16.
- Rhodes T et al. (2002). Behavioural factors in HIV transmission in eastern Europe and central Asia. Document non publié, ONUSIDA, Genève.
- Russian Federal AIDS Center (2004). Newsletter 26. Moscow, Russian Federal AIDS Center. Août.
- Smolskaya T et al. (2004a). *Sentinel sero-epidemiological and behavioural surveillance among female sex workers, St Petersburg, Russian Federation, 2003*. XV<sup>e</sup> Conférence internationale sur le SIDA. Abstract ThOrC137. Bangkok. 11-16 juillet.
- Smolskaya et al., (2004b). *Sentinel seroepidemiological and behavioural surveillance among female sex workers*. XV<sup>e</sup> Conférence internationale sur le SIDA. Abstract. ThOrC1371. Bangkok. 11-16 juillet.

## AMÉRIQUE LATINE

- Alarcon JO et al. (2003). Determinants and prevalence of HIV infection in pregnant Peruvian women. *AIDS*. 17:613-618.
- Avila MM et al. (2004). Monitoring for HIV-1 infection and other sexually-transmitted infections (STIs) in a cohort of men who have sex with men (MSM) in Buenos Aires, Argentina. XV<sup>e</sup> Conférence internationale sur le SIDA. Abstract WePpC2609. Bangkok. 11-16 juillet.
- Bravo-Garcia E, Magis C (2004). HIV prevalence in 32 Mexican States: a new methodology. XV<sup>e</sup> Conférence internationale sur le SIDA. Abstract C12624. Bangkok. 11-16 juillet.
- Caiaffa WT et al. (2003). The Dynamics of the Human Immunodeficiency Virus Epidemics in the South of Brazil: Increasing Role of Injection Drug Users. *Clinical Infectious Diseases*, 37(Suppl 5):S376-81.
- De los Pando M et al. (2003). High human immunodeficiency virus type 1 seroprevalence in men who have sex with men in Buenos Aires, Argentina: risk factors for infection. *International Journal of Epidemiology*, 32:735-40.
- Gravato N, Morell MGG, Areco K, Peres CA (2004). Associated Factors to HIV Infection in Commercial Sex Workers in Santos, Sao Paulo, Brazil. XV<sup>e</sup> Conférence internationale sur le SIDA. Abstract WePeC6202. Bangkok. 11-16 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.
- Johnson KM et al. (2003). Sexual networks of pregnant women with and without HIV infection. *AIDS*, 17(4):605-12.
- Khalsa JH, Francis H, 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.
- Marins JRP et al. (2003). Dramatic improvement in survival among adult Brazilian AIDS patients. *AIDS*, 17(11):1675-1682.
- Mayorga RS (2003). *Use of surveillance data and resource flows in Latin America and the Caribbean*. Presentation. Asociación para la Salud Integral y Ciudadanía do América Latina.
- Mesquita F et al. (2003). Brazilian Response to the Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome Epidemic among Injection Drug Users. *Clinical Infectious Diseases*, 37(Suppl 5):S382-5.
- Minichielloa SN, Uribe CMP, Anaya L, Bertozzia S (2002). The Mexican HIV/AIDS Surveillance System: 1986-2001. *AIDS*, 16(suppl 3):S13-17.
- Ministère de la Santé d'Argentine (2003). *Boletín sobre el SIDA en la Argentina*. Año X Número 22. Buenos Aires, Ministerio de Salud. Octobre.
- Ministère de la Santé du Brésil (2003). *Boletim Epidemiologico AIDS*, 17(1). Brasilia, Ministerio da Saude do Brasil.
- Ministère de la Santé du Brésil (2001). *A contribuicao dos estudos multicentricos frente a epidemia de HIV/AIDS entre UDIs no Brasil: 10 anos de pesquisa e reducao de danos*. Brasilia, Ministerio da Saude do Brasil.

Ministère de la Santé du Costa Rica (2003). *Situación de SIDA Costa Rica 2003*. Présentation. San José, Ministerio de Salud.

Ministère de la Santé du Nicaragua (2004). *Programa nacional de prevención atención y control de las ITS/VIH/SIDA*. Présentation. Août.

Ministère de la Santé du Panama (2004). *Situación epidemiológica del VIH/SIDA en Panamá*. Présentation. Août.

Ministère de la Santé et du Développement social du Venezuela (2003). Registro de infecciones de transmisión sexual en los servicios del país, 1998-2002. Caracas, Ministerio de Salud y Desarrollo Social.

Ministère de la Santé publique et de l'Assistance sociale d'El Salvador (2003). *Estudio Multicéntrico Centroamericano de Prevalencia de VIH/ITS y Comportamientos en Poblaciones específicas en El Salvador*. San Salvador, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Avril.

Ministère de la Santé publique et de l'Assistance sociale du Guatemala (2003). *Estudio Multicéntrico Centroamericano de Prevalencia de VIH/ITS y Comportamientos en Poblaciones específicas en Guatemala*. Ciudad de Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Mai.

Monitoring the AIDS Pandemic Network (MAP) (2003). *HIV infection and AIDS in the Americas: lessons and challenges for the future*. Havana, MAP and Latin American and Caribbean Epidemiologic Network, EpiNet.

National AIDS Programme Ecuador (2002). *Situación epidemiológica*. Latin America Epidemiological Network meeting report. Cartagena, Colombie.

ONUSIDA (2004). *Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA 2004*. Genève, ONUSIDA.

ONUSIDA/OMS (2003). *Le point sur l'épidémie de SIDA 2003*. Genève, ONUSIDA/OMS.

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.

Secrétariat à la Santé du Honduras (2004). *VIH/SIDA en Honduras, antecedentes, proyecciones, impacto e intervenciones*. Présentation. Tegucigalpa, Secretaria de Salud.

Secrétariat à la Santé du Honduras (2003). *Estudio Multicéntrico Centroamericano de Prevalencia de VIH/ITS y Comportamientos en Mujeres Trabajadoras Comerciales del Sexo en Honduras*. Tegucigalpa, Secretaria de Salud. Janvier.

Secrétariat à la Santé du Mexique (2003). *Epidemiológica del VIH/SIDA en México en el año 2003*. Ciudad de México, Secretaria de Salud.

## OCÉANIE

---

Brouwer C, Harris BM, Tanaka S (1998). *Gender Analysis in Papua New Guinea*. Banque mondiale, Washington.

Indonesia Central Bureau of Statistics, MACRO International (2004). Indonesia Young Adults Reproductive Health Survey. Jakarta, BPS.

Monitoring the AIDS Pandemic Network (2004). *AIDS in Asia: Face the facts—A comprehensive analysis of the AIDS epidemics in Asia*. Bangkok, Monitoring the AIDS Pandemic Network. Disponible sur [http://www.fhi.org/en/hivaids/pub/survreports/aids\\_in\\_asia.htm](http://www.fhi.org/en/hivaids/pub/survreports/aids_in_asia.htm).

National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research, Australia (2003). *HIV/AIDS, viral hepatitis and sexually transmitted infections in Australia: Annual Surveillance Report 2003*. Sydney, National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research.

National AIDS Council Secretariat and Department of Health Papua New Guinea (2003). *HIV/AIDS Quarterly Report*. Boroko, Department of Health. Décembre.

ONUSIDA (2004). *Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA 2004*. Genève, ONUSIDA

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.

## MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD

---

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.

Elshimi T, Warner-Smith M, Aon M (2004). *Blood-borne virus risks of problematic drug users in Greater Cairo*. Genève, ONUSIDA & ONUDC. Août.

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 sero-surveillance du VIH. 9 juin.

Jenkins C, Robalino DA (2003). *HIV/AIDS in the Middle East and North Africa: The Costs of Inaction*. Washington, Banque mondiale.

Kaiser et al. (2004) HIV/STI prevalence and risk factor surveys in Yei and Rumbek, South Sudan, 2002/2003. XV<sup>e</sup> Conférence internationale sur le SIDA. Abstract TuPeC4739. Bangkok. 11-16 juillet.

Kilani B et al. (2003). Sero-epidemiology of HCV-HIV co-infection in Tunisia. Document. Tunis.

Ministère de la Santé de l'Iran (2004). *AIDS/HIV Surveillance Report*, Fourth Quarter. Teheran, Ministry of Health.

Ministère de la Santé du Maroc (2004). *AIDS/HIV surveillance reports 2003/2004*. Rabat, Ministère de la Santé.

Programme national de lutte contre le SIDA du Soudan (2003). *HIV/AIDS/STIs Surveillance Report*, First Quarter. Khartoum, Programme national de lutte contre le SIDA.

Tawilah J, Ball A (2003). WHO/EMRO & WHO/HQ Mission to Libyan Arab Jamahiriya to Undertake an Initial Assessment of the HIV/AIDS and STI Situation and National AIDS Programme. Tripoli. 15-19 juin.

## AMÉRIQUE DU NORD, EUROPE OCCIDENTALE ET CENTRALE

Alliance for Health Reform (2004). Closing the Gap: Racial and Ethnic Disparities in Healthcare. *Journal of the National Medical Association*, 96(4): 436-440. Avril.

Centre d'Estudis Epidemiologics sobre l'HIV/Sida de Catalunya (2001). *SIVES 2001 Integrated HIV/AIDS surveillance system of Catalonia*. Barcelona, Departamento de Sanitat i Seguretat Social.

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.

Department of Health United Kingdom (2003). *Annual Report of the Chief Medical Officer: No time to wait*. London, Department of Health. Disponible sur [www.publications.doh.gov.uk/cmo/annualreport2003/notime.htm](http://www.publications.doh.gov.uk/cmo/annualreport2003/notime.htm).

Diaz T et al. (1994). Socioeconomic differences among people with AIDS: Results from a multistate surveillance project. *American Journal of Preventive Medicine*, 10(4):217-222.

Emmanuelli J et al. (2004). HIV and HCV prevalence among French intravenous drug users (IDU). XV<sup>e</sup> Conférence internationale sur le SIDA. Abstract C10938. Bangkok. 11-16 juillet.

EuroHIV (2003). *HIV/AIDS Surveillance in Europe*. Mid-year report 69. Saint-Maurice, Institut de Veille Sanitaire.

Geduld J, Gatali M, Remis RS (2004). Estimating HIV prevalence and incidence in Canada: highlighting the need for enhanced research data and improved HIV surveillance. XV<sup>e</sup> Conférence internationale sur le SIDA. Abstract MoPeC3650. Bangkok. 11-16 juillet.

Girardi E (2003). Epidemiological aspects of transmitted HIV drug resistance. *Scandinavian Journal of Infectious Diseases Supplement*, 35(suppl 106):17-20.

Gutierrez et al. (2004). High rate of HIV-1 non-B subtypes and syphilis but low rate of HTLV and hepatitis B and C viruses among immigrant sex workers in Madrid, Spain. XV<sup>e</sup> Conférence internationale sur le SIDA. Abstract WePeC6197. Bangkok. 11-16 juillet.

Hamers FF, 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.

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.

Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (2003). *Rapport annuel 2003 : L'état du phénomène de la drogue dans l'Union européenne et en Norvège*. Lisbonne, Observatoire européen des drogues et des toxicomanies. Disponible sur <http://annualreport.emcdda.eu.int/fr/home-en.html>.

ONUSIDA (2004). *Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA 2004*. Genève, ONUSIDA

Santé Canada (2003). *Rapport du Canada sur le VIH/sida 2003 – Perspectives d'avenir : au coeur de l'intervention*. Ottawa, Santé Canada.

U.S. Census Bureau (2000). *Poverty status of the population in 1999 by age, sex, and race and Hispanic origin*. Washington, U.S. Census Bureau. Mars.

U.S. Centers for Disease Control and Prevention (2004a). Trends in Primary and Secondary Syphilis and HIV Infections in Men Who Have Sex with Men—San Francisco and Los Angeles, California, 1998-2002. *MMWR Weekly*, 53(26):575-578. 9 July. Disponible sur <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5326a1.htm>.

U.S. Centers for Disease Control and Prevention (2004b). HIV Transmission Among Black College Student and Non-Student Men Who Have Sex With Men—North Carolina, 2003. *MMWR Weekly*, 53(32):731-734. 20 août.

U.S. Centers for Disease Control and Prevention (2004c). High-risk sexual behaviour by HIV-positive men who have sex with men – 16 sites, United States, 2000-2002. *MMWR Weekly*, 53(38):891-894. 1<sup>er</sup> octobre.

U.S. Centers for Disease Control and Prevention (2003a). HIV/AIDS Among African Americans. Disponible sur <http://www.cdc.gov/hiv/pubs/facts/safam.htm>.

U.S. Centers for Disease Control and Prevention (2003b). HIV/AIDS Among African-Americans. Fact sheet. Washington, U.S. Centers for Disease Control and Prevention. 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.

Van Veen MG et al. (2004). Prevalence of HIV and related risk behaviour among ex workers in the Netherlands. XV<sup>e</sup> Conférence internationale sur le SIDA. Abstract WePeC6198. Bangkok. 11-16 juillet.

## NOTES

## NOTES

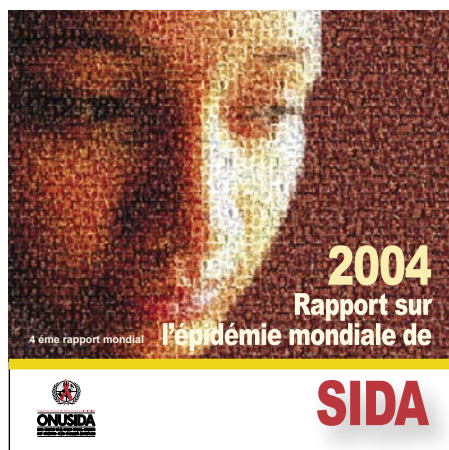
## **Note explicative sur les estimations de l'ONUSIDA/OMS**

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 2004 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 femme.



[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>