

LE POINT SUR L'ÉPIDÉMIE

» LA CROISSANCE GLOBALE DE L'ÉPIDÉMIE MONDIALE DE SIDA SEMBLE S'ÊTRE STABILISÉE. LE NOMBRE ANNUEL DE NOUVELLES INFECTIONS À VIH RECULE RÉGULIÈREMENT DEPUIS LA FIN DES ANNÉES 1990 ET L'ON NOTE UNE DIMINUTION DU NOMBRE DE DÉCÈS LIÉS AU SIDA GRÂCE À UN ÉLARGISSEMENT ET À UNE INTENSIFICATION SIGNIFICATIFS DE L'ACCÈS AU TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL AU COURS DES DERNIÈRES ANNÉES. BIEN QUE LE NOMBRE DES NOUVELLES INFECTIONS AIT DIMINUÉ, LEURS NIVEAUX GÉNÉRAUX DEMEURENT ÉLEVÉS ET LE NOMBRE DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH A AUGMENTÉ DANS LE MONDE DU FAIT DE LA RÉDUCTION SIGNIFICATIVE DE LA MORTALITÉ.

Diminution du nombre de nouvelles infections à VIH

En 2009, on estimait à 2,6 millions [2,3 millions–2,8 millions] le nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH. Ce chiffre est inférieur de près d'un cinquième (19 %) au nombre de personnes nouvellement infectées en 1999 de 3,1 millions [2,9 millions–3,4 millions] et de plus d'un cinquième (21 %) au nombre estimé de personnes infectées de 3,2 millions [3,0 millions–3,5 millions] en 1997, année où le nombre de nouvelles infections a atteint son pic (Figure 2.1).

Dans 33 pays (dont 22 sont en Afrique subsaharienne), l'incidence du VIH a diminué de plus de 25 % entre 2001 et 2009 (Figure. 2.2). En Afrique subsaharienne, où l'on continue d'enregistrer la majeure partie des nouvelles infections, on estime à 1,8 million [1,6 million–2,0 millions] le nombre de personnes contaminées en 2009, ce qui est beaucoup moins que le nombre estimé de 2,2 millions [1,9 million–2,4 millions] de personnes nouvellement infectées par le VIH en Afrique subsaharienne en 2001. Cette tendance traduit la combinaison de différents facteurs, notamment l'impact des efforts de prévention et l'évolution naturelle des épidémies de VIH.

Figure 2.1
Nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH

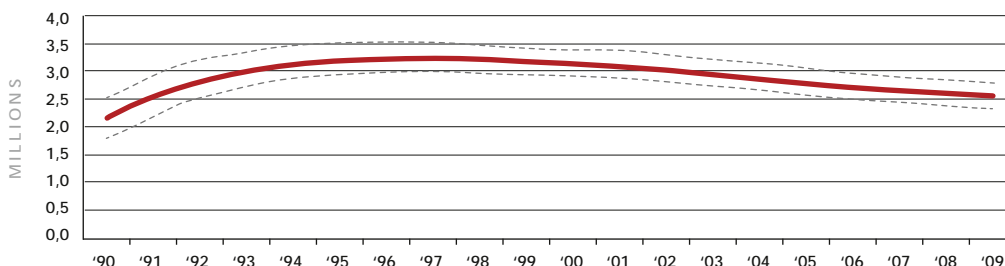
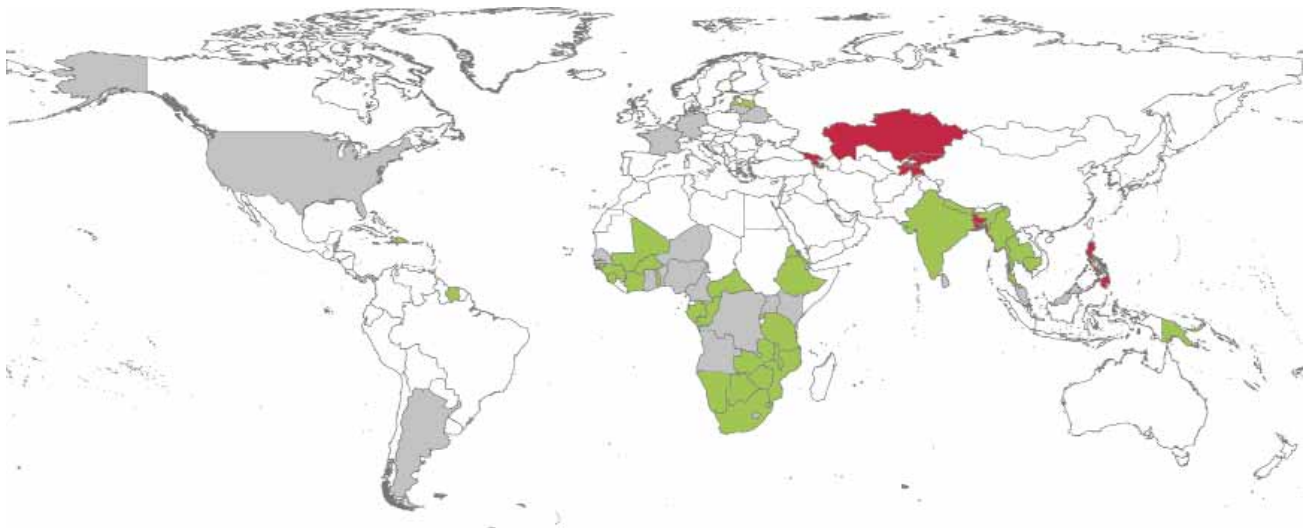


Figure 2.2

Variations du taux d'incidence de l'infection à VIH, 2001 à 2009, pays sélectionnés

Source : ONUSIDA



- Incidence en augmentation >25%
- Incidence stable
- Incidence en diminution >25%
- Non inclus dans l'analyse

En l'absence d'épreuve diagnostique fiable pouvant mesurer directement le nombre de nouvelles infections à VIH au sein d'une population donnée, les estimations de l'incidence du VIH ont été obtenues par modélisation. La carte présente 60 pays pour lesquels des estimations fiables du nombre de nouvelles infections à VIH au cours du temps ont été obtenues dans le cadre du cycle 2010 des estimations par pays élaborées à l'aide des outils EPP/Spectrum, et 3 pays pour lesquels on disposait de documents évalués par des pairs contenant des données sur les tendances de l'incidence. Les méthodes EPP/Spectrum permettent d'estimer des tendances de l'incidence du VIH à partir de la prévalence du VIH au cours du temps en combinaison avec le niveau fluctuant du traitement antirétroviral. Les critères d'inclusion des pays dans cette analyse étaient les suivants : des fichiers EPP étaient disponibles et les tendances dans l'EPP n'étaient pas tirées d'estimations de prévalence de Workbook ; des données de prévalence étaient disponibles jusqu'à 2007 au moins ; il y avait au moins quatre dates entre 2001 et 2009 pour lesquelles des données de prévalence étaient disponibles pour les épidémies concentrées et au moins trois dates sur la même période pour les épidémies généralisées ; pour la majorité des courbes épidémiques d'un pays donné, l'EPP n'a pas produit d'augmentation artificielle de la prévalence du VIH ces dernières années en raison de la rareté des données de prévalence ; les données étaient représentatives du pays ; la tendance de l'incidence tirée du modèle EPP/Spectrum n'était pas en contradiction avec la tendance décrite dans les rapports de cas de nouveaux diagnostics du VIH ; et la tendance de l'incidence tirée du modèle EPP/Spectrum n'était pas en contradiction avec les tendances d'incidence modélisées à partir de la prévalence par âge calculée dans les enquêtes nationales. Pour certains pays où l'épidémie complexe implique de multiples groupes de population ayant différents comportements à risque, et où il existe des disparités géographiques – comme le Brésil, la Chine et la Fédération de Russie –, il s'agit d'une évaluation très complexe, qui n'a pas pu être finalisée dans le cadre du cycle 2010 des estimations. L'ONUSIDA continuera de collaborer avec les pays et les partenaires pour améliorer la qualité des informations disponibles et des méthodes de modélisation afin d'inclure les données relatives à l'incidence du VIH pour d'autres pays dans de futurs rapports.

Plusieurs régions et pays se distinguent de la tendance globale. Dans 7 pays, l'incidence du VIH a augmenté de plus de 25 % entre 2001 et 2009. En Europe occidentale, centrale et orientale, en Asie centrale et en Amérique du Nord, les chiffres des nouvelles infections annuelles ont été stables sur les cinq dernières années au moins. On note cependant une multiplication des signes indiquant une reprise des infections à VIH dans plusieurs pays à revenu élevé parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. En Europe orientale et en Asie centrale, on enregistre toujours des taux élevés de transmission du VIH parmi les réseaux de personnes qui consomment des drogues injectables et leurs partenaires sexuels.

Les jeunes conduisent une révolution de la prévention du VIH

Une étude récente portant sur les jeunes fournit de nouvelles preuves de la diminution de l'incidence et de l'adoption de comportements sexuels plus sûrs (Tableau 2.1). Sept pays ont enregistré un recul statistiquement significatif de 25 % ou plus de la prévalence du VIH (pourcentage de personnes vivant avec le virus) en 2008 parmi les jeunes femmes enceintes fréquentant des dispensaires prénatals.

Note concernant les Figures :
Les lignes en pointillé représentent des fourchettes ; les lignes pleines représentent les meilleures estimations.

Tableau 2.1

Prévalence du VIH et comportements

Tendances de la prévalence du VIH et des comportements parmi les jeunes dans les pays les plus durement touchés par le VIH.

Source : ONUSIDA

	PÉRIODE	Tendance de la prévalence parmi les personnes bénéficiant de soins prénatals		Enquêtes réalisées sur la prévalence nationale du VIH	Tendance de la prévalence du VIH tirée d'enquêtes nationales		Pourcentage de personnes ayant eu des rapports sexuels à l'âge de 15 ans		Pourcentage de personnes ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire dans le passé		Pourcentage de personnes ayant eu plus d'un partenaire et n'ayant pas utilisé de préservatif lors du dernier rapport sexuel	
		ZONE URBAINE	ZONE RURALE		F	H	F	H	F	H	F	H
		ANNÉES										
Angola	2004-2007		↑									
Bahamas	2000-2008	↓										
Belize	ND											
Botswana	2001-2006	⊙	⊙	2004, 2008	⊙	⊙						
Burundi	2000-2007	↓	↑	2002, 2007	↓	↑	↑					
Cameroun	ND						⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙
République centrafricaine	DI						↑	↓				
Tchad	DI						↓	↑	↓	⊙	↑	↓
Congo	ND											
Côte d'Ivoire	2000-2008	⊙	⊙				⊙	↑	⊙	⊙	⊙	↓
Djibouti	DI											
Éthiopie	2001-2005	⊙	↓				⊙	⊙	⊙	⊙		↑
Gabon	DI											
Guyana	ND											
Haïti	2000-2007	↓	↑				↑	↑	↑	↓	↑	⊙
Kenya	2000-2005	⊙	⊙	2003, 2007	↓	↑	↔	↓	⊙	⊙	↑	⊙
Lesotho	2003-2007	↓	↓									
Malawi	1999-2007	⊙	↑				⊙	⊙	↑	⊙	↔	↓
Mozambique	2001-2007	↔					↓	↑				
Namibie	2002-2008	⊙	⊙				↔	↓	↔	↓	⊙	↓
Nigéria	2003-2008	↓	↓				⊙	↓				
Rwanda	2002-2007	↓	↓				↑	↑	↔	↓		
Afrique du Sud	2000-2007	↔		2002, 2005, 2007		⊙			↓	↑		
Suriname	ND											
Swaziland	2002-2008	↓	↔									
Togo	2004-2007	↑	↑									
Ouganda	2003-2008	↑	↑				⊙	↓	↑	↔	⊙	⊙
République-Unie de Tanzanie	2002-2006	↓	↓	2003, 2004, 2007	↓	⊙	↓	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙
Zambie	2002-2006	↓	↓	2002, 2007	⊙	↑	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	↓
Zimbabwe	2000-2006	⊙	⊙	2002, 2006	⊙	↓	↓	⊙	⊙	⊙	↔	↔

NOTES: ND=non disponible DI=données insuffisantes H=Homme F= Femme

↑ Tendances en hausse ↓ Tendances en baisse ↔ Aucun signe de changement ⊙ La tendance baissière est statistiquement significative

Cinq pays – le Botswana, l’Afrique du Sud, la République-Unie de Tanzanie, la Zambie et le Zimbabwe – ont enregistré une réduction significative de la prévalence du VIH parmi les jeunes femmes ou les jeunes hommes dans les enquêtes nationales. Les comportements sexuels ont évolué dans la plupart des pays. Dans 8 pays affichant un recul substantiel de la prévalence du VIH, le comportement sexuel des hommes ou des femmes a aussi changé de manière importante.

Recul des nouvelles infections parmi les enfants

L’accès aux services de prévention de la transmission mère-enfant du VIH ayant été élargi, le nombre total d’enfants nés porteurs du virus a diminué. On estime à 370 000 [230 000–510 000] le nombre d’enfants nouvellement infectés par le VIH en 2009, ce qui correspond à une chute de 24 % en cinq ans.

Diminution du nombre de décès liés au sida

Le nombre de décès annuels liés au sida diminue régulièrement à travers le monde d’un pic de 2,1 millions [1,9 million–2,3 millions] en 2004 à un chiffre estimé de 1,8 million [1,6 million–2,1 millions] en 2009 (Figure 2.3). Cette baisse traduit la disponibilité accrue des traitements antirétroviraux ainsi que des soins et de l’appui pour les personnes vivant avec le VIH, notamment dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Elle résulte aussi d’une diminution de l’incidence depuis la fin des années 1990.

Les effets du traitement antirétroviral sont particulièrement visibles en Afrique subsaharienne où l’on estime qu’il y a eu 320 000 (soit 20 %) décès de moins liés au sida en 2009 qu’en 2004 (année où un élargissement spectaculaire de la fourniture du traitement antirétroviral a été mis en œuvre) (Figure 2.5).

La mortalité liée au sida a commencé à diminuer en 2005 en Afrique subsaharienne et dans les Caraïbes. Différentes spécificités sont apparues dans d’autres régions. En Amérique du Nord et en Europe occidentale et centrale, le nombre des décès liés au sida s’est mis à diminuer peu après l’introduction du traitement antirétroviral en 1996. En Asie et en Amérique centrale et du Sud, le nombre de décès s’est stabilisé, mais aucun signe n’indique pour l’heure qu’il diminue. Les décès continuent d’augmenter en Europe orientale.

Au niveau mondial, le nombre de décès parmi les enfants de moins de 15 ans diminue également. Les 260 000 [150 000–360 000] enfants (estimation) décédés de maladies liées au sida en 2009 étaient moins nombreux de 19 % que les 320 000 [210 000–430 000] enfants (estimation) décédés en 2004. Cette tendance reflète le développement régulier des services de prévention de la transmission du VIH aux nourrissons et un élargissement (toutefois lent) de l’accès aux traitements pédiatriques.

19%

Proportion estimative de la baisse de décès liés au sida parmi les enfants à l’échelle mondiale entre 2004 et 2009.

Tableau 2.2

Statistiques régionales VIH et sida, 2001 et 2009

Chiffres régionaux relatifs aux adultes et aux enfants nouvellement infectés et vivant avec le VIH, et aux décès liés au sida.

Source : ONUSIDA

		Adultes et enfants vivant avec le VIH	Adultes et enfants nouvellement infectés par le VIH	% de prévalence parmi les adultes (15-49 ans)	Décès d'adultes et d'enfants liés au sida
AFRIQUE SUBSAHARIENNE	2009	22,5 millions [20,9–24,2 millions]	1,8 million [1,6–2,0 millions]	5,0 [4,7–5,2]	1,3 million [1,1–1,5 million]
	2001	20,3 millions [18,9–21,7 millions]	2,2 millions [1,9–2,4 millions]	5,9 [5,6–6,1]	1,4 million [1,2–1,6 million]
MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD	2009	460 000 [400 000–530 000]	75 000 [61 000–92 000]	0,2 [0,2–0,3]	24 000 [20 000–27 000]
	2001	180 000 [150 000–210 000]	36 000 [32 000–42 000]	0,1 [0,1–0,1]	8300 [6300–11 000]
ASIE DU SUD ET DU SUD-EST	2009	4,1 millions [3,7–4,6 millions]	270 000 [240 000–320 000]	0,3 [0,3–0,3]	260 000 [230 000–300 000]
	2001	3,8 millions [3,5–4,2 millions]	380 000 [350 000–430 000]	0,4 [0,3–0,4]	230 000 [210 000–280 000]
ASIE DE L'EST	2009	770 000 [560 000–1,0 million]	82 000 [48 000–140 000]	0,1 [0,1–0,1]	36 000 [25 000–50 000]
	2001	350 000 [250 000–480 000]	64 000 [47 000–88 000]	<0,1 [<0,1–<0,1]	15 000 [9400–28 000]
OCÉANIE	2009	57 000 [50 000–64 000]	4500 [3400–6000]	0,3 [0,2–0,3]	1400 [<1000–2400]
	2001	29 000 [23 000–35 000]	4700 [3800–5600]	0,2 [0,1–0,2]	<1000 [<500–1100]
AMÉRIQUE CENTRALE ET DU SUD	2009	1,4 million [1,2–1,6 million]	92 000 [70 000–120 000]	0,5 [0,4–0,6]	58 000 [43 000–70 000]
	2001	1,1 million [1,0–1,3 million]	99 000 [85 000–120 000]	0,5 [0,4–0,5]	53 000 [44 000–65 000]

		Adultes et enfants vivant avec le VIH	Adultes et enfants nouvellement infectés par le VIH	% de prévalence parmi les adultes (15-49 ans)	Décès d'adultes et d'enfants liés au sida
CARAÏBES	2009	240 000 [220 000–270 000]	17 000 [13 000–21 000]	1,0 [0,9–1,1]	12 000 [8500–15 000]
	2001	240 000 [210 000–270 000]	20 000 [17 000–23 000]	1,1 [1,0–1,2]	19 000 [16 000–23 000]
EUROPE ORIENTALE ET ASIE CENTRALE	2009	1,4 million [1,3–1,6 million]	130 000 [110 000–160 000]	0,8 [0,7–0,9]	76 000 [60 000–95 000]
	2001	760 000 [670 000–890 000]	240 000 [210 000–300 000]	0,4 [0,4–0,5]	18 000 [14 000–23 000]
EUROPE OCCIDENTALE ET CENTRALE	2009	820 000 [720 000–910 000]	31 000 [23 000–40 000]	0,2 [0,2–0,2]	8500 [6800–19 000]
	2001	630 000 [570 000–700 000]	31 000 [27 000–35 000]	0,2 [0,2–0,2]	7300 [5700–11 000]
AMÉRIQUE DU NORD	2009	1,5 million [1,2–2,0 millions]	70 000 [44 000–130 000]	0,5 [0,4–0,7]	26 000 [22 000–44 000]
	2001	1,2 million [960 000–1,4 million]	66 000 [54 000–81 000]	0,4 [0,4–0,5]	30 000 [26 000–35 000]
TOTAL	2009	33,3 millions [31,4–35,3 millions]	2,6 millions [2,3–2,8 millions]	0,8 [0,7–0,8]	1,8 million [1,6–2,1 millions]
	2001	28,6 millions [27,1–30,3 millions]	3,1 millions [2,9–3,4 millions]	0,8 [0,7–0,8]	1,8 million [1,6–2,0 millions]

Figure 2.3

Nombre de décès liés au sida par région et par an, de 1990 à 2009

Source : ONUSIDA

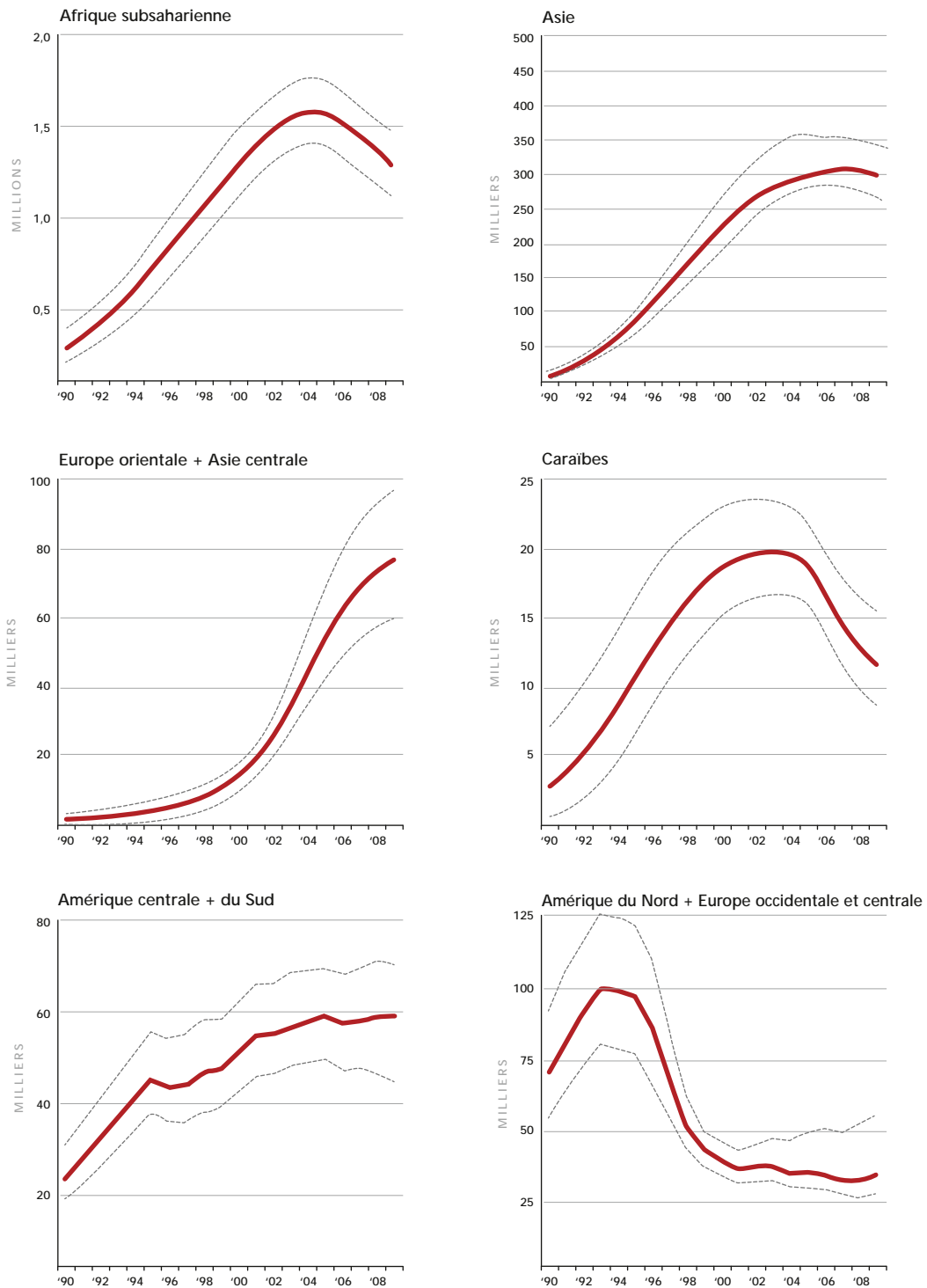
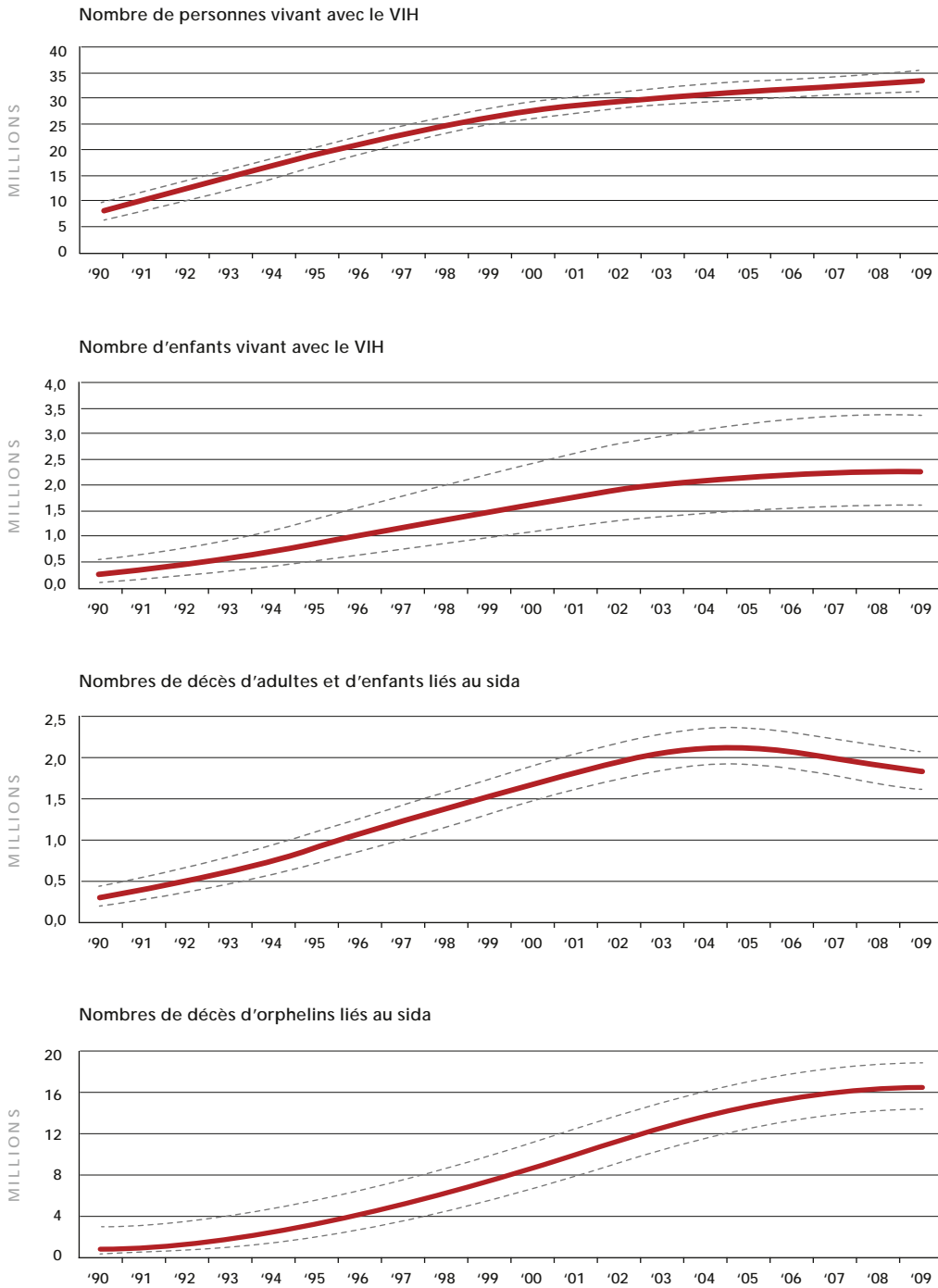


Figure 2.5
Tendances mondiales du VIH, 1990 à 2009

Source : ONUSIDA



L'Afrique subsaharienne supporte encore une part démesurée du poids de l'épidémie mondiale de VIH. Bien que le nombre des nouvelles infections ait été réduit, le nombre total de personnes vivant avec le virus continue d'augmenter. En 2009, ce nombre a atteint 22,5 millions [20,9 millions–24,2 millions], soit 68 % du total mondial. En Afrique subsaharienne, le nombre de femmes séropositives est plus élevé que le nombre d'hommes vivant avec le VIH.

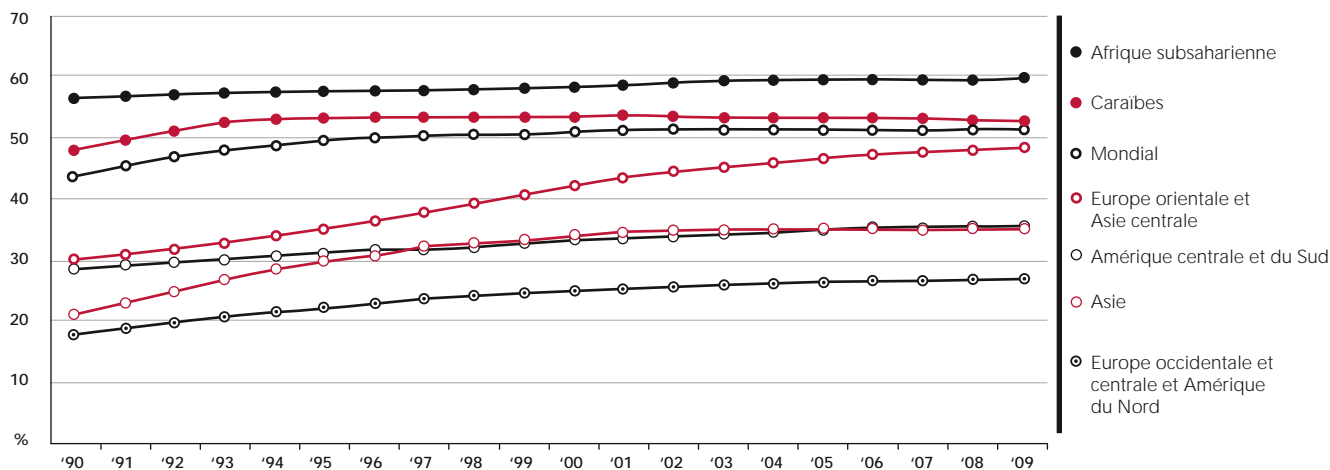
Les plus importantes épidémies d'Afrique subsaharienne – qui affectent l'Éthiopie, le Nigéria, l'Afrique du Sud, la Zambie et le Zimbabwe – se sont stabilisées ou montrent des signes de recul. On estime à 1,3 million [1,1 million–1,5 million] le nombre de personnes décédées de maladies liées au sida en Afrique subsaharienne en 2009, ce qui représente 72 % du nombre total de décès imputables à l'épidémie au niveau mondial de 1,8 million [1,6 million–2,0 millions].

Figure 2.6

Tendances relatives aux femmes vivant avec le VIH

Proportion de personnes vivant avec le VIH de 15 ans et plus qui sont des femmes, 1990–2009.

Source : ONUSIDA



AFRIQUE SUBSAHARIENNE

Tableau 2.3

Statistiques du sida pour l'Afrique subsaharienne, 2001 et 2009

Source : ONUSIDA

		Personnes vivant avec le VIH	Personnes nouvellement infectées par le VIH	Enfants vivant avec le VIH	Décès liés au sida
AFRIQUE SUBSAHARIENNE	2009	22,5 millions [20,9–24,2 millions]	1,8 million [1,6–2,0 millions]	2,3 millions [1,4–3,1 millions]	1,3 million [1,1–1,5 million]
	2001	20,3 millions [18,9–21,7 millions]	2,2 millions [1,9–2,4 millions]	1,8 million [1,1–2,5 millions]	1,4 million [1,2–1,6 million]

Figure 2.7

Prévalence du VIH en Afrique subsaharienne

Prévalence du VIH parmi les adultes âgés de 15 à 49 ans en Afrique subsaharienne, 1990 à 2009.

Source : ONUSIDA

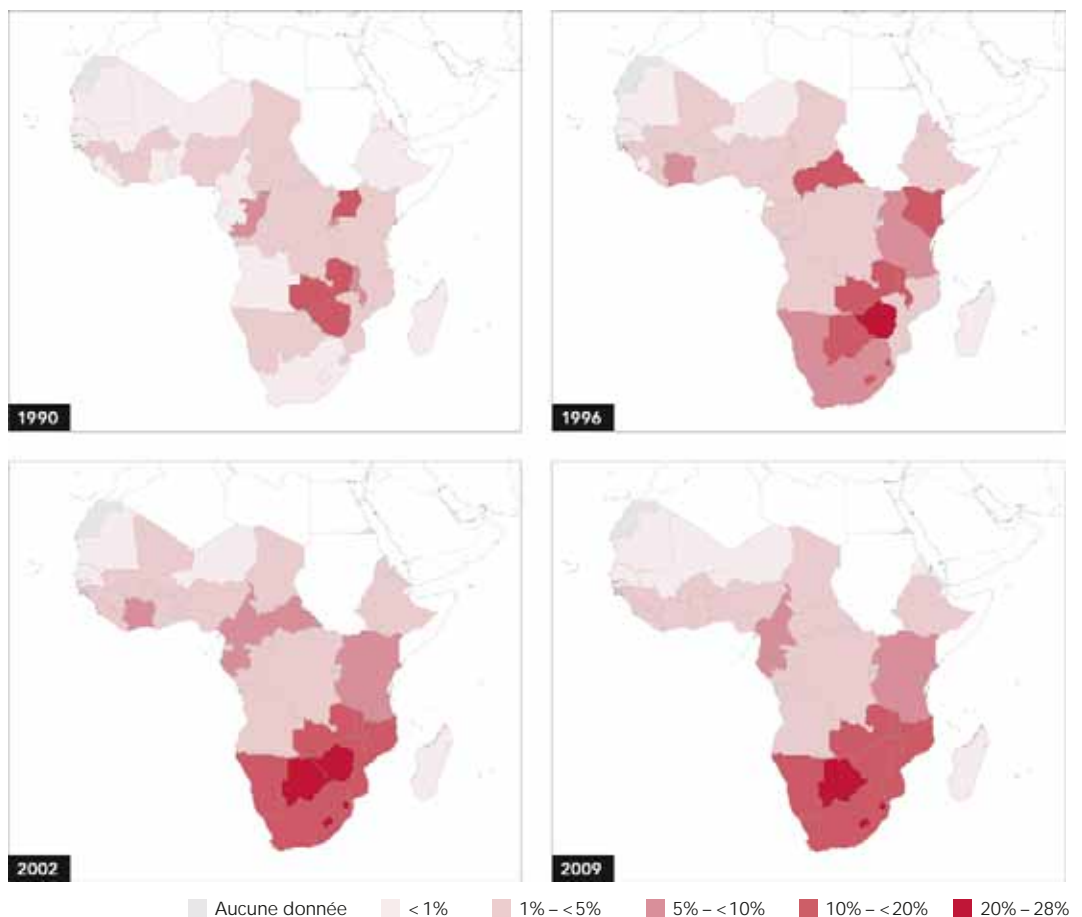
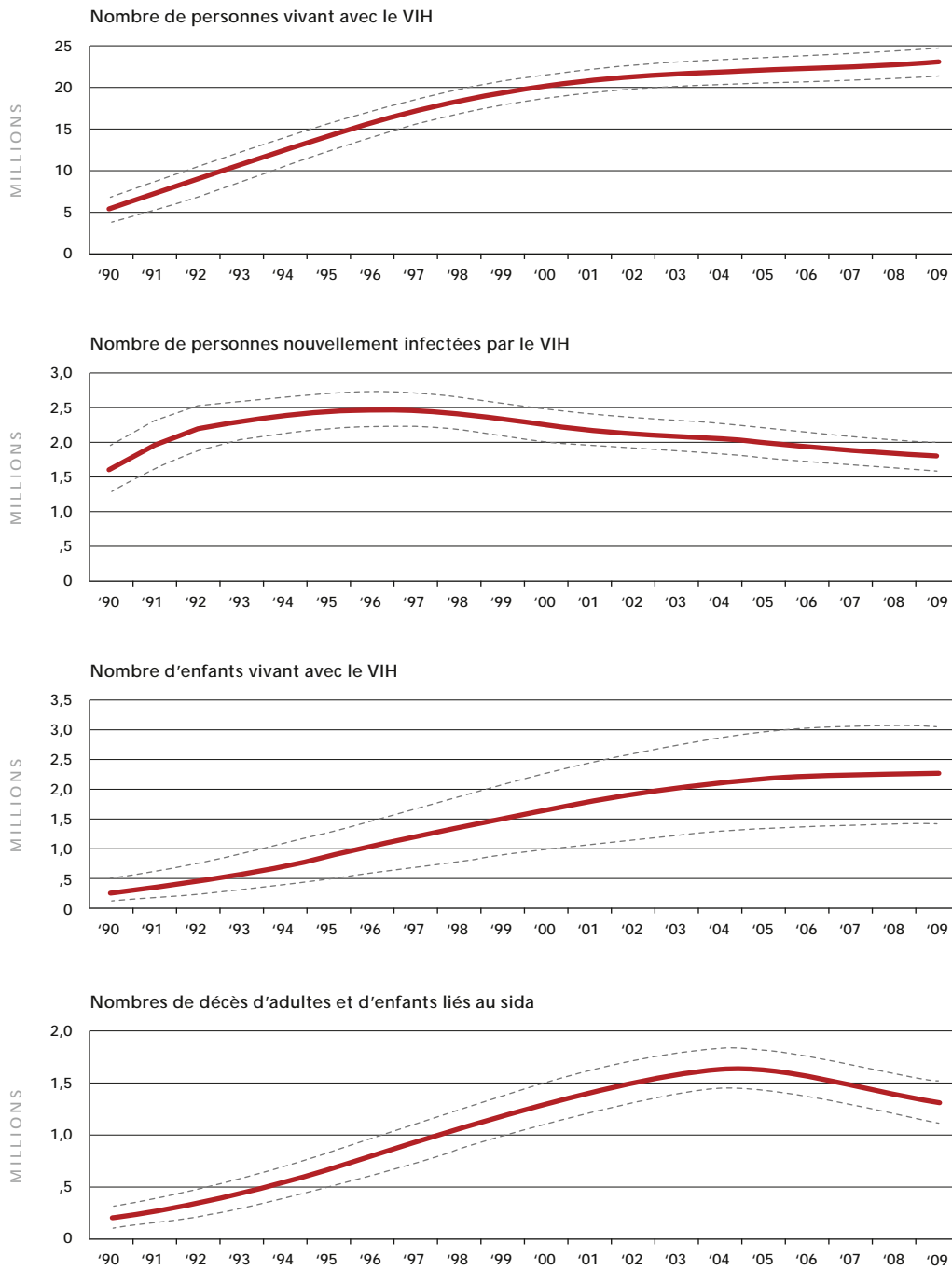


Figure 2.8
Tendances du VIH en Afrique subsaharienne

Source : ONUSIDA



L'Afrique subsaharienne supporte encore une part démesurée du poids de l'épidémie mondiale de VIH

Les épidémies qui frappent l'Afrique subsaharienne varient considérablement et l'Afrique australe¹ reste la plus durement touchée (Tableau 2.2 et Figure 2.8). On estime que 11,3 millions [10,6 millions–11,9 millions] de personnes vivaient avec le VIH en Afrique australe en 2009, ce qui est près d'un tiers (31 %) de plus que les 8,6 millions [8,2 millions–9,1 millions] de séropositifs recensés dix ans plus tôt dans la région.

Au niveau mondial, 34 % des personnes vivant avec le VIH en 2009 habitaient dans les 10 pays d'Afrique australe ; 31 % des nouvelles infections enregistrées la même année l'ont été dans ces 10 pays, tout comme 34 % de l'ensemble des décès liés au sida. Environ 40 % de l'ensemble des femmes adultes séropositives vivent en Afrique australe.

Recul de l'incidence du VIH dans 22 pays d'Afrique subsaharienne

L'incidence du VIH (nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH) semble avoir atteint un pic au milieu des années 1990 et l'on note des signes de diminution de l'incidence dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne. Entre 2001 et 2009, l'incidence de l'infection à VIH a baissé de plus de 25 % dans un nombre estimé de 22 pays.

5,6 M

Avec un nombre estimé de personnes vivant avec le VIH de 5,6 millions en 2009, l'épidémie de l'Afrique du Sud est la plus importante du monde.

Au Zimbabwe, le principal changement de comportement semble avoir été une diminution du pourcentage d'hommes ayant des partenaires occasionnels, alors que le taux d'utilisation des préservatifs avec des partenaires non réguliers reste élevé depuis la fin des années 1990 (1, 2).

Avec un nombre estimé de personnes vivant avec le VIH de 5,6 millions [5,4 millions–5,8 millions] en 2009, l'épidémie de l'Afrique du Sud est la plus importante du monde. Les dernières statistiques révèlent un recul de l'incidence du VIH dans un contexte marqué par une évolution des comportements vers des rapports sexuels à moindre risque chez les jeunes (3). L'incidence annuelle du VIH chez les 18 ans a fortement diminué de 1,8 % en 2005 à 0,8 % en 2008 ainsi que chez les femmes de 15 à 24 ans de 5,5 % en 2003–2005 à 2,2 % en 2005–2008 (4).

D'autres épidémies se sont aussi stabilisées en Afrique australe, à des niveaux très élevés toutefois. À un niveau estimé de 25,9 % [24,9 %–27,0 %] en 2009, la prévalence du VIH chez les adultes du Swaziland est la plus élevée du monde.

Les épidémies qui frappent l'Afrique orientale ont reculé depuis 2000 mais se stabilisent dans de nombreux pays. L'incidence du VIH a baissé dans la République-Unie de Tanzanie à environ 3,4 pour 1 000 personnes/an entre 2004 et 2008 (5). La prévalence nationale du VIH au Kenya est tombée d'environ 14 % au milieu des années 1990 à 5 % en 2006 (6). En Ouganda, la prévalence du virus s'est stabilisée entre 6,5 % et 7 % depuis 2001, et au Rwanda, elle se situe aux alentours de 3 % depuis 2005.

En Afrique occidentale et centrale, la prévalence du VIH demeure comparativement faible, avec un niveau estimé parmi les adultes de 2 % ou inférieur dans 12 pays en 2009 (Bénin, Burkina Faso, République démocratique du Congo, Gambie, Ghana, Guinée, Libéria, Mali, Mauritanie, Niger, Sénégal et Sierra Leone). Le Cameroun affiche la prévalence du VIH la plus élevée à 5,3 % [4,9 %–5,8 %] devant la République centrafricaine à 4,7 % [4,2 %–5,2 %], la Côte d'Ivoire à 3,4 % [3,1 %–3,9 %], le Gabon à 5,2 % [4,2 %–6,2 %] et le Nigéria à 3,6 % [3,3 %–4,0 %].

¹ Angola, Botswana, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibie, Afrique du Sud, Swaziland, Zambie, et Zimbabwe.

Une petite diminution de la prévalence a été recensée lors d'enquêtes menées auprès des ménages au Mali et au Niger ainsi que parmi les personnes fréquentant des dispensaires prénatals au Bénin, au Burkina Faso, en Côte d'Ivoire et au Togo (7).

Réduire les nouvelles infections à VIH parmi les enfants

Des progrès significatifs ont été enregistrés au niveau de la réduction de l'incidence et de l'impact du VIH chez les enfants de moins de 15 ans en Afrique australe. Le nombre de nouvelles infections d'enfants a reculé de 32 % à 130 000 [90 000–160 000] (estimation), contre 190 000 [140 000–230 000], et le nombre de décès d'enfants liés au sida a été réduit de 26 % à 90 000 [61 000–110 000], contre 120 000 [88 000–150 000], en 2009 par rapport à 2004. Environ 890 enfants ont été nouvellement infectés par le VIH au Botswana en 2007, contre 4 600 en 1999 (information NACA).

L'Afrique du Sud est l'un des rares pays du monde où la mortalité maternelle et infantile a augmenté depuis les années 1990 (8). Le sida est la principale cause de mortalité maternelle dans ce pays et à l'origine de 35 % des décès d'enfants de moins de cinq ans (3).

Diminution de la mortalité liée au sida

L'élargissement et l'intensification de l'accès au traitement ont un impact profond sur l'Afrique subsaharienne. À la fin 2009, 37 % des adultes et des enfants répondant aux critères de mise sous traitement antirétroviral recevaient celui-ci dans l'ensemble de la région (41 % en Afrique orientale et australe, et 25 % en Afrique occidentale et centrale), contre 2 % seulement il y a sept ans (9). Le nombre de décès liés au sida a diminué de 18 % en Afrique australe – on estime à 610 000 [530 000–700 000] le nombre de personnes décédées de maladies liées au sida en Afrique australe en 2009, contre 740 000 [670 000–820 000] cinq ans plus tôt.

Au Botswana, où la couverture du traitement antirétroviral dépasse 90 %, l'estimation annuelle du nombre de décès liés au sida a été divisée par deux (de 18 000 [15 000–22 000] en 2002 à 9 100 [2 400–19 000] en 2009), alors que l'estimation du nombre d'enfants nouvellement rendus orphelins à cause du sida a chuté de 40 % (10). La fourniture élargie de traitements antirétroviraux a permis d'éviter 50 000 décès d'adultes (estimation) et si cette couverture est maintenue, le Botswana pourrait éviter quelque 130 000 décès supplémentaires (estimation) d'ici à 2016 (11).

Au Kenya, les décès liés au sida ont diminué de 29 % entre 2002 et 2007 (6). Dans des zones rurales du Malawi, la fourniture de traitements antirétroviraux est à l'origine d'une chute de 10 % du nombre de décès chez les adultes entre 2004 et 2008 (12). Le traitement antirétroviral et d'autres types de traitement ont été étendus depuis le début des années 2000, mais le nombre de décès liés au sida demeure élevé.

Les patients d'Afrique subsaharienne recevant des antirétroviraux sont pour la plupart mis tardivement sous traitement (13), ce qui limite l'impact global des programmes de traitement du VIH. L'infrastructure, les systèmes et les personnels nécessaires pour surveiller comme il convient l'adhérence au traitement et les abandons deviennent de plus en plus inadaptés avec l'élargissement et l'intensification des programmes. Parallèlement au développement des tests de dépistage du VIH, les systèmes sont renforcés pour suivre l'état de santé des personnes séropositives et permettre leur mise sous traitement au moment qui convient ; il est donc probable que la mortalité liée au sida diminuera encore à l'avenir.

25,9%

À un niveau estimé de 25,9% en 2009, la prévalence du VIH chez les adultes du Swaziland est la plus élevée du monde.

Faire évoluer les comportements sexuels pour prévenir la transmission sexuelle du virus

En Afrique subsaharienne, la très grande majorité des personnes nouvellement infectées par le VIH le sont lors de rapports hétérosexuels non protégés (y compris les rapports tarifés) et par la transmission du virus aux nouveaux nés et lors de l'allaitement au sein. Les rapports sexuels non protégés avec des partenaires multiples demeurent le facteur de transmission du VIH le plus important dans cette région. Des pourcentages élevés de personnes séropositives sont engagées dans des relations à long terme – 62 % au Kenya et 78 % au Malawi, par exemple (14).

Avec l'évolution des épidémies principalement transmises lors des rapports hétérosexuels, le nombre de couples sérodiscordants (dans lesquels un partenaire seulement est séropositif au VIH) s'accroît et la transmission du VIH augmente au sein de relations à long terme (15). Des recherches menées dans 12 pays d'Afrique orientale et australe révèlent que la prévalence est élevée chez les couples sérodiscordants, allant de 36 % à 85 % (16).

Une analyse des données relevées dans des zones urbaines de Zambie incite à penser que 60 % des personnes nouvellement infectées lors de rapports hétérosexuels l'ont été dans le cadre du mariage ou d'une cohabitation (17), contre plus de la moitié (50–65 %) au Swaziland (18), 35–62 % au Lesotho (19) et 44 % (estimation) au Kenya (20).

Ces caractéristiques de transmission du virus ne sont cependant pas correctement prises en compte dans les stratégies de prévention. Les services de dépistage pour les couples et les autres services de prévention destinés aux couples sérodiscordants bénéficient d'un soutien insuffisant (20).

On note des signes croissants indiquant que les rapports sexuels tarifés non protégés, les rapports sexuels entre hommes et le partage concomitant de matériels d'injection de drogues contaminés par deux personnes (ou plus) sont des facteurs significatifs de transmission des épidémies de VIH dans plusieurs pays affectés par des épidémies généralisées. On estime que ces modes de transmission considérés ensemble sont, par exemple, à l'origine d'environ 33 % des nouvelles infections à VIH au Kenya et de près de 40 % au Ghana. Cependant, des financements comparativement réduits sont alloués aux services de prévention destinés à des populations plus exposées au risque d'infection (20).

Les rapports sexuels tarifés demeurent un facteur de transmission important dans de nombreuses épidémies de VIH en Afrique occidentale, centrale et orientale. On estime que près d'un tiers (32 %) des nouvelles infections au Ghana, 14 % de celles du Kenya et 10 % de celles d'Ouganda sont liées au commerce du sexe (le VIH contaminant les professionnel(le)s du sexe, leurs clients et leurs autres partenaires sexuels) (20, 21).

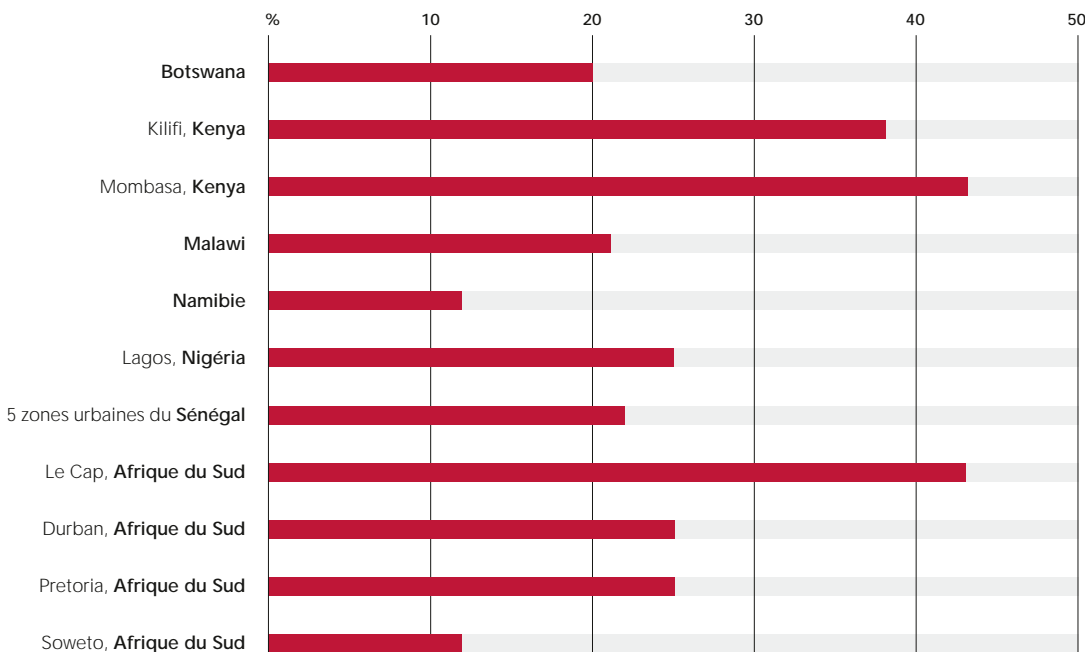
Les résultats d'études récentes menées en Afrique subsaharienne révèlent qu'il existe des groupes d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et des niveaux élevés d'infection à VIH parmi ceux-ci (Figure 2.9) (22). Jusqu'à 20 % des nouvelles infections à VIH recensées au Sénégal (23) et 15 % de celles du Kenya (20) et du Rwanda (24) pourraient être liées à des rapports sexuels non protégés entre hommes. Les données concrètes disponibles indiquent qu'en Afrique subsaharienne, comme ailleurs dans le monde, la majorité des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ont aussi des rapports sexuels avec des femmes. Au Sénégal, les quatre cinquièmes (82 %) des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes interrogés ont déclaré qu'ils avaient aussi des rapports sexuels avec des

Figure 2.9

VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en Afrique subsaharienne

Prévalence du VIH (%) chez les hommes adultes de 15 à 49 ans ayant des rapports sexuels avec des hommes dans sept pays d'Afrique subsaharienne, 2009 ou dernière année disponible.

Sources : Baral et al. (28), Ministère fédéral de la Santé du Nigéria (29), Lane et al. (30), Parry et al. (31), Sander et al. (32), Sander et al. (33) et Wade et al. (34).



femmes (25). Au Malawi, un tiers des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes étaient mariés ou cohabitaient avec une femme (26), de même que deux tiers des hommes interrogés dans l'état nigérian d'Enugu (27).

La consommation de drogues injectables apparaît comme un nouveau facteur de transmission du VIH en Afrique subsaharienne

La consommation de drogues injectables est un phénomène relativement récent en Afrique subsaharienne qui joue un rôle dans certaines épidémies de la région, notamment au Kenya, à Maurice, en Afrique du Sud et en République-Unie de Tanzanie. Fait unique en Afrique subsaharienne, la consommation de drogues injectables est le principal moteur de transmission de l'épidémie relativement limitée de VIH à Maurice (35). Les recherches disponibles révèlent une prévalence élevée du virus parmi les personnes qui consomment des drogues injectables : 36 % chez les personnes soumises à un dépistage à Nairobi (Kenya) (36), 26 % à Zanzibar (37) et 12 % (estimation) en Afrique du Sud (38). En 2007, 10 % des personnes consommant des drogues injectables interrogées dans la région de Kano au Nigéria ont été diagnostiquées séropositives à l'issue d'un dépistage du VIH (29). Globalement, la consommation de drogues injectables demeure toutefois un facteur de transmission mineur dans la plupart des épidémies de la région. Au Kenya, par exemple, il a été à l'origine de la contamination de 3,8% (estimation) des personnes nouvellement infectées par le virus en 2006 (20). ■

Tableau 2.4
Statistiques du sida pour l'Asie, 2001 et 2009

Source : ONUSIDA

		Personnes vivant avec le VIH	Personnes nouvellement infectées par le VIH	Enfants vivant avec le VIH	Décès liés au sida
ASIE	2009	4,9 millions [4,5–5,5 millions]	360 000 [300 000–430 000]	160 000 [110 000–210 000]	300 000 [260 000–340 000]
	2001	4,2 millions [3,8–4,6 millions]	450 000 [410 000–500 000]	100 000 [69 000–140 000]	250 000 [220 000–300 000]

Figure 2.10
Prévalence du VIH en Asie

Prévalence du VIH parmi les adultes de 15 à 49 ans en Asie, 1990 à 2009.

Source : ONUSIDA

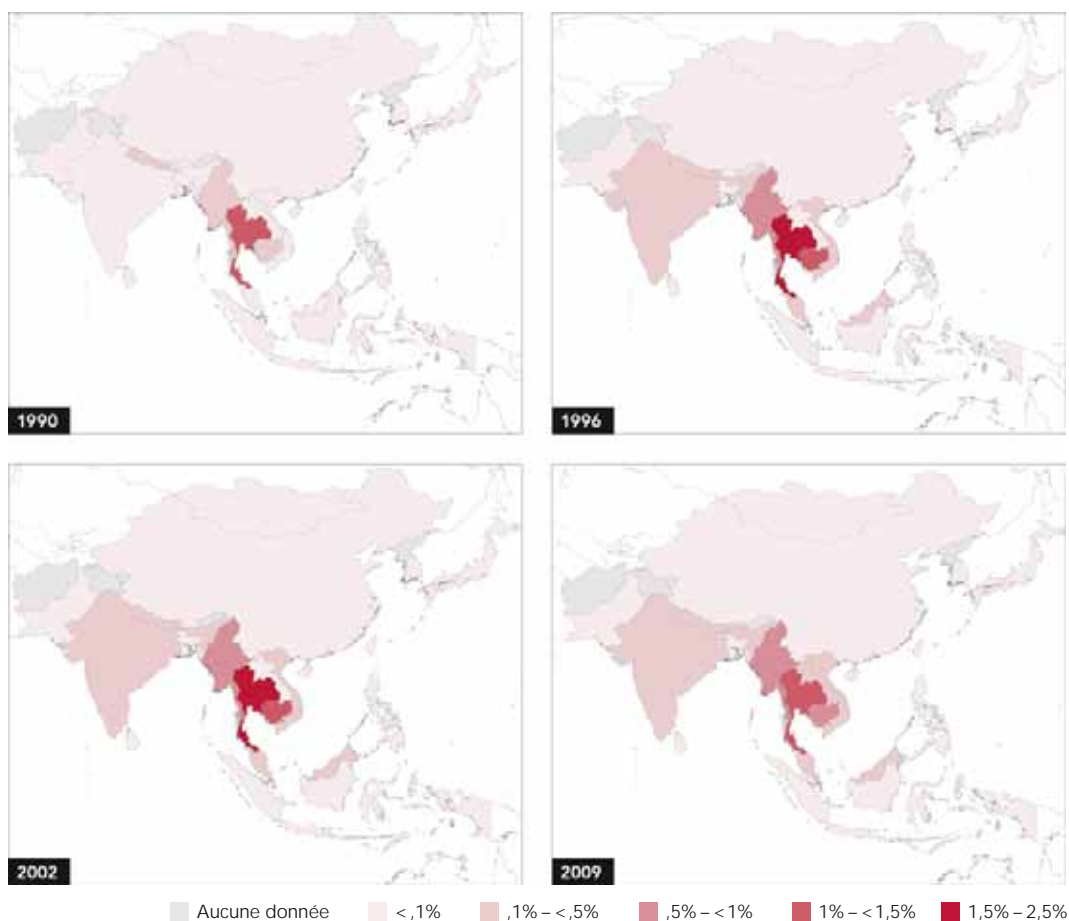
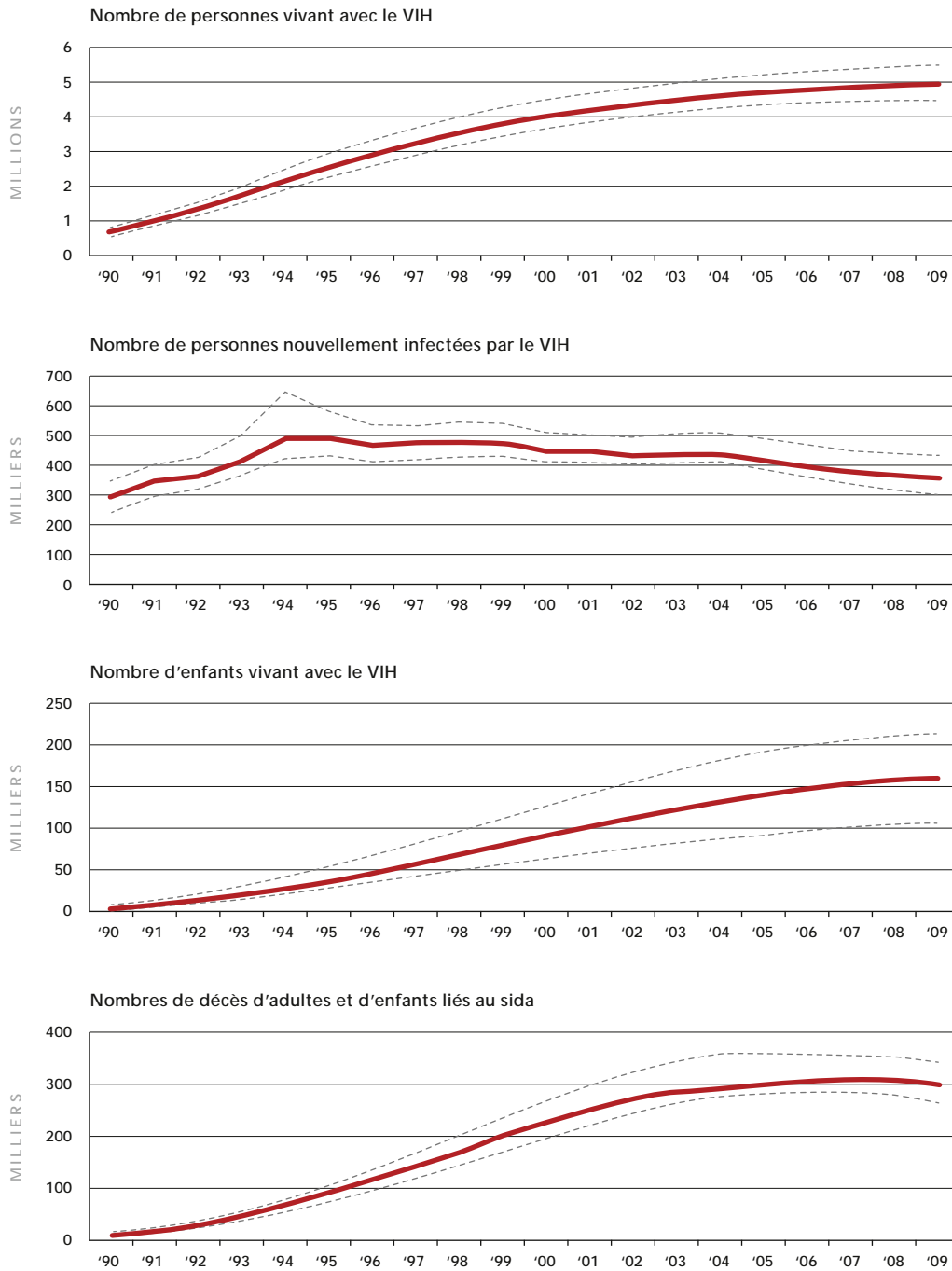


Figure 2.11
Tendances du VIH en Asie

Source : ONUSIDA



« LA PRÉVALENCE DU VIH AUGMENTE DANS DES PAYS OÙ ELLE EST ACTUELLEMENT FAIBLE, TELS QUE LE PAKISTAN, OÙ LA CONSOMMATION DE DROGUES INJECTABLES EST LE PRINCIPAL MODE DE TRANSMISSION DU VIRUS. »

L'épidémie asiatique est largement stabilisée

En Asie, on estime à 4,9 millions [4,5 millions–5,5 millions] le nombre de personnes vivant avec le VIH en 2009, soit un nombre à peu près équivalent à celui d'il y a cinq ans (Tableau 2.4, Figure 2.11). Les épidémies nationales de VIH semblent pour la plupart s'être stabilisées. Aucun pays de la région n'est affecté par une épidémie généralisée. La Thaïlande est le seul pays d'Asie dans lequel la prévalence est proche de 1 % et son épidémie semble globalement stable. L'épidémie qui a redémarré à la fin des années 1990 (où l'on dénombrait jusqu'à 60 000 nouvelles infections chaque année) a perdu du terrain depuis. En 2009, la prévalence du VIH chez les adultes s'est établie à 1,3 % [0,8 %–1,4 %] et l'incidence du virus est tombée à 0,1 % (39). Au Cambodge, la prévalence du VIH chez les adultes a baissé à 0,5 % [0,4 %–0,8 %] en 2009 après avoir atteint 1,2 % [0,8 %–1,6 %] en 2001. Mais la prévalence du VIH augmente dans des pays où elle est actuellement faible tels que le Bangladesh, le Pakistan (où la consommation de drogues injectables est le principal mode de transmission du virus) et les Philippines.

Nouvelles infections à VIH – des progrès contrastés

En 2009, 360 000 [300 000–430 000] personnes ont été nouvellement infectées par le VIH, chiffre inférieur de 20 % à celui de 450 000 [410 000–500 000] comptabilisé en 2001. L'incidence a reculé de plus de 25 % en Inde, au Népal et en Thaïlande entre 2001 et 2009. L'épidémie est restée parallèlement stable en Malaisie et au Sri Lanka.

L'incidence a augmenté de 25 % au Bangladesh et aux Philippines entre 2001 et 2009 même si ces pays continuent d'afficher des niveaux épidémiques relativement faibles.

Les caractéristiques épidémiques varient entre et au sein des pays

Les tendances globales constatées dans cette région cachent d'importantes variations au niveau des épidémies, tant entre qu'au sein des pays. Dans la plupart d'entre eux, les épidémies semblent stabilisées. Dans de nombreux pays de la région, les épidémies nationales sont concentrées dans un nombre relativement limité de provinces. En Chine, cinq provinces abritent un peu plus de la moitié (53 %) des personnes vivant avec le VIH (40) et les niveaux d'infection à VIH dans la province indonésienne de Papouasie sont 15 fois plus élevés que la moyenne nationale (41).

En Asie, les épidémies restent essentiellement concentrées parmi les personnes qui consomment des drogues injectables, les professionnel(le)s du sexe et leurs clients, et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Les caractéristiques d'incidence peuvent varier considérablement dans de grands pays tels que l'Inde. On considère qu'environ 90 % des personnes nouvellement infectées par le VIH en Inde l'ont été lors de rapports sexuels non protégés, mais le partage concomitant de matériels d'injection contaminés par deux personnes (ou plus) est le principal mode de transmission du VIH dans les États du Nord-Est du pays (42).

Le commerce du sexe est au centre des épidémies de la région

Le commerce du sexe joue un rôle central dans les épidémies de la région. Dans certains pays, tels que le Viet Nam, l'utilisation de préservatifs pendant des rapports sexuels tarifés est peu fréquente. En outre, les personnes qui consomment des drogues injectables dans certains pays se prostituent ou fréquentent des professionnel(le)s du sexe. Près d'une professionnelle du sexe sur cinq (18 %) interrogée au Myanmar a été diagnostiquée séropositive à l'issue d'un dépistage du VIH au milieu des années 2000. Dans le sud de l'Inde, jusqu'à 15 % des professionnelles du sexe étaient séropositives (43). L'État indien du Karnataka a communiqué des éléments concrets indiquant que des efforts de prévention du VIH intensifs parmi les professionnelles du sexe pouvaient être très efficaces. Un programme de prévention de quatre ans dans 18 des 27 districts de l'État a en effet permis de réduire presque de moitié la prévalence du VIH chez les jeunes fréquentant des dispensaires prénatals (de 1,4 % à 0,8 %) (44).

La consommation de drogues injectables dynamise de nouvelles épidémies

On estime que pas moins de 4,5 millions de personnes vivant en Asie consomment des drogues injectables, dont plus de la moitié habitent en Chine (38). Il existe également un grand nombre de personnes qui consomment des drogues injectables (CDI) en Inde, au Pakistan et au Viet Nam. On considère en moyenne que quelque 16 % des personnes qui consomment des drogues injectables sont séropositives en Asie, et ce, bien que la prévalence soit beaucoup plus élevée dans certains pays. Selon des études sur le Myanmar, jusqu'à 38 % des consommateurs de drogues injectables ont été diagnostiqués séropositifs au VIH alors que 30 %–50 % des CDI thaïlandais seraient contaminés, de même que plus de la moitié des personnes consommant des drogues injectables dans certaines régions d'Indonésie (41, 45, 46). Au Viet Nam, des niveaux d'infection d'entre 32 % et 58 % ont été recensés parmi les personnes qui consomment des drogues injectables dans différentes provinces (47–49). En Chine, on estime à 7 %–13 % le pourcentage de CDI vivant avec le VIH (40).

Les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes sont marginalisés mais jouent un rôle important dans la progression de l'épidémie

Plusieurs pays ont déclaré des niveaux élevés de prévalence du VIH parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) : 29 % au Myanmar (50), 5 % au niveau national en Indonésie (41), 6 % dans la capitale laotienne de Vientiane (51), entre 7 % et 18 % dans certaines zones du sud de l'Inde (52) et 9 % dans des zones rurales de l'État du Tamil Nadu en Inde (53). En Thaïlande, l'épidémie qui frappe les HSH a été largement ignorée jusqu'à ce qu'une étude révèle une prévalence de 17 % à Bangkok en 2005. Des études ultérieures réalisées en 2005 et 2007 ont montré que les niveaux d'infection avaient progressé à 28 % et 31 % (54), et l'on a enregistré une incidence annuelle du VIH de 5,5 % en 2008 (55).

Des enquêtes ont aussi révélé une hausse de la prévalence du VIH parmi les hommes ayant des rapports sexuels dans les provinces du Shandong (56) et du Jiangsu (57) en Chine, ainsi qu'à Beijing (58). Bien que les études suggèrent qu'une proportion importante de HSH asiatiques ont aussi des rapports sexuels avec des femmes (51), le risque d'être contaminé par le VIH semble beaucoup plus élevé pour les hommes qui ont seulement des rapports sexuels avec des hommes (56,59).

Avec l'arrivée à maturité des épidémies en Asie, le VIH se propage plus largement dans les populations, en particulier chez les partenaires féminines des personnes qui consomment des drogues injectables, les clients des professionnel(le)s du sexe et leurs autres partenaires sexuels. Dans toute l'Asie, la proportion de femmes infectées par le VIH ne cesse d'augmenter ; elle est passée de 21 % en 1990 à 35 % en 2009.

Nouvelles infections parmi les enfants

L'estimation du nombre d'enfants de moins de 15 ans vivant avec le VIH a légèrement augmenté de 140 000 [92 000–190 000] en 2005 à 160 000 [110 000–210 000] en 2009. Mais la diminution de l'incidence du VIH et l'élargissement progressif de l'accès aux services de prévention de la transmission mère-enfant du virus ont conduit à une forte chute du nombre de nouvelles infections parmi les enfants. On estime à 22 000 [15 000–31 000] le nombre d'enfants de 0 à 14 ans qui ont été infectés en 2009, ce qui correspond à une diminution de 15 % par rapport à 1999, année où 26 000 [18 000–38 000] enfants avaient été contaminés. Les décès liés au sida dans ce groupe d'âge ont reculé de 15 % depuis 2004, revenant de 18 000 [11 000–25 000] à 15 000 [9 000–22 000].

Stabilité du taux de mortalité liée au sida

Le nombre de décès s'est stabilisé en Asie, mais rien n'indique toutefois qu'il diminue. On estime à 300 000 [260 000–340 000] le nombre de décès liés au sida en 2009, contre 250 000 [220 000–300 000] en 2001. ■

EUROPE ORIENTALE ET ASIE CENTRALE

Tableau 2.5

Statistiques du sida pour l'Europe orientale et l'Asie centrale, 2001 et 2009

Source : ONUSIDA

		Personnes vivant avec le VIH	Personnes nouvellement infectées par le VIH	Enfants vivant avec le VIH	Décès liés au sida
EUROPE ORIENTALE ET ASIE CENTRALE	2009	1,4 million [1,3–1,6 million]	130 000 [110 000–160 000]	18 000 [8600–29 000]	76 000 [60 000–95 000]
	2001	760 000 [670 000–890 000]	240 000 [210 000–300 000]	4000 [2000–6100]	18 000 [14 000–23 000]

Figure 2.12

Prévalence du VIH en Europe orientale et Asie centrale

Prévalence du VIH parmi les adultes de 15 à 49 ans en Europe orientale et Asie centrale, 1990 à 2009.

Source : ONUSIDA

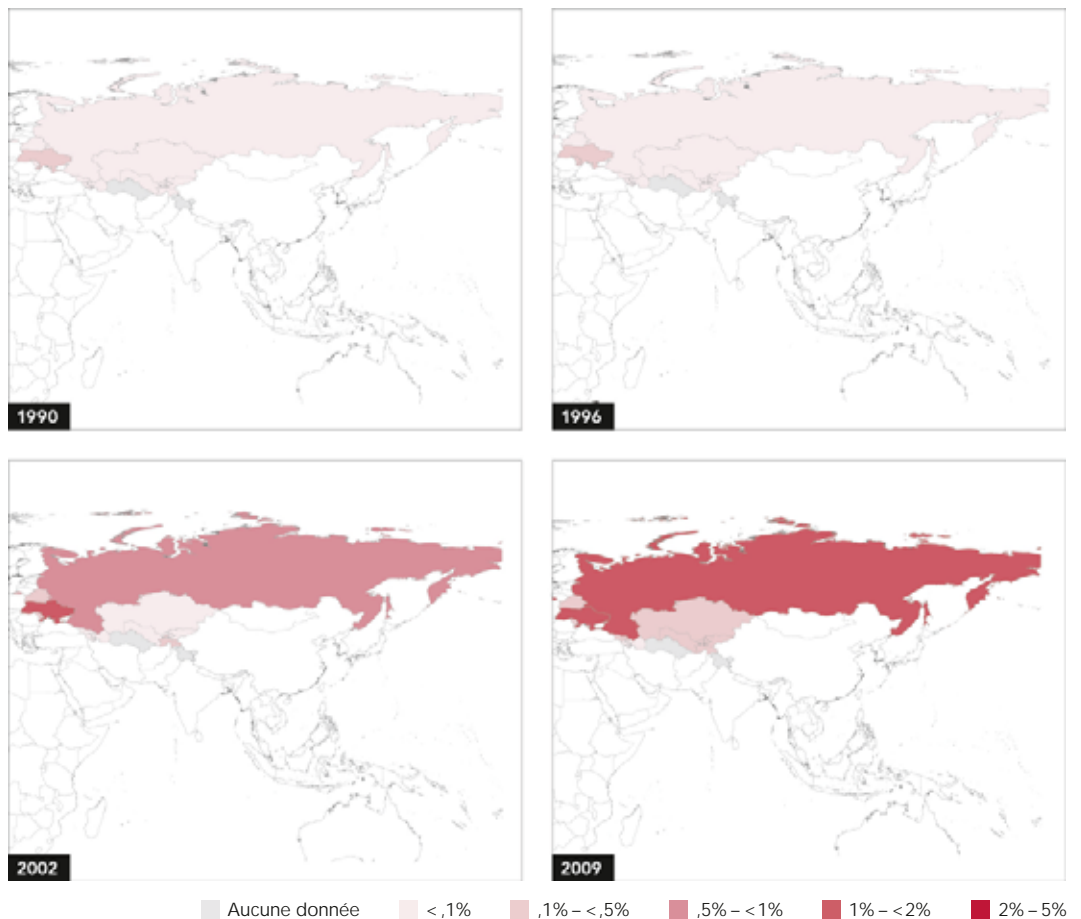
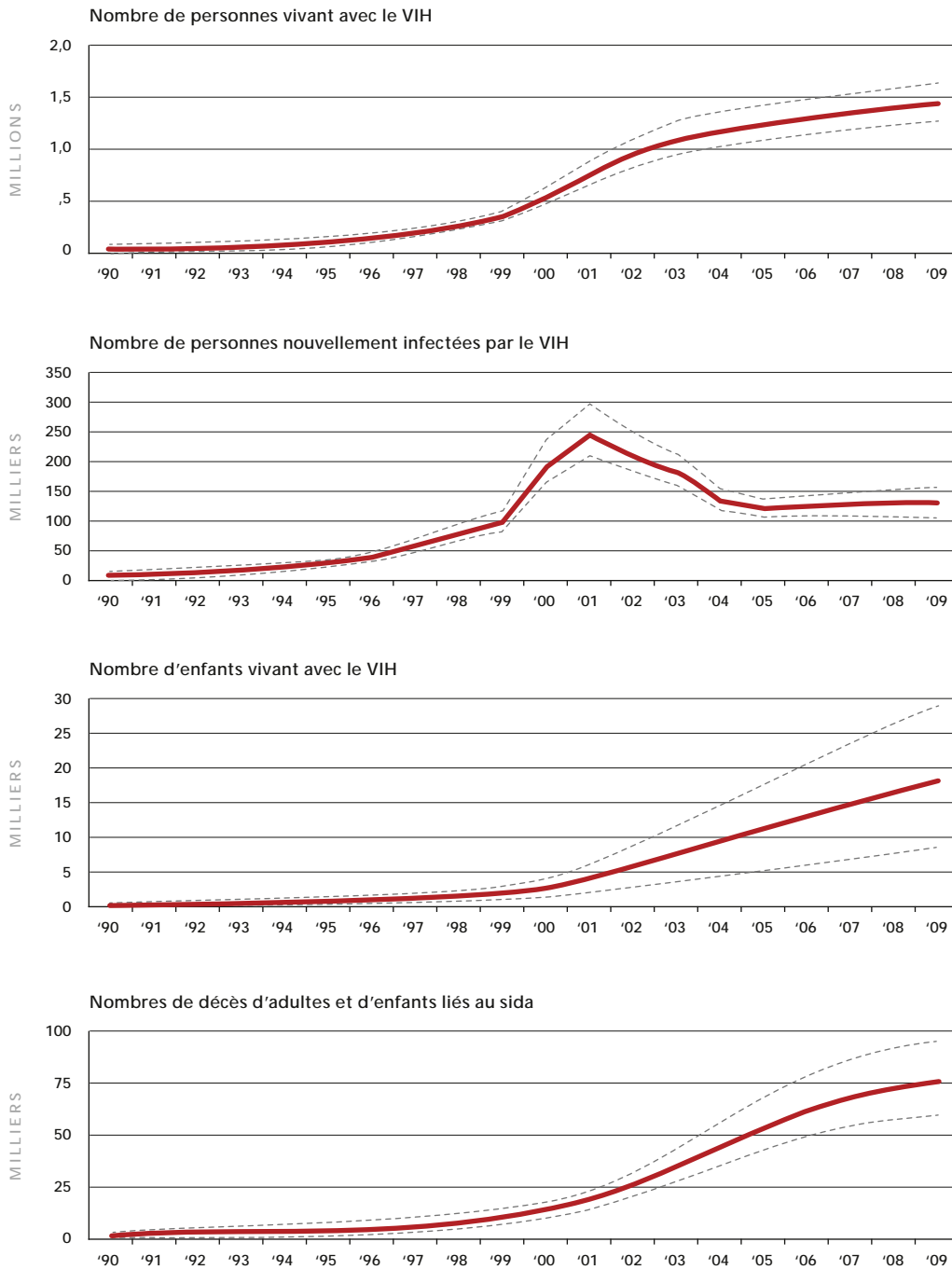


Figure 2.13
Tendances du VIH en Europe orientale et Asie centrale

Source : ONUSIDA



200%

Le nombre de personnes vivant avec le VIH en Europe orientale et Asie centrale a presque triplé depuis 2000.

L'augmentation de la prévalence du VIH est la plus forte au niveau régional

En Europe orientale et Asie centrale, le nombre de personnes vivant avec le VIH a presque triplé depuis 2000 et atteint un total estimé à 1,4 million [1,3 million–1,6 million] en 2009, contre 760 000 [670 000–890 000] en 2001 (Tableau 2.5 et Figure 2.13). L'augmentation rapide du nombre d'infections à VIH parmi les personnes qui consomment des drogues injectables au début des années 2000 a entraîné une flambée de l'épidémie dans la région.

Globalement, la prévalence du VIH est de 1 % ou supérieure dans deux pays de la région, la Fédération de Russie et l'Ukraine, dans lesquels près de 90 % des nouveaux cas de VIH ont été diagnostiqués.

À 1,1 % [1,0 %–1,3 %], la prévalence du VIH parmi les adultes en Ukraine est plus élevée que dans les autres pays d'Europe orientale et d'Asie centrale (60). Les diagnostics annuels de cas de VIH en Ukraine ont plus que doublé depuis 2001.

Dans la Fédération de Russie, l'épidémie continue également de se propager, à un rythme toutefois plus lent qu'à la fin des années 1990. Les cas de VIH nouvellement diagnostiqués ont augmenté dans plusieurs des républiques d'Asie centrale, notamment en Ouzbékistan où l'épidémie est la plus importante de cette région (61).

Épidémies concentrées – le commerce du sexe, la consommation de drogues et les rapports sexuels entre hommes sont liés

En Europe orientale et en Asie centrale, les épidémies de VIH sont principalement concentrées parmi les personnes qui consomment des drogues injectables, les professionnel(le)s du sexe et leurs partenaires sexuels, et, dans une moindre mesure, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. On estime qu'un quart environ des 3,7 millions de personnes (en majorité des hommes) qui consomment des drogues injectables sont infectées par le VIH (38). Dans la Fédération de Russie, on considère que plus d'un tiers (37 %) du nombre estimé de personnes qui consomment des drogues injectables dans le pays (1,8 million) vivent avec le virus (38). À titre comparatif, les taux de contamination des CDI sont d'entre 39 % et 50 % en Ukraine (60). Les enquêtes réalisées parmi les personnes consommant des drogues injectables en 2007 révèlent une prévalence du VIH de pas moins de 88 % (dans la ville de Krivoy Rog) (62).

La prévalence du VIH est également élevée parmi les populations carcérales, en particulier parmi les CDI incarcérés (63). On estime à 10 000 le nombre de prisonniers vivant avec le VIH en Ukraine (60).

La relation mutuelle entre le commerce du sexe et la consommation de drogues injectables favorise une accélération de la propagation du VIH dans la région. Au moins 30 % des professionnel(le)s du sexe de la Fédération de Russie ont par exemple consommé des drogues injectables (64), et les niveaux élevés d'infections à VIH constatés parmi les professionnel(le)s du sexe en Ukraine (14 % à 31 % selon différentes études) (60) sont très vraisemblablement imputables à des pratiques mutuelles de commerce du sexe et de consommation de drogues injectables.

Dans la mesure où la plupart des personnes qui consomment des drogues injectables sont sexuellement actives, la transmission sexuelle du VIH a augmenté dans les épidémies plus anciennes, comme en Ukraine, ce qui les rend encore plus difficiles à combattre (65). Le pourcentage de femmes vivant avec le VIH augmente aussi du fait de la transmission de l'épidémie des consommateurs de drogues injectables (qui sont principalement des hommes) à leurs partenaires sexuels. En

2009, on estimait que 45 % des séropositifs d'Ukraine étaient de sexe féminin, contre 41 % en 2004 et 37 % en 1999. Mais le partage concomitant entre plusieurs personnes des mêmes matériels d'injection contaminés reste le principal mode de transmission de ces épidémies. On estime que 35 % environ des femmes infectées par le virus l'ont probablement été en consommant des drogues injectables, alors que 50 % de plus ont probablement été contaminées par des partenaires consommant des drogues injectables (61, 66).

Les rapports sexuels non protégés entre hommes sont responsables d'une proportion réduite des nouvelles infections – moins de 1 % des personnes nouvellement diagnostiquées comme séropositives pour lesquelles le mode de transmission a été identifié (67). Il est toutefois possible que les chiffres officiels sous-estiment l'ampleur réelle de l'infection parmi ces populations hautement stigmatisées (68). Selon certaines enquêtes de portée limitée, la prévalence du VIH parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes s'est située dans une fourchette de 0 % au Bélarus, en Lituanie et dans certaines zones d'Asie centrale à 5 % en Géorgie (69), 6 % dans la Fédération de Russie (70) et entre 4 % (à Kyev) et 23 % (à Odessa) en Ukraine (60).

Mortalité liée au sida

Le nombre de décès liés au sida continue d'augmenter dans la région. On estimait à 76 000 [60 000–95 000] le nombre de décès liés au sida en 2009, contre 18 000 [14 000–23 000] en 2001, ce qui correspond à une multiplication par quatre sur la période. ■

« LE POURCENTAGE DE FEMMES VIVANT AVEC LE VIH AUGMENTE DU FAIT DE LA TRANSMISSION DE L'ÉPIDÉMIE DES CONSOMMATEURS DE DROGUES INJECTABLES, QUI SONT PRINCIPALEMENT DES HOMMES, À LEURS PARTENAIRES SEXUELS. »

Tableau 2.6
Statistiques du sida dans les Caraïbes, 2001 et 2009

Source : ONUSIDA

		Personnes vivant avec le VIH	Personnes nouvellement infectées par le VIH	Enfants vivant avec le VIH	Décès liés au sida
CARAÏBES	2009	240 000 [220 000–270 000]	17 000 [13 000–21 000]	17 000 [8500–26 000]	12 000 [8500–15 000]
	2001	240 000 [210 000–270 000]	20 000 [17 000–23 000]	18 000 [9100–27 000]	19 000 [16 000–23 000]

Figure 2.14
Prévalence du VIH dans les Caraïbes

Prévalence du VIH parmi les adultes âgés de 15 à 49 ans dans les Caraïbes, 1990 à 2009.

Source : ONUSIDA

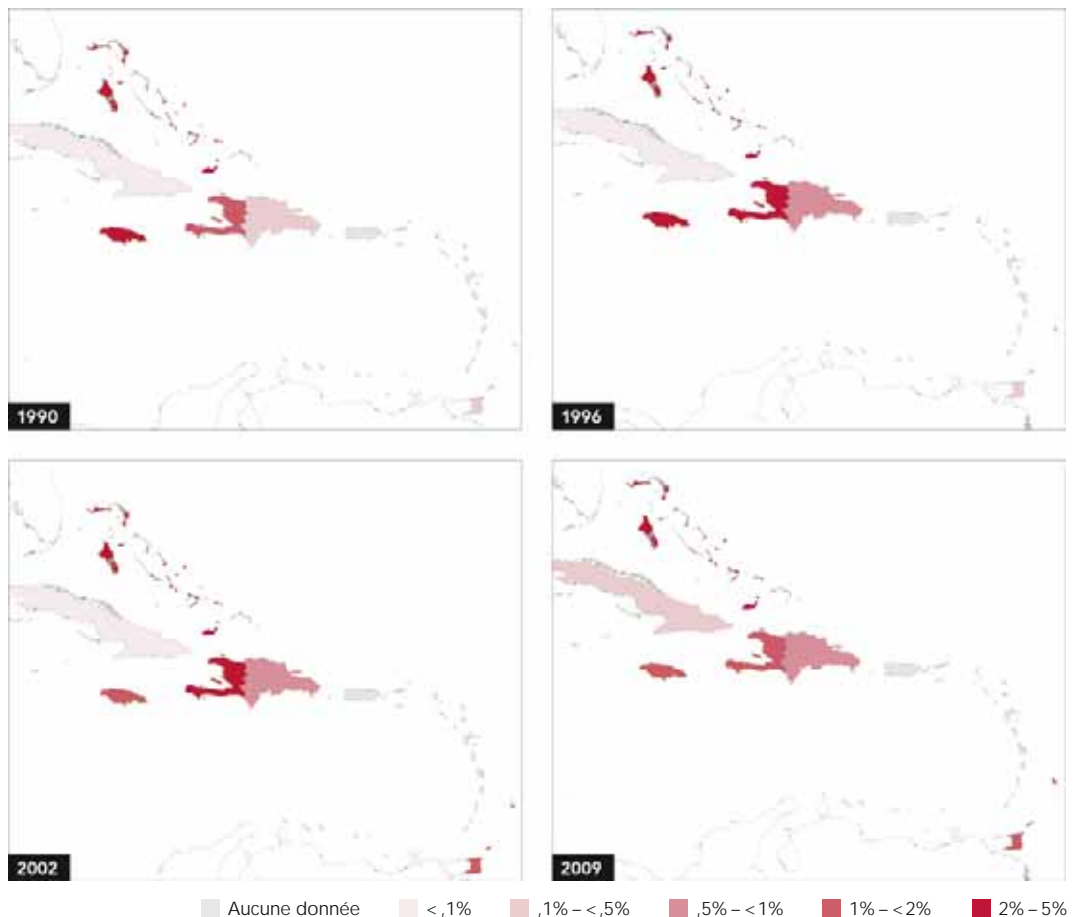
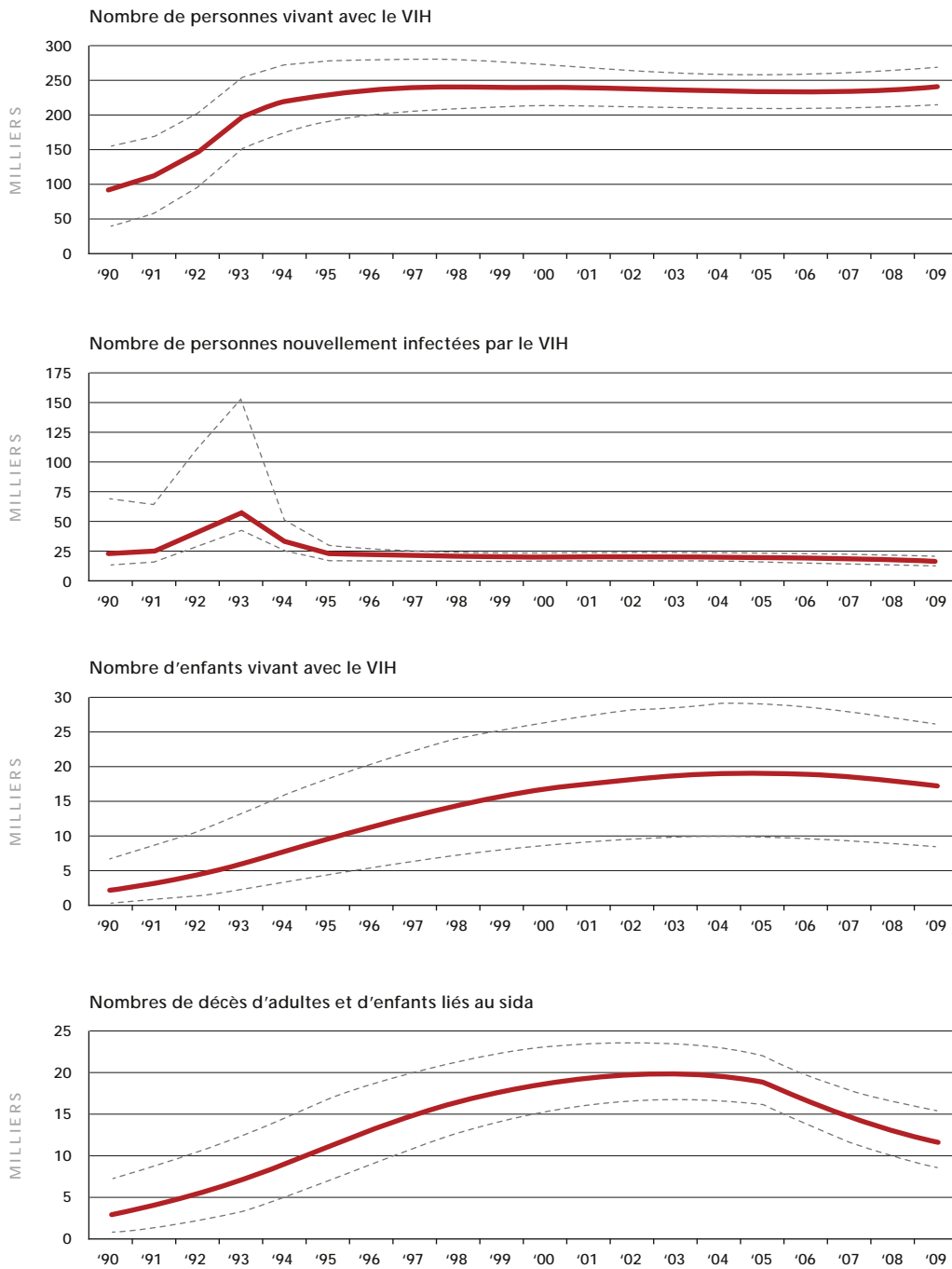


Figure 2.15
Tendances du VIH dans les Caraïbes

Source : ONUSIDA



0,1%

Estimation de la prévalence du VIH à Cuba, qui est exceptionnellement faible.

La prévalence du VIH est élevée, mais le nombre de personnes vivant avec le virus diminue

La prévalence du VIH parmi les adultes dans les Caraïbes s'établit à environ 1,0 % [0,9 %–1,1 %], ce qui est plus élevé que dans toutes les autres régions à l'exception de l'Afrique subsaharienne (Tableau 2.5, Figure 2.13). Toutefois, le nombre de personnes vivant avec le VIH dans les Caraïbes est relativement faible – 240 000 [220 000–270 000] en 2009 – et a peu varié depuis la fin des années 1990.

Le poids du VIH varie considérablement entre les pays et au sein de ceux-ci. La prévalence exceptionnellement faible à Cuba (0,1 % [0,08 %–0,13 %]) contraste, par exemple, avec la prévalence parmi les adultes des Bahamas de 3,1 % [1,2 %–5,4 %] (64). Parallèlement, 12 % des femmes enceintes fréquentant les centres de soins prénatals dans l'une des villes de Haïti ont été diagnostiquées séropositives au VIH, contre moins de 1 % de leurs homologues dans l'ouest du pays (71). Dans la République dominicaine voisine, les niveaux d'infection à VIH varient aussi considérablement, avec une prévalence parmi les communautés proches des plantations de canne à sucre (les *bateyes*) près de quatre fois plus élevée que la moyenne nationale (72).

Léger recul du nombre de nouvelles infections à VIH

Le nombre de nouvelles infections à VIH a légèrement reculé entre 2001 et 2009. On estime que 17 000 [13 000–21 000] personnes ont été nouvellement infectées par le virus en 2009, soit 3 000 de moins qu'en 2001 (20 000 [17 000–23 000]).

Les rapports sexuels non protégés entre hommes et femmes – en particulier les rapports tarifés – sont considérés comme le principal mode de transmission du virus dans cette région (73, 74). Les Caraïbes demeurent la seule région, outre l'Afrique subsaharienne, où les femmes et les filles sont plus nombreuses que les hommes et les garçons à vivre avec le VIH. En 2009, on estimait que 53 % des personnes vivant avec le virus étaient de sexe féminin.

Des niveaux d'infection élevés ont aussi été constatés chez les professionnelles du sexe, notamment 4 % en République dominicaine (72, 76), 9 % en Jamaïque (77) et 27 % au Guyana (78). Les pays de la région ont pour la plupart axé leurs efforts de prévention du VIH sur le commerce du sexe.

Les rapports sexuels non protégés entre hommes sont un mode significatif (mais largement passé sous silence) de transmission des épidémies dans cette région où plusieurs pays criminalisent toujours les relations sexuelles entre hommes (79). Une enquête a, par exemple, révélé qu'un homme ayant des rapports sexuels avec des hommes sur cinq était séropositif à Trinité et Tobago et qu'un sur quatre déclarait aussi avoir régulièrement des rapports sexuels avec des femmes (69). En Jamaïque, une étude a révélé une prévalence du VIH de 32 % parmi les HSH (73). Il existe des éléments concrets attestant d'une augmentation des infections à VIH parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes à Cuba (80) et en République dominicaine (81).

Aux Bermudes et à Porto Rico, la consommation de drogues injectables sans respect de l'hygiène contribue de manière significative à la propagation du VIH. À Porto Rico, le partage de matériels d'injection contaminés était à l'origine d'environ 40 % des nouvelles infections à VIH recensées chez les hommes en 2006 et de 27 % des nouvelles infections constatées chez les femmes (82).

Diminution de la mortalité liée au sida

Le nombre de décès liés au sida diminue dans les Caraïbes. On estime que 12 000 [8 500–15 000] personnes ont perdu la vie à cause du sida en 2009, contre 19 000 [16 000–23 000] en 2001. ■

**« LES CARAÏBES
DEMEURENT LA SEULE
RÉGION, OUTRE L'AFRIQUE
SUBSAHARIENNE, OÙ LES
FEMMES ET LES FILLES
SONT PLUS NOMBREUSES
QUE LES HOMMES ET LES
GARÇONS À VIVRE AVEC
LE VIH. »**

AMÉRIQUE CENTRALE ET DU SUD

Tableau 2.7

Statistiques du sida pour l'Amérique centrale et du Sud, 2001 et 2009

Source : ONUSIDA

		Personnes vivant avec le VIH	Personnes nouvellement infectées par le VIH	Enfants vivant avec le VIH	Décès liés au sida
AMÉRIQUE CENTRALE ET DU SUD	2009	1,4 million [1,2–1,6 million]	92 000 [70 000–120 000]	36 000 [25 000–50 000]	58 000 [43 000–70 000]
	2001	1,1 million [1,0–1,3 million]	99 000 [85 000–120 000]	30 000 [20 000–42 000]	53 000 [44 000–65 000]

Figure 2.16

Prévalence du VIH en Amérique centrale et du Sud

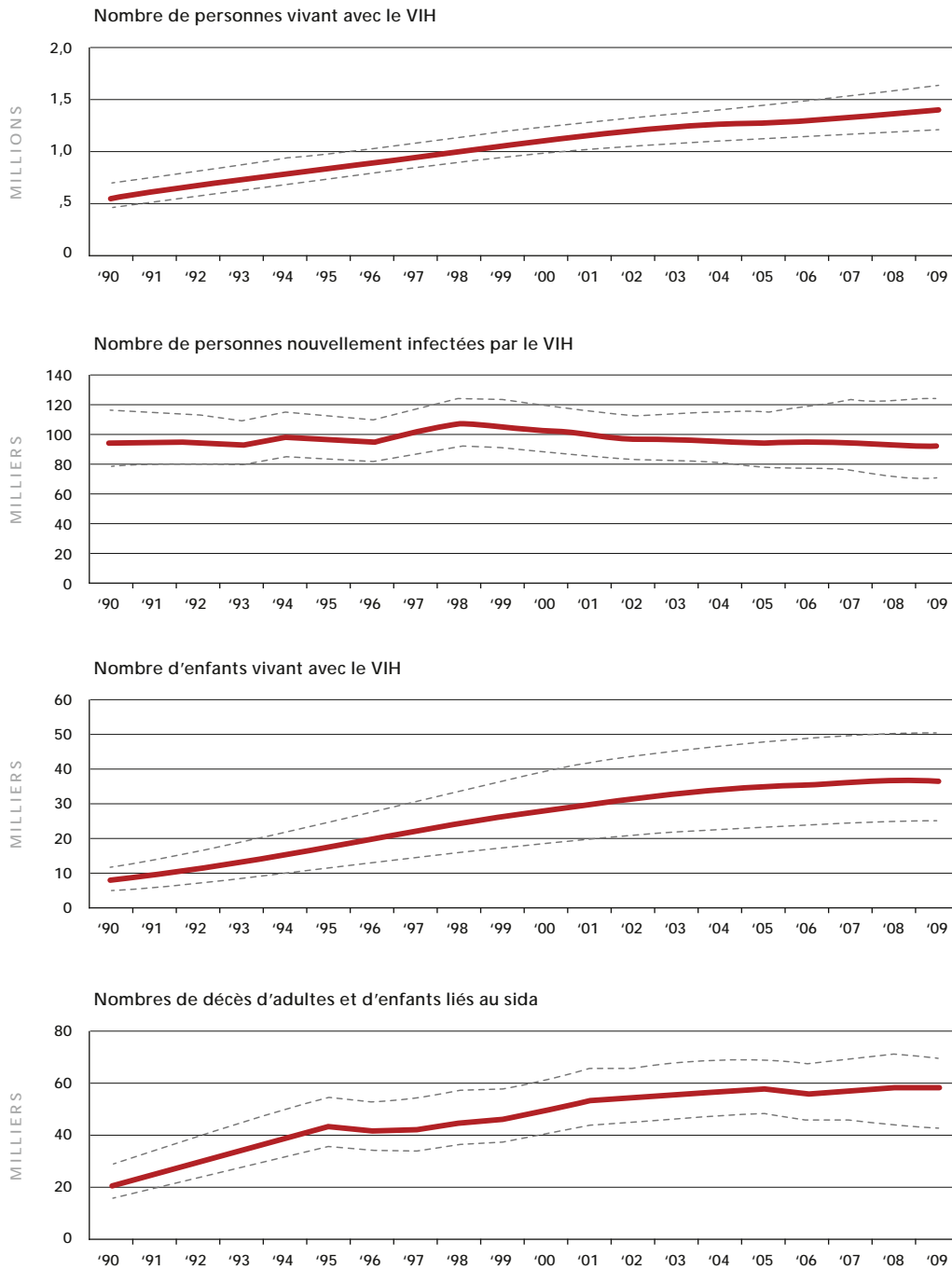
Prévalence du VIH parmi les adultes âgés de 15 à 49 ans en Amérique centrale et du Sud, 1990 à 2009.

Source : ONUSIDA



Figure 2.17
Tendances du VIH en Amérique centrale et du Sud

Source : ONUSIDA



L'épidémie est stable, mais la prévalence du VIH augmente parallèlement à l'élargissement de l'accès au traitement antirétroviral

Les épidémies de VIH qui affectent l'Amérique centrale et du Sud ont peu évolué au cours des dernières années (Tableau 2.6, Figure 2.14). Le nombre total de personnes vivant avec le VIH continue d'augmenter, à 1,4 million [1,2 million–1,6 million] (estimation) en 2009, contre 1,1 million [1,0 million–1,3 million] en 2001, surtout en raison de la disponibilité de traitements antirétroviraux.

Le tiers environ des personnes vivant avec le VIH en Amérique centrale et du Sud habitent au Brésil, pays très peuplé où des efforts de prévention et de traitement précoces et résolus ont permis de contenir l'épidémie. La prévalence du VIH parmi les adultes au Brésil est restée très inférieure à 1 %, tout du moins sur les dix dernières années.

Des épidémies concentrées, principalement parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

Dans cette région, les épidémies de VIH sont pour la plupart concentrées dans et autour des réseaux d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH). Des enquêtes réalisées dans des groupes de HSH vivant dans des zones urbaines ont révélé une prévalence du VIH d'au moins 10 % dans 12 des 14 pays de la région (69), notamment au Costa Rica (83). Des taux anormalement élevés d'infection à VIH ont été constatés dans des réseaux d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Dans cinq pays d'Amérique centrale, l'incidence annuelle du VIH s'est établie à 5,1 % parmi les HSH (84) ; parallèlement, une incidence de 3,5 % parmi les groupes de HSH plus exposés au risque d'infection fréquentant des dispensaires de santé publique a été recensée à Lima, Pérou. Ces taux sont plus élevés que la plupart de ceux observés parmi les groupes de pairs plus exposés au risque d'infection d'Europe et d'Amérique du Nord (85).

La stigmatisation sociale a cependant contribué à maintenir bon nombre de ces épidémies frappant les HSH dans l'ombre et sous silence. Plusieurs pays, en particulier en Amérique centrale et dans la région andine, continuent d'avoir un nombre limité de programmes qui luttent contre le rôle déterminant des rapports sexuels non protégés entre hommes dans leurs épidémies de VIH (64).

La peur de la stigmatisation peut inciter de nombreux HSH à avoir également des rapports sexuels avec des femmes. En Amérique centrale, par exemple, plus d'un homme sur cinq ayant déclaré avoir des rapports sexuels avec d'autres hommes a aussi indiqué avoir eu des rapports sexuels avec une femme au moins au cours des six mois précédents (84).

Les investissements engagés pour arrêter la propagation du VIH parmi les professionnel(le)s du sexe portent leurs fruits

Les pays ont pour la plupart accordé leur attention à la prévention de la transmission du VIH lors des rapports sexuels tarifés et certains signes indiquent que ces efforts portent leurs fruits. Des taux élevés d'utilisation des préservatifs et une prévalence faible du VIH ont été recensés parmi les professionnelles du sexe à Santiago, Chili (86), au Salvador (87) et au Guatemala (88).

1/3

Proportion des personnes vivant avec le VIH en Amérique centrale et du Sud qui habitent au Brésil.

La consommation de drogues injectables est l'autre principal mode de transmission du VIH dans cette région, en particulier dans le cône sud de l'Amérique du Sud. On estime à pas moins de deux millions le nombre d'habitants d'Amérique centrale et du Sud qui consomment des drogues injectables et on considère que plus d'un quart d'entre eux pourraient être infectés par le VIH (38).

Comme dans d'autres régions abritant une importante population de personnes qui consomment des drogues injectables, la prévalence du VIH est également élevée parmi les prisonniers et les personnes incarcérées. Près de 6 % des détenus de sexe masculin ayant fait l'objet d'un dépistage dans le pénitencier de São Paulo (Brésil) ont, par exemple, été diagnostiqués séropositifs au VIH (89). De telles données concrètes ont incité certains pays à décider d'introduire des services de prévention du VIH dans les prisons

Parallèlement, dans les épidémies plus anciennes d'Amérique du Sud, la transmission hétérosexuelle du VIH se développe. Alors que la consommation de drogues injectables diminue comme mode de transmission de l'épidémie de VIH en Argentine par exemple, on estime que quatre sur cinq des nouveaux diagnostics de séropositivité au milieu des années 2000 étaient imputables à des rapports sexuels non protégés (principalement hétérosexuels) (90). Près de la moitié (43 %) des nouvelles infections à VIH enregistrées au Pérou sont maintenant imputables à une transmission lors de rapports hétérosexuels (91), même si l'on considère que la majorité de ces infections ont lieu lors de rapports tarifés et d'autres pratiques sexuelles induisant un risque plus élevé d'infection.

Le VIH chez les enfants

Le nombre d'enfant (de moins de 15 ans) vivant avec le VIH demeure cependant faible en Amérique centrale et du Sud (environ 4 000 nouvellement infectés en 2009) et semble se réduire. Cette tendance perdure malgré une couverture comparativement faible des services susceptibles de prévenir la transmission du VIH aux nourrissons. À la fin 2009, 54 % [39 %–83 %] des femmes enceintes séropositives de la région recevaient des médicaments antirétroviraux destinés à prévenir la transmission du virus à leurs nouveaux nés, c'est-à-dire un niveau un peu supérieur au taux global de couverture de 53 % [40 %–79 %] dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (9). ■

« LE NOMBRE D'ENFANT VIVANT AVEC LE VIH DEMEURE CEPENDANT FAIBLE EN AMÉRIQUE CENTRALE ET DU SUD ET SEMBLE SE RÉDUIRE. »

AMÉRIQUE DU NORD ET EUROPE OCCIDENTALE ET CENTRALE

Tableau 2.8

Statistiques du sida pour l'Amérique du Nord et l'Europe occidentale et centrale, 2001 et 2009

Source : ONUSIDA

		Personnes vivant avec le VIH	Personnes nouvellement infectées par le VIH	Enfants vivant avec le VIH	Décès liés au sida par le VIH
AMÉRIQUE DU NORD ET EUROPE OCCIDENTALE ET CENTRALE	2009	2,3 millions [2,0–2,7 millions]	100 000 [73 000–150 000]	6000 [3500–8000]	35 000 [29 000–56 000]
	2001	1,8 million [1,6–2,0 millions]	97 000 [82 000–110 000]	7400 [4500–10 000]	37 000 [32 000–44 000]

Figure 2.18

Prévalence du VIH en Amérique du Nord et Europe occidentale et centrale

Prévalence du VIH parmi les adultes âgés de 15 à 49 ans en Amérique du Nord et Europe occidentale et centrale, 1990 à 2009.

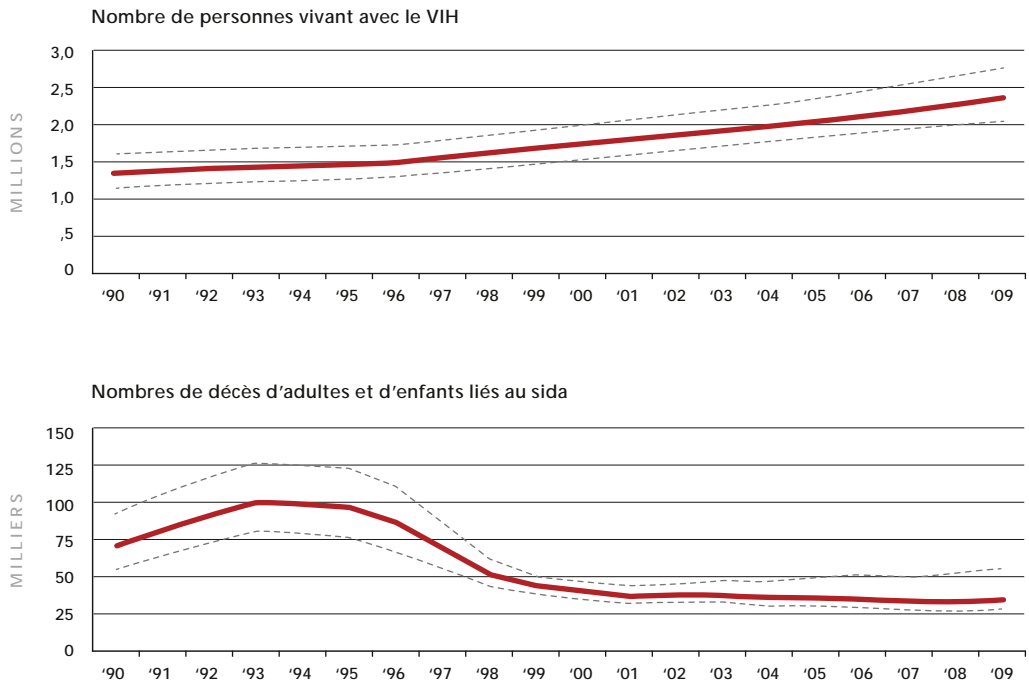
Source : ONUSIDA



Figure 2.19

Tendances du VIH en Amérique du Nord et Europe occidentale et centrale

Source : ONUSIDA



3160

Nombre de nouveaux cas de VIH diagnostiqués chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en 2007 au Royaume-Uni – les plus nombreux jamais déclarés jusqu'à présent.

Le sida n'est pas mort dans les pays à revenu élevé

Le nombre total de personnes vivant avec le VIH en Amérique du Nord et Europe occidentale et centrale continue d'augmenter et a atteint un niveau estimé à 2,3 millions [2,0 millions – 2,7 millions] en 2009, supérieur de 30 % à ce qu'il était en 2001 (Tableau 2.8, Figure 2.18).

Les rapports sexuels non protégés entre hommes restent le principal mode de transmission des épidémies de VIH en Amérique du Nord et en Europe occidentale et centrale, et ce, même si la consommation de drogues injectables et les rapports sexuels tarifés non protégés véhiculent aussi le virus (en particulier au Mexique et dans certaines zones d'Europe méridionale).

En France, par exemple, plus de la moitié des nouveaux cas de VIH diagnostiqués chez les hommes le sont parmi les HSH et ceux-ci ne représentent pourtant que 1,6 % de la population du pays (92, 93). Cette caractéristique épidémique signifie que les hommes sont plus nombreux que les femmes à être séropositifs. En 2009, 26 % environ des personnes vivant avec le VIH étaient des femmes en Amérique du Nord et 29 % en Europe occidentale et centrale.

Reprise des épidémies parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

On note des signes tangibles significatifs indiquant une reprise des épidémies de VIH parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en Amérique du Nord et en Europe occidentale (94). Les données fournies par 23 pays européens révèlent que le nombre annuel de diagnostics du VIH chez les HSH a augmenté de 86 % entre 2000 et 2006 (95).

Les 3 160 nouveaux cas de VIH diagnostiqués au Royaume-Uni chez les HSH en 2007 ont été les plus nombreux jamais déclarés jusqu'à présent (96). Les données de surveillance nationale révèlent également une augmentation importante du nombre de nouveaux diagnostics de VIH entre 2000 et 2005 parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes au Canada, en Allemagne, aux Pays-Bas, en Espagne et aux États-Unis d'Amérique (97). Dans ce dernier pays, les nouvelles infections à VIH imputées à des rapports sexuels non protégés entre hommes ont augmenté de plus de 50 % entre 1991-1993 et 2003-2006 (98). Le Canada a déclaré des tendances similaires (99).

Cette évolution est liée à la multiplication des comportements sexuels à risque. En Catalogne (Espagne), des chercheurs ont, par exemple, indiqué qu'un tiers (32 %) des HSH avaient récemment eu des rapports sexuels annaux non protégés avec un partenaire occasionnel (100) et des enquêtes réalisées au Danemark et à Amsterdam (Pays-Bas) font état d'observations similaires (101, 102).

Les épidémies de VIH sont concentrées de manière disproportionnée dans des minorités raciales et ethniques dans certains pays. Aux États-Unis d'Amérique, par exemple, les Afro-Américains constituent 12 % de la population mais représentaient 45 % des personnes nouvellement infectées par le VIH en 2006 (98). Les hommes afro-américains ont 6,5 fois plus de risques et les femmes afro-américaines ont 19 fois plus de risques d'être contaminés par le VIH que leurs homologues d'origine caucasienne (103).

Au Canada au milieu des années 2000, les groupes autochtones constituaient 3,8 % de la population mais représentaient 8 % de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH (et 13 % des personnes nouvellement infectées annuellement). Deux tiers (66 %) des personnes nouvellement infectées par le virus consommaient des drogues injectables (99).

Les taux de nouvelles infections parmi les personnes qui consomment des drogues injectables ont globalement diminué – ce qui est essentiellement dû aux services de réduction des risques. Aux Pays-Bas (67) et en Suisse (98), par exemple, les infections à VIH imputables au partage entre plusieurs personnes de matériels d'injection contaminés ont pratiquement disparu : 5 % maximum des nouvelles infections (en 2008 et 2007, respectivement) étaient imputables à la consommation de drogues injectables.

Parmi les CDI en Amérique du Nord, l'épidémie perd également du terrain. Moins de 10 000 personnes consommant des drogues injectables ont contracté le VIH en 2006 aux États-Unis d'Amérique, ce qui correspond à un tiers seulement de leur nombre en 1984-86.

Mais l'utilisation par de multiples personnes de matériels d'injection contaminés peut favoriser une accélération spectaculaire de la propagation de l'épidémie de VIH, comme cela a été le cas en Estonie. Il y a dix ans, on ne recensait pratiquement aucune personne nouvellement infectée par le VIH dans ce pays ; en quelques années, une majorité des personnes qui consomment des drogues injectables interrogées (72 % dans une étude) avaient été infectées par le VIH (38).

Il y a également des endroits critiques le long de la frontière entre les États-Unis d'Amérique et le Mexique où le croisement de réseaux de consommation de drogues et de commerce du sexe favorise la propagation du VIH. Des études ont révélé une prévalence du VIH de 12 % parmi les professionnelles du sexe qui consomment des drogues injectables dans les villes de Ciudad Juarez et Tijuana (104) et de 3 % parmi d'autres CDI (105) à Tijuana. Ces épidémies localisées recèlent un potentiel de propagation considérable. Dans une étude importante sur les femmes enceintes de Tijuana, par exemple, la prévalence du VIH se situait à 1 %, mais elle s'établissait à 6 % parmi les femmes enceintes qui consommaient des drogues (106).

Les infections à VIH parmi les immigrants sont devenues une caractéristique de plus en plus importante des épidémies dans plusieurs pays d'Europe. La transmission lors de rapports hétérosexuels représente environ la moitié des nouvelles infections à VIH en Europe centrale (67), mais un pourcentage considérable des personnes nouvellement infectées ont été contaminées à l'étranger (principalement en Afrique subsaharienne, dans les Caraïbes et en Asie).

Au Royaume-Uni, environ 44 % des personnes nouvellement infectées par le VIH en 2007 avaient contracté le virus à l'étranger (principalement en Afrique subsaharienne) (96). Pour l'Europe considérée globalement, près d'une personne nouvellement diagnostiquée sur cinq (17 %) en 2007 venait de pays frappés par des épidémies généralisées (107). ■

19x

Aux États-Unis d'Amérique, les femmes afro-américaines ont 19 fois plus de risques d'être contaminées par le VIH que leurs homologues d'origine caucasienne.

Tableau 2.9

Statistiques du sida pour le Moyen-Orient et l’Afrique du Nord, 2001 et 2009

Source : ONUSIDA

		Personnes vivant avec le VIH	Personnes nouvellement infectées par le VIH	Enfants vivant avec le VIH	Décès liés au sida
MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD	2009	460 000 [400 000–530 000]	75 000 [61 000–92 000]	21 000 [13 000–28 000]	24 000 [20 000–27 000]
	2001	180 000 [150 000–210 000]	36 000 [32 000–42 000]	7100 [3800–13 000]	8300 [6300–11 000]

Figure 2.20

Prévalence du VIH au Moyen-Orient et Afrique du Nord

Prévalence du VIH parmi les adultes âgés de 15 à 49 ans au Moyen-Orient et Afrique du Nord, 1990 à 2009.

Source : ONUSIDA

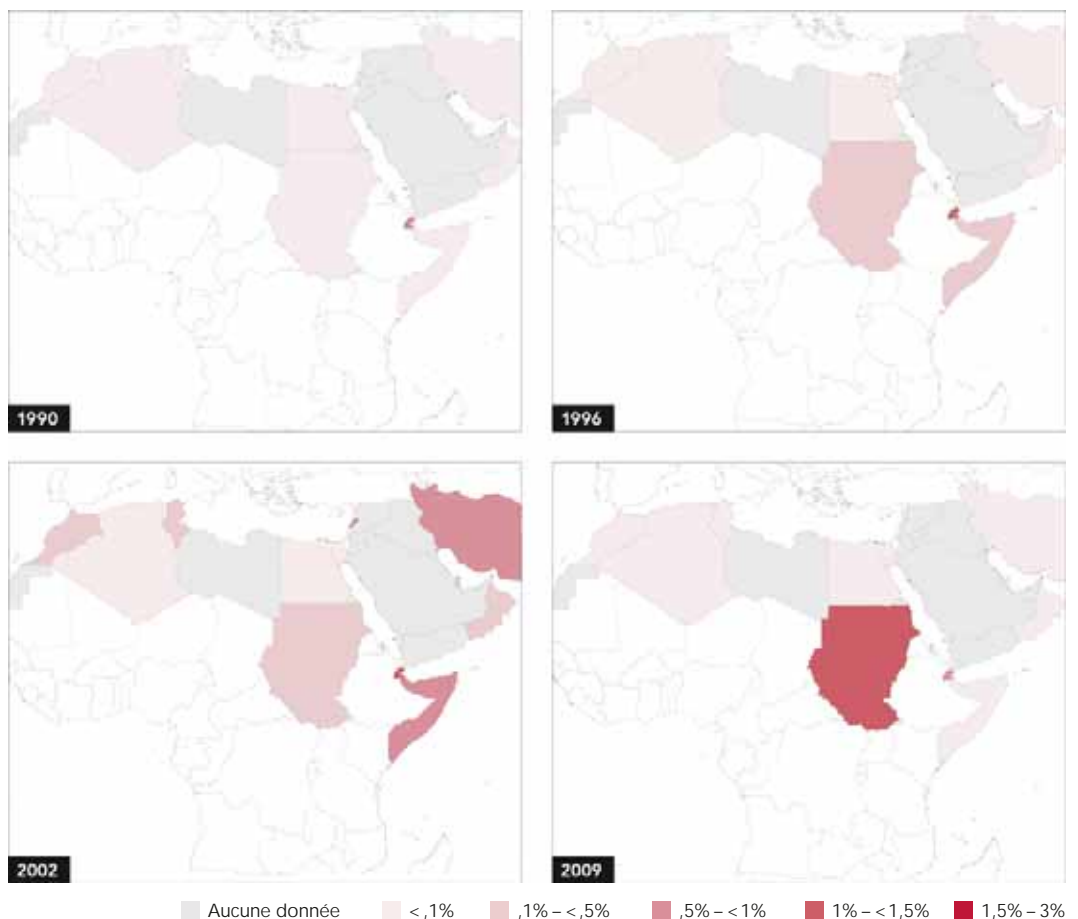
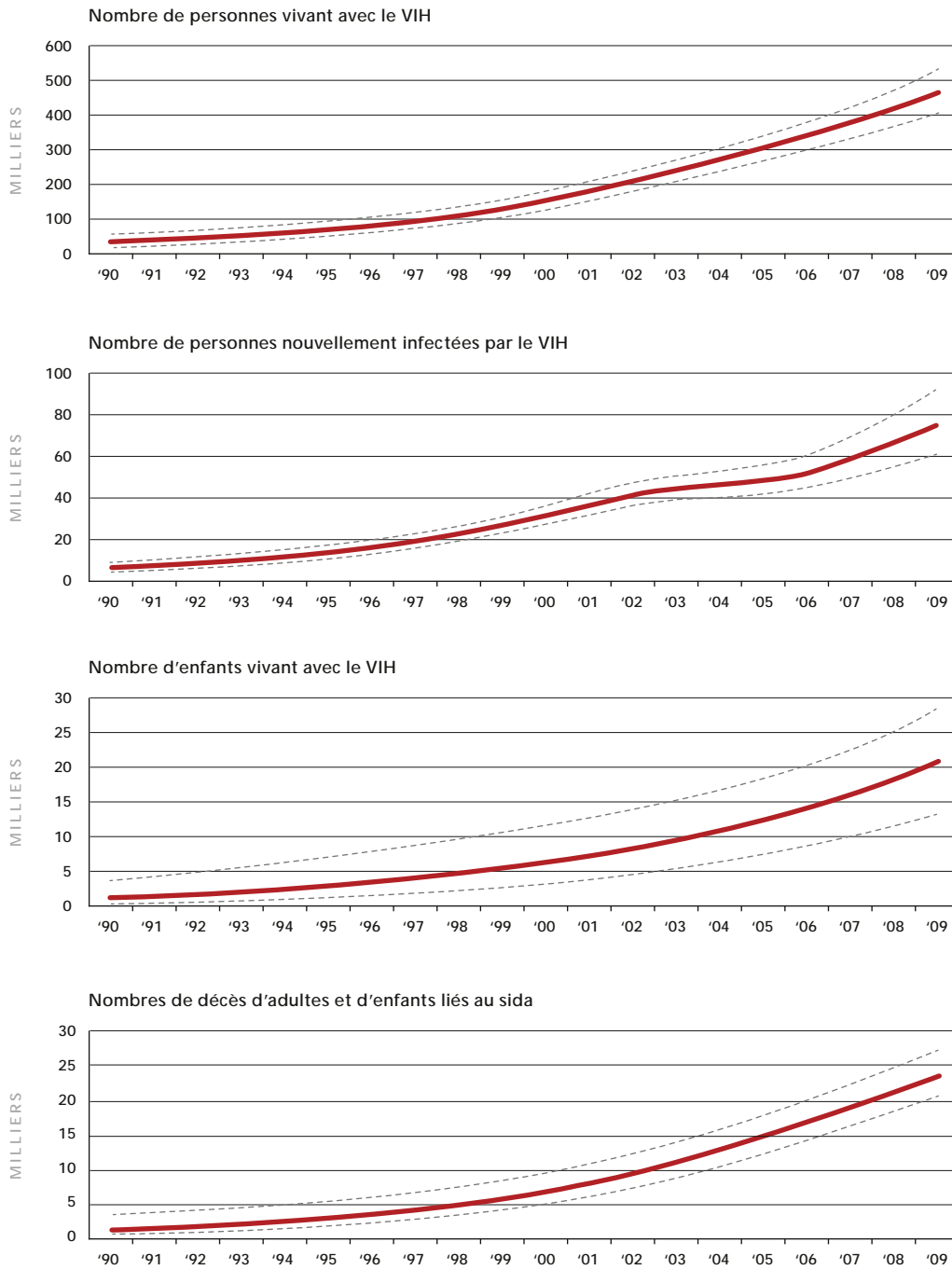


Figure 2.21
Tendances du VIH au Moyen-Orient et Afrique du Nord

Source : ONUSIDA



Hausse de la prévalence du virus, des nouvelles infections à VIH et des décès liés au sida

On estime à 460 000 [400 000–530 000] le nombre de personnes vivant avec le VIH au Moyen-Orient et en Afrique du Nord à la fin 2009, chiffre en hausse par rapport à celui de 180 000 [150 000–200 000] de 2001 (Tableau 2.9 et Figure 2.20). Le nombre de personnes nouvellement infectées a également augmenté au cours de la dernière décennie. On dénombrait 75 000 [61 000–92 000] personnes nouvellement infectées en 2009, c'est-à-dire plus de deux fois plus qu'en 2001 (36 000 [32 000–42 000]). Les décès liés au sida ont pratiquement triplé, passant de 8 300 [6 300–11 000] en 2001 à 23 000 [20 000–27 000] à la fin 2009.

On dispose toujours de données fiables limitées sur les épidémies qui affectent le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord, d'où il est difficile d'avoir confiance dans le suivi des tendances récentes. Les éléments concrets disponibles militent cependant en faveur d'une hausse de la prévalence du virus, du nombre de nouvelles infections à VIH et des décès liés au sida.

La prévalence du VIH est faible – sauf à Djibouti et dans le sud du Soudan où le virus se propage parmi la population générale et où l'on a détecté une prévalence du VIH supérieure à 1 % parmi les femmes enceintes fréquentant les services prénatals.

Il semble que la République islamique d'Iran abrite la plus importante population de personnes qui consomment des drogues injectables de la région et que son épidémie de VIH soit principalement concentrée dans ce groupe de population. On estime que 14 % des CDI vivant dans le pays étaient séropositifs en 2007 (108).

80%

Prévalence du virus de l'hépatite C parmi les consommateurs de drogues injectables détenus à Téhéran.

La prévalence extrêmement élevée du virus de l'hépatite C (80 %) constatée parmi les consommateurs de drogues injectables détenus à Téhéran (109) indique un potentiel de propagation du virus considérable parmi les personnes qui consomment des drogues injectables et au-delà de celles-ci. On a estimé que près de la moitié (45 %) de la population carcérale iranienne était en prison pour des délits liés aux drogues (110,111). L'exposition à des matériels d'injection contaminés est une caractéristique des épidémies en Algérie, en Égypte, en Jamahiriya arabe libyenne, au Maroc, dans le Sultanat d'Oman, en République arabe syrienne et en Tunisie.

Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sont affectés de manière disproportionnée

Les rapports sexuels entre hommes sont très fortement stigmatisés dans cette région et constituent un délit passible de sanctions dans de nombreux pays. Les services de prise en charge du VIH destinés aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ont tendance à être limités (112). Pourtant, il existe des données concrètes indiquant que les HSH supportent un poids disproportionné de l'épidémie de VIH dans certains de ces pays tout du moins.

Dans des enquêtes réalisées au Soudan, 8 %-9 % des HSH ont été diagnostiqués séropositifs au VIH (70), tout comme 6 % de leurs homologues en Égypte (113). À l'image de ce qui se passe dans d'autres régions, bon nombre des HSH du Moyen-Orient et d'Afrique du Nord ont aussi des rapports sexuels avec des femmes (114).

Il existe des réseaux de commerce du sexe dans lesquels la prévalence est faible

Les éléments concrets dont nous disposons donnent à penser que la transmission du VIH reste limitée dans les réseaux de prostitution. Une enquête réalisée en 2006 a révélé qu'environ 1 % des professionnelles du sexe d'Égypte étaient infectées par le VIH (113), comme c'était le cas pour 2 %-4 % (estimation) de leurs homologues en Algérie, au Maroc et au Yémen (112). Les données sont insuffisantes pour déterminer dans quelles proportions le VIH est transmis aux clients masculins des professionnelles du sexe et aux autres partenaires sexuels, ainsi qu'à leurs partenaires respectifs. ■

« LES RAPPORTS SEXUELS ENTRE HOMMES SONT TRÈS FORTEMENT STIGMATISÉS AU MOYEN-ORIENT ET EN AFRIQUE DU NORD ET CONSTITUENT UN DÉLIT PASSIBLE DE SANCTIONS DANS DE NOMBREUX PAYS. »

Tableau 2.10

Statistiques du sida pour l’Océanie, 2001 et 2009

Source : ONUSIDA

		Personnes vivant avec le VIH	Personnes nouvellement infectées par le VIH	Enfants vivant avec le VIH	Décès liés au sida
OCÉANIE	2009	57 000 [50 000–64 000]	4500 [3400–6000]	3100 [1500–4800]	1400 [<1000–2400]
	2001	28 000 [23 000–35 000]	4700 [3800–5600]	<1000 [<500–1600]	<1000 [<500–1100]

Figure 2.22

Prévalence du VIH en Océanie

Prévalence du VIH parmi les adultes âgés de 15 à 49 ans en Océanie, 1990 à 2009.

Source : ONUSIDA



Figure 2.23
Tendances du VIH en Océanie

Source : ONUSIDA



« EN PAPOUASIE-NOUVELLE-GUINÉE, L'ÉPIDÉMIE DE VIH EST LA PLUS IMPORTANTE ET LA SEULE ÉPIDÉMIE GÉNÉRALISÉE DE LA RÉGION. »

161

Entre 2005 et 2009, nombre de sites supplémentaires fournissant des services de dépistage aux femmes dans le cadre des programmes qui visent à prévenir la transmission mère-enfant du VIH.

L'épidémie de VIH commence à se stabiliser

En Océanie, l'épidémie de VIH est de faible ampleur mais le nombre de personnes vivant avec le VIH dans la région a pratiquement doublé entre 2001 et 2009, passant de 28 000 [23 000–35 000] à 57 000 [50 000–64 000] (Table 2.10 et Figure 2.22). Toutefois, le nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH a commencé à diminuer pour revenir de 4 700 [3 800–5 600] en 2001 à 4 500 [3 400–6 000] en 2009.

En Papouasie-Nouvelle-Guinée, l'épidémie de VIH est la plus importante et la seule épidémie généralisée de la région. Une analyse récente des données disponibles dans le pays révèle que l'épidémie commence à se stabiliser. La prévalence nationale du VIH parmi les adultes en 2009 est évaluée à 0,9 % [0,8 – 1,0 %] avec nombre estimé de personnes vivant avec le VIH de 34 000 [30 000–39 000]. Les estimations ont été calculées à partir de données fournies par des dispensaires prénatals dans toutes les zones de Papouasie-Nouvelle-Guinée qui proposent un dépistage du virus aux femmes enceintes dans le cadre des soins courants. Du fait du développement des programmes qui visent à prévenir la transmission mère-enfant du VIH, le nombre de sites fournissant des services de dépistage aux femmes a très fortement augmenté ces dernières années, passant de 17 en 2005 à 178 en 2009, ce qui s'est aussi traduit par un volume plus important d'informations susceptibles d'être exploitées pour établir des estimations.

La transmission sexuelle dynamise les épidémies de VIH

En Océanie, les épidémies sont principalement dynamisées par une transmission sexuelle du virus. Les rapports hétérosexuels non protégés sont le principal mode de transmission en Papouasie-Nouvelle-Guinée alors que les rapports sexuels non protégés entre hommes sont le principal moteur des épidémies des plus petites nations du Pacifique, de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande (115).

Comme dans de nombreux autres pays à revenu élevé ayant des épidémies de VIH plus anciennes, on a noté une augmentation des cas de VIH diagnostiqués parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en Australie et en Nouvelle-Zélande au cours des dix dernières années. La tendance pourrait signaler une augmentation des comportements sexuels induisant des risques plus élevés d'infection dans ce groupe de population (116, 117).

Du fait de l'insuffisance des données tirées d'enquêtes, il est difficile de déterminer le rôle du commerce du sexe dans l'épidémie de Papouasie-Nouvelle-Guinée, mais les rapports sexuels tarifés semblent une pratique courante parmi les populations mobiles, notamment les travailleurs migrants, les travailleurs du secteur du transport et les personnels des forces armées (118).

La consommation de drogues injectables est un facteur mineur mais significatif de transmission

La consommation de drogues injectables est un facteur mineur de propagation des épidémies dans cette région. Toutefois, dans certaines parties d'Australie, c'est un moteur important de l'épidémie de VIH parmi la population aborigène. Les infections à VIH parmi les Aborigènes et les habitants des Îles du Déroit de Torres ont été imputables à la consommation de drogues injectables dans 22 % des cas sur les cinq dernières années (117). Cependant, en Polynésie française et en Mélanésie (hors Papouasie-Nouvelle-Guinée), les personnes qui consomment des drogues injectables représentent 12 % et 6 %, respectivement, du total des cas de VIH déclarés (115).

Enfants nouvellement infectés : la Papouasie-Nouvelle-Guinée paye le plus lourd tribut

La transmission mère-enfant du VIH n'est un facteur significatif que dans l'épidémie de la Papouasie-Nouvelle-Guinée dans laquelle près de 10 % de l'ensemble des personnes nouvellement diagnostiquées séropositives à ce jour ont été contaminées pendant les périodes d'exposition périnatale (115). ■

FEUILLE DE RÉSULTATS : INCIDENCE

Variations du taux d'incidence de l'infection à VIH, 2001 à 2009, pays sélectionnés



Incidence en augmentation >25%

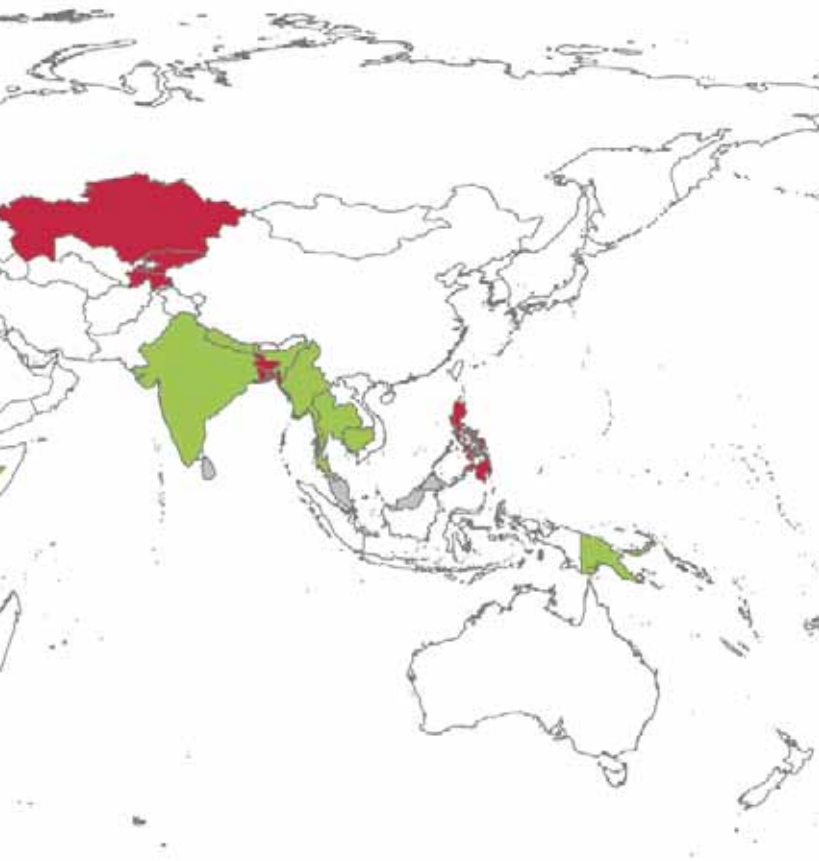
Arménie
Bangladesh
Géorgie
Kazakhstan
Kirghizistan
Philippines
Tadjikistan

Incidence stable

Angola
Argentine
Biélarus
Bénin
Cameroun
République démocratique
du Congo
Djibouti
France
Allemagne
Ghana
Haïti
Kenya
Lesotho
Lituanie
Malaisie
Niger
Nigéria
Panama
République de Moldavie
Sénégal
Sri Lanka
Ouganda
États-Unis d'Amérique

Incidence en diminution >25%

Belize
Botswana
Burkina Faso
Cambodge
République centrafricaine
Congo
Côte d'Ivoire
République dominicaine
Érythrée
Éthiopie
Gabon
Guinée
Guinée Bissau
Inde
Jamaïque
Lettonie
Malawi
Mali
Mozambique
Myanmar
Namibie
Népal
Papouasie-Nouvelle-Guinée
Rwanda
Sierra Leone
Afrique du Sud
Suriname
Swaziland
Thaïlande
Togo
République-Unie de
Tanzanie
Zambie
Zimbabwe



En l'absence d'épreuve diagnostique fiable pouvant mesurer directement le nombre de nouvelles infections à VIH au sein d'une population donnée, les estimations de l'incidence du VIH ont été obtenues par modélisation. La carte présente 60 pays pour lesquels des estimations fiables du nombre de nouvelles infections à VIH au cours du temps ont été obtenues dans le cadre du cycle 2010 des estimations par pays élaborées à l'aide des outils EPP/Spectrum, et 3 pays pour lesquels on disposait de documents évalués par des pairs contenant des données sur les tendances de l'incidence. Les méthodes EPP/Spectrum permettent d'estimer des tendances de l'incidence du VIH à partir de la prévalence du VIH au cours du temps en combinaison avec le niveau fluctuant du traitement antirétroviral. Les critères d'inclusion des pays dans cette analyse étaient les suivants : des fichiers EPP étaient disponibles et les tendances dans l'EPP n'étaient pas tirées d'estimations de prévalence de Workbook ; des données de prévalence étaient disponibles jusqu'à 2007 au moins ; il y avait au moins quatre dates entre 2001 et 2009 pour lesquelles des données de prévalence étaient disponibles pour les épidémies concentrées et au moins trois dates sur la même période pour les épidémies généralisées ; pour la majorité des courbes épidémiques d'un pays donné, l'EPP n'a pas produit d'augmentation artificielle de la prévalence du VIH ces dernières années en raison de la rareté des données de prévalence ; les données étaient représentatives du pays ; la tendance de l'incidence tirée du modèle EPP/Spectrum n'était pas en contradiction avec la tendance décrite dans les rapports de cas de nouveaux diagnostics du VIH ; et la tendance de l'incidence tirée du modèle EPP/Spectrum n'était pas en contradiction avec les tendances d'incidence modélisées à partir de la prévalence par âge calculée dans les enquêtes nationales. Pour certains pays où l'épidémie complexe implique de multiples groupes de population ayant différents comportements à risque, et où il existe des disparités géographiques – comme le Brésil, la Chine et la Fédération de Russie –, il s'agit d'une évaluation très complexe, qui n'a pas pu être finalisée dans le cadre du cycle 2010 des estimations. L'ONUSIDA continuera de collaborer avec les pays et les partenaires pour améliorer la qualité des informations disponibles et des méthodes de modélisation afin d'inclure les données relatives à l'incidence du VIH pour d'autres pays dans de futurs rapports.