

INTRODUCTION

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

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

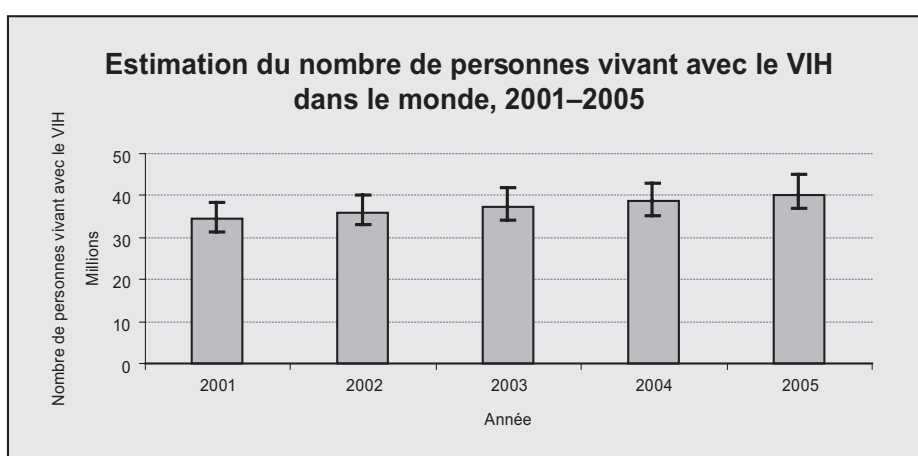


Figure 1

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ÉVOLUTION RÉCENTE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

RÉDUIRE LES ÉCARTS

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

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

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

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

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