

DÉC 06

Le point sur l'épidémie de SIDA



ONUSIDA
PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA

HCR
UNICEF
PAM
PNUD
UNFPA
ONUDC
OIT
UNESCO
OMS
BANQUE MONDIALE



**Organisation
mondiale de la Santé**

ONUSIDA/06.29F (version française, décembre 2006)

Version originale anglaise, UNAIDS/06.29E, décembre 2006 :
AIDS epidemic update: December 2006
Traduction – ONUSIDA

© Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) et Organisation mondiale de la Santé (OMS) 2006.

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.

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 : décembre 2006.

"ONUSIDA/06.29F".

1.Infect
5.Epidémie. I.ONUSIDA. II.Titre.

ISBN 92 9 173543 4

(Classification NLM : WC 503.41)

ONUSIDA
20 avenue Appia
CH-1211 Genève 27
Suisse

T (+41) 22 791 36 66
F (+41) 22 791 48 35

unaids@unaids.org
www.unaids.org

L'épidémie mondiale de SIDA

Décembre 2006



ONUSIDA
PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA

HCR
UNICEF
PAM
PNUD
UNFPA

ONUDC
OIT
UNESCO
OMS
BANQUE MONDIALE



**Organisation
mondiale de la Santé**

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS

TABLEAU RÉCAPITULATIF DE L'ÉPIDÉMIE MONDIALE DE SIDA, DÉCEMBRE 2006	1
---	---

INTRODUCTION	3
--------------	---

AFRIQUE SUBSAHARIENNE	10
-----------------------	----

ASIE	24
------	----

EUROPE ORIENTALE ET ASIE CENTRALE	37
-----------------------------------	----

CARAÏBES	44
----------	----

AMÉRIQUE LATINE	48
-----------------	----

AMÉRIQUE DU NORD, EUROPE OCCIDENTALE ET EUROPE CENTRALE	53
---	----

MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD	59
---------------------------------	----

OCÉANIE	61
---------	----

CARTES	63
--------	----

Estimations mondiales en 2006 – enfants et adultes	64
--	----

Adultes et enfants vivant avec le VIH – estimations en 2006	65
---	----

Nombre estimatif d'adultes et d'enfants nouvellement infectés par le VIH en 2006	66
--	----

Nombre estimatif de décès par SIDA chez l'adulte et l'enfant en 2006	67
--	----

BIBLIOGRAPHIE	69
---------------	----

REMERCIEMENTS

Le Point sur l'épidémie de SIDA 2006 est un rapport du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) et de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Il comprend des contributions du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) et de Hein Marais.

Le point sur l'épidémie de SIDA : décembre 2006





Tableau récapitulatif de l'épidémie mondiale de SIDA Décembre 2006

Nombre de personnes vivant avec le VIH en 2006

Total	39,5 millions (34,1–47,1 millions)
Adultes	37,2 millions (32,1–44,5 millions)
Femmes	17,7 millions (15,1–20,9 millions)
Enfants, moins de 15 ans	2,3 millions (1,7–3,5 millions)

Nouvelles infections à VIH en 2006

Total	4,3 millions (3,6–6,6 millions)
Adultes	3,8 millions (3,2–5,7 millions)
Enfants, moins de 15 ans	530 000 (410 000–660 000)

Décès dus au SIDA en 2006

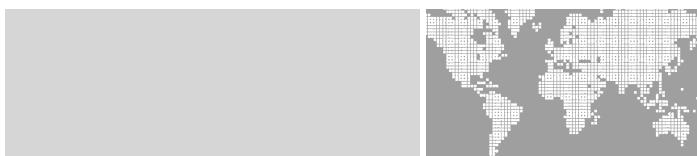
Total	2,9 millions (2,5–3,5 millions)
Adultes	2,6 millions (2,2–3,0 millions)
Enfants, moins de 15 ans	380 000 (290 000–500 000)

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.

Statistiques et caractéristiques régionales du VIH et du SIDA, 2004 et 2006

	Adultes et enfants vivant avec le VIH	Adultes et enfants, nouvelles infections à VIH	Prévalence chez l'adulte (15-49) (%)	Adultes et enfants : décès dus au SIDA
Afrique subsaharienne				
2006	24,7 millions [21,8–27,7 millions]	2,8 millions [2,4–3,2 millions]	5,9% [5,2%–6,7%]	2,1 millions [1,8–2,4 millions]
2004	23,6 millions [20,9–26,4 millions]	2,6 millions [2,2–2,9 millions]	6,0% [5,3%–6,8%]	1,9 millions [1,7–2,3 millions]
Afrique du Nord et Moyen-Orient				
2006	460 000 [270 000–760 000]	68 000 [41 000–220 000]	0,2% [0,1%–0,3%]	36 000 [20 000–60 000]
2004	400 000 [230 000–650 000]	59 000 [34 000–170 000]	0,2% [0,1%–0,3%]	33 000 [18 000–55 000]
Asie du Sud et du Sud-Est				
2006	7,8 millions [5,2–12,0 millions]	860 000 [550 000–2,3 millions]	0,6% [0,4%–1,0%]	590 000 [390 000–850 000]
2004	7,2 millions [4,8–11,2 millions]	770 000 [480 000–2,1 millions]	0,6% [0,4%–1,0%]	510 000 [330 000–740 000]
Asie de l'Est				
2006	750 000 [460 000–1,2 million]	100 000 [56 000–300 000]	0,1% [<0,2%]	43 000 [26 000–64 000]
2004	620 000 [380 000–1,0 million]	90 000 [50 000–270 000]	0,1% [<0,2%]	33 000 [20 000–49 000]
Océanie				
2006	81 000 [50 000–170 000]	7 100 [3 400–54 000]	0,4% [0,2%–0,9%]	4 000 [2 300–6 600]
2004	72 000 [44 000–150 000]	8 000 [3 900–61 000]	0,3% [0,2%–0,8%]	2 900 [1 600–4 600]
Amérique latine				
2006	1,7 million [1,3–2,5 millions]	140 000 [100 000–410 000]	0,5% [0,4%–1,2%]	65 000 [51 000–84 000]
2004	1,5 million [1,2–2,2 millions]	130 000 [100 000–320 000]	0,5% [0,4%–0,7%]	53 000 [41 000–69 000]
Caraïbes				
2006	250 000 [190 000–320 000]	27 000 [20 000–41 000]	1,2% [0,9%–1,7%]	19 000 [14 000–25 000]
2004	240 000 [180 000–300 000]	25 000 [19 000–35 000]	1,1% [0,9%–1,5%]	21 000 [15 000–28 000]
Europe orientale et Asie centrale				
2006	1,7 million [1,2–2,6 millions]	270 000 [170 000–820 000]	0,9% [0,6%–1,4%]	84 000 [58 000–120 000]
2004	1,4 million [950 000–2,1 millions]	160 000 [110 000–470 000]	0,7% [0,5%–1,1%]	48 000 [34 000–66 000]
Europe occidentale et centrale				
2006	740 000 [580 000–970 000]	22 000 [18 000–33 000]	0,3% [0,2%–0,4%]	12 000 [<15 000]
2004	700 000 [550 000–920 000]	22 000 [18 000–33 000]	0,3% [0,2%–0,4%]	12 000 [<15 000]
Amérique du Nord				
2006	1,4 million [880 000–2,2 millions]	43 000 [34 000–65 000]	0,8% [0,6%–1,1%]	18 000 [11 000–26 000]
2004	1,2 million [710 000–1,9 million]	43 000 [34 000–65 000]	0,7% [0,4%–1,0%]	18 000 [11 000–26 000]
TOTAL				
2006	39,5 millions [34,1–47,1 millions]	4,3 millions [3,6–6,6 millions]	1,0% [0,9%–1,2%]	2,9 millions [2,5–3,5 millions]
2004	36,9 millions [31,9–43,8 millions]	3,9 millions [3,3–5,8 millions]	1,0% [0,8%–1,2%]	2,7 millions [2,3–3,2 millions]

Tableau 1



INTRODUCTION

Principales tendances régionales et mondiales

Depuis quelques années, des progrès prometteurs sont faits à l'échelle mondiale pour combattre l'épidémie de SIDA, notamment un accès accru à des programmes efficaces de traitement et de prévention. Pourtant, le nombre de personnes vivant avec le VIH continue d'augmenter, tout comme le nombre de décès dus au SIDA. Un total de 39,5 millions [34,1 millions–47,1 millions] de personnes vivaient avec le VIH en 2006—2,6 millions de plus qu'en 2004. Ce chiffre comprend les 4,3 millions [3,6 millions–6,6 millions] d'adultes et d'enfants dont on estime qu'ils ont contracté une infection en 2006, soit environ 400 000 de plus qu'en 2004.

Dans de nombreuses régions du monde, les nouvelles infections à VIH sont largement concentrées parmi les jeunes (15–24 ans). Parmi les adultes de 15 ans et plus, les jeunes ont représenté 40% des nouvelles infections en 2006.

L'Afrique subsaharienne supporte toujours la plus grande partie du fardeau de l'épidémie mondiale. Deux tiers (63%) de tous les adultes et enfants vivant avec le VIH dans le monde se trouvent en Afrique subsaharienne, et l'épicentre de l'épidémie se situe en Afrique australe (voir pages 10–23). Un tiers (32%) de toutes les personnes vivant avec le VIH dans le monde se trouvent en Afrique australe et 34% de tous les décès dus au SIDA en 2006 s'y sont produits.

On observe une baisse des taux nationaux de prévalence du VIH dans certains pays d'Afrique subsaharienne, mais ces tendances ne sont encore ni assez fortes ni assez répandues pour affaiblir l'impact global des épidémies dans cette région (voir pages 10–23).

Près de trois quarts (72%) de tous les décès dus au SIDA en 2006 se sont produits en **Afrique subsaharienne** : 2,1 millions [1,8 million–2,4 millions] sur un total mondial de 2,9 millions [2,5 millions–3,5 millions]. Globalement, l'Afrique subsaharienne abrite quelque 24,7 millions [21,8 millions–27,7 millions] d'adultes et d'enfants infectés par le VIH, soit 1,1 million de plus qu'en 2004.

Le nombre de personnes vivant avec le VIH a augmenté dans chacune des régions du monde au cours des deux dernières années. Les augmentations les plus frappantes ont eu lieu en **Asie de l'Est** et en **Europe orientale** et **Asie centrale**, où le nombre de personnes vivant avec le VIH en 2006 était supérieur d'un cinquième (21%) à celui de 2004.

Depuis 2000-2001, la prévalence du VIH parmi les jeunes a décliné dans huit des 11 pays disposant de données suffisantes pour analyser les récentes tendances.

Les 270 000 [170 000–820 000] adultes et enfants nouvellement infectés par le VIH en **Europe orientale** et **Asie centrale** en 2006 constituent une augmentation de près de 70% par rapport aux 160 000 [110 000–470 000] personnes qui avaient contracté le VIH en 2004. En **Asie du Sud et du Sud-Est**, le nombre de nouvelles infections à VIH a augmenté de 15% en 2004–2006, alors qu'au **Moyen-Orient** et en **Afrique du Nord** il a augmenté de 12%. En **Amérique latine**, aux **Caraïbes**, et en **Amérique du Nord**, les nouvelles infections en 2006 sont restées approximativement les mêmes qu'en 2004.

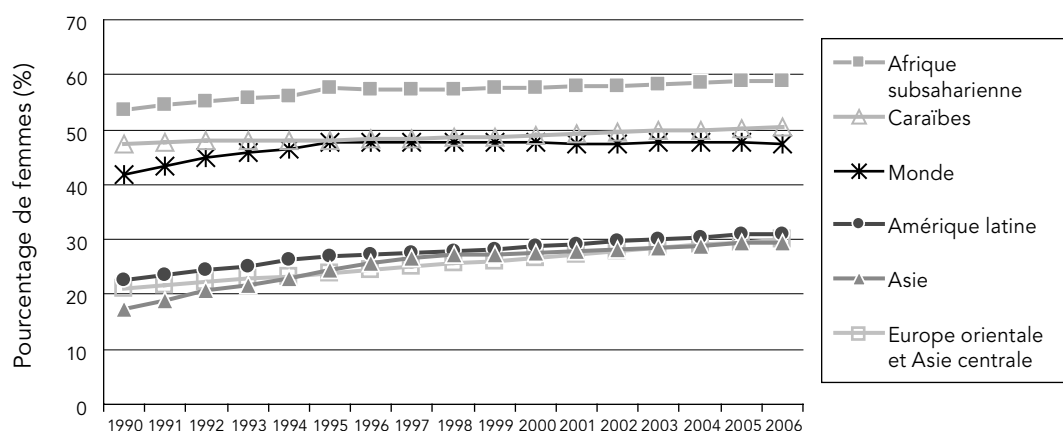
A l'échelle mondiale et dans chaque région, le nombre de femmes adultes (15 ans et plus)

Statistiques et caractéristiques régionales du VIH concernant les femmes, 2004 et 2006

		Nombre de femmes (15+) vivant avec le VIH	Pourcentage des adultes (15+) vivant avec le VIH qui sont des femmes (15+) (%)
Afrique subsaharienne	2006	13,3 millions [11,5–15,2 millions]	59
	2004	12,7 millions [11,0–14,5 millions]	59
Afrique du Nord et Moyen-Orient	2006	200 000 [100 000–370 000]	48
	2004	180 000 [89 000–330 000]	49
Asie du Sud et du Sud-Est	2006	2,2 millions [1,3–3,6 millions]	29
	2004	2,0 millions [1,2–3,3 millions]	29
Asie de l'Est	2006	210 000 [110 000–370 000]	29
	2004	160 000 [90 000–280 000]	27
Océanie	2006	36 000 [17 000–90 000]	47
	2004	32 000 [16 000–81 000]	47
Amérique latine	2006	510 000 [350 000–800 000]	31
	2004	450 000 [310 000–670 000]	30
Caraïbes	2006	120 000 [85 000–160 000]	50
	2004	110 000 [80 000–150 000]	50
Europe orientale et Asie centrale	2006	510 000 [330 000–810 000]	30
	2004	410 000 [260 000–650 000]	30
Europe occidentale et centrale	2006	210 000 [160 000–300 000]	28
	2004	190 000 [140 000–260 000]	28
Amérique du Nord	2006	350 000 [190 000–570 000]	26
	2004	300 000 [160 000–510 000]	26
TOTAL	2006	17,7 millions [15,1–20,9 millions]	48
	2004	16,5 millions [14,2–19,5 millions]	48

Tableau 2

Pourcentage des adultes (15+) vivant avec le VIH qui sont des femmes, 1990–2006



Source : ONUSIDA/OMS, 22 septembre 2006

Figure 1

vivant avec le VIH est plus élevé que jamais. Les 17,6 millions [15,1 millions–20,9 millions] de femmes vivant avec le VIH en 2006 constituent une augmentation de plus d'un million par rapport à 2004. En **Afrique subsaharienne**, pour 10 hommes adultes vivant avec le VIH, on compte environ 14 femmes adultes infectées par le virus. Dans l'ensemble des groupes d'âge, 59% des personnes vivant avec le VIH en Afrique subsaharienne en 2006 étaient des femmes. Dans les **Caraïbes**, au **Moyen-Orient** et en **Afrique du Nord**, et en **Océanie**, près d'un adulte sur deux

Cibler les risques

La nature centrale des comportements à risque (tels que la consommation de drogues injectables, les rapports sexuels rémunérés non protégés et les rapports sexuels non protégés entre hommes) est particulièrement évidente dans les épidémies de VIH d'Asie, d'Europe orientale et d'Amérique latine (voir Figure 2). En **Europe orientale** et en **Asie centrale**, par exemple, deux infections à VIH sur trois (67%) en 2005 étaient imputables à l'utilisation

Proportions des infections à VIH dans divers groupes de la population, par région, 2005

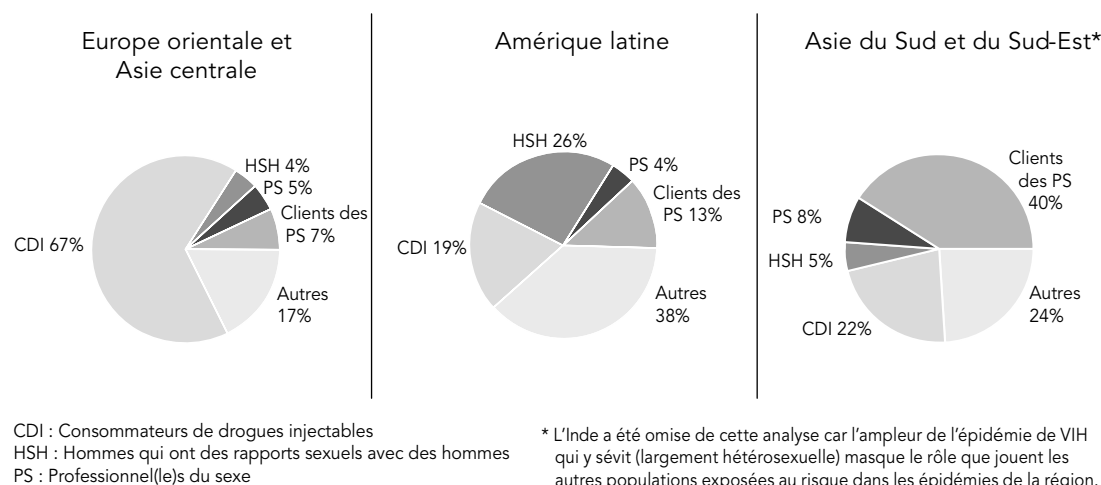


Figure 2

vivant avec le VIH est une femme. Par ailleurs, dans de nombreux pays d'**Asie**, d'**Europe orientale** et d'**Amérique latine**, les proportions de femmes vivant avec le VIH continuent d'augmenter.

L'accès aux traitements et à la prise en charge s'est considérablement accru ces dernières années, bien que de nombreux pays soient partis d'un niveau très bas. Et les effets sont spectaculaires. On estime que deux millions d'années de vie ont été épargnées depuis 2002 dans les pays à faible et moyen revenus grâce à l'extension de la fourniture des traitements antirétroviraux. Rien qu'en Afrique subsaharienne, quelque 790 000 années ont été épargnées, dont la vaste majorité au cours des deux ans d'expansion des traitements antirétroviraux. En Amérique latine, où la fourniture de traitements à grande échelle a commencé plus tôt, quelque 834 000 années de vie ont été épargnées depuis 2002.

de matériel non stérile d'injection de drogues. Les professionnel(le)s du sexe et leurs clients, qui parfois s'injectent également des drogues, représentaient environ 12% des infections à VIH.

Le commerce du sexe et la consommation de drogues injectables représentent une proportion globale analogue des infections à VIH actuelles en **Asie du Sud et du Sud-Est** (voir pages 24-36). A l'exception de l'Inde, près d'une infection à VIH sur deux (49%) en 2005 s'est produite parmi des professionnel(le)s du sexe et leurs clients, et plus d'une sur cinq (22%) parmi des consommateurs de drogues injectables. Une proportion modeste mais importante des infections (5%) ont eu lieu chez des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes. En **Amérique latine**, par contre, une infection à VIH sur quatre (26%) en 2005 s'est produite chez des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes alors que 19% ont été

relevées chez des consommateurs de drogues injectables. Bien que la prévalence du VIH parmi les professionnel(le)s du sexe soit relativement basse dans cette région (voir pages 48-52), ces personnes et leurs clients représentaient près d'une infection à VIH sur six (17%).

Bien que les épidémies s'étendent aux populations générales des pays de ces régions, elles restent surtout concentrées dans des groupes particuliers de la population. Ceci montre bien qu'il est nécessaire de cibler de manière efficace les stratégies de prévention, de traitement et de prise en charge sur les groupes de la population les plus exposés au risque d'infection à VIH.

Evolution régionale récente

Près de 25 millions de personnes vivent avec le VIH en **Afrique subsaharienne**—63% de toutes les personnes vivant avec le VIH dans le monde. Des efforts considérables ont été accomplis pour améliorer l'accès aux traitements antirétroviraux ces dernières années, et pourtant 2,1 millions [1,8 million-2,4 millions] d'Africains sont morts du SIDA en 2006—presque trois quarts (72%) de tous les décès dus au SIDA dans le monde.

L'Afrique australe est la plus touchée (voir pages 10-23) et le **Zimbabwe** reste le seul pays où le taux national de prévalence chez l'adulte a baissé. La tendance à la baisse semble partiellement liée aux changements de comportement datant du milieu et de la fin des années 1990.

Par ailleurs, les épidémies de VIH en **Afrique du Sud**, au **Mozambique** et au **Swaziland** continuent d'augmenter. On estime qu'un adulte sur trois (33%) au **Swaziland** vivait avec le VIH en 2005, ce qui fait de cette épidémie la plus intense du monde. En **Afrique du Sud**, qui en chiffres absolus compte l'une des plus importantes épidémies de VIH au monde, le taux de prévalence du VIH parmi les femmes qui fréquentent les consultations prénatales publiques était en 2005 supérieur de plus d'un tiers (35%) à ce qu'il avait été en 1999. Si les niveaux d'infection à VIH parmi les jeunes femmes enceintes semblent se stabiliser, ils poursuivent leur hausse parmi les femmes plus âgées. L'épidémie a un impact important. Les taux de décès dus à des causes naturelles chez les femmes de 25 à 34 ans se sont multipliés par cinq entre 1997 et 2004, et pour les hommes de 30 à 44 ans, ils ont plus que doublé. Une grande part de

ces augmentations est due à l'épidémie de SIDA (voir pages 10-23).

En Afrique de l'Est, où les niveaux d'infection à VIH sont plus faibles que dans le sud du continent, la tendance générale à la stabilisation ou à la baisse de la prévalence du VIH semble se poursuivre. Le taux national de prévalence du VIH parmi les femmes enceintes a baissé au **Kenya**, comme en **République-Unie de Tanzanie** et, dans une moindre mesure, au **Rwanda**. Toutefois dans de nombreux pays, on observe souvent des tendances divergentes au niveau local (voir pages 19-20). D'autre part, de nouvelles recherches indiquent un possible recul des progrès faits par l'Ouganda dans sa lutte contre le SIDA dans les années 1990 et la prévalence du VIH est à nouveau en hausse dans certaines zones rurales. Une augmentation soudaine en 2005 des niveaux d'infection parmi les femmes enceintes dans la capitale du **Burundi**, Bujumbura, pourrait inverser la baisse générale observée après 2000 dans le taux de prévalence du VIH de ce pays.

Les épidémies moins sévères de l'Afrique occidentale et centrale montrent des tendances divergentes. On note des signes de baisse de la prévalence du VIH dans les zones urbaines du **Burkina Faso**, de la **Côte d'Ivoire** et du **Ghana**, mais au **Mali** l'épidémie de VIH semble s'accroître. En Afrique subsaharienne, un fait nouveau, l'apparition de la consommation de drogues injectables, pourrait être un facteur des épidémies de VIH de plusieurs pays, notamment au **Kenya** et en **République-Unie de Tanzanie** (ainsi qu'en **Afrique du Sud** et au **Nigéria**).

En Asie, c'est dans la région de l'Asie du Sud-Est que les niveaux nationaux d'infection à VIH sont les plus élevés ; c'est là que l'association du commerce du sexe sans protection et des rapports sexuels non protégés entre hommes, et des pratiques de consommation de drogues injectables sans respect de l'hygiène, constituent les facteurs de risque d'infection à VIH les plus importants. Des flambées de VIH parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes deviennent apparentes au **Cambodge**, en **Chine**, en **Inde**, au **Népal**, au **Pakistan**, en **Thaïlande** et au **Viet Nam**. Ce n'est que dans un nombre limité de ces pays que les programmes nationaux s'attaquent de manière adéquate au rôle que jouent les rapports sexuels entre hommes dans les épidémies. On observe des flambées de VIH en **Afghanistan** et

au **Pakistan**, en particulier parmi les consommateurs de drogues injectables. Des niveaux importants d'utilisation de matériel d'injection non stérile ainsi que d'autres comportements à risque offrent à l'épidémie de VIH un potentiel de croissance considérable dans ces deux pays.

Il serait plus logique de parler de l'épidémie de VIH en **Inde** comme d'une série d'épidémies, très variées pour ce qui est des taux de prévalence, des facteurs de risque d'infection et des schémas de transmission. Plusieurs de ces épidémies semblent stables ou en baisse dans certaines régions du sud, alors que d'autres augmentent à un rythme modéré ailleurs (voir pages 28-30). En Chine, où les autorités ont considérablement élargi la riposte au SIDA, le VIH se propage progressivement des populations les plus exposées au risque (notamment les consommateurs de drogues injectables et les professionnel(le)s du sexe et leurs clients) à la population générale, et le nombre d'infections à VIH chez les femmes est en hausse (voir pages 24-27).

Dans la plupart des pays ayant procédé à plusieurs enquêtes, on observe certaines tendances positives en matière de comportements sexuels parmi les jeunes. Le déroulement futur des épidémies de VIH à travers le monde dépend à bien des égards des comportements qu'adoptent ou maintiennent les jeunes, ainsi que des facteurs contextuels qui dictent ces choix.

Les épidémies d'**Amérique latine** restent stables dans l'ensemble, le **Brésil** en particulier fournissant la preuve qu'une approche insistant à la fois sur la prévention et le traitement peut permettre de maîtriser une épidémie de VIH (voir pages 48-52). Des flambées du virus continuent de se produire parmi les consommateurs de drogues injectables et les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes dans la plupart des pays d'Amérique du Sud. Bien que ce comportement soit largement caché, la sexualité entre hommes représente probablement jusqu'à un dixième des cas de VIH notifiés dans les Caraïbes. Dans cette région, la prévalence du VIH reste stable en République dominicaine et a baissé dans les zones urbaines d'Haïti, mais dans certains endroits des signes montrent que les épidémies des deux pays pourraient bien marquer une recrudescence si les efforts de prévention ne sont pas renforcés.

Les minorités ethniques des **Etats-Unis d'Amérique** restent frappées de manière disproportionnée par l'épidémie de VIH, alors que les populations autochtones sont surreprésentées dans l'épidémie du **Canada** (voir pages 55-56). Là-bas, comme en **Europe occidentale et centrale**, les rapports sexuels non protégés entre hommes restent le principal facteur de risque d'infection à VIH. Dans plusieurs pays d'Europe occidentale, les taux de prévalence du VIH se situent entre 10% et 20% parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, et on observe une augmentation des rapports sexuels occasionnels et non protégés dans ce groupe de la population. Dans le même temps, quelque trois quarts des infections à VIH contractées par la voie hétérosexuelle en Europe occidentale et centrale se produisent parmi des immigrants et des migrants. Ce phénomène souligne la nécessité d'adapter les services de prévention, de traitement et de prise en charge, afin qu'ils accèdent à ces populations.

Les épidémies de VIH en **Europe orientale** et en **Asie centrale** sont encore relativement jeunes et poursuivent leur croissance, et tout particulièrement en **Ukraine**, qui connaît le taux de prévalence du VIH le plus élevé de toute l'Europe (voir pages 37-43). Là-bas comme dans l'épidémie en hausse en **Fédération de Russie** et dans les épidémies plus modestes mais croissantes du **Tadjikistan** et de l'**Ouzbékistan**, l'utilisation de matériel non stérile d'injection de drogues reste le principal mode de transmission du VIH. Dans les épidémies de VIH de ces régions, ce sont les jeunes qui sont les plus durement frappés ; en Fédération de Russie, par exemple, environ 80% des personnes vivant avec le VIH ont moins de 30 ans. En Fédération de Russie et en Ukraine, les femmes (souvent de moins de 25 ans) portent une part croissante du fardeau du VIH, représentant plus de 40% des nouveaux diagnostics de VIH en 2005.

L'insuffisance de la surveillance du VIH reste un obstacle dans de nombreux pays – y compris en **Europe**, dans les **Caraïbes**, en **Amérique centrale** et au **Moyen-Orient** et en **Afrique du Nord**. C'est pourquoi il est difficile de définir précisément les caractéristiques et tendances de certaines épidémies de VIH et de concevoir et d'exécuter des programmes potentiellement efficaces. Il existe des exceptions récentes, dont la **République islamique d'Iran**, qui s'est appuyée sur de meilleurs systèmes de collecte de l'information pour élargir sa riposte au sein des populations exposées au risque.

Tendances du VIH et des comportements sexuels parmi les jeunes

En 2001, la *Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA* des Nations Unies a adopté l'objectif visant à réduire de 25% d'ici à 2005 la prévalence du VIH chez les jeunes des pays les plus touchés, dans le but de contribuer à suivre les progrès accomplis dans la prévention de nouvelles infections. Pour déterminer en temps réel les tendances de l'incidence du VIH et en particulier l'impact des programmes de prévention sur cette incidence, il faudrait idéalement procéder à des études longitudinales sur un grand nombre de personnes. Etant donné les difficultés pratiques de l'exécution de ces études, on a proposé d'utiliser la prévalence du VIH parmi les jeunes femmes de 15 à 24 ans qui fréquentent les consultations prénatales comme mesure d'approximation de l'incidence.

Pour évaluer les progrès faits dans la réalisation de cet objectif, les pays dont le niveau national de prévalence est supérieur à 3% ont été priés par le Groupe de travail OMS/ONUSIDA sur la surveillance mondiale du VIH/SIDA et des IST de participer à cette entreprise.

La prévalence du VIH a baissé depuis 2000-2001 dans huit pays sur les 11 possédant des données suffisantes pour analyser les tendances récentes parmi les jeunes (voir Tableau 3).¹ Au **Kenya**, la prévalence du VIH parmi les jeunes femmes enceintes a baissé de manière significative de plus de 25% dans les zones urbaines et rurales. Des baisses analogues ont été relevées dans les zones urbaines de **Côte d'Ivoire**, du **Malawi** et du **Zimbabwe**, et dans les zones rurales du **Botswana**. Des baisses moins évidentes (et non significatives) ont été observées dans les villes du **Rwanda**, du **Botswana** et du **Burundi**, et dans les campagnes de **République-Unie de Tanzanie** et du **Zimbabwe**. On n'a relevé aucun signe de baisse des niveaux d'infection à VIH parmi les jeunes en **Afrique du Sud**, au **Mozambique** ou en **Zambie**.

Les tendances des comportements chez les jeunes ont été évaluées en s'appuyant sur les résultats

d'enquêtes nationales effectuées au moins deux fois dans le même pays entre 1992 et 2005. Au **Kenya**, la tendance indique une baisse significative dans le temps des types de comportement sexuel qui exposent les individus au risque d'infection à VIH. La proportion de jeunes qui ont des rapports sexuels avec des partenaires non réguliers a baissé en **Haïti** (hommes seulement), au **Kenya** et au **Malawi** (jeunes hommes et femmes), et en **Zambie** (femmes seulement), mais elle a augmenté au **Cameroun**, et en **Ouganda** (femmes seulement). Par ailleurs, les taux d'utilisation du préservatif avec des partenaires non réguliers semblent avoir augmenté dans certains des pays de l'enquête, dont **l'Afrique du Sud**, le **Cameroun**, **l'Ouganda** et la **République-Unie de Tanzanie** (jeunes hommes et femmes), le **Malawi** (jeunes hommes seulement), et le **Kenya** et la **Zambie** (jeunes femmes seulement). Dans quelques pays, en particulier au **Cameroun**, on note des mouvements simultanés à la fois vers des comportements plus sûrs et vers des comportements à haut risque : on note par exemple une augmentation des pourcentages de jeunes qui pratiquent des activités sexuelles à haut risque qui se produit en parallèle avec une hausse des taux d'utilisation du préservatif lors de rapports sexuels occasionnels avec un partenaire non régulier.

Malheureusement, un nombre relativement limité de pays ont été en mesure de fournir des données détaillées des tendances comportementales chez les jeunes et nombre d'entre eux ne disposaient d'aucune donnée ou avaient des données insuffisantes sur les tendances de la prévalence du VIH parmi les jeunes—y compris certains des pays d'Afrique australe qui connaissent des taux de prévalence exceptionnellement élevés. Ceci souligne la nécessité d'élargir d'urgence les activités de surveillance du VIH.

Le cours à venir des épidémies de VIH dans le monde dépend dans une large mesure des comportements que les jeunes adoptent et maintiennent et des facteurs contextuels qui motivent ces choix. Certains changements positifs récents sont patents chez les jeunes de certaines parties des Caraïbes et d'Afrique subsaharienne, en particulier d'Afrique de l'Est.

¹ Les données des 30 pays les plus touchés ont été examinées, tous sauf deux (Bahamas et Haïti) en Afrique subsaharienne. Pour analyser les tendances du VIH, il fallait au moins trois séries de données provenant de sites de surveillance régulières du VIH entre 2000 et 2005. Seule une minorité de pays (11 sur 30) disposaient de telles données ou étaient en mesure de les communiquer.

Tendances parmi les jeunes de 15 à 24 ans dans des pays à forte prévalence : prévalence du VIH parmi les femmes enceintes (2000–2005) dans les systèmes de surveillance sentinelle et comportements sexuels choisis parmi les hommes et les femmes (1992–2005), basées sur des enquêtes nationales

Pays	Tendance de la prévalence*		Age au début de l'activité sexuelle**		Rapports sexuels avec des partenaires occasionnels***		Préservatif avec des partenaires occasionnels****	
	Zones urbaines	Zones rurales	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Angola	DI	DI						
Bahamas	NR	NR						
Botswana	▼ NS	▼ ≥ 25%						
Burundi [#]	▼ NS	?						
Cameroun	DI	DI	↔	▼	▲	▲	▲	▲
République centrafricaine	NR	NR						
Tchad	DI	DI	▼	↔				
Congo	NR	NR						
Côte d'Ivoire	▼ ≥ 25%	DI	▼					
République démocratique du Congo	DI	DI						
Djibouti	NR	NR						
Gabon	NR	NR						
Haïti	NR	NR	▲	▲		▼		
Kenya	▼ ≥ 25%	▼ ≥ 25%	↔	↔	▼	▼	▲	↔
Lesotho	DI	DI						
Malawi [#]	▼ ≥ 25%	↔	▼	▼	▼	▼	↔	▲
Mozambique [‡]	↔		↔					
Namibie	DI	DI	↔					
Nigéria	DI	DI	↔	↔				
Rwanda	▼ NS	NR	↔					
Afrique du Sud [§]	↔		↔	↔	↔	↔	▲	▲
Swaziland	NR	NR						
Togo	DI	DI						
Ouganda	NR	NR	▼		▲	↔	▲	▲
République-Unie de Tanzanie	↔	▼ NS	↔	▼	↔	↔	▲	▲
Zambie [¶]	↔		↔		▼	↔	▲	↔
Zimbabwe	▼ ≥ 25%	▼ NS	▼	↔			↔	↔

Légendes : * Sites utilisés régulièrement dans l'analyse de la prévalence médiane par année pendant un minimum de trois ans. Test de signification basé sur $H_0: \text{slope} = 0$. Analyses des pays comptant plus de trois années de données, fondées sur le nombre suivant de sites réguliers urbains et ruraux : Botswana (10,10), Burundi (3,3), Côte d'Ivoire (9 urbains), Kenya (20,13), Malawi (11,8), Mozambique (5 Sud, 8 Centre, 7 Nord), Rwanda (6 urbains), République-Unie de Tanzanie (11,8), Zimbabwe (7,6)

** Chez les 15-19 ans, proportion déclarant avoir eu des rapports sexuels avant 15 ans. Analyses basées sur des enquêtes DHS, MICS ou nationales réalisées entre 1992 et 2005.

*** Chez les 15-24 ans, proportion déclarant avoir des rapports sexuels avec un partenaire non régulier au cours de l'année écoulée. En Afrique du Sud, chez les 15-24 ans, proportion déclarant avoir eu plus d'un partenaire sexuel dans les 12 derniers mois. Analyses basées sur des enquêtes DHS et nationales sud-africaines réalisées entre 1992 et 2005.

**** Chez les 15-24 ans, proportion déclarant avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport avec un partenaire non régulier. Analyses basées sur des enquêtes DHS, MICS ou nationales réalisées entre 1992 et 2005.

▲ Augmentation statistiquement significative

▼ Baisse statistiquement significative

▼ ≥ 25% Baisse supérieure à 25% statistiquement significative

▼ NS Baisse dans le temps, mais pas statistiquement significative

↔ Pas de preuve de baisse

DI Données insuffisantes, c.-à-d. moins de trois années de données disponibles

NR Données non reçues

[#] Zones périurbaines et urbaines liées dans l'analyse des données urbaines

[§] Aucune donnée communiquée en réponse au processus du Groupe de travail ONUSIDA/OMS sur la surveillance mondiale du VIH/SIDA et des IST ; analyses basées sur les données du rapport de surveillance de l'Afrique du Sud.

[¶] Aucune donnée communiquée en réponse au processus du Groupe de travail ONUSIDA/OMS sur la surveillance mondiale du VIH/SIDA et des IST ; analyses basées sur les données du rapport 2005 de surveillance de la Zambie. Analyse fondée sur des données rurales et urbaines combinées.

[‡] Analyse au Mozambique faite pour le Sud, le Nord et le Centre.

Tableau 3



AFRIQUE SUBSAHARIENNE

En 2006, près des deux tiers (63%) de l'ensemble des personnes infectées par le VIH vivent en Afrique subsaharienne – 24,7 millions [21,8 millions–27,7 millions]. On estime à 2,8 millions [2,4 millions–3,2 millions] le nombre d'adultes et d'enfants infectés par le VIH en 2006, plus que dans l'ensemble des autres régions du monde. Les 2,1 millions [1,8 million–2,4 millions] de décès dus au SIDA en Afrique subsaharienne représentent 72% du total mondial des décès dus au SIDA. Dans l'ensemble de la région, les femmes paient un tribut disproportionné au SIDA : non seulement elles encourent un risque plus grand d'infection à VIH que les hommes, mais dans la plupart des pays ce seront elles qui devront prendre en charge les personnes infectées par le virus.

A travers l'Afrique subsaharienne, les femmes encourent un risque plus élevé d'être infectées par le VIH que les hommes, et elles sont plus susceptibles de devoir prendre en charge les personnes infectées par le virus.

Si l'on commence à observer des signes de diminution pour certaines épidémies de la région, les tendances semblent stables dans la plupart des pays. Cette situation correspond à un équilibre où le nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH est approximativement égal au nombre de décès dus au SIDA.

L'accès aux traitements antirétroviraux a considérablement augmenté en Afrique subsaharienne : plus d'un million de personnes [930 000–1,15 million] recevaient ce type de traitement en juin 2006, soit 10 fois plus qu'en décembre 2003 (OMS/ONUSIDA, 2006). Les efforts d'expansion et de mise à niveau ont été particulièrement marqués récemment dans quelques pays, dont l'Afrique du Sud, le Botswana, le Kenya, le Malawi, la Namibie, l'Ouganda, le Rwanda et la Zambie. L'échelle des

besoins pour la région est néanmoins telle que moins du quart (23%) des personnes qui auraient besoin d'un traitement antirétroviral – et dont le nombre est estimé à 4,6 millions [4 millions–5,4 millions] reçoivent effectivement ce traitement (OMS/ONUSIDA, 2006).

Afrique australe

L'Afrique australe reste l'épicentre de l'épidémie mondiale de VIH : 32% des personnes infectées par le VIH vivent dans cette sous-région et elle compte 34% des décès dus au SIDA de par le monde.

Le seul signe de déclin de la prévalence du VIH chez les adultes en Afrique australe vient du **Zimbabwe**, avec une chute tant de la prévalence que de l'incidence du VIH (ONUSIDA, 2005). Les données en provenance des consultations prénatales montrent chez les femmes enceintes des niveaux d'infection à VIH tournant autour de 30%–32% au début des années 2000 avant de descendre à 24% en 2004. A Harare, la capitale, la prévalence parmi les femmes enceintes a atteint un pic supérieur à 36% en 1996 avant de chuter à environ 21% à la mi-2004 (Mahomva et al., 2006 ; Hargrove et al., 2005 ; Mugurungi et al., 2005). Des discordances et des biais dans certaines des données font néanmoins penser que la diminution de la prévalence du VIH pourrait ne pas être aussi considérable que celle que l'on observe au niveau des données VIH des consultations prénatales (ONUSIDA, 2005). On a en même temps observé une tendance à la baisse pour la prévalence du VIH parmi les populations rurales du Manicaland, accompagnées de quelques indications de modifications du comportement sexuel (Gregson et al., 2006).

Les diminutions de prévalence observées semblent liées à une combinaison de divers facteurs, en particulier une diminution des liaisons sexuelles 'occasionnelles' avec des partenaires non réguliers, ainsi qu'un recours accru au préservatif et une entrée plus tardive dans la vie sexuelle (Mahomva

et al., 2006 ; ONUSIDA, 2005). Au Manicaland, par exemple, le nombre d'hommes sexuellement actifs déclarant avoir récemment eu un rapport sexuel avec une partenaire occasionnelle était en 2001–2003 la moitié (49%) de celui qui avait été observé en 1998–2000. Le recours systématique au préservatif avec les partenaires occasionnels a augmenté pour les femmes (de 26% à 37% pour les mêmes périodes), mais pas pour les hommes (Gregson et al., 2006). Il semble que ce soit l'effet conjugué d'une prise de conscience accrue du SIDA, d'une infrastructure sanitaire relativement importante et d'une crainte croissante de la mortalité due au SIDA qui ont entraîné ces modifications du comportement. Les taux élevés de mortalité ont en outre contribué de façon non négligeable à la diminution de prévalence du VIH.

Il n'en reste pas moins que près d'un adulte sur cinq au Zimbabwe – 20,1% avec une fourchette de 13,3% à 27,6% (ONUSIDA, 2006) vit avec le VIH – ce qui correspond à une des pires épidémies de VIH au monde. On estime que l'espérance de vie à la naissance pour les femmes du Zimbabwe est, à 34 ans, l'une des plus faibles au monde – l'estimation pour les hommes est de 37 ans (OMS, 2006). L'insuffisance d'apport alimentaire, l'appauvrissement, les déplacements forcés de populations et la sécheresse ont forcé plusieurs centaines de milliers d'habitants du Zimbabwe à migrer à la recherche de moyens de subsistance. Les effets potentiels de ces bouleversements sur la transmission du VIH ne se sont pas encore fait sentir mais pourraient être graves – la crise économique actuelle du Zimbabwe pourrait avoir des effets aussi importants sur le programme de traitements antirétroviraux.

Au Zimbabwe, le déclin de la prévalence du VIH semble être en partie lié aux changements de comportements qui remontent au milieu ou à la fin des années 1990.

En **Afrique du Sud**, quelque 5,5 millions de personnes [4,9 millions–6,1 millions], dont 240 000 enfants de moins de 15 ans [93 000–500 000], vivaient avec le VIH en 2005 (ONUSIDA, 2006).² Les données assemblées sur le VIH au cours des enquêtes dans l'important système national de surveillance prénatale suggèrent que la prévalence du VIH n'a pas encore atteint son plateau.

Les données les plus récentes montrent une tendance continue à l'augmentation des taux d'in-

fection à VIH au niveau national chez les femmes enceintes qui se rendent aux consultations prénatales publiques, de 22,4% en 1999 à 30,2% en 2005 – une augmentation de 35%, comme l'indique la Figure 3 (Département de la Santé, Afrique du Sud, 2006). La prévalence du VIH chez les jeunes pourrait néanmoins être en cours de stabilisation : les données de la surveillance prénatale suggèrent que chez les femmes enceintes de 15–24 ans elle est restée relativement stable depuis 2000 (14%–16% dans le groupe d'âge de 15 à 19 ans et 28%–31% dans le groupe d'âge de 20 à 24 ans) (Département de la Santé, Afrique du Sud, 2006).

En Afrique du Sud, comme pour le reste de l'Afrique subsaharienne, l'épidémie atteint les femmes de façon disproportionnée. Les jeunes femmes (15 à 24 ans) courent un risque quatre fois supérieur d'être infectées par le VIH que les jeunes hommes : en 2005, la prévalence parmi elles était de 17% contre 4,4% chez les jeunes hommes (Shisana et al., 2005). Ces chiffres sont semblables à ceux de l'enquête nationale chez les jeunes de 15 à 24 ans en 2003, soit respectivement 15,5% et 4,8% (Pettifor et al., 2004). Parmi les femmes de 30 à 34 ans, une sur quatre vivait avec le VIH en 2005, et un homme sur cinq parmi les hommes de 30 à 39 ans, d'après les chiffres de l'enquête nationale VIH dans les foyers en 2005. On a en outre trouvé des taux d'infection élevés parmi les hommes de plus de 50 ans ; plus de 10% ont présenté un test positif au VIH (Shisana et al., 2005).

L'épidémie a émergé un peu plus tard en Afrique du Sud que dans les autres pays de la sous-région, mais elle a maintenant atteint le stade où de très nombreuses personnes meurent du SIDA. Les données de mortalité officielles les plus récentes montrent une augmentation de 79% pour la mortalité totale en Afrique du Sud (toutes causes confondues) entre 1997 et 2004, de 316 505 à 567 488 (Statistiques de l'Afrique du Sud, 2006). Les taux de mortalité par causes naturelles ont quintuplé entre 1997 et 2004 pour les femmes de 25 à 34 ans, et ont plus que doublé pendant la même période pour les hommes de 30 à 44 ans. Cette tendance à l'augmentation des taux de mortalité est en grande partie attribuable à l'épidémie de SIDA (Anderson et Phillips, 2006 ; Actuarial Society of South Africa, 2005 ; Medical Research Council, 2005 ; Bradshaw et al., 2004 ; Dorrington et al., 2001) ; dans trois provinces (Cap-Oriental, Etat libre et KwaZulu-Natal), cette augmentation a réduit l'espérance

² Toutes les estimations du nombre total de personnes vivant avec le VIH dans un pays donné valent pour 2005.

FLAMBÉES DE TUBERCULOSE ULTRARÉSISTANTE

La flambée de tuberculose ultrarésistante (XDR-TB) découverte au KwaZulu-Natal au début de l'année 2005 a mis en lumière la combinaison mortelle du VIH et de la tuberculose en Afrique du Sud, où l'on estime que dans l'ensemble 60% des personnes atteintes de tuberculose sont aussi infectées par le VIH.

Parmi les 53 personnes présentant un diagnostic initial de tuberculose ultrarésistante dans un hôpital de district de la province du KwaZulu-Natal entre janvier 2005 et mars 2006, 44 ont effectué le test du VIH et tous ces tests se sont révélés positifs. Le taux de létalité a été très élevé, avec 52 décès au cours de la période d'un mois en moyenne qui a suivi la première collecte d'expectorations. Au début du mois d'octobre 2006, la tuberculose ultrarésistante avait été identifiée dans 33 centres de soins du KwaZulu-Natal.

La résistance de la tuberculose aux médicaments survient essentiellement à cause d'une lutte inefficace contre la maladie, d'une adhésion inadéquate des malades ou des médecins aux traitements standardisés contre la tuberculose, de l'emploi de médicaments de qualité médiocre ou en quantité insuffisante. Leur risque accru d'exposition à la tuberculose et d'une évolution de l'infection vers la maladie active expose les personnes vivant avec le VIH à un risque particulièrement marqué de tuberculose pharmacorésistante.

Cette flambée souligne la nécessité d'assurer un diagnostic rapide et un traitement efficace contre la tuberculose pour les personnes vivant avec le VIH afin de prévenir l'apparition et la propagation de la résistance aux médicaments. Il convient d'améliorer les possibilités d'accès aux techniques de culture du bacille de la tuberculose et aux tests de sensibilité aux médicaments, ainsi que de mettre en place des pratiques efficaces de lutte contre l'infection au sein des consultations de prise en charge du VIH, afin d'empêcher la propagation de la tuberculose.

Le problème ne se limite cependant pas à l'Afrique subsaharienne. En mars 2006, l'OMS et les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des Etats-Unis ont signalé que 2% des cultures d'agents de la tuberculose effectuées dans 25 laboratoires de référence supranationaux remplissaient les critères requis pour un diagnostic de tuberculose ultrarésistante et ont conclu que ce type de tuberculose se rencontrait dans toutes les régions du monde (CDC et OMS, 2006). La culture des bacilles de la tuberculose et les tests de sensibilité aux antituberculeux ne sont pas effectués en routine dans la plupart des environnements pauvres en ressources et l'on ne connaît donc pas encore toute l'ampleur de cette épidémie.

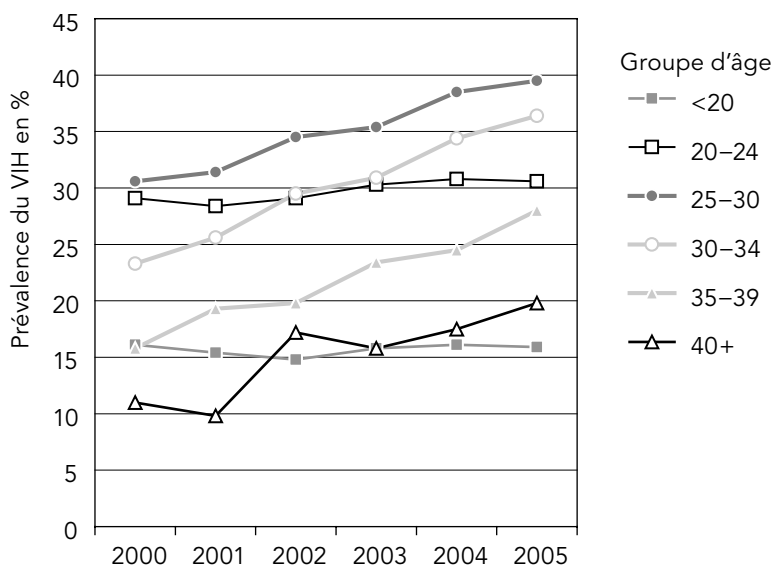
Les 9 et 10 octobre 2006, l'OMS a réuni le Groupe spécial mondial sur la tuberculose ultrarésistante afin d'examiner les informations disponibles et de mettre au point un plan d'action en urgence destiné à prévenir et endiguer l'apparition d'autres flambées de tuberculose ultrarésistante et de prendre en charge la maladie chez les personnes atteintes. La définition de la tuberculose ultrarésistante a été revue au cours de la réunion.³

Cette réunion faisait suite à celle d'un groupe d'experts à Johannesburg, Afrique du Sud, les 7 et 8 septembre 2006, organisée conjointement par le Conseil sud-africain de la Recherche médicale, l'OMS et les CDC, au cours de laquelle a été élaboré un plan d'action en sept points :

- Mener des enquêtes rapides sur la tuberculose ultrarésistante ;
- Améliorer le niveau actuel des laboratoires ;
- Améliorer les compétences techniques des responsables cliniques et de santé publique, afin d'apporter une riposte efficace à la tuberculose ultrarésistante ;
- Mettre en œuvre des précautions de lutte contre l'infection ;
- Soutenir la recherche concernant la mise au point de médicaments antituberculeux ;
- Soutenir la recherche concernant la mise au point de mesures de diagnostic rapide ;
- Promouvoir un accès universel aux médicaments antirétroviraux grâce à des activités conjointes tuberculose/VIH.

³ Résistance à au moins deux des médicaments antituberculeux de première intention les plus puissants (rifampicine et isoniazide), à une fluoroquinolone et à au moins l'un des médicaments injectables ci-après : amikacine, kanamycine et capréomycine.

Prévalence du VIH par groupes d'âge parmi les femmes en consultation prénatale en Afrique du Sud, 2000–2005



Source : Département de la Santé (2006, Enquête nationale sur la prévalence de la syphilis et du VIH en Afrique du Sud ; 2003, Enquête nationale sur la séroprévalence de la syphilis et du VIH en Afrique du Sud)

Figure 3

de vie moyenne à la naissance à moins de 50 ans (Actuarial Society of South Africa, 2005).

En Afrique du Sud, les taux de mortalité par causes naturelles chez les femmes de 25 à 34 ans ont quintuplé entre 1997 et 2004, et ils ont plus que doublé chez les hommes de 30 à 44 ans.

Une proportion élevée de la population d'Afrique du Sud ne pense néanmoins pas encourir le risque d'être infectée par le VIH. Environ 13% des personnes qui se sont fait tester pour le VIH pour la première fois au cours de l'enquête nationale dans les foyers en 2005 se sont avérées séropositives, alors que la plupart avaient jusque-là décliné de se soumettre au test, au motif qu'elles ne pensaient pas être exposées au risque d'infection. Globalement parlant, plus de la moitié des personnes participantes *chez qui le test a été positif pour le VIH* avaient déclaré qu'elles ne se sentaient pas 'à risque' pour le VIH (Shisana, 2005). Ceci signifie que plus de deux millions d'habitants de l'Afrique du Sud vivant avec le VIH ignorent leur statut et croient ne courir aucun danger d'infection – et ne se rendent donc pas compte de leur potentiel de transmission du virus à autrui. Si le taux de test VIH n'augmente pas, les personnes infectées par le VIH pourraient

normalement ne devenir conscientes de leur statut qu'au moment de l'apparition de symptômes, ce qui pourrait aussi limiter l'impact bénéfique potentiel du traitement antirétroviral.

Le **Swaziland** présente à l'heure actuelle le taux de prévalence du VIH chez les adultes le plus élevé du monde, soit 33,4% [21,2%–45,3%]. Comme au **Lesotho** (voir Figure 4), il semble que de nombreuses jeunes femmes retardent leurs premiers rapports sexuels jusqu'à la fin de leur adolescence. Au cours d'une enquête, près des deux tiers (61%) des jeunes filles élèves de l'enseignement secondaire ont déclaré ne pas encore avoir eu de rapports sexuels (Buseh, 2004). Il semble néanmoins que, une fois entamée leur vie sexuelle, les jeunes femmes doivent faire face à un énorme risque d'infection à VIH. La prévalence du VIH chez les jeunes femmes vues en consultation prénatale était de 39% pour l'ensemble du pays et de 43% à Manzini, la capitale (Ministère de la Santé et du Bien-être social, Swaziland, 2005).

Les taux d'infection à VIH chez l'adulte sont aussi élevés au niveau national pour le **Botswana**, le **Lesotho** et la **Namibie** (20%–24%). En **Namibie**, on estime qu'en 2005 il y avait 230 000 personnes [110 000–360 000] vivant avec le VIH et que la prévalence chez l'adulte au niveau national était

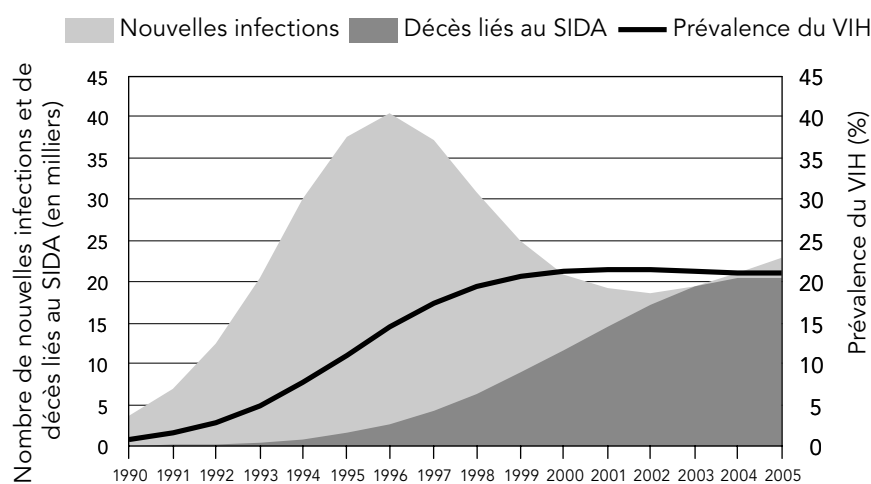
de 19,6% [8,6%–31,7%] (ONUSIDA, 2006). Les régions les plus gravement atteintes sont Caprivi au nord-est, où 43% des femmes enceintes ont été identifiées comme infectées par le VIH, Erongo dans le centre du pays avec une prévalence du VIH de 27% et Oshana au nord avec une prévalence de 25% (Ministère de la Santé et des Services sociaux de Namibie, 2004). Les programmes qui tendent à diminuer la transmission mère-enfant du VIH auraient permis à 16% des femmes enceintes infectées par le VIH en Namibie de recevoir une prophylaxie antirétrovirale en 2005 – un progrès considérable sur le taux de couverture de 0,1% signalé deux ans plus tôt (Ministère de la Santé et des Services sociaux de Namibie, 2005).

Des enquêtes VIH récentes au sein de la population et d'autres données VIH apportent une image plus précise de l'épidémie au **Botswana**, où la prévalence reste une des plus élevées au monde. Depuis 2001 on a pu mettre en évidence une légère diminution de la prévalence du VIH parmi

chez qui les niveaux d'infection à VIH semblent encore augmenter actuellement (Seipone, 2006).

Les taux d'infection chez les femmes enceintes varient de façon marquée au Botswana, et vont de 21% pour le district de Goodhope (au sud) à 47% pour Selebi-Phikwe (une communauté minière très peuplée dans l'est). Dans les districts de Francistown et de Tutume (tous deux situés au nord-est), plus de 40% des femmes enceintes se sont avérées infectées (Ministère de la Santé du Botswana, 2006). Il est frappant de constater que les connaissances sur le VIH restent faibles : seul un tiers environ des jeunes de 15 à 24 ans ont pu à la fois identifier correctement les façons d'empêcher la transmission sexuelle du VIH et rejeter les principales notions erronées concernant la transmission du VIH, ce qui semble correspondre au schéma régional (Agence nationale de Coordination pour le SIDA, 2005). D'autre part, on estime qu'un tiers des adultes du Botswana connaissent leur statut par rapport au VIH et le système de test et de conseil volontaires dit 'de

Estimation du nombre annuel de nouvelles infections et de décès liés au SIDA chez les adultes (15+) par rapport à la tendance vers la stabilisation du taux de prévalence estimé chez l'adulte (15–49), Lesotho, 1990–2005



Source : Gouvernement du Lesotho/ONUSIDA, 2006.

Figure 4

les femmes enceintes sur le plan national (de 36% en 2001 à 33% in 2005), surtout chez les femmes de 15 à 24 ans, ce qui permet de penser que l'épidémie pourrait entamer une décrue. Au moins 40% des femmes enceintes de 25 à 39 ans vivaient néanmoins avec le VIH en 2005, et une femme sur deux dans le groupe d'âge de 30 à 34 ans, groupe

refus' (opt-out) introduit en 2003 semble rencontrer une large adhésion au sein du public (Weiser et al., 2006).

Le taux de prévalence du VIH chez les adultes au **Lesotho** est resté relativement stable au cours des dernières années – mais à des niveaux élevés, puisque près du quart des adultes (23,2%, avec une

fourchette de 21,9% à 24,7%) vivaient avec le VIH en 2005 (ONUSIDA, 2006). Comme le montre la Figure 4 ci-dessous, qui vaudrait d'ailleurs pour bien des pays de l'Afrique subsaharienne, la stabilité apparente de l'épidémie au Lesotho masque des taux élevés de nouvelles infections à VIH et de mortalité due au SIDA. Le Lesotho devra vaincre de très nombreux défis pour pouvoir lutter contre cette épidémie. Les rapports sexuels occasionnels restent courants, par exemple, et le recours au préservatif est rare. Deux tiers des hommes et un tiers des femmes déclarent avoir eu des rapports sexuels avec une personne autre que leur partenaire à long terme au cours de l'année écoulée et moins de la moitié ont eu recours au préservatif lors de ces liaisons (Ministère de la Santé et du Bien-être social du Lesotho et ORC Macro, 2004).

Il faudra aussi améliorer les efforts visant à accroître la prévention de l'infection à VIH parmi les jeunes. Alors qu'environ 15% des jeunes femmes et 27% des jeunes hommes entre 15 et 24 ans ont une vie sexuelle avant leur quinzième anniversaire, 40% des parents participant à l'enquête ne souhaitent pas que leurs enfants de ce groupe d'âge reçoivent un enseignement sur le préservatif à l'école. Il n'est donc pas étonnant que seulement 26% des jeunes femmes et 18% des jeunes hommes interrogés en 2004 aient su comment prévenir la transmission sexuelle du VIH et ne faisaient pas état d'idées trop fausses sur le VIH (Ministère de la Santé et du Bien-être social du Lesotho et ORC Macro, 2004). L'impact de l'épidémie sur les jeunes femmes est tragique. A 18-19 ans, moins de 10% des femmes sont séropositives au VIH, mais à leur 22ème anniversaire déjà, 30% auront été infectées par le VIH, et lorsqu'elles atteignent 24 ans, près de 40% auront été infectées. Pour une grande partie des jeunes femmes au Lesotho, retarder leurs premières expériences sexuelles semble bien être simplement un moyen de retarder une inévitable infection à VIH (Conseil national SIDA et ONUSIDA, 2006).

L'**Angola**, qui a étendu son système de surveillance sentinelle pour le VIH à toutes les provinces du pays au cours de ces dernières années, commence progressivement à mieux comprendre les caractéristiques de son épidémie. La prévalence du VIH chez l'adulte au niveau national (moins de 5%) est plus faible en Angola que dans tout autre pays de l'Afrique australe. La prévalence du VIH parmi les femmes enceintes se situe entre moins de 1% dans la province centrale de Bie et 9% dans la province de Cunene voisine de la frontière avec la Namibie (Institut national de Lutte contre le SIDA, 2005).

Ces variations reflètent en partie le degré d'inaccessibilité de certaines régions du pays au cours du long conflit qui a marqué l'Angola jusqu'au milieu des années 1990.

S'il est trop tôt pour pouvoir discerner des tendances nettes dans l'épidémie de l'Angola, les données en provenance du **Mozambique** montrent une augmentation significative des taux d'infection à VIH depuis le début du siècle. La prévalence du VIH chez les femmes enceintes (15-49 ans) est passée de 11% en 2000 à 16% en 2004 (Conseil de Lutte contre le VIH/SIDA, 2006) : il s'agit là d'une des augmentations les plus marquées de ces dernières années en Afrique subsaharienne.

Les taux d'infection à VIH chez les femmes enceintes sont les plus élevés dans le sud et le centre du pays. On a constaté des augmentations particulièrement marquées dans la ville et la province de Maputo, ainsi qu'à Sofala et à Gaza – la prévalence du VIH y variait de 18% à 27% en 2004. Les sites sentinelles de Quelimane (province de Zambezia) et de Beira (province de Sofala) ont indiqué qu'une femme sur trois parmi les femmes vues en consultation prénatale était positive au VIH en 2004 (Programme national de Lutte contre les IST et le VIH/SIDA, 2005). Dans certains endroits au nord du pays où l'épidémie avait commencé par progresser beaucoup plus lentement que dans les autres régions, la prévalence du VIH chez les femmes enceintes a pratiquement doublé depuis 2000 – elle a atteint respectivement 9,2% et 11% à Nampula et à Niassa en 2004. Le fait que la prévalence a aussi augmenté chez les femmes enceintes plus jeunes suggère que les nouvelles infections continuent à augmenter et peut présager de la croissance future de l'épidémie dans le pays (Conseil de Lutte contre le VIH/SIDA, 2006).

Près d'un million de personnes [940 000 avec une fourchette de 480 000 à 1,4 million] vivaient avec le VIH en 2005 au **Malawi**. La prévalence chez les adultes au niveau du pays en 2005 a été estimée à 14,1% [6,9% à 21,4%] (ONUSIDA, 2006), chiffre proche du taux de 12,7% signalé pour la prévalence chez les adultes lors de l'enquête démographique et sanitaire de 2004 (Bureau national des Statistiques et ORC Macro, 2005).

Pour l'ensemble du Malawi, les taux d'infection à VIH semblent s'être stabilisés depuis le début du siècle, les valeurs médianes de la prévalence enregistrées aux sites de surveillance sentinelle du VIH fluctuant de 15% à 17% en 2001-2005 (Commission nationale du SIDA, Malawi, 2005).

Pour les sites de surveillance VIH urbains et semi-urbains, on observe néanmoins une diminution des niveaux d'infection, de 26%–27% en 1999 à 17%–20% en 2005 (Commission nationale du SIDA, Malawi, 2005). La prévalence du VIH parmi les femmes vues en consultation prénatale à Lilongwe, la capitale, a présenté un pic de 27% en 1996 et est passée à 17% en 2003 ; cette diminution ne s'est pas poursuivie en 2005, où la prévalence parmi les femmes enceintes a légèrement augmenté jusqu'à 19% (Bello, Chipeta, Aberle-Grasse, 2006 ; Commission nationale du SIDA, Malawi, 2005).

Les diminutions observées semblent être associées à quelques modifications du comportement. Lors d'une enquête en 2000, le pourcentage de femmes et d'hommes signalant des rapports sexuels avec de nombreux partenaires était moins élevé qu'en 1996. La proportion de jeunes hommes (15–24 ans) ayant deux partenaires occasionnelles ou plus a décru de plus de la moitié (de 28% à 12%) et est passée de 3% à moins de 1% chez les jeunes femmes. Par rapport à 1996, une plus grande proportion de jeunes femmes a signalé en 2000 avoir eu recours au préservatif lors de rapports sexuels avec des partenaires occasionnels (31% contre 22%) – le taux de recours au préservatif est resté inchangé à 38% en ce qui concerne les jeunes hommes. Le pourcentage de femmes et d'hommes qui se sont abstenus de rapports sexuels au cours des 12 mois écoulés a légèrement changé entre 1996 et 2000, passant de 21% à 22% pour les femmes et de 17% à 20% pour les hommes (Office national des Statistiques et ORC Macro 2001 et 1997). Il est en outre probable que les taux croissants de mortalité (qui ont doublé entre 1992 et 2000) pourraient répondre d'une grande partie des diminutions de prévalence du VIH que l'on a pu observer.

Aux niveaux actuels de prévalence du VIH et en l'absence de traitement, les jeunes en Zambie sont confrontés à un risque de mourir du SIDA évalué à 50% pour la durée de leur vie.

Même si le Malawi est un petit pays, l'épidémie y varie considérablement d'un endroit à l'autre. La prévalence du VIH chez l'adulte dans la région méridionale (17,6% en 2004) est trois fois plus importante que dans la région du Centre et deux fois plus que dans la région septentrionale (Office national des Statistiques et ORC Macro, 2005). L'épidémie a augmenté dans le nord, la prévalence

du VIH y ayant triplé (de 5% environ en 1998 à plus de 15% en 2003) dans les zones rurales (Bello, Chipeta, Aberle-Grasse, 2006 ; Ministère de la Santé et de la Population du Malawi, 2005). Il se peut que pour les régions septentrionales cette tendance soit liée au développement socioéconomique dans la ville de Mzuzu et ses alentours, ainsi que le long des principaux axes de transport (Bello, Chipeta, Aberle-Grasse, 2006 ; Ministère de la Santé et de la Population du Malawi, 2005).

Au Malawi comme dans les autres pays de la région, la prévalence du VIH parmi les jeunes femmes (15–24 ans) est beaucoup plus élevée que parmi les jeunes hommes du même âge : 9% contre 2% au niveau national, et 13% contre moins de 1% dans les villes (Office national des Statistiques et ORC Macro, 2005). Un quart seulement des jeunes femmes a montré une connaissance suffisante du VIH lors de l'enquête de 2004, et un peu plus du tiers des hommes (Office national des Statistiques et ORC Macro, 2005).

En **Zambie**, la prévalence globale du VIH parmi les femmes vues en consultation prénatale est aussi restée relativement stable depuis le milieu des années 1990 ; elle s'est maintenue à 19%–20% de 1994 à 2004 parmi les femmes enceintes de 15 à 39 ans. Les données montrent néanmoins des tendances et des schémas localement divergents, les taux d'infection à VIH chez les femmes enceintes de 15 à 44 ans variant de moins de 10% dans certains sites à plus de 25% ailleurs. La prévalence du VIH est maximale dans les zones urbaines situées le long des principaux axes de transport du pays, comme Kabwe, Livingstone et Ndola (Ministère de la Santé de Zambie, 2005).

On observe en milieu urbain une légère diminution des taux d'infection à VIH – de 28% en 1994 à 25% en 2004 – parmi les femmes enceintes de 15 à 39 ans. Cette diminution est particulièrement marquée chez les femmes enceintes de 20 à 24 ans – de 30% en 1994 à 24% en 2004 – et de 15 à 19 ans – de 20% en 1994 à 14% en 2004 (Ministère de la Santé de Zambie, 2005).

En milieu rural, la prévalence du VIH a néanmoins augmenté de façon marginale, passant de 11% à 12% entre 1994 et 2004 (Ministère de la Santé de Zambie, 2005). Parmi les femmes enceintes plus âgées (30–39 ans) des zones urbaines, la prévalence du VIH a augmenté de façon marquée (de 24% à 30%) pendant cette même période. Dans certains sites urbains (notamment Mongu) la prévalence du VIH est restée élevée parmi les femmes enceintes jeunes (28% à

30% entre 1994 et 2004), et dans certains sites ruraux, les taux d'infection ont quasiment doublé pour la même période, passant de 7% à 14% pour Kalabao, par exemple (Sandoy et al., 2006 ; Ministère de la Santé de Zambie, 2005). Si l'on prend en compte les niveaux actuels de prévalence du VIH, les jeunes en Zambie devront affronter un risque de mourir du SIDA en l'absence de traitement que l'on peut évaluer à 50% pour la durée de leur vie (Ministère de la Santé de Zambie, 2005).

Les nations insulaires au large des côtes de l'Afrique australe sont en butte à des épidémies beaucoup moins importantes. En 2005, la prévalence nationale du VIH chez l'adulte était bien inférieure à 1% à **Madagascar**, où l'on estime à 49 000 [16 000–110 000] le nombre de personnes vivant avec le VIH. Les connaissances sur le VIH y sont néanmoins maigres et le recours au préservatif très rare. Lors d'une enquête effectuée en 2003–2004, un Malgache sur cinq seulement pouvait nommer deux façons d'empêcher la transmission sexuelle du VIH. Près du tiers (31%) des jeunes femmes de 15 à 24 ans et près des trois quarts (72%) des jeunes hommes ont dit avoir eu des rapports sexuels occasionnels au cours des 12 mois précédents – mais seulement un sur 10 environ (12%) parmi ces jeunes

hommes et une sur 20 (5%) des jeunes femmes ont signalé avoir eu recours au préservatif lors de leur plus récent rapport occasionnel (Institut national de la Statistique et ORC Macro, 2005a).

Il faudra renforcer et focaliser les efforts de prévention visant les consommateurs de drogues injectables à **Maurice** et surtout ceux et celles dans ce groupe qui se livrent au commerce du sexe (Dewing et al., 2006). Parmi les consommateurs de drogues injectables, l'exposition à du matériel d'injection contaminé représente le facteur de risque principal d'infection à VIH dans le cadre de l'épidémie mauricienne, qui est pour le moment assez peu importante. Environ les trois quarts des infections à VIH diagnostiquées pendant le premier semestre 2004 sont survenues chez des consommateurs de drogues injectables (Sulliman et Ameerberg, 2004). L'utilisation de matériel d'injection non stérile semble courant : une enquête en 2004 a montré que 80% des consommateurs de drogues injectables ont déclaré avoir partagé des aiguilles au cours du trimestre précédent. Parmi ceux et celles qui ont accepté de se faire tester pour le VIH, 4% se sont révélés séropositifs. Une proportion élevée des professionnel(le)s du sexe (75%) ont déclaré s'injecter des drogues et ne recourir que rarement au

CONFLIT ET RISQUE D'INFECTION À VIH

De nouveaux résultats de recherche en Ouganda jettent un doute sur l'opinion jusqu'ici largement répandue selon laquelle les personnes déplacées au sein des pays et les personnes réfugiées encourent un risque plus élevé d'infection à VIH que les personnes vivant dans des conditions apparemment plus stables. On estime que dans le nord de l'Ouganda, le pays Acholi abrite deux millions de personnes déplacées à l'intérieur du pays, avec une prévalence du VIH à un peu plus de 8% (Ministère de la Santé de l'Ouganda et ORC Macro, 2006). Une étude parmi les femmes enceintes des districts de Gulu, Kitgum et Pader a montré que les femmes qui vivent en dehors des camps protégés encouraient un risque plus élevé d'infection à VIH que leurs consœurs vivant à l'intérieur des camps. Cette observation pourrait être liée au fait que dans certains camps les femmes ont moins l'occasion de se déplacer et jouissent d'un meilleur accès aux services de santé et de prévention (Fabiani et al., 2006). Un examen récent de la littérature sur les problèmes du VIH parmi les personnes déplacées concernant huit pays (dont l'Ouganda) a lui aussi échoué à apporter des preuves que les conflits stimulent la transmission du VIH (Spiegel et Harroff-Tavel, 2006).

TAUX DE PALUDISME TRÈS ÉLEVÉS CHEZ LES PERSONNES INFECTÉES PAR LE VIH

Les adultes consultant pour un paludisme en Ouganda présentent des taux de séropositivité au VIH plus élevés qu'on ne s'y attendrait. Plus de 30% des adultes qui se présentent aux centres de santé des districts avec un accès de paludisme simple à *Plasmodium falciparum* présentent une coinfection à VIH. Les adultes infectés par le VIH courent un risque trois fois plus élevé de devoir recevoir un traitement clinique pour le paludisme. Ces résultats concordent avec les observations de plus en plus nombreuses en provenance d'autres études en Afrique subsaharienne, selon lesquelles le paludisme tend à être plus grave et plus fréquent chez les adultes infectés par le VIH ; ils soulignent l'importance de nouvelles stratégies de test et de conseil VIH chez les adultes présentant un paludisme à *P. falciparum* sans complications (Kamya et al., 2006).

préservatif (32% seulement signalaient un recours systématique au préservatif pendant le trimestre précédent). Parmi les professionnel(le)s du sexe chez qui on a procédé au test du VIH, 13% présentaient une infection à VIH (Sulliman, Ameerberg, Dhannoo, 2004).

Afrique de l'Est

En Afrique de l'Est, la tendance générale vers une stabilisation ou un déclin de la prévalence du VIH semble se poursuivre.

Après avoir décliné au cours des années 1990, l'épidémie de l'**Ouganda** s'est stabilisée dans l'ensemble. La prévalence du VIH chez l'adulte était de 6,7% [5,7% à 7,6%] en 2005 pour l'ensemble du pays, significativement plus élevée chez les femmes – près de 8% – que chez les hommes – 5% (ONUSIDA, 2006 ; Ministère de la Santé de l'Ouganda et ORC Macro, 2006). En 2005, il y avait environ un million de personnes vivant avec le VIH [850 000–1,2 million] en Ouganda (ONUSIDA, 2006). Au niveau des régions, la prévalence la plus faible s'observait dans la région du West Nile et la plus élevée (plus de 8%) dans les régions de Kampala, la région centrale et la région du centre-nord (Ministère de la Santé de l'Ouganda et ORC Macro, 2006).

L'épidémie en Ouganda présente des tendances variables. La prévalence du VIH a diminué de façon marquée parmi les femmes enceintes à Kampala et dans d'autres villes depuis le début des années 1990 jusqu'au début des années 2000, dans un contexte de modifications significatives du comportement (notamment l'abstinence sexuelle et le recours au préservatif pour les rapports occasionnels) et d'un accroissement de la mortalité due au SIDA (Kirungi et al., 2006). Dans certaines régions rurales, toutefois, il y a maintenant des indications que les infections à VIH augmentent à nouveau. Les données recueillies lors d'une étude sur 25 villages ont mis en évidence une augmentation de la prévalence d'un minimum de 5,6% chez les hommes et 6,9% chez les femmes en 2000 à 6,5% chez les hommes et 8,8% chez les femmes en 2004. Une tendance similaire, qui remonte à 2002, a été observée parmi des femmes enceintes dans la moitié environ des sites de surveillance anténatale inclus dans cette étude (Shafer et al., 2006). La distribution massive de médicaments antirétroviraux et la survie prolongée des personnes ainsi traitées ne suffisent pas à expliquer le fait que davantage de personnes vivaient avec le VIH. Les traitements massifs n'ont démarré qu'en 2004, alors que l'augmentation du

pourcentage de personnes vivant avec le VIH avait commencé plusieurs années auparavant, vers 2000. L'étude en milieu rural a montré que l'*incidence* du VIH chez les femmes et les hommes plus âgés (40–49 ans) avait crû depuis 2000 ; chez les hommes, en fait, l'incidence avait atteint des pics plus élevés que les taux observés en 1990–1994. L'enquête nationale au niveau des foyers entreprise en 2004–2005 a apporté des résultats du même ordre, notant des niveaux élevés d'infection parmi les Ougandais d'âge moyen (Ministère de la Santé de l'Ouganda et ORC Macro, 2006). Ces résultats peuvent provenir de modifications du comportement : l'enquête rurale a par exemple montré que le pourcentage d'hommes âgés de 40 ans et plus qui déclaraient avoir eu au moins deux partenaires occasionnelles au cours du mois précédent avait augmenté entre 2000 et 2004 (Shafer et al., 2006).

Il faudra poursuivre les recherches pour pouvoir valider ces tendances apparentes, mais les résultats actuels semblent indiquer une érosion des gains acquis par l'Ouganda contre le SIDA au cours des années 1990. Des données nationales sur le comportement (enquête nationale VIH dans les foyers de 2004–2005), qui signalent un recours irrégulier au préservatif – seule une moitié environ des hommes et des femmes de 15 à 49 ans ont signalé un recours au préservatif lors de leur dernier rapport avec un(e) partenaire occasionnel(le) – et le nombre croissant d'hommes ayant eu des rapports sexuels avec plus d'une partenaire au cours de l'année précédente (Ministère de la Santé de l'Ouganda et ORC Macro, 2006) renforcent cette interprétation.

Les résultats d'enquêtes récentes dans les zones rurales de la province de Tororo donnent cependant des indications encourageantes selon lesquelles les personnes qui reçoivent un traitement antirétroviral présentaient un risque nettement moindre de transmettre le VIH après deux années de traitement ; cette diminution serait en partie due à une réduction marquée de la charge virale et aussi à une moindre fréquence des rapports sexuels non protégés (Bunnell et al., 2006).

Le **Kenya**, où 1,3 million de personnes vivent actuellement avec le VIH [1,1 million–1,5 million], continue à affronter une grave épidémie de SIDA, même s'il y a des signes que la prévalence du VIH décroît parmi les femmes enceintes (Cheluget et al., 2006 ; OMS, 2005 ; Baltazar, 2005). Au niveau du pays, la prévalence du VIH chez l'adulte a baissé de 10% à la fin des années 1990 jusqu'à environ 7% en 2003 (Ministère de la Santé du Kenya, 2005) et un

peu plus de 6% [5,2% à 7,0%] en 2005 (ONUSIDA, 2006). Il y a aussi eu une chute marquée des taux d'infection parmi les femmes enceintes dans la plupart des sites de consultation prénatale où les données VIH sont fiables et comparables. La prévalence du VIH a chuté de 25% en 1998 à 8% en 2004 dans certains de ces sites, et dans d'autres de 15% en 2001 à 4,3% en 2004 (Cheluget, Marum, Stover, 2006).

En Afrique de l'Est, les tendances générales à la stabilisation ou au déclin de la prévalence du VIH semblent se poursuivre. Toutefois, des recherches récentes font état de l'érosion possible des gains obtenus par l'Ouganda contre le SIDA au cours des années 1990.

Les raisons qui peuvent éventuellement expliquer ces tendances sont complexes. Le Kenya a mis en place des efforts importants de prévention du VIH dès 2000 et il semble bien que les gens ont été plus nombreux à retarder leur entrée dans la vie sexuelle, que le recours au préservatif a augmenté et que le pourcentage d'adultes ayant plusieurs partenaires sexuels a diminué. Les nouvelles infections à VIH semblent néanmoins avoir déjà atteint un pic dès le milieu des années 1990, avant l'expansion des programmes de prévention. On peut donc penser que d'autres facteurs – notamment l'accroissement de la mortalité due au SIDA et la saturation de l'infection chez les personnes les plus exposées – ont entraîné la majeure partie de la diminution de prévalence du VIH que l'on observe depuis plusieurs années (Cheluget, Marum, Stover, 2006). On peut espérer que les modifications du comportement observées récemment continueront à encourager cette diminution. L'émergence de la consommation de drogues injectables comme facteur de l'épidémie au Kenya constitue néanmoins une préoccupation nouvelle. Au cours d'une enquête menée en 2004 parmi des consommateurs de drogues injectables à Mombasa, par exemple, 50% étaient infectés par le VIH ; une enquête semblable à Nairobi a trouvé un taux de 53% parmi les consommateurs de drogues injectables (Odek-Ogunde, 2004).

On estime à 1,4 million [1,3 million–1,6 million] le nombre d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH dans la **République-Unie de Tanzanie** à la fin 2005, ce qui en fait l'un des pays les plus touchés au monde. Là aussi les taux d'infection ont quelque peu diminué – de 8,1% à 6,5% au niveau du pays

entre 1995 et 2004 (Somi et al, 2006) et de 14% à 11% parmi les femmes enceintes à Dar es-Salaam entre 1995 et 2003 (Urassa et al., 2006). A Mbeya et Iringa, les régions du pays les plus gravement touchées, les taux d'infection à VIH vont de 15% à 19% dans plusieurs villes en 2004 (Swai et al., 2006 ; Bureau national des Statistiques de Tanzanie et ORC Macro, 2005).

Par ailleurs, on a observé une prévalence élevée du VIH dans des sites ruraux de consultation prénatale, par exemple 8% et 11% à Ilemba et Igamba dans la région de Mbeya en 2004 (Swai et al., 2006). Les projections indiquent que le nombre de nouvelles infections à VIH en milieu rural (où vivent environ les trois quarts de la population du pays) pourrait être deux fois plus élevé qu'en zones urbaines d'ici à 2010. Il faudra donc veiller avec force à prévoir aussi des ressources suffisantes pour la prévention, le traitement et la prise en charge en milieu rural (Somi et al., 2006).

Il existe aussi des indications selon lesquelles la consommation de drogues injectables, qui s'est rapidement étendue en Afrique de l'Est (McCurdy et al., 2005a) pourrait aussi contribuer à l'épidémie en **Tanzanie**. On ne connaît pas encore la prévalence du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables en Tanzanie mais on sait que les pratiques hautement susceptibles de transmettre le virus ne sont pas rares. Jusqu'à un tiers des consommateurs de drogues injectables à Dar es-Salaam interrogés au cours d'une étude réduite disent avoir partagé du matériel d'injection non stérile ; la plupart des consommatrices de drogues injectables pratiquent aussi le commerce du sexe. Une pratique particulièrement risquée est celle appelée 'flashblood' (connue aussi sous le nom de 'charge sanguine directe' dans d'autres pays), qui consiste à retirer du sang dans la seringue après avoir injecté de l'héroïne et à passer ensuite la seringue à un compagnon ou à une compagne d'injection. Cette pratique – apparemment destinée à partager avec les personnes qui ne peuvent pas se payer leur propre dose de drogue les effets de l'injection – est fréquente à Dar es-Salaam parmi les professionnelles du sexe qui s'injectent des drogues ; elle comporte évidemment un risque très élevé de transmission du VIH (McCurdy et al, 2005b).

La consommation de drogues injectables figure aussi dans l'épidémie moins importante de Zanzibar. Parmi les femmes en consultation prénatale, la prévalence du VIH était de 0,9% en 2005. Une étude récente a néanmoins montré qu'un tiers des personnes consommant des drogues injecta-

bles présentaient une infection à VIH ; près de la moitié (46%) ont signalé avoir utilisé des aiguilles non stériles. En outre, près d'une consommatrice de drogues injectables sur cinq présentait une syphilis, ce qui peut faire penser à la combinaison de pratiques à risque tant pour l'injection que pour les rapports sexuels au sein de cette population (Dahoma et al., 2006).

Au **Rwanda** l'épidémie s'est stabilisée au cours des années 2000, mais la prévalence du VIH reste élevée dans la capitale Kigali, où environ 13% des femmes enceintes étaient séropositives en 2003. Le Rwanda a élargi la surveillance du VIH, notamment en milieu rural (où l'on a montré que la prévalence du VIH – 3% ou moins parmi les femmes enceintes – est significativement plus faible qu'en milieu urbain) et a introduit des méthodes améliorées d'estimation de la prévalence du VIH au cours des dernières années (Kayirangwa et al., 2006). Il convient donc de ne comparer entre elles que des données en provenance de sites de surveillance ayant utilisé des méthodes comparables au cours du temps. Ce type de comparaison montre une chute de la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes en milieu urbain, notamment en 1998–2003. A Kigali, la prévalence est passée d'une valeur légèrement supérieure à 16% à un taux de 13% au cours de cette période ; dans deux autres zones urbaines elle est passée de 9,5% à 5,8%. Cette tendance à la décroissance semble avoir faibli au cours des dernières années. La prévalence du VIH est restée stable en milieu rural, mais à des niveaux nettement plus faibles – entre 2,1% et 2,8% en 1998–2003 (Kayirangwa et al., 2006). Les premiers résultats de la dernière enquête démographique et sanitaire montrent que les taux d'infection à VIH sont plus de trois fois plus élevés en milieu urbain qu'en milieu rural : 7,3% contre 2,2%. La prévalence la plus élevée se rencontre toujours à Kigali, où les taux d'infection sont de 2 à 3 fois plus élevés que n'importe où ailleurs dans le pays (Institut national de la Statistique et al., 2005).

Au **Burundi** voisin, un peu plus de 3% des adultes [2,7%–3,8%] – environ 150 000 – personnes vivaient avec le VIH en 2005 ; des tendances divergentes se font jour en diverses régions du pays. La prévalence du VIH parmi les jeunes femmes enceintes (15–24 ans) a décliné de 13% à 9% entre 2000 et 2004 dans les consultations prénatales de Bujumbura et dans d'autres zones urbaines (Ministère de la Santé publique du Burundi, 2005).

Les données de surveillance sentinelle les plus récentes montrent néanmoins un net accroissement des infections à VIH parmi les femmes en consultation prénatale à Bujumbura (de 12,6% en 2004 à 18% en 2005) ; les taux d'infection parmi les femmes jeunes (15 à 24 ans) ont pratiquement doublé, passant de 8,6% en 2004 à 15,5% en 2005. En 2004–2005, la prévalence chez les femmes enceintes a aussi augmenté dans les zones rurales (Ministère de la Santé publique du Burundi, 2005).

En **Ethiopie**, d'après les données sur le VIH collectées dans les consultations prénatales, on a estimé la prévalence chez les adultes au niveau du pays à 3,5% en 2005, avec des taux plus de cinq fois plus élevés en milieu urbain (10,5%) qu'en milieu rural (1,9%). Dans certaines consultations prénatales d'Addis-Abeba et dans d'autres zones urbaines, on note un déclin progressif de la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes, surtout depuis 1997–1998 (Ministère fédéral de la Santé, 2006). La prévalence reste néanmoins élevée à Addis-Abeba dans l'ensemble – où elle se maintient entre 14% et 16% depuis le milieu des années 1990 – et dans d'autres zones urbaines – où elle se maintient de même entre 11% et 13% (Hladik et al., 2006). Environ 80% de la population nationale vit en milieu rural, où la prévalence parmi les femmes en consultation prénatale est passée de 1,9% en 2000 à 2,6% en 2003 et 2,2% en 2005 (Hladik et al., 2006 ; Ministère fédéral de la Santé de l'Ethiopie, 2004 ; Ministère fédéral de la Santé de l'Ethiopie, 2006).

Seule une minorité des femmes enceintes se rend aux consultations prénatales en Ethiopie et les données rassemblées ne donnent qu'un portrait incomplet des tendances de l'épidémie. Les résultats de l'enquête démographique et sanitaire de 2005, qui concernait plus de 13 000 hommes et femmes de toutes les régions, permettent une approche plus complète de l'épidémie éthiopienne. Ces chiffres montrent que 1,4% des adultes (15 à 49 ans) vivaient avec le VIH en 2005, la prévalence chez les femmes adultes étant double de celle des hommes du même groupe d'âge. Les taux d'infection sont beaucoup plus élevés en milieu urbain (5,5% parmi les adultes) qu'en milieu rural (0,7%) (Agence centrale des Statistiques et ORC Macro, 2006).⁴

Les données les plus récentes de l'**Erythrée** voisine montrent elles aussi une épidémie stable ; 2,4% des femmes en consultation prénatale sont séropositives, ce qui concorde avec les prévalences de 2,8% et

⁴ Les différences entre les estimations VIH fondées sur les chiffres des consultations prénatales et celles qui proviennent de l'enquête à assise communautaire semblent tenir pour l'essentiel à la faible couverture des services de consultation prénatale en Ethiopie et aux différences de couverture géographique entre les deux systèmes de surveillance. Il vaut la peine de noter que la prévalence du VIH est la même – 3,5% – pour les femmes testées au sein de la population et qui avaient été vues en consultation prénatale et pour les informations tirées des données de consultation prénatale (Agence centrale des Statistiques et ORC Macro, 2006).

2,4% rencontrées respectivement en 2001 et 2003. La prévalence va de plus de 7% à Assab dans le sud du pays et 6% dans la région centrale d'Assia jusqu'à 0% à Shieb, également en zone centrale (Ministère de la Santé de l'Erythrée, 2006).

Nous ne disposons pas de nouvelles données pour la **Somalie**, où une enquête sentinelle de surveillance menée en 2004 avait trouvé des taux relativement bas au niveau du pays chez les femmes enceintes (0,9%). Dans certaines consultations prénatales, la prévalence du VIH avait considérablement augmenté depuis 1999 – à Hargeisa de 0,7% à 1,6% et à Berbera de 0% à 2,3% (OMS, 2005a). Le niveau de connaissances sur les modes de transmission du VIH est faible et le recours au préservatif très rare : d'après une enquête, plus de 85% des jeunes de 15 à 24 ans (hommes et femmes) n'avaient jamais eu recours à un préservatif (OMS, 2005b).

Afrique de l'Ouest et Afrique centrale

La prévalence du VIH chez les adultes au niveau du pays continue à être bien moindre en Afrique de l'Ouest que dans les autres régions de l'Afrique subsaharienne. Au niveau du pays, la prévalence chez l'adulte ne dépasse 4% qu'en **Côte d'Ivoire**, et dans plusieurs autres pays, notamment des pays du Sahel, elle ne dépasse pas 2%. Comme dans la majeure partie de l'Afrique de l'Est, les tendances de l'infection à VIH sont en général stables même si on a noté un déclin de la prévalence parmi les femmes enceintes de plusieurs villes, dont Ouagadougou au **Burkina Faso**, Abidjan en **Côte d'Ivoire** et Lomé au **Togo** (OMS, 2005).

Seules l'Inde et l'Afrique du Sud comptent plus d'habitants vivant avec le VIH que le **Nigéria**, où l'on estime ce chiffre à 2,9 millions [1,7 million–4,2 millions] en 2005 (ONUSIDA, 2006). Environ 300 000 adultes ont été infectés par le VIH en 2005. L'application aux anciennes données de surveillance sentinelle des hypothèses améliorées que l'on utilise pour les estimations actuelles de la prévalence du VIH chez les femmes enceintes montre que la tendance générale de cette prévalence chez les femmes enceintes au Nigéria est probablement stable. Au niveau du pays, environ 4,4% [4,2% à 4,6%] des femmes qui se rendent aux consultations prénatales ont présenté une infection à VIH en 2005, mais cette prévalence dépassait 5% dans une petite douzaine d'Etats. L'épidémie varie de façon marquée, la prévalence au niveau des Etats allant de 10% pour Benue (zone du Centre-Nord) et 8% pour Akwa Ibom (Sud-Est) à moins de 2% pour Ekiti, Oyo (tous deux dans la zone du Sud-Ouest) et Jigawa (Nord-Ouest). Dans certains Etats, la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes

est plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain, mais l'inverse peut se rencontrer aussi. Des travaux de recherche plus précis permettront peut-être de mieux comprendre des schémas aussi variables (Ministère fédéral de la Santé du Nigéria, 2006).

Au niveau du pays la prévalence chez l'adulte se maintient à un peu moins de 1% [0,4%–1,5%] au **Sénégal** (ONUSIDA, 2006), avec néanmoins des niveaux deux fois plus élevés (respectivement 2,2% et 2%) dans les régions méridionales de Ziguinchor et de Kolda (Centre de recherche pour le Développement humain et données de l'enquête démographique et sanitaire et MEASURE DHS+, 2005). Le commerce du sexe semble toujours être le principal moteur de l'épidémie au Sénégal : la prévalence du VIH peut atteindre 30% parmi les professionnel(le)s du sexe à Ziguinchor, par exemple, et le risque persiste de voir le VIH se propager depuis ces professionnel(le)s et leur clientèle vers la population générale (Gomes do Espirito Santo et Etheredge, 2005).

Des études en cours sont en train d'identifier un facteur jusqu'ici mal connu de l'épidémie au Sénégal : les rapports sexuels entre hommes en tant que facteur de risque pour l'infection à VIH. Une étude menée dans cinq zones urbaines (Dakar, Kaolack, Mbour, Saint-Louis et Thiès) a mis en évidence une prévalence de 22% pour le VIH chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes – la plupart (94%) ont déclaré par ailleurs avoir des rapports sexuels avec des femmes aussi (Wade et al., 2005). Cette population pourrait constituer un pont potentiel pour la transmission du VIH aux femmes, qui normalement n'encourent qu'un faible risque d'infection. Environ la moitié seulement des hommes qui ont pris part à l'étude ont mentionné avoir eu recours au préservatif pendant leurs rapports avec une femme ou avec un homme au cours du mois précédent (Wade et al., 2005).

L'épidémie de VIH pourrait bien continuer à croître au **Mali** après être restée stable pendant plusieurs années. L'étude des données provenant des sites de surveillance sentinelle avec des données cohérentes pour 2002–2005 montre une augmentation de la prévalence médiane du VIH parmi les femmes enceintes, de 3,3% en 2002 à 4,1% en 2003 et 2005. Il en va de même pour les femmes enceintes âgées de 15 à 19 ans, où les taux d'infection à VIH ont augmenté de 2,5% en 2002 à 3,4% en 2005, et pour les femmes enceintes de plus de 35 ans (1,5% en 2002 à 4,5% en 2005). Les taux d'infection seraient normalement plus élevés chez les femmes plus âgées, sexuellement actives depuis plus longtemps et donc plus susceptibles d'avoir été infectées. Dans

l'ensemble, la prévalence du VIH est la plus élevée dans la région de Ségou, avec 5,1% des femmes enceintes séropositives en 2005 – un rappel que dans ce vaste pays des épidémies graves et localisées sont en cours (Ministère de la Santé du Mali, 2005).

Il y a des signes qui évoquent un déclin de la prévalence du VIH dans les zones urbaines du Burkina Faso, de la Côte d'Ivoire et du Ghana, mais l'épidémie du Mali semble s'étendre.

La **Guinée** connaît l'une des épidémies de SIDA parmi les plus modestes de l'Afrique subsaharienne. La prévalence du VIH chez l'adulte y a été estimée à 1,5% [1,2% à 1,8%] en 2005 et environ 85 000 personnes [69 000 à 100 000] y vivent avec le VIH. L'enquête dans les foyers récemment menée au niveau du pays montre que les niveaux d'infection à VIH sont les plus élevés en milieu urbain, le taux parmi les adultes dépassant 2% dans la capitale Conakry (Direction nationale de la Statistique de Guinée et ORC Macro, 2006).

En **Côte d'Ivoire**, où les conflits civils ont entravé les activités de surveillance du VIH et probablement aussi les activités de prévention, les nouvelles données sont toujours en attente. Les données disponibles pour le VIH suggèrent l'existence d'une épidémie relativement stable mais sérieuse, au moins 4% des adultes vivant avec le VIH en 2005 (ONUSIDA, 2006). Au Togo les données pour le VIH indiquent elles aussi une épidémie importante, les régions Maritime, Plateaux et Savanes ainsi que la capitale Lomé étant les plus gravement atteintes (OMS, 2005). Au moins 7% des femmes en consultation prénatale dans ces régions ont présenté un test positif au VIH (OMS, 2005 ; Ministère de la Santé du Togo, 2004). La prévalence du VIH pour l'ensemble des adultes a été estimée à 3,2% [1,9% à 4,7%] et environ 110 000 personnes [65 000-160 000] vivaient avec le VIH en 2005 (ONUSIDA, 2006).

Le **Bénin** voisin connaît une épidémie moins importante : environ 87 000 personnes [57 000 à 120 000] y vivaient avec le VIH en 2005 et la prévalence du VIH chez les adultes y est estimée à 1,8% [1,2% à 2,5%] (ONUSIDA, 2006). Les données en provenance du petit nombre de sites sentinelles urbains qui en disposent depuis le milieu des années 1990 montrent une tendance à la baisse pour les infections à VIH depuis 2000, la prévalence du VIH ayant chuté de 4% environ (2001) à moins de 2% (2005). On a néanmoins trouvé des taux d'infection élevés pour le VIH (de 3% à plus de 5%) parmi les

femmes en consultation prénatale en milieu urbain et rural dans les départements de l'Atlantique et de Mono. Dans l'ensemble, l'épidémie du Bénin semble être stable, la prévalence du VIH dans les consultations prénatales se maintenant entre 1,8% et 2,2% depuis 2003 (Ministère de la Santé du Bénin, 2006 ; Alary et al., 2003).

Au **Ghana** voisin, où on estimait en 2005 à 2,3% [1,9% à 2,6%] la prévalence du VIH chez l'adulte (ONUSIDA, 2006), on observe des signes qui pourraient faire penser à un déclin de l'épidémie. Après avoir augmenté jusqu'à atteindre un pic de 3,6% en 2003, les taux d'infection à VIH parmi les femmes vues en consultation prénatale ont baissé à 3,1% en 2004 et 2,7% en 2005 (Programme national de Lutte contre le SIDA et les IST, 2006). L'enquête nationale menée en 2003 a montré que, contrairement à ce que l'on observe dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, la prévalence du VIH au Ghana varie peu entre milieu urbain et milieu rural – 2,3% contre 2,0% (Services de la Statistique du Ghana, Noguchi Memorial Institute for Medical Research et ORC Macro, 2004). La propagation du VIH varie néanmoins d'une région à l'autre, la prévalence parmi les femmes enceintes allant de 1,2% dans la région septentrionale à 4,7% dans la région orientale (Programme national de Lutte contre le SIDA et les IST, 2006).

Les infections à VIH sont particulièrement fréquentes parmi les personnes moins jeunes, en particulier les femmes de 35 à 39 ans et les hommes de 40 à 44 ans (Akwaru et al., 2005). Parmi les femmes enceintes, la plupart des infections à VIH s'observent au sein du groupe d'âge 25 à 34 ans (Programme national de Lutte contre le SIDA et les IST, 2006). Au Ghana, comme dans beaucoup d'autres pays, le mariage semble constituer un facteur de risque important pour les femmes, comme la mobilité en constitue un pour les hommes (Akwaru et al., 2005). Les femmes mariées courent un risque trois fois plus élevé d'être infectées par le VIH que les femmes n'ayant jamais été mariées (Services de la Statistique du Ghana, Noguchi Memorial Institute for Medical Research, ORC Macro, 2004).

Des recherches menées dans trois prisons de Nsawan et d'Accra au Ghana ont mis en évidence un taux de prévalence élevé pour le VIH parmi les détenus (19%) et les membres du personnel carcéral (8,5%) qui ont pris part à l'étude. Il se peut que la faible taille de l'échantillon ait conduit à une surestimation de la prévalence du VIH, mais les résultats montrent que des flambées de VIH surviennent dans ces prisons. Dans l'ensemble, un tiers ou presque des

détenus de sexe masculin de l'enquête ont dit avoir eu des rapports sexuels avec des hommes (en prison ou hors de la prison) et un faible pourcentage a déclaré avoir consommé des drogues injectables. Le tatouage pourrait aussi être une cause de transmission intracarcérale du VIH. Il semble que de nombreux détenus infectés par le VIH ont acquis le virus en prison : même si la majorité étaient en prison depuis 10 ans environ, aucun n'avait atteint le stade symptomatique du SIDA, ce qui indique une infection relativement récente (Adjei et al., 2006).

Au nord du Ghana, au **Burkina Faso**, l'épidémie semble elle aussi décliner : la prévalence estimée du VIH chez l'adulte s'y est maintenue autour de 2% [1,5 à 2,5%] (ONUSIDA, 2006). Parmi les jeunes femmes (15–24 ans) vues en consultation prénatale en milieu urbain, les niveaux d'infection à VIH ont baissé de moitié entre 2001 et 2003, à moins de 2%. Les données d'enquête au niveau du pays indiquent que les citoyens du Burkina Faso ont plus tendance à se protéger – ainsi que leurs partenaires – contre une éventuelle infection à VIH (Présidence du Faso, 2005; Institut national de la statistique et de la démographie et ORC Macro, 2004). Le sud et l'ouest du pays (notamment la province de Poni avec une prévalence du VIH chez l'adulte de 3,7% en 2003) sont nettement plus atteints par l'épidémie que les régions situées à l'est (Institut national de la statistique et de la démographie et ORC Macro, 2004).

Au sein de la population clairsemée du **Tchad**, une enquête nationale récente a trouvé une prévalence chez l'adulte de 3,3% pour le VIH. Dans les cinq principales villes du pays, plus de 6% des adultes vivent avec le VIH et 8% dans la capitale N'Djamena. Il y a beaucoup à faire pour améliorer la prévention dans le domaine du VIH. Moins d'un homme ou d'une femme sur 10 (8%) ont dit avoir eu recours au préservatif lors de leur plus récent rapport sexuel et environ 4% des hommes et 2% des femmes ont dit avoir échangé des services sexuels contre de l'argent à un moment ou à un autre (la moitié seulement ayant eu recours au préservatif dans ce cas). Le niveau de connaissances élémentaires sur le VIH est médiocre : seul un quart des hommes ou des femmes savaient comment empêcher la transmission sexuelle du VIH et rejetaient les principales idées fausses concernant le virus (République du Tchad, 2005).

L'insuffisance des données sur le VIH rend difficile l'examen des tendances pour la plupart des pays de l'Afrique centrale ; le Cameroun et la République centrafricaine semblent les plus atteints. En

République centrafricaine, près de 11% des adultes de 15 à 49 ans [4,5% à 17,2%] vivaient avec le VIH en 2005 (ONUSIDA, 2006) ; la prévalence du VIH chez l'adulte dépassait 5% [4,9%–5,9%] au Cameroun (ONUSIDA, 2006). Dans ce dernier pays, les taux d'infection sont les plus élevés dans les zones du nord-ouest et de l'est (près de 9%) et les plus bas dans les régions du nord – 2% ou moins (Institut national de la statistique et de la démographie et ORC Macro, 2005b). L'enquête démographique et sanitaire de 2005 a mis en évidence une prévalence chez les femmes de 15 à 49 ans qui est près du double de la prévalence observée chez les hommes (6,8% contre 4,1%). Cette même enquête a permis de constater que, si la population est largement consciente du SIDA, elle a peu de connaissances sur le VIH : plus du tiers des femmes ne connaissaient pas les méthodes de prévention contre la transmission sexuelle du VIH (Institut national de la statistique et de la démographie et ORC Macro, 2004).

On estime à un million [560 000–1,5 million] le nombre de personnes vivant avec le VIH en **République démocratique du Congo** en 2005, dont plus de 100 000 enfants de moins de 14 ans [40 000–270 000] (ONUSIDA, 2006). Pour de nombreuses régions de ce vaste pays, on ne dispose pas de données de surveillance du VIH. Son voisin plus petit et moins peuplé à l'ouest, le Congo, comptait environ 120 000 personnes vivant avec le VIH [75 000–160 000] en 2005 (ONUSIDA, 2006), année où 4,9% des femmes vues en consultation prénatale se sont avérées séropositives au VIH. La prévalence parmi les femmes enceintes varie considérablement – de 2% pour Djambala à 9% pour Sibiti et 10% pour Gamboma. A Brazzaville, la capitale, quelque 4% des femmes en consultation prénatale étaient infectées par le VIH (Ministère de la Santé et de la Population de la République du Congo, 2005).

En résumé, les épidémies de l'Afrique subsaharienne suivent des tracés divergents. Il y a des indications que la propagation du VIH est stable ou décroît dans la plupart des pays de l'Afrique de l'Est ou de l'Ouest – mais avec des épidémies croissantes dans un petit nombre de pays. En Afrique australe, seul le Zimbabwe montre une prévalence en fort déclin pour le VIH au niveau national ; dans plusieurs autres pays – dont l'Afrique du Sud – il n'y a encore aucun signe que les épidémies soient en train de ralentir.



ASIE

On estime à 8,6 millions [6,0 millions – 13,0 millions] le nombre de personnes vivant avec le VIH en Asie en 2006, y compris les 960 000 personnes [640 000 – 2,5 millions] nouvellement infectées au cours de l'année écoulée. Environ 630 000 personnes [430 000 – 900 000] sont mortes en 2006 de maladies liées au SIDA. Le nombre de personnes recevant un traitement antirétroviral a plus que triplé depuis 2003 et aurait atteint 235 000 [180 000 – 290 000] en juin 2006. Ce chiffre représente environ 16% du nombre total de personnes requérant ce type de traitement en Asie. Seule, la **Thaïlande** est parvenue à fournir ce traitement à la moitié au moins des personnes qui en avaient besoin (OMS/ONUSIDA, 2006).

Chine

On estime qu'en **Chine** 650 000 personnes [390 000 – 1,1 million] vivaient avec le VIH à la fin de l'année 2005 (Ministère de la Santé de la Chine, 2006) Bien que des infections à VIH aient été détectées dans toutes les provinces de ce grand pays, la plupart ont été enregistrées dans les provinces du Henan, du Yunnan, du Guangxi, du Xinjiang et du Guangdong, tandis que le Ningxia, le Qinghai et le Tibet semblent n'avoir pas connu à ce jour de flambées de VIH (Ministère de la Santé de la Chine ; ONUSIDA, 2006).

Ayant commencé dans les zones rurales avant de s'étendre dans les villes – ce qui est inhabituel (Zhao et al., 2006) – l'épidémie de VIH liée à la consommation de drogues injectables a pris des proportions alarmantes. Près de la moitié (44%) des personnes vivant en Chine avec le VIH auraient été infectées lors de l'injection de drogues (Ministère de la Santé de la Chine, ONUSIDA, OMS ; Lu, Wang et al., 2006) et près de 90% des infections à VIH survenues dans ces conditions sont survenues

dans sept provinces – Yunnan, Xinjiang, Guangxi, Guangdong, Guizhou, Sichuan et Hunan (Ministère de la Santé de la Chine, ONUSIDA, OMS, 2006). La moitié (49%) des consommateurs de drogues injectables auraient à un moment ou à un autre utilisé du matériel d'injection non stérile (Comité de travail SIDA du Conseil d'Etat chinois, 2004). Il n'y a donc pas lieu de s'étonner que la prévalence du VIH ait dépassé 50% chez les consommateurs de drogues injectables dans certaines régions des provinces du Xinjiang, du Yunnan et du Sichuan (Mingjian et al., 2006 ; Ministère de la Santé de la Chine, 2006 ; MAP, 2005a), ni de la hausse brutale de cette prévalence chez les consommateurs de drogues injectables – dans le sud-ouest de la province du Sichuan, par exemple, la prévalence dans cette population en milieu urbain est passée de 11% en 2002 à 18% en 2004 (Zhang et al., 2006).

En Chine, la moitié des nouvelles infections à VIH en 2005 se sont produites au cours de rapports sexuels non protégés. Le VIH se propageant graduellement des populations les plus exposées au risque vers la population générale, le nombre des infections à VIH chez les femmes est en augmentation.

Après avoir lancé en 1999 son premier programme d'échange de seringues et d'aiguilles, la Chine a mis en place des programmes similaires dans 18 provinces et ces programmes sont passés au nombre de 92 en 2006. Les bienfaits commencent à s'en faire sentir. Selon les données recueillies dans six de ces sites d'échange, le partage du matériel d'injection non stérile, qui se situait entre 27% et 79% au début du projet, a chuté à un taux compris entre 12% et 56% à la fin 2005 (Wu et al., 2006). Dans

un lieu d'échange d'aiguilles et de seringues dans la province du Hunan, le pourcentage de consommateurs de drogues qui partagent les aiguilles a baissé de 43% à 23% entre 2003 et 2005 tandis que l'observation d'un niveau satisfaisant pour les connaissances en matière de VIH et la prise de conscience a été multipliée par quatre, de 21% à 80% (Chen et al., 2006). Malheureusement les programmes de réduction des risques rencontrent toujours en plusieurs endroits une certaine résistance de la part des autorités provinciales et locales. En conséquence, la nature et la qualité de la riposte de la Chine à l'épidémie varie considérablement d'un lieu à un autre. (Qian et al., 2006). Outre l'augmentation du nombre de cliniques dispensant de la méthadone et des sites d'échange de seringues et d'aiguilles, il est encore nécessaire d'accroître la connaissance du VIH chez les consommateurs de drogues injectables et leurs partenaires : une étude conduite par exemple auprès de consommateurs de drogues injectables dans la province du Yunnan a montré qu'une personne sur cinq parmi cette population ignorait que le partage des seringues comportait un risque de transmission du VIH (Christian et al., 2006).

Chez les consommateurs de drogues injectables les comportements sexuels à risque viennent accroître la probabilité d'une propagation au sein de cette population et même au-delà (Zhao et al., 2006).

Les données de la surveillance nationale indiquent que 11% des consommateurs de drogues injectables ont également des activités sexuelles à haut risque (Ministère de la Santé de la Chine, ONUSIDA, OMS, 2006). Lors d'une étude, plus d'un tiers de jeunes consommateurs de drogues injectables actifs sexuellement ont indiqué qu'ils partageaient leur matériel d'injection et 4% seulement d'entre eux employaient régulièrement un préservatif avec leurs partenaires sexuels réguliers (Liu et al., 2006). Dans la province du Yunnan, deux tiers des consommateurs de drogues injectables (inscrits dans des centres de désintoxication) disaient n'avoir pas acheté de préservatif au cours du mois précédent à l'occasion de leurs rapports rémunérés et plus de la moitié disaient n'en avoir jamais acheté (Christian et al., 2006).

De nombreux consommateurs masculins de drogues injectables achètent des rapports sexuels et une consommatrice de drogues injectables sur deux pratique fréquemment ou par intermittence le commerce du sexe (Liu et al., 2006 ; Yang et al., 2005). Dans certaines provinces, comme le Sichuan, un pourcentage faible mais significatif des professionnel(le)s du sexe consomment également des drogues – leur clientèle est généralement plus abondante que celle de leurs collègues qui ne consomment pas de drogues injectables et leur recours au préservatif est moins fréquent (MAP, 2005a ; MAP, 2005b).

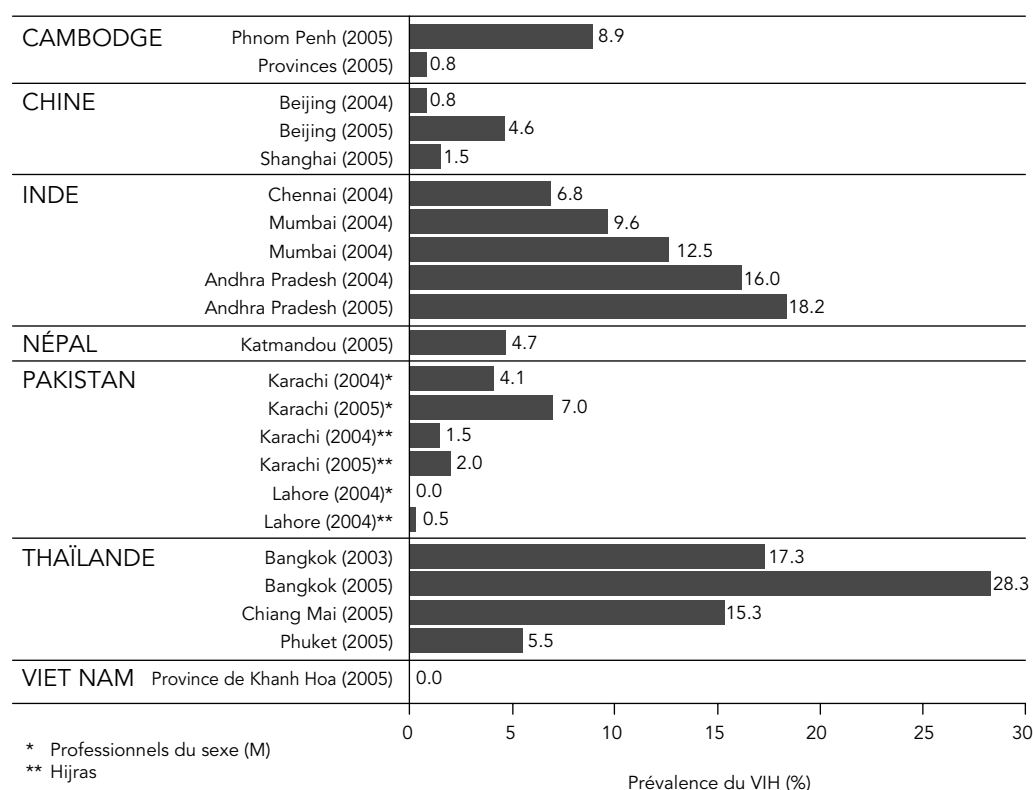
MIGRATION ET RISQUE DE VIH EN CHINE

On s'interroge beaucoup sur l'impact possible des vastes mouvements migratoires et des mouvements de population sur l'évolution de l'épidémie en Chine. On émet généralement l'hypothèse que les hommes migrants recourent plus facilement au commerce du sexe et ce faisant s'exposent et exposent leurs autres partenaires sexuel(le)s au risque d'infection à VIH et autres infections sexuellement transmissibles. L'hypothèse que les migrants constitueront une caractéristique importante de l'épidémie en Chine se base sur le nombre important de ces migrants (120–150 millions selon les estimations), sur l'association entre migration et VIH mise en évidence par des études effectuées ailleurs auprès de populations analogues – notamment en Afrique australe (Lurie et al., 1997 ; Lurie et al., 2003) et sur les données de surveillance du VIH dans un certain nombre de villes (Hesketh et al., 2006).

En Chine, certaines données semblent confirmer cette hypothèse. A Suining et Luzhou (province du Sichuan) par exemple, la majorité des clients des professionnel(le)s du sexe sont des travailleurs migrants qui paient pour des rapports sexuels assez fréquents (en moyenne 11 fois au cours des six mois précédents) et ont tendance à ne pas utiliser régulièrement de préservatifs – seuls 36% en ont utilisés lors de leurs derniers rapports rémunérés (Wan et Zhang, 2006). Lors d'une étude plus ancienne (2002) à Beijing, Nanjing et Shanghai, un travailleur migrant de sexe masculin sur 10 disait avoir à un moment ou un autre payé pour des rapports sexuels (Wang et al., 2006).

Mais il faut éviter de généraliser. La situation diffère d'une partie du pays à l'autre, particulièrement dans certaines régions de la Chine où les migrants sont nombreux à se déplacer avec leurs partenaires. Ainsi une première étude de population auprès des migrants et des travailleurs chinois dans la capitale de la province du Zhejiang, Hangzhou, n'a mis en évidence aucune infection à VIH. Il peut y avoir à cela plusieurs raisons. Jusqu'à la moitié des travailleurs migrants en Chine sont des femmes et elles ne sont pas susceptibles de payer pour des rapports sexuels. Dans plusieurs régions du pays, une forte proportion des migrants se déplacent avec leurs partenaires – comme c'était le cas pour un tiers des migrants dans l'étude de Hangzhou. Enfin de nombreux migrants semblent avoir des attitudes traditionnelles relativement conservatrices en ce qui concerne les rapports sexuels occasionnels (Hesketh et al., 2006).

Prévalence du VIH parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes dans diverses régions d'Asie, 2003–2005



Sources : [résumés de la XVIème Conférence internationale sur le SIDA – (Cambodia) M. Phalkun, et al. HIV, sexually transmitted infections, related risk behaviour among Cambodian men who have sex with men; (China) X. Ma, et al. Possible rise in HIV prevalence among men who have sex with men in Beijing; (India) S. Kumta et al. Sociodemographics, sexual risk behaviour and HIV among men who have sex with men attending voluntary counselling and testing services in Mumbai, India; Sravankumar K, Prabhakar P, Mythri/STI/HIV Study Group. High risk behaviour among HIV positive and negative men having sex with men (MSM) attending Myrthi clinics in Andhra Pradesh, India; (Nepal) L. B. Acharya, et al. HIV and STI prevalence among MSM in Kathmandu, Nepal; (Pakistan) A. Altaf, et al. Behavioral characteristics of male and eunuch (hijra) sex workers in Karachi, Pakistan; (Thailand) F. van Griensven, et al. Surveillance of HIV prevalence among populations of men who have sex with men in Thailand, 2003–2005; (Viet Nam) M. Truong Tan, et al. HIV risk behavior and prevalence among MSM in Khanh Hoa province, Viet Nam. National Study of Reproductive Tract and Sexually Transmitted Infections. Survey of High Risk Groups in Lahore and Karachi, 2005. National AIDS Control Program, DFID and FHI. (Pakistan); NACO, 2004; Andhra Pradesh State AIDS Control Society (2004). 8th round of national annual sentinel surveillance for HIV, Andhra Pradesh. Hyderabad, APSACS. (India)]

Figure 5

Le faible niveau des connaissances relatives au VIH et les taux élevés de rapports sexuels non protégés font que les professionnel(le)s du sexe qui ne consomment pas de drogues injectables courent également un risque important d'infection à VIH. Un tiers seulement des professionnel(le)s du sexe travaillant en établissement et participant à une enquête dans le comté de Yingjian (province du Yunnan) déclarent utiliser régulièrement un préservatif avec leur clientèle et un cinquième déclarent ne jamais y avoir recours (Hesketh et al., 2005). D'après une autre étude dans la province du Yunnan, un cinquième des professionnel(le)s du sexe présentaient une infection à VIH (Wang, Yang et al., 2006). Selon une étude récente, la violence pose un problème supplémentaire : 49% des professionnel(le)s du sexe déclarent avoir été victimes d'un viol et on a noté une forte corrélation entre ces importantes flambées de violence et la présence d'infections sexuellement transmissibles (Choi, 2006). En conséquence, la prévalence du

VIH chez l'ensemble des professionnel(le)s du sexe s'est élevée de façon importante au cours de la dernière décennie, passant de 0,02% en 1994 à près de 1% (0,93%) en 2004, selon les données de la surveillance sentinelle (Ministère de la Santé de la Chine, ONUSIDA, OMS, 2006).

Des interventions appropriées visant à réduire le risque de transmission du VIH font vraiment une différence – surtout lorsqu'elles sont étayées par des accords avec les autorités sanitaires, la police et les directeurs d'établissements. Trois ans après une campagne pour l'usage systématique du préservatif dans le comté de Li (province du Hunan), le recours au préservatif a été, selon les personnes interrogées, multiplié par près de quatre (24% en 2002 et 88% en 2005) et le nombre des infections sexuellement transmissibles a chuté de presque deux tiers, de 513 à 192 (Chen, Yi et al., 2006). Il faut cependant encore harmoniser l'environnement juridique,

politique et opérationnel si l'on veut que de tels résultats se généralisent.

Par ailleurs, on perçoit mieux le rôle joué par les rapports sexuels entre hommes dans l'épidémie chinoise. On estime aujourd'hui que 7% des infections à VIH survenues en Chine se sont produites lors de rapports sexuels non protégés entre hommes (Lu, Wang et al., 2006) grâce à de nouvelles études qui montrent des taux élevés de rapports non protégés entre des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes – dont une proportion importante ont également des rapports sexuels avec des femmes (17% à 41%) ou s'adonnent au commerce du sexe (17%) (Jiang et al., 2006 ; Xu et al., 2006 ; Liu, Wang et al., 2006). Selon une étude dans la province de Jiangsu, par exemple, presque la moitié des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes avaient connu une pénétration anale sans protection dans les trois mois précédents. Aucun n'était séropositif au VIH mais la prévalence d'autres infections sexuellement transmissibles était élevée – 7% avaient la syphilis et 8% étaient infectés par HSV-2) (Jiang et al., 2006). En présence de ce type de comportements, la propagation du VIH peut être rapide une fois que le virus est installé. Une évolution de ce type pourrait être en cours dans plusieurs villes. A Beijing, deux études auprès des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ont calculé la prévalence du VIH, et l'une l'estime à 3% et l'autre à 4,6% (Choi et al., 2006 ; Ma et al., 2006). Un homme sur cinq participant à la dernière étude (en 2005) n'avait jamais entendu parler du VIH et plus de deux sur trois signalent des rapports non protégés au cours des six derniers mois (Ma et al., 2006). A Shanghai, une étude réalisée en 2004–2005 a noté une prévalence de 1,5% chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (Choi et al., 2006).

De graves épidémies parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes sont en train d'être découvertes au Cambodge, en Chine, en Inde, au Népal, au Pakistan, en Thaïlande et au Viet Nam.

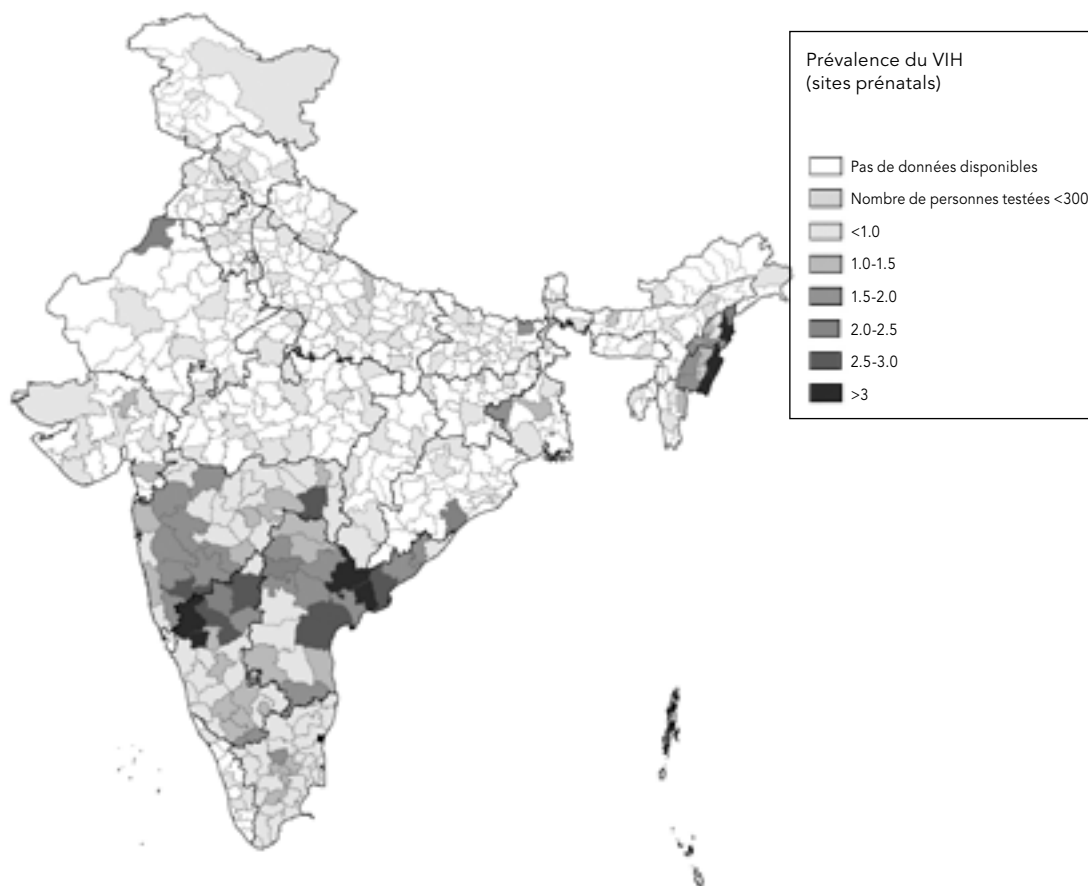
On estime que, dans l'ensemble, la moitié des nouvelles infections en Chine dans l'année 2005 sont dues à des rapports sexuels non protégés. Parallèlement à la propagation graduelle du VIH à partir des populations les plus exposées vers la population générale, le nombre de femmes infectées par le VIH va lui aussi croissant (Ministère de la Santé de la Chine, ONUSIDA, OMS, 2006). En 2004 déjà, les femmes représentaient 39% des infec-

tions signalées (à comparer à 25% deux années seulement auparavant). L'analyse récente des résultats aux tests VIH chez 138 000 femmes enceintes dans presque la moitié des comtés de la province du Yunnan montre une prévalence du VIH de 0,3%, variant de 0% jusqu'à 1,6% dans certains comtés (Zhang, Lu, Hesketh, 2006). Dans plusieurs sites des provinces du Henan et du Xinjiang, une prévalence de VIH dépassant 1% a été observée chez des femmes enceintes et des femmes passant des tests prénuptiaux (Ministère de la Santé de la Chine, ONUSIDA, OMS, 2006) ce qui montre que le virus se propage assez librement dans certains endroits.

L'épidémie persiste par ailleurs chez les anciens donneurs de sang et de plasma dans des provinces telles que Anhui, Hebei, Henan, Hubei et Shanxi (Cohen, 2004) ; il semble toutefois que le virus n'ait pas atteint la population générale dans les proportions que l'on avait craintes (Mastro et Yip, 2006). Chez les villageois d'un comté de la province de Shanxi (où la plupart des infections à VIH étaient dues à des dons de sang et de plasma) la prévalence globale du VIH était de 1,3% en 2004. Les infections semblent concentrées chez les anciens donneurs (4,1% d'entre eux étaient séropositifs) tandis que la prévalence ne dépassait pas 0,1% chez les villageois qui n'avaient pas donné de sang (Wang, Jia et al., 2006). On a attribué ces tendances à la moindre importance des réseaux sexuels dans certaines populations rurales (Mastro et Yip, 2006). La situation est toutefois différente dans des villages ruraux de l'Anhui où 15% des anciens donneurs de sang étaient infectés par le VIH et où 5% des habitants n'ayant jamais été donneurs l'étaient aussi. La majorité de ces derniers ont dû être infectés lors de rapports sexuels non protégés avec des conjoints ou partenaires occasionnels infectés (Ji et al., 2006). Ce sont environ 69 000 anciens donneurs de sang et de plasma rémunérés et personnes transfusées qui vivaient en 2005 avec le VIH (Ministère de la Santé de la Chine, 2006).

Bien qu'elle se soit accrue ces dernières années, la riposte de la Chine au VIH devra encore se renforcer. La prise de conscience du danger du VIH est très insuffisante (y compris chez les leaders politiques à certains niveaux) et la stigmatisation reste un problème dans bien des cas (Ministère de la Santé de la Chine, ONUSIDA, OMS, 2006). Ainsi, un tiers (30%) des professionnels de la santé dans la province du Yunnan déclarent ne pas souhaiter soigner une personne séropositive au VIH (Hesketh et al., 2005). Le succès ou l'échec de la Chine dans sa lutte contre le SIDA dépendra dans une large mesure de la capacité à freiner la propagation du virus chez les consommateurs de drogues injectables, les professionnel(le)s du sexe et leur clientèle.

Prévalence du VIH en Inde, par district, 2005



Source : Données de surveillance sentinelle Organisation nationale de lutte contre le SIDA (sites prénatals) (2005).

Figure 6

Inde

Le deuxième pays le plus peuplé du monde, l'**Inde**, connaît une épidémie de VIH très diversifiée qui semble se stabiliser – voire décliner – dans certaines régions, tout en progressant modérément dans d'autres. Le pays comptait en 2005 environ 5,7 millions de personnes séropositives [3,4 millions–9,4 millions] dont 5,2 millions d'adultes âgés de 15 à 49 ans.

Comme en Chine, la majorité des infections à VIH en Inde semblent survenir dans un petit nombre de régions. En Inde, deux tiers environ des infections enregistrées l'ont été dans six des 28 Etats du pays – principalement dans le sud et l'ouest industrialisés et dans l'extrémité nord-est. La prévalence du VIH y est en moyenne quatre à cinq fois plus élevée que dans les autres Etats indiens. Les taux de prévalence les plus élevés sont observés dans le corridor Mumbai-Karnataka, la zone de Nagpur dans le Maharashtra, le district de Namakal au Tamil Nadu, la côte de l'Andhra Pradesh et certaines parties du Manipur et du Nagaland (au nord-est de l'Inde)

(Organisation nationale de lutte contre le SIDA, 2005 ; Banque mondiale, 2005). Il est à remarquer que dans le sud du pays, les taux d'infection des populations rurale et urbaine ont tendance à être semblables (Banque mondiale, 2005).

Une analyse récente conduite de 2000 à 2004 dans 216 centres de consultations prénatales et 132 centres de traitement des infections sexuellement transmissibles conclut que la prévalence chez les femmes âgées de 15 à 24 ans dans les Etats du sud a baissé de 1,7% en 2000 à 1,1% en 2004 (Kumar, Jha et al., 2006). Le taux d'infection a également diminué dans le sud chez les hommes âgés de 20 à 29 ans soignés pour des infections sexuellement transmissibles dans les établissements de soins (on ne note pas de déclin de ce type dans les Etats du nord). Les auteurs attribuent cette tendance à un usage accru du préservatif par les professionnels du sexe (hommes et femmes) dans l'Inde du sud, qui aurait freiné la transmission du virus (Kumar et al., 2006). Cependant une analyse plus poussée conduit à penser que la baisse apparente de la prévalence du

VIH dans le sud est principalement due à une chute de la prévalence dans le Tamil Nadu (John, 2006). D'autres chercheurs affirment qu'il n'y a pas de données suffisantes pour attribuer à un changement de comportement la baisse de la prévalence du VIH dans le sud (Hallett et Garnett, 2006).

La majorité des infections à VIH en Inde est due aux rapports hétérosexuels non protégés (Organisation nationale de lutte contre le SIDA, 2005a). De ce fait, les femmes constituent une part croissante de la population qui vit avec le VIH (environ 38% en 2005) particulièrement en milieu rural. Des taux de prévalence du VIH dépassant 1% ont été observés chez les femmes enceintes en Andhra Pradesh, au Maharashtra et au Karnataka (Organisation nationale de lutte contre le SIDA, 2004). En 2004, on a noté une prévalence moyenne de 1,6% chez les femmes enceintes au Karnataka, où la cause principale des décès était le SIDA dans certains districts du nord ; dans plusieurs sous-districts ruraux, la prévalence varie de 1,1% à 6,4% chez les adultes, ce qui montre bien le caractère très diversifié de l'épidémie (Moses et al., 2006).

Il semble qu'une forte proportion des femmes séropositives aient été infectées par leur partenaire régulier, lui-même contaminé lors de rapports rémunérés (Lancet, 2006). A Mumbai et à Pune (au Maharashtra), par exemple, où l'on a observé que 54% et 49% respectivement des professionnel(le)s du sexe présentaient une infection à VIH (Organisation nationale de lutte contre le SIDA, 2005b), la probabilité est forte de voir l'infection transmise à leurs clients et autres partenaires. Dans les Etats du sud où la prévalence est la plus élevée, la plupart des transmissions du VIH semblent s'être opérées entre professionnel(le)s du sexe et leur clientèle ainsi qu'avec leurs autres partenaires sexuels (Kumar et al., 2005). Au Karnataka, par exemple, près du quart (23%) des 1100 professionnelles du sexe ayant participé à une étude récente étaient séropositives ; chez les femmes travaillant en maison de passe, ce taux était de 47% (Ramesh et al., 2006).

L'Inde mène des efforts de prévention auprès des professionnel(le)s du sexe. Cependant la législation en matière de commerce du sexe est complexe et constitue souvent un obstacle aux efforts de prévention et de traitement du VIH (Dandona et al., 2006). De plus, ces interventions visent la plupart du temps ceux et celles qui travaillent dans des maisons spécialisées et qui ne représentent qu'une minorité. Certains programmes de prévention gérés par des professionnel(le)s du sexe – à Sonagachi, Kolkatta, par exemple – ont encouragé des pratiques de protection et ont permis une baisse de la prévalence du VIH (Kumar, 1998 ;

Jana et al., 1998). Fortes de cette expérience, des organisations de professionnel(le)s du sexe ont étendu leur programme de prévention de base à tout l'Etat du Bengale occidental et celui-ci atteint aujourd'hui quelque 28 000 personnes dans près de 50 zones (Roy et al., 2006). Néanmoins les rapports rémunérés non protégés sont encore chose courante dans d'autres parties de l'Inde. Dans l'Andhra Pradesh, par exemple, dans 13 districts un(e) professionnel(le) du sexe sur quatre n'avait jamais employé de préservatif et un(e) sur deux l'utilisent irrégulièrement ; plus de la moitié des professionnel(le)s du sexe travaillant dans les rues n'avaient jamais ou presque jamais utilisé de préservatif. Il faut noter que celles des femmes qui savaient que l'on peut se protéger de l'infection et qui avaient accès à des préservatifs gratuits étaient nettement plus enclines à recourir régulièrement au préservatif (Dandona et al., (2005).

La consommation de drogues injectables est le principal moteur de l'infection à VIH dans le nord-est du pays (en particulier dans les Etats du Manipur, du Mizoram et du Nagaland) et ailleurs elle prend une part croissante dans les épidémies des grandes villes, y compris Chennai, Mumbai et New Delhi (MAP, 2005a ; Organisation nationale de lutte contre le SIDA, 2005). Les produits injectés comportent des produits pharmaceutiques licites (comme la buprénorphine, la pentazocine et le diazepam) en plus de l'héroïne. A Chennai une étude récente (Srikrishnan et al., 2006) indique que 31% des consommateurs de drogues injectables étaient séropositifs au VIH.

L'utilisation de matériel d'injection de drogues non stérile est le principal facteur de risque d'infection à VIH dans le nord-est de l'Inde (en particulier au Manipur, au Mizoram et au Nagaland), et se retrouve de plus en plus dans les épidémies sévissant dans des villes telles que Chennai, Mumbai et New Delhi.

Les interventions auprès des consommateurs de drogues injectables sont actuellement trop incohérentes, trop irrégulières et de trop faible ampleur pour donner des résultats perceptibles (Basu et Koliwad, 2006). Il faut d'urgence développer le programmes de réduction des risques et les étendre aux régions de l'Inde où l'épidémie de VIH est liée à la consommation de drogues injectables. Si cela n'est pas fait, il y a un risque que la combinaison de l'injection de drogues et du commerce du sexe conduise à des épidémies de VIH plus étendues. Une étude récente parmi les hommes traités pour des infections sexuellement transmissibles dans les

hôpitaux de Mumbai a montré que chez les patients consommateurs de drogues 12% étaient séropositifs, 80% d'entre eux ayant acheté des rapports sexuels récemment (au cours des trois mois écoulés) et 27% ayant eux-mêmes fait commerce de leur corps (Yu et al., 2006). Depuis 2006, plusieurs programmes d'échange d'aiguilles sont en place dans le nord-est, le Bengale occidental et à Delhi mais un seul programme de traitement de substitution a démarré dans l'Etat du Manipur.

On a mené peu de recherches sur le rôle que jouent les rapports sexuels entre hommes dans l'épidémie indienne de VIH. Dans les deux Etats où des données ont été collectées, on a noté une prévalence du VIH de 6,8% et de 9,6% respectivement à Chennai et Mumbai chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (Organisation nationale de lutte contre le SIDA, 2004b). Plus récemment, chez des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et venus se présenter dans des services de conseil et de test VIH volontaires à Mumbai, on a noté une prévalence de 12% et dans 10 cliniques de l'Andhra Pradesh, une prévalence atteignant 18% (Kumta et al., 2006 ; Groupe d'étude VIH/IST Sravankumar, Prabhakar et Mythri, 2006). Ces taux d'infection sont comparables à la prévalence de 16% observée en 2004 dans cet Etat par la surveillance sentinelle chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (Société pour la lutte contre le SIDA en Andhra Pradesh, 2004). Dans certaines régions, une proportion importante des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes pratiquent aussi le commerce du sexe : d'après une vaste étude en Andhra Pradesh, par exemple, un homme sur quatre vendait des rapports sexuels à des hommes (Dandona et al., 2006). Dans cette catégorie de population les connaissances en matière de VIH sont bien minces ; en effet, à Bangalore par exemple, chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, trois sur quatre ne savaient pas comment se transmet le virus et une forte proportion ne se protégeaient pas lors de ces rapports (Anthony et al., 2006).

L'étendue et le degré d'efficacité des efforts accomplis par l'Inde pour accroître la protection des rapports sexuels chez les professionnel(le)s du sexe et chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (et chez leurs autres partenaires sexuels) seront déterminants dans l'évolution de l'épidémie de VIH dans ce pays (Kang et al., 2005). Dans les Etats du nord-est et ailleurs dans les grandes villes, des programmes de réduction des risques sont tout aussi vitaux. Et parmi toutes les actions à mener, il faut faire plus contre la stigmatisation – qui demeure omniprésente dans toutes les couches de la société indienne y compris chez le

personnel de santé (Mahendra et al., 2006) et contre les disparités selon le sexe et autres inégalités qui minent dans ce pays les efforts de prévention et de traitement (Lancet, 2006).

C'est encore en Asie du Sud-Est que l'on trouve au niveau national les niveaux d'infection à VIH les plus élevés de tout le continent. Dans la plupart des pays, c'est une combinaison de commerce sexuel non protégé, de rapports sexuels entre hommes et de consommation de drogues injectables qui alimente l'épidémie.

Au **Viet Nam**, l'épidémie continue de croître ; on trouve le virus dans chacune des 64 provinces et dans toutes les villes. Le nombre de personnes vivant avec le VIH a doublé depuis 2000 et on l'estimait à 260 000 [150 000–430 000] en 2005. On compte environ 40 000 nouvelles infections à VIH chaque année (Ministère de la Santé du Viet Nam, 2005) en majorité chez des consommateurs de drogues injectables, les professionnel(le)s du sexe et leur clientèle.

L'emploi de matériel d'injection non stérile est très fréquent au Viet Nam ; selon une étude récente (Longfield, Zhiyong et al., 2006) un consommateur de drogue sur cinq avait utilisé un tel matériel dans les trois mois précédents. Le taux d'infection à VIH chez les consommateurs de drogues injectables est en conséquence passé de 9% en 1996 à plus de 30% en 2003 (Ministère de la Santé du Viet Nam, 2005 ; Hien et al., 2004) et a même atteint 63% à Hanoï et 67% à Haiphong en 2005 (Pham, del Rio et al., 2006 ; Luu Thi Minh, Tran Nhu et al., 2006a).

Les niveaux d'infection à VIH les plus élevés continuent d'être observés en Asie du Sud-Est, où les combinaisons de rapports sexuels tarifés non protégés et de rapports sexuels entre hommes, de même que la consommation de drogues injectables sans respect de l'hygiène, alimentent les épidémies.

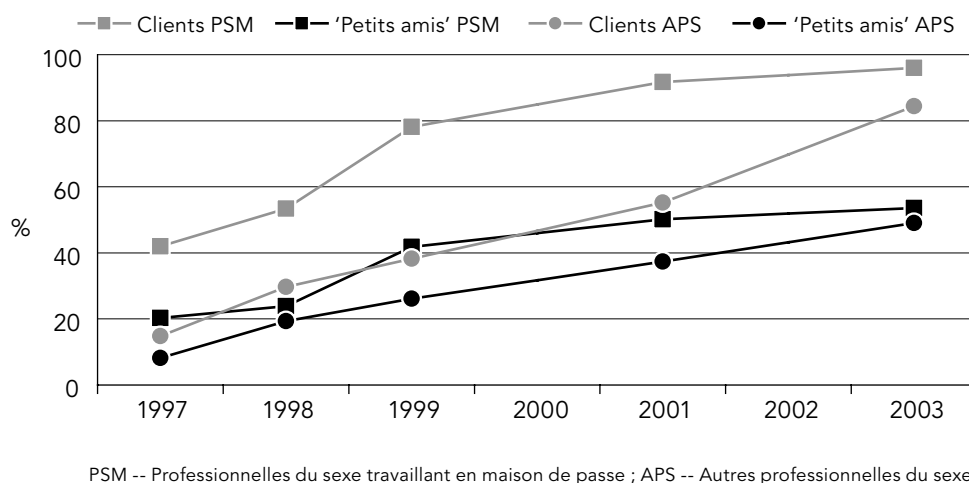
Il y a manifestement un chevauchement important entre risques liés aux rapports sexuels et consommation de drogues injectables dans plusieurs grandes villes vietnamiennes. Une forte proportion d'hommes consommateurs de drogues injectables ont des rapports sexuels non protégés, y compris des rapports rétribués – 40% dans la province de Bac Ninh dans le nord du pays, par exemple (Schumacher et al., 2006). L'observation de la même combinaison de drogues et de commerce du sexe chez les jeunes hommes migrants (16–26 ans) à Hanoï confirme la nécessité de programmes de prévention qui s'adressent aussi bien au risque

d'ordre sexuel qu'au risque lié à la drogue parmi les migrants (Giang et al., 2006). Par ailleurs un pourcentage significatif des professionnelles du sexe sont également consommatrices de drogues. Dans la capitale Hanoï, par exemple, dans le cadre d'une étude sur les professionnelles du sexe, il s'est avéré que 21% (pour celles issues de la classe moyenne) et 39% (pour celles issues des classes plus pauvres) consommaient des drogues injectables ; beaucoup d'entre elles avaient un 'petit ami' et des clients eux aussi consommateurs de drogues (Tran, Detels et al., 2005). Seules 5% de ces femmes disaient employer un préservatif avec leur partenaire habituel (Tran, Detels et al., 2005). Les résultats de ce cumul de risques peuvent être dramatiques. A Haiphong (la plus grande ville portuaire du pays) les taux d'infection à VIH chez les professionnelles du sexe étaient plus de deux fois plus élevés que chez leurs homologues de Hô-Chi-Minh-Ville en 2004 (30% contre 12%). Cette différence viendrait du pourcentage de professionnel(le)s du sexe consommant également des drogues injectables, pourcentage plus élevé à Haiphong (29%) qu'à Hô-Chi-Minh-Ville (12%) (Luu Thi Minh, Tran Nhu et al, 2006b).

professionnel(le)s du sexe et 18% des partenaires sexuels des consommateurs de drogues se sont avérés infectés par le VIH et dans certains endroits la prévalence chez les femmes enceintes fréquentant les consultations prénatales a passé le cap des 1% (Hammet et al., 2006).

Les stratégies visant à réduire le VIH chez les professionnelles du sexe doivent lutter contre la stigmatisation, décourager le partage du matériel d'injection, promouvoir dépistage et conseil volontaires et produire des préservatifs plus attrayants (Tran, Detels et al., 2005). Le succès dépendra aussi d'une politique plus audacieuse et d'un environnement institutionnel plus propice. Il faut en particulier mieux harmoniser les politiques relatives au VIH et le contexte juridique et politique. Accroître la connaissance du VIH et la prise de conscience est une autre nécessité. Moins de la moitié des jeunes ont une connaissance satisfaisante des dangers du virus (Institut national d'Hygiène et d'Epidémiologie et ORC Macro, 2006).

Recours au préservatif chez les professionnelles du sexe travaillant en maison de passe (PSM) et chez les autres professionnelles du sexe (APS) avec leurs clients (C) et avec leurs 'petits amis', Cambodge, 1997-2003



Source : Centre national pour le VIH/SIDA, la dermatologie et les IST, 2004.

Figure 7

La rapidité de l'évolution de l'épidémie du Viet Nam est particulièrement perceptible dans la province de Lang Son le long de la frontière avec la Chine. A la suite d'un projet de prévention destiné aux personnes consommant des drogues injectables, l'incidence du VIH parmi elles a chuté d'un tiers et la prévalence est restée stable ou a baissé selon les zones. Il n'en reste pas moins que jusqu'à 12% des

Les tendances actuelles indiquent donc que le moteur de l'épidémie du Viet Nam réside en une conjugaison de rapports sexuels non protégés et de mauvaises conditions d'injection de drogues – c'est contre ces facteurs qu'il faut centrer des efforts de prévention renforcés. Les comportements sont susceptibles de changer avec le temps – surtout dans des pays qui connaissent une profonde évolution sociale et économique.

Au **Cambodge**, l'épidémie semble se stabiliser, ayant décliné depuis la fin des années 1990. Il est certain que les efforts accomplis par les organisations gouvernementales et non gouvernementales en vue de modifier les comportements ont été fructueux, en particulier en ce qui concerne l'industrie du sexe. En 2003, 96% des professionnel(le)s du sexe travaillant dans des maisons de passe dans cinq villes (Phnom Penh, Battambang, Sihanoukville, Siem Reap, Kampong Cham) disaient utiliser régulièrement un préservatif avec leurs clients alors qu'ils n'étaient que 53% dans ce cas en 1997 (Gorbach et al., 2006). Les clients masculins des professionnel(le)s du sexe signalent eux aussi un taux élevé d'emploi du préservatif lors de rapports sexuels rémunérés – 85% et plus selon le groupe (Sopheab et al., 2006). La prévalence du VIH chez les professionnel(le)s du sexe travaillant en maison de passe a baissé de 43% en 1995 à 21% en 2003 (Centre national pour le VIH/SIDA, la dermatologie et les IST, 2004). Chez les autres professionnel(le)s du sexe, l'emploi du préservatif a également progressé, passant de 30% en 1997 à 84% en 2003 (Gorbach et al., 2006), tandis que la prévalence du VIH passait de 20% en 1998 à 15% en 2002 (Lengh et al., 2004).

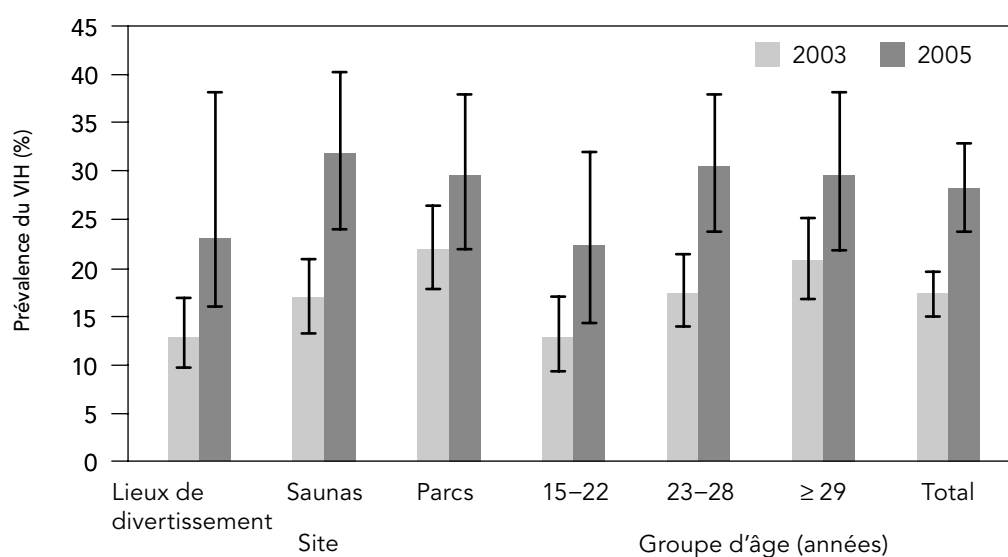
Poursuivre dans la même voie demandera des efforts soutenus. L'industrie du sexe au Cambodge est en expansion, avec un nombre accru de femmes

travaillant en dehors des bordels – où les efforts de prévention ont en général le plus d'efficacité (Gorbach et al., 2006) et restant plus longtemps dans le métier. Ce dernier point pourrait signifier que des professionnel(le)s du sexe plus âgé(e)s renoncent à recourir au préservatif, afin de maintenir leur compétitivité face à des collègues plus jeunes sur un marché difficile.

La prévalence du VIH chez les femmes enceintes fréquentant les consultations prénatales n'a cependant guère changé entre 1997 et 2003, passant de 2,3% à 2,1% (Phal et al., 2006). Cela signifie que bon nombre de femmes sont encore nouvellement infectées, vraisemblablement par un époux ou un compagnon qui lui-même a été contaminé lors de rapports rémunérés (Centre national pour le VIH/SIDA, la dermatologie et les IST, 2004 ; Gorbach et al., 2000). Les femmes représentaient presque la moitié (47%) des personnes vivant avec le VIH au Cambodge en 2003 alors qu'elles n'en représentaient qu'un peu plus du tiers (37%) en 1998. Un fort pourcentage (41%) de femmes mariées disent effectivement craindre d'être contaminées par leur mari. (Sopheab et al., 2006).

On dispose de peu de données sur l'évolution du VIH en ce qui concerne les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Une étude auprès de cette population à Phnom Penh en 2000

Prévalence du VIH parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes*, par site de recrutement et par groupe d'âge – Bangkok, Thaïlande, 2003 et 2005



*Hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes mais ne sont pas recrutés sur les sites où se rencontrent les professionnels masculins du sexe ou les personnes transgenre.

Source : Van Griensven F, MMWR, 2006.

Figure 8

y a noté une prévalence du VIH de 15% tandis qu'une étude plus récente situe cette prévalence à 8,9% (Phalkun et al., 2006). Dans les villes de province de Battambang et de Siem Reap, la prévalence du VIH était très faible, à 0,8%. Néanmoins, l'emploi du préservatif y est rare ; seuls 16% des hommes disent l'utiliser régulièrement lors de pénétrations anales (alors que ce taux atteint 54% dans la capitale). Parmi les hommes engagés dans le commerce du sexe, seuls 18% emploient régulièrement un préservatif (Phalkun et al., 2006). Etant donné cette évolution des comportements, il est fort probable que le VIH, une fois installé dans ces réseaux, se propage rapidement dans des villes comme Battambang et Siem Reap.

Dans la **Thaïlande** voisine, on estime à 580 000 [330 000 – 920 000] le nombre d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH à fin 2005 (ONUSIDA, 2006). Le nombre de nouvelles infections à VIH continue de chuter – les estimations pour 2005 se situent à 18 000, soit 10% de moins qu'en 2004. Une forte proportion des nouvelles infections surviennent néanmoins chez des personnes tenues pour faiblement exposées au risque (Gouws et al., 2006). Un tiers environ des nouvelles infections en 2005 touchent des femmes mariées sans doute contaminées par leur époux, selon le Ministère de la Santé thaïlandais. Le gouvernement encourage désormais les couples mariés à effectuer régulièrement un test du VIH et à utiliser plus souvent un préservatif. Certaines évolutions sociales peuvent également accroître le risque d'infection à VIH. Les rapports sexuels avant le mariage, par exemple, ne sont plus exceptionnels chez les jeunes Thaïlandais et pourtant seule une minorité des jeunes sexuellement actifs utilisent régulièrement un préservatif (Pumpanich et al., 2004).

Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sont par ailleurs toujours très exposés à l'infection par le VIH. A Bangkok, la prévalence du VIH dans cette catégorie de population s'est fortement accrue, passant de 17% en 2003 à 28% en 2005. Chez les jeunes de 22 ans ou moins, elle est passée dans la même période de 13% à 22% ce qui indique une forte incidence sous-jacente du VIH. Les taux d'infection étaient de 15% à Chiang Mai et de 5,5% à Phuket. Chez les hommes professionnels du sexe, la prévalence du VIH allait de 11% à Chiang Mai, et 14% à Phuket jusqu'à 19% à Bangkok – ce qui montre qu'ils sont peu nombreux à utiliser régulièrement le préservatif dans leur activité sexuelle professionnelle. L'ignorance dans laquelle sont beaucoup d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes de leur statut sérologique constitue un autre signe alarmant. Plus de 80% des hommes qui se sont

avérés séropositifs n'avaient jamais effectué de test auparavant ou étaient convaincus d'être séronégatifs (Van Griensven et al., 2006). En outre environ un cinquième des nouvelles infections en Thaïlande s'observent chez des hommes ayant des rapports sexuels non protégés avec des hommes (Gouws et al., 2006). Il est urgent de mettre en place pour cette catégorie de population des programmes qui réduisent les comportements sexuels à risque ainsi que des campagnes de promotion en faveur de tests et de conseil plus fréquents.

En Thaïlande, une proportion élevée des nouvelles infections à VIH touchent des personnes considérées comme étant peu exposées au risque de contracter le virus : en 2005, un tiers environ des nouvelles infections ont été observées chez des femmes mariées qui avaient probablement été infectées par leur conjoint.

Il est difficile d'avoir des certitudes quant aux taux d'infection à VIH chez les professionnelles du sexe. Certaines recherches indiquent chez elles des taux relativement faibles. Ainsi la surveillance sentinelle nationale du VIH indique pour 2005 une prévalence de 7,7% chez celles qui travaillent en maison de passe et de 4,2% chez les autres (Plipat et Teeraratkul, 2006). D'autres recherches ont relevé une tendance nouvelle à l'usage irrégulier du préservatif chez les professionnelles du sexe qui, à Bangkok, Chang Mai et Mae Hong Son disent utiliser un préservatif avec un peu plus de la moitié de leurs clients. De même, lors d'une enquête dans le nord du pays, moins d'un tiers des jeunes hommes ont dit utiliser régulièrement un préservatif lors de leurs rapports avec des professionnel(le)s du sexe (Buckingham et al., 2005).

L'injection de drogues reste un facteur de risque d'infection dans l'épidémie très diversifiée de la Thaïlande. On estime à 45% le nombre de consommateurs de drogues injectables en traitement dans des dispensaires qui ont présenté un test positif au VIH (Punpanich et al., 2004), entre 3% et 10% celui des consommateurs de drogues injectables qui sont nouvellement infectés chaque année (Kawichai et al., 2006). Cela est dû dans une forte proportion (environ 35% selon une étude récente) à l'emploi de matériel d'injection non stérile (Longfield et al., 2006).

La Thaïlande doit renforcer ses campagnes pour des rapports sexuels protégés et veiller à ce que ses programmes nationaux de prévention touchent plus effectivement les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les consommateurs de drogues injectables. Il conviendra tout d'abord d'accroître la surveillance du VIH dans ces groupes.

Le nombre de provinces signalant les infections à VIH chez les hommes traités pour des infections sexuellement transmissibles et les consommateurs de drogues injectables traités par la méthadone aurait diminué de plus de 50% au cours des cinq dernières années (Iamsirithaworn et Detels, 2006). Il y a en outre nettement urgence à élargir des programmes de proximité qui puissent offrir aux consommateurs de drogues injectables toute une gamme de services visant la réduction des risques (Kawichai et al., 2006), tout en multipliant partout dans le pays les opportunités de test et de conseil volontaires et en facilitant l'accès.

Au **Myanmar** voisin, il y a quelques signes précurseurs d'un déclin de l'épidémie (Wiwat, Brown, Calleja-Garua, 2005). Les niveaux de l'infection à VIH ont diminué parmi les femmes enceintes – de 2,2% en 2000 à 1,3% en 2005 (Programme national SIDA du Myanmar, 2005) et parmi les hommes qui demandent un traitement pour d'autres infections sexuellement transmissibles – de 8% en 2001 à 4% en 2005 (Programme national SIDA du Myanmar, 2005). Le pays souffre néanmoins d'une grave épidémie : on estime à environ 360 000 [200 000 – 570 000] le nombre de personnes vivant avec le VIH à fin 2005, et une prévalence chez l'adulte pour le pays d'environ 1,3%. Une prévalence du VIH de 2,2% chez les jeunes (15 à 24 ans) en 2005 constitue un grave sujet de préoccupation (Programme national SIDA du Myanmar, 2005). Il en va de même pour les taux élevés d'infection à VIH rencontrés parmi les groupes les plus à risque, notamment les professionnel(le)s du sexe et les consommateurs de drogues injectables. Environ 43% de ces derniers et près du tiers (32%) des professionnel(le)s du sexe du pays entier vivaient avec le VIH en 2005 – ces pourcentages ont peu changé depuis 2000 (Programme national SIDA du Myanmar, 2005). Une étude dans les communautés rurales et urbaines de sept districts a montré que 16% seulement des jeunes de 15 à 24 ans étaient sexuellement actifs et parmi les jeunes hommes, seuls 3% ont signalé avoir eu des rapports sexuels avec des professionnel(le)s du sexe au cours de l'année écoulée. Dans leurs rapports avec cette dernière catégorie, 60% des hommes plus jeunes et 50% des hommes plus âgés ont déclaré avoir eu recours au préservatif (Thwe, 2005). Les organisations non gouvernementales, avec le soutien informel des autorités, ont entre-temps mis en place des programmes pilotes destinés à fournir des services de prévention contre le VIH aux consommateurs de drogues injectables. On estime que plus de 11 000 parmi ces derniers ont pu profiter de ces efforts en 2005 (Programme national SIDA du Myanmar, 2005).

Au **Pakistan**, des niveaux élevés d'infection à VIH chez les consommateurs de drogues injectables pourraient se retrouver dans d'autres populations, y compris chez les hommes et les femmes professionnels du sexe. A Larkana, 8% des consommateurs de drogues injectables étaient infectés par le VIH en 2005 (Abbasi, 2006), et ce pourcentage était de 6% à Faisalabad, Lahore, Sargodha et Sialkot où une majorité d'entre eux étaient soit mariés soit sexuellement actifs (Nai Zindagi, 2006). A Karachi, 26% des consommateurs de drogues injectables ayant participé à une enquête se sont avérés séropositifs au VIH (Emmanuel, Archibald, Altaf, 2006). La majorité des consommateurs de drogues infectés ont en commun un facteur de risque : ils utilisent un matériel d'injection non stérile. Les éléments les plus rudimentaires de réduction des risques sont absents. Ainsi la moitié seulement des consommateurs de drogues injectables ayant pris part à une étude conduite à Karachi et à Rawalpindi, par exemple, savaient que le virus pouvait se transmettre au moyen d'aiguilles non stériles – ils étaient tout aussi nombreux à déclarer qu'ils avaient utilisé un matériel de ce type au cours du mois précédent (Abbas, 2006).

Le taux de recours au préservatif lors de rencontres sexuelles rémunérées est toujours bas. A Karachi et à Rawalpindi, moins d'une professionnelle du sexe sur cinq et moins d'un sur 20 parmi leurs homologues masculins disent l'avoir utilisé régulièrement au cours du mois précédent (Abbas, 2006). Lors d'une étude antérieure à Karachi, un quart des professionnel(le)s du sexe ne savaient pas reconnaître un préservatif (Ministère de la Santé du Pakistan, DfID, Family Health International, 2005). Une enquête de 2005 a en outre confirmé que la transmission du VIH s'opérait au sein des réseaux sexuels des professionnels du sexe masculins et des eunuques (*hijras*) à Karachi. Lors de cette étude 7% des professionnels du sexe masculins et 2% des *hijras* étaient séropositifs (Altaf et al., 2006). Une autre étude à Karachi a montré que 4% des professionnels du sexe masculins et 2% des *hijras* étaient séropositifs. Des niveaux très élevés d'autres infections sexuellement transmissibles font penser que les comportements sexuels à risque sont fréquents. Selon cette dernière étude, 23% des professionnels du sexe masculins avaient la syphilis, 36% une gonorrhée et parmi les *hijras*, 62% avaient la syphilis et 29% une gonorrhée. Seuls 4% des professionnels du sexe masculins et moins de 1% des *hijras* disaient avoir utilisé un préservatif lors de leurs derniers rapports sexuels avec un homme. Il faut encore noter qu'un professionnel du sexe sur quatre a déclaré avoir également eu des rapports sexuels, rémunérés ou non, avec des femmes (Ministère de la Santé du Pakistan, DfID, Family Health

International, 2005). Il faut veiller à limiter ces comportements sexuels à risque si l'on veut éviter que le virus ne se propage au sein et en dehors de ces réseaux sexuels.

Il est prouvé que le VIH est désormais présent dans l'**Afghanistan** voisin où la situation est propice à sa propagation rapide. L'épidémie émergente de l'Afghanistan dépend vraisemblablement de la combinaison entre consommation de drogues injectables et commerce du sexe sans protection. A Kaboul, selon une étude récente, 4% des consommateurs de drogues injectables sont séropositifs. Environ un tiers (31%) des participants interrogés au cours de cette étude ont déclaré avoir utilisé un matériel d'injection non stérile. Plus de la moitié (54%) avaient connu la prison et un tiers s'étaient injecté des drogues en détention. De fortes proportions de ces consommateurs de drogues injectables (tous des hommes) avaient aussi d'autres comportements à risque : un tiers (32%) avaient des rapports sexuels avec des hommes ou de jeunes garçons et plus des deux tiers (69%) avaient des rapports rémunérés (Todd et al., 2006a). A tout le moins, il faut accroître rapidement le niveau des connaissances en matière de VIH. La moitié environ seulement des consommateurs de drogues injectables savaient que l'usage de seringues non stériles comporte un grand risque de transmission du VIH ou que le préservatif peut empêcher cette transmission (Todd et al., 2006b).

Des flambées de VIH sont observées au sein des populations les plus exposées en Afghanistan et au Pakistan, où des comportements risqués largement répandus laissent le champ libre à une croissance future de l'épidémie de VIH.

Les hauts niveaux d'infection observés chez les consommateurs de drogues injectables en Indonésie – on estime qu'il y en a entre 145 000 et 170 000 (Pisani, 2006) annoncent peut-être des flambées plus importantes de VIH dans le pays. Quelque 170 000 adultes [100 000–290 000] vivaient avec le VIH dans le pays en 2005 (ONUSIDA, 2006). Jusqu'en 1998 aucune infection à VIH n'avait été détectée chez les consommateurs de drogues injectables en traitement à Djakarta, la capitale (Pisani, 2006), mais dès 2002, plus de 40% des consommateurs de drogues injectables suivis dans les centres de réhabilitation à Djakarta étaient séropositifs et des taux plus élevés encore ont été par la suite signalés à Pontianak, dans l'île de Bornéo (Riono et Jazant, 2004 ; MAP, 2005a). Des données plus récentes indiquent qu'à Java Ouest 13% des consommateurs de drogues

injectables sont séropositifs (Ministère de la Santé de l'Indonésie, 2006).

Les recherches montrent que la majorité des consommateurs de drogues injectables déclarent des pratiques à haut risque, notamment l'usage de matériel non stérile et un grand nombre de rapports sexuels non protégés, souvent avec de nombreux partenaires (Pisani et al., 2003). A Denpasar, Medan, Bandung et Djakarta, entre 21% et 32% de cette catégorie de population disent toujours employer des aiguilles non stériles. Le recours au préservatif est rare : seuls entre 14% et 27% des consommateurs de drogues injectables à Medan, Djakarta et Denpasar disent en avoir utilisé lors de leur plus récent rapport sexuel (Statistiques d'Indonésie et Ministère de la Santé de l'Indonésie, 2006). Les comportements à risque sont également chose courante dans les prisons d'Indonésie où l'on a observé chez les détenus une prévalence du VIH de 13% dans la province de Java Ouest, de 18% à Djakarta et de 36% à Banten (Ministère de la Santé de l'Indonésie, 2006).

Comme dans plusieurs autres épidémies d'Asie, il y a chevauchement entre l'injection de drogues et les réseaux sexuels. Entre un quart (Djakarta, Medan et Bandung) et presque la moitié (Surabaya) des consommateurs de drogues injectables ont eu, au cours de l'année écoulée, des rapports sexuels rémunérés non protégés (Statistiques d'Indonésie et Ministère de la Santé de l'Indonésie, 2006). S'il n'y a pas d'interventions de prévention, ce cumul de risques pourrait accélérer la propagation plus large et plus rapide du virus. Dans certaines régions du pays, un pourcentage substantiel des professionnel(le)s du sexe sont infecté(e)s par le VIH : 6% à Yogyakarta et Riau, 7% à Jambi et 8% dans la province de Java Ouest (Statistiques d'Indonésie et Ministère de la Santé de l'Indonésie, 2006). Il est vrai que l'usage du préservatif dans le commerce du sexe pourrait être en train de progresser en certains endroits. Environ 60% des professionnel(le)s du sexe, objet d'une étude dans 16 villes en 2005, ont dit avoir utilisé un préservatif avec leur client le plus récent (Statistiques d'Indonésie et Ministère de la Santé de l'Indonésie, 2006). Par ailleurs, à Djakarta trois quarts des professionnel(le)s du sexe travaillant en salon de massage ou en club et 85% de ceux et celles qui opèrent dans la rue disaient n'avoir utilisé de préservatif avec aucun de leurs clients de la semaine précédente (MAP, 2005b).

Dans la province de Papua, à l'extrémité ouest de ce long archipel, le VIH est désormais bien établi dans la population générale. Dans plusieurs villages, on a trouvé que presque 1% de la population vivait avec

le VIH (MAP, 2004). La consommation de drogues injectables n'est pas répandue dans la région et le principal moteur de cette épidémie localisée semble être les rapports rémunérés non protégés – dans une culture où entre 10% et 15% des jeunes hommes de 15 à 24 ans paient leurs rapports sexuels. A la fin des années 1990 la prévalence du VIH chez les professionnel(le)s du sexe se situait autour de 1% et 2% dans la plupart des zones urbaines. En 2004 cependant, la prévalence avait atteint 9% à Timika, 14% à Nabire, 15% à Merauke et 16% à Sarong (Commission nationale SIDA de l'Indonésie, 2006).

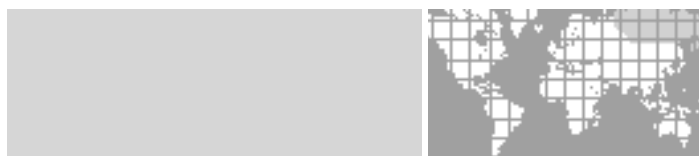
On estime qu'en **Malaisie** 69 000 personnes [33 000 – 220 000] vivaient avec le VIH en 2005. Le facteur de risque d'infection à VIH le plus courant y est l'usage d'un matériel d'injection contaminé, cause de trois infections sur quatre en 2002, le plus souvent chez des hommes âgés de 20 à 40 ans (ONUSIDA, 2006). La prévalence du VIH chez les femmes enceintes fréquentant les consultations prénatales est restée relativement faible (0,04% en 2002). Des taux d'infection de 41% et de 31% ont été observés chez des consommateurs de drogues injectables respectivement dans les provinces de Kelantan et de Terengganu (Ministère de la Santé de Malaisie et OMS, 2004). Plus récemment, un consommateur d'héroïne sur cinq (19%) sous traitement à Muar était séropositif (Chawarski et al., 2006).

Les données mises à jour sur la Malaisie sont limitées ; les informations disponibles indiquent qu'une proportion modeste mais croissante des nouvelles infections à VIH (17% en 2002 et 7% sept ans auparavant) est due aux comportements sexuels à risque, pour beaucoup entre anciens ou actuels consommateurs de drogues injectables, leurs partenaires sexuels et les professionnel(le)s du sexe (Ministère de la Santé de Malaisie et OMS 2004 ; Huang et Hussein, 2004). Les autorités de Malaisie, comme celles d'autres pays du sud-est asiatique, ont tenté de riposter en sévissant contre les consommateurs de drogues, dont presque 39 000 ont été arrêtés dans la seule année 2004, pour la plupart des consommateurs d'héroïne (Agence nationale contre la drogue, 2005). Il n'est pas évident de savoir quel effet, si effet il y a, ces efforts et/ou une plus grande inquiétude à propos du VIH ont eu sur la tendance à consommer de la drogue. Il faut aussi noter toutefois que l'étude menée à Muar (voir ci-dessus) a montré qu'un pourcentage important de consommateurs de drogues injectables ont choisi de fumer l'héroïne plutôt que de l'injecter ou ont cessé d'employer des aiguilles non stériles (Chawarski et al., 2006). Dans le même temps les traitements d'entretien à la buprénorphine et à la méthadone sont devenus plus largement disponibles dans le secteur privé et sont en cours d'évaluation en vue

de leur usage dans les consultations VIH du secteur public (Chawarski et al., 2006). Une meilleure coordination de la prévention du VIH (qui relève de la compétence du Ministère de la Santé) et des efforts de réhabilitation et de traitement (qui dépendent du Ministère des Affaires intérieures) améliorerait la situation (Chawarski et al., 2006).

Aux **Philippines**, où le VIH se transmet principalement lors de rapports sexuels non protégés (Centre national d'Epidémiologie, 2006), la prévalence reste bien en dessous de 0,1% (ONUSIDA, 2006). Environ un tiers des nouvelles infections diagnostiquées depuis 1984 l'ont été chez des travailleurs philippins expatriés, principalement des marins et des employés de maison (Centre national d'Epidémiologie, 2006). Des efforts pour dépister et traiter les infections sexuellement transmissibles chez les professionnel(le)s du sexe, ainsi que d'autres initiatives de prévention lancées dès le début des années 1990 ont sans doute contribué à limiter la propagation du virus lors des rapports sexuels rémunérés (Mateo et al., 2003). Selon les résultats successifs de la surveillance sentinelle depuis 2002, moins de 1% des professionnel(le)s du sexe présenteraient une séropositivité (Département de la Santé des Philippines, 2005). On n'a pas encore observé non plus de prévalence supérieure à 1% chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (Département de la Santé des Philippines, 2005) mais il n'est pas sûr qu'il en aille toujours ainsi. L'emploi du préservatif n'est pas la norme lors de rapports sexuels rémunérés – lors d'une enquête en 2002, 6% seulement des professionnel(le)s du sexe ont déclaré avoir utilisé un préservatif avec tous leur clients de la semaine précédente (MAP, 2005b) et l'usage de matériel d'injection non stérile est encore une pratique courante chez les consommateurs de drogues injectables dans certaines zones, la ville de Cebu, par exemple (Wi et al., 2002 ; Mateo et al., 2004 ; Département de la Santé des Philippines, 2003). Dans de telles conditions, l'apparente sérénité des jeunes Philippines face à l'épidémie (trois jeunes sur cinq dans le groupe d'âge de 14 à 20 ans estiment ne pas pouvoir être contaminés) est préoccupante.

On estime à environ 17 000 [10 000 – 29 000] le nombre d'adultes et d'enfants qui vivaient avec le VIH au **Japon** en 2005. Un nombre croissant de nouvelles infections a été détecté chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Ces derniers représentent 60% des diagnostics de VIH annuels (Shimada et al., 2006). On a enregistré quelque 780 nouvelles infections en 2004, soit 140 de plus que l'année précédente et plus du double du nombre enregistré au milieu des années 1990 (Nemoto, 2004).



EUROPE ORIENTALE ET ASIE CENTRALE

Le nombre de personnes vivant avec le VIH en Europe orientale et en Asie centrale a augmenté en 2006, comme en 2005. On estime que 270 000 personnes [170 000-820 000] ont contracté une infection à VIH en 2006, portant à 1,7 million [1,2 million-2,6 millions] le nombre de personnes vivant avec le VIH, soit une multiplication par 20 en moins d'une décennie. Si le taux des nouvelles infections à VIH semble stable par rapport aux importantes augmentations observées en 2001, une hausse du nombre des nouveaux cas de VIH a été notifiée en 2005, ce qui n'avait plus été le cas au cours des deux années précédentes (EuroHIV, 2006a).⁵

Près d'un tiers des nouvelles infections à VIH diagnostiquées dans cette région se sont produites chez des personnes de 15 à 24 ans. La majorité des jeunes qui vivent avec le VIH se trouvent dans deux pays, la **Fédération de Russie** et l'**Ukraine** qui comptent à elles deux 90% environ de toutes les personnes vivant avec le VIH dans cette région (EuroHIV, 2006a).

Au fur et à mesure de l'évolution de l'épidémie, le nombre de personnes qui contractent des maladies liées au VIH et qui décèdent s'accroît. L'extension de l'accès à la thérapie antirétrovirale a été lente. Au milieu de 2006, moins de 24 000 personnes bénéficiaient d'un traitement antirétroviral – soit 13% des quelque 190 000 personnes qui ont besoin de ce traitement (OMS/ONUSIDA, 2006). Les personnes qui utilisent du matériel non stérile pour s'injecter des drogues restent particulièrement en marge des efforts déployés pour étendre la thérapie antirétrovirale. Bien qu'ils représentent plus de deux tiers des cas de VIH dans la région, ils ne constituent qu'environ un quart des personnes bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale (OMS/ONUSIDA, 2006). En raison de cette insuffisance de la couver-

ture des traitements et de la prise en charge, le nombre des décès dus au SIDA en Europe orientale et en Asie centrale a passé à 84 000 [58 000-120 000] en 2006.

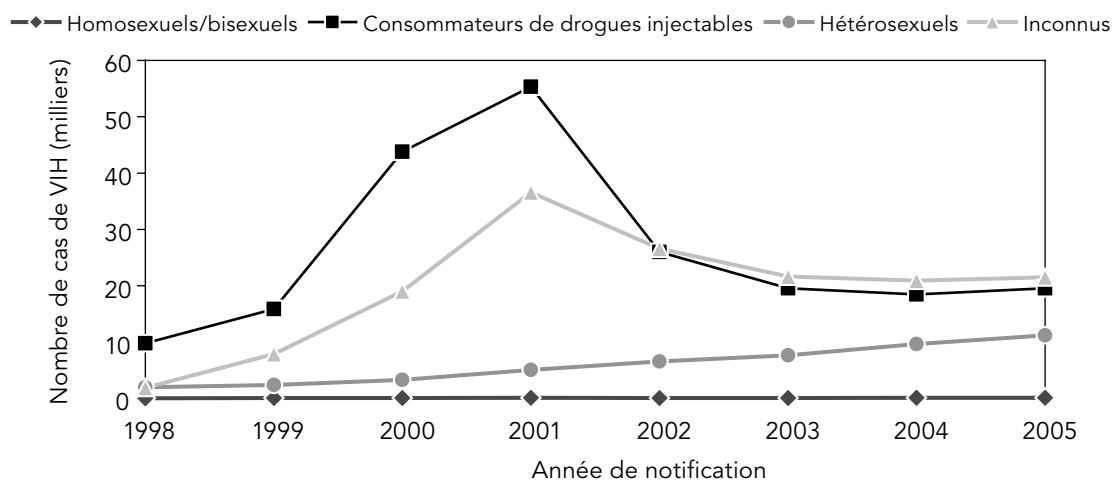
Dans l'ensemble de l'Europe orientale, l'utilisation de matériel d'injection non stérile reste le principal mode de transmission du VIH. En 2005, près de deux tiers (63%) des cas de VIH notifiés, pour lesquels le mode de transmission était connu, étaient dus à l'utilisation de matériel non stérile. Pourtant, on estime qu'une proportion croissante des infections à VIH (37% des cas notifiés en 2005), se produisent au cours de rapports sexuels non protégés (EuroHIV, 2006a). Par conséquent, les femmes (dont un grand nombre ont moins de 25 ans) portent une part croissante du fardeau du VIH ; en 2005, elles représentaient 41% des nouvelles infections à VIH notifiées (EuroHIV, 2006a).

La Fédération de Russie et l'Ukraine représentent près de 90% des infections à VIH en Europe orientale et en Asie centrale, où l'utilisation de matériel non stérile pour l'injection de drogues reste le principal mode de transmission du VIH.

L'épidémie en **Fédération de Russie** poursuit son expansion. Quelque 35 500 nouveaux cas de VIH ont été notifiés en 2005 et un peu moins de 13 500 ont été enregistrés dans les six premiers mois de 2006, ce qui porte à près de 350 000 le nombre total d'infections documentées depuis le début de l'épidémie (Fondation SIDA Est-Ouest, 2006). Pourtant, ce décompte officiel ne comprend que les personnes qui ont été en contact direct avec le service de notification du VIH en Fédération de Russie. On estime que le nombre réel de personnes

⁵ Cette analyse se fonde principalement sur les diagnostics de VIH notifiés. Cette mesure ne représente pas l'incidence totale, car il se peut qu'elle comprenne des infections qui se sont produites bien des années auparavant et elle ne saisit que les cas de personnes qui ont effectué un test, ce qui constitue une limite importante à l'utilisation des diagnostics annuels de VIH. De ce fait, les tendances du VIH fondées sur les cas notifiés de VIH peuvent être faussées par des changements dans la fréquentation des services de dépistage du VIH ou dans les caractéristiques de la notification. Dans la mesure du possible, nous avons signalé au lecteur les occasions où de tels changements se sont produits.

Nombre de nouveaux cas d'infection à VIH diagnostiqués par groupe de transmission et par année de notification, dans 14 pays d'Europe orientale*, 1998-2005



*Arménie, Azerbaïdjan, Bélarus, Fédération de Russie, Géorgie, Kazakhstan, Kirghizistan, Lettonie, Lituanie, Ouzbékistan, République de Moldova, Tadjikistan, Turkménistan et Ukraine

Source : EuroHIV, 2006a.

Figure 9

vivant avec le VIH est beaucoup plus élevé : 940 000 (560 000-1,6 million) à fin 2005 (ONUSIDA, 2006). La majorité d'entre elles sont jeunes : 80% environ des personnes vivant avec le VIH en Fédération de Russie ont entre 15 et 30 ans (Service fédéral pour la surveillance sur la protection des consommateurs et le bien-être humain, 2006).

Même si les cas de VIH officiellement notifiés tendent à être un mauvais indicateur de la portée réelle de l'épidémie, ils éclairent certaines tendances marquantes. Le nombre de nouveaux cas notifiés chaque année en Fédération de Russie a augmenté rapidement vers la fin des années 1990 pour atteindre un sommet à plus de 87 000 en 2001, puis a rapidement baissé pour se stabiliser à 33 000-36 000 en 2003-2005 (EuroHIV, 2006a). On peut expliquer partiellement la baisse des diagnostics de VIH après 2001 par le fait qu'un nombre moins important de tests VIH aient été effectués dans certains groupes de la population exposés à un risque élevé d'infection à VIH, tels que les personnes qui s'injectent des drogues et les détenus. En 2000-2004, la proportion des tests VIH effectués parmi les consommateurs de drogues injectables a baissé de 51% et de 30% parmi les détenus (Centre fédéral de lutte contre le SIDA, 2005). Dans le cas des consommateurs de drogues injectables, la baisse du nombre des tests de dépistage du VIH reflète le fait que certaines communautés de consommateurs de drogues injectables auxquelles les services sociaux et médicaux avaient accès étaient devenues saturées de

VIH, ne comptant qu'un nombre réduit de consommateurs qui n'avaient pas effectué de test. (Lorsque le test d'un consommateur de drogues injectables est positif pour le VIH, il/elle n'est plus testé.) En outre, le nombre global de consommateurs de drogues semble avoir diminué ; on a compté par exemple 17% de moins de consommateurs de drogues enregistrés pour la première fois en 2003, par rapport à 2002 (Ministère de la Santé et du Développement social, 2004). Par conséquent, le nombre de nouveaux diagnostics de VIH parmi les consommateurs de drogues et les détenus – et donc le nombre total de nouveaux cas de VIH notifiés – a baissé.

Dans le même temps, le dépistage systématique du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables qui n'avaient jamais été testés ou dont le test était négatif suggère qu'une baisse importante de l'incidence du VIH s'est produite parmi les consommateurs de drogues injectables après 2001 (Pokrovskiy, 2006). Ce résultat indique que les infections à VIH parmi les personnes qui utilisent du matériel non stérile pour s'injecter des drogues pourraient avoir atteint des paliers de saturation vers le tournant du siècle, tout au moins dans les régions du pays où le VIH s'était répandu rapidement dans de fortes concentrations de consommateurs de drogues injectables. Par conséquent, le nombre global de nouvelles infections à VIH a considérablement chuté et l'épidémie en Fédération de Russie change progressivement. Le nombre de nouveaux cas de VIH notifiés parmi les personnes utilisant du matériel

d'injection non stérile s'est multiplié par près de cinq entre 2001 et 2005 (passant de plus de 48 000 à un petit peu plus de 10 000) (EuroHIV, 2006a). En outre, la proportion de nouveaux cas de VIH qui pourraient avoir été associés à l'utilisation de matériel d'injection de drogues non stérile a également baissé (de plus de 90% en 2000 à 66% en 2005) (Centre fédéral de recherche et de méthodologie pour la prévention et la lutte contre le SIDA, 2005).

En Fédération de Russie, l'épidémie frappe surtout les jeunes : quelque 80% des personnes vivant avec le VIH ont entre 15 et 30 ans.

Par ailleurs, la proportion des nouvelles infections à VIH dues aux rapports sexuels sans protection s'est accrue. Plus de 40% des nouvelles infections à VIH notifiées en 2005 se sont produites parmi les femmes, pourcentage jamais atteint jusqu'ici (Pokrovskiy, 2006). Une minorité de ces femmes ont probablement contracté le virus en utilisant du matériel non stérile pour s'injecter des drogues. Toutefois, on estime que la plupart d'entre elles ont été infectées au cours de rapports sexuels non protégés avec un partenaire consommateur de drogues injectables. Ce type de diffusion du VIH est particulièrement frappant dans les régions qui ont connu les toutes premières flambées de VIH (notamment l'oblast de Kaliningrad, Krasnodarskiy Kraï et l'oblast de Nijni Novgorod). Mais la tendance est également visible dans des régions dont les épidémies sont plus récentes (y compris les villes de Moscou, Saint-Petersbourg, Novgorod, Orenbourg, Rostov et Volgograd). Parmi les femmes enceintes à Saint-Petersbourg par exemple, la prévalence du VIH a passé de 0,02% en 1999 à 1,25% en 2002 (Khaldeeva et al., 2002). Si des activités efficaces de prévention ne sont pas élargies, notamment parmi les consommateurs de drogues injectables et leurs partenaires sexuels ainsi que parmi les professionnel(le)s du sexe et leurs clients, l'épidémie de SIDA va continuer à s'étendre en Fédération de Russie.

La hausse exponentielle des infections à VIH au cours des années 1990 est principalement imputable à l'augmentation de ces infections dans les vastes réseaux de consommateurs de drogues injectables, dont un grand nombre ont ensuite transmis le virus à leurs partenaires sexuels. Le taux de croissance de l'épidémie semble maintenant ralentir, mais il est possible que les niveaux de prévalence du VIH se remettent à grimper. Premièrement, dans de nombreuses régions, le VIH n'a pas atteint

ses niveaux de saturation dans les populations de consommateurs de drogues injectables et il reste un risque d'augmentation de l'incidence du VIH dans ces régions. Deuxièmement, étant donné la propagation du VIH dans la population générale et l'augmentation du nombre de personnes qui contractent le virus par des rapports sexuels non protégés, les nouvelles infections pourraient atteindre de nouveaux sommets dans l'avenir (Pokrovskiy, 2006). Cependant, on peut éviter ces deux issues si des programmes efficaces sont capables de toucher les groupes les plus vulnérables de la population et de leur donner les moyens de se protéger de l'infection à VIH. La Fédération de Russie a encore l'occasion d'y parvenir. Après avoir grimpé en flèche entre 1999 et 2002, le taux de nouveaux diagnostics de VIH chez les femmes enceintes s'est stabilisé par la suite, ce qui suggère que la propagation du VIH au-delà des groupes de consommateurs de drogues injectables n'est pas encore aussi importante qu'on le craignait (Pokrovskiy, 2006).

Cela dit, l'utilisation de matériel d'injection non stérile reste le facteur de risque prédominant dans l'épidémie en Fédération de Russie. Les problèmes sociaux et économiques (dont le fort taux de chômage des jeunes, le boom du trafic de drogues et la croissance des économies parallèles), associés à l'effondrement de l'ex-Union soviétique, ont alimenté la forte consommation de drogues injectables qui sévit en Fédération de Russie (Rhodes et al., 2006). Une étude à Saint-Petersbourg par exemple, a montré que près de deux tiers (62%) des consommateurs de drogues sont au chômage ou en situation de sous-emploi (Kozlov et al., 2006).

La forte variation de la prévalence du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables selon les régions et les lieux reflète peut-être la diversité des comportements à risque. Selon différentes études, la prévalence du VIH peut aller d'un minimum de 3% à Volgograd (Rhodes et al., 2006) et 3,5-9% à Barnaul, à 12-14% à Moscou (Rhodes et al., 2006 ; Koshkina et al., 2005), 30% à Saint-Petersbourg (Shaboltas et al., 2006), et plus de 70% à Biysk (Institut Pasteur d'épidémiologie et de recherche scientifique, 2005a). Jusqu'à deux tiers des consommateurs de drogues injectables participant à ces études, dont le test s'est révélé positif pour le VIH, n'étaient pas conscients d'avoir été infectés (Rhodes et al., 2006). Plus récemment à Saint-Petersbourg, on a relevé une incidence du VIH de 5% parmi les consommateurs de drogues injectables, dont la majorité (79%) admettaient utiliser du matériel non stérile (Kozlov et al., 2006). Dans certaines villes de Fédération de Russie, le nombre de projets

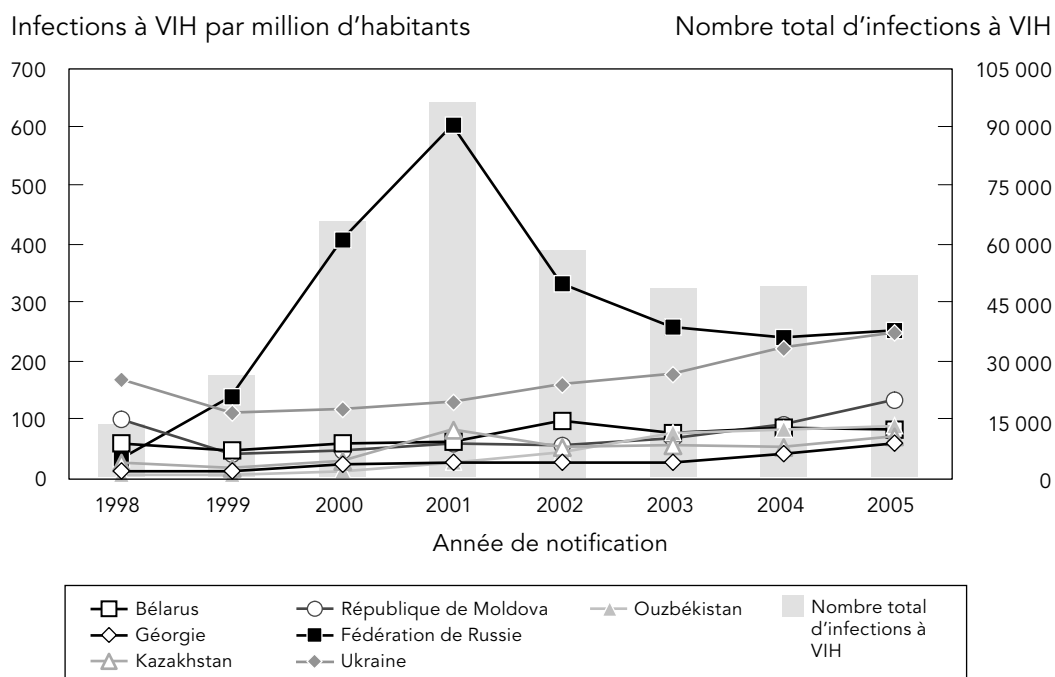
de réduction des risques actuellement en cours augmente, mais ils sont encore trop peu nombreux et d'une portée trop modeste pour influencer sur les tendances globales du VIH.

Par ailleurs, le fait qu'on ait diagnostiqué une syphilis chez 8% des consommateurs de drogues injectables de Moscou et 20% de ceux de Volgograd indique que les rapports sexuels non protégés sont courants parmi de nombreux consommateurs de drogues injectables (Rhodes et al., 2006). Dans certaines villes, notamment Saint-Petersbourg, il existe des liens étroits entre la consommation de drogues injectables et le commerce du sexe : une consommatrice de drogues injectables sur trois indique avoir des rapports sexuels pour de l'argent ou de la drogue (Kozlov et al., 2006). De plus, le très fort taux de prévalence du VIH parmi les

scientifique, 2005b) et à Ekaterinbourg (Smolskaya et al., 2004). Contrairement à Saint-Petersbourg où les professionnel(le)s du sexe travaillent généralement de manière indépendante, les professionnel(le)s du sexe à Moscou font souvent partie de structures très organisées, au sein desquelles la consommation de drogues injectables est activement découragée. Moins de 5% des professionnel(le)s du sexe de Moscou indiquent utiliser des drogues injectables (Smolskaya et al., 2004) et la prévalence du VIH dans ce groupe est faible (3%) (AIDS Infoshare, 2005).

Etant donné que les consommateurs de drogues injectables et les professionnel(le)s du sexe ont un risque élevé d'être détenus ou incarcérés, il n'est guère surprenant que le nombre total de cas de VIH notifiés par le système carcéral de Fédération

Nouvelles infections à VIH diagnostiquées chaque année par million d'habitants et par pays, et nombre total d'infections à VIH, Europe orientale et Asie centrale, 1998-2005



Source : EuroHIV, 2006a.

Figure 10

professionnel(le)s du sexe dans cette ville (48%) est dû dans une large mesure au fait que la majorité des professionnel(le)s du sexe s'injectent aussi des drogues et utilisent donc peut-être du matériel d'injection non stérile (Smolskaya et al., 2005). Des niveaux élevés d'infection à VIH - 14-16% - ont également été relevés parmi les professionnel(le)s du sexe de l'oblast de Volgogradskaya, Altayskiy Kray (Institut Pasteur d'épidémiologie et de recherche

de Russie ait passé de 7500 en 1999 à 32 000 en 2005 (Ministère de la Santé et du Développement social, 2006). Une récente étude effectuée parmi les consommateurs de drogues à Moscou a relevé un risque accru d'infection à VIH parmi ceux d'entre eux qui avaient été en prison (Rhodes et al., 2006). Dans certains autres pays du monde, la fourniture d'aiguilles et de seringues stériles dans les prisons est un élément des programmes de prévention à

grande échelle. Malheureusement, dans cette région, de telles approches de réduction des risques en santé publique semblent éclipsées par les approches plus traditionnelles fondées sur l'application de la loi pour combattre la consommation de drogues illicites.

Comme dans d'autres pays de la région, l'importance de la transmission du VIH parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes n'a guère fait l'objet de recherches en Fédération de Russie. Une étude effectuée à Tomsk et Ekaterinbourg en 2003 a révélé des taux de prévalence du VIH de 0% et 4,8% respectivement dans ce groupe de la population. Cependant, 60% des hommes ont déclaré n'avoir pas utilisé de préservatif lors de leur dernier rapport sexuel avec un homme (Smolskaya et al., 2004). Dans une récente enquête sur internet, 12% des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes ont déclaré avoir échangé des rapports sexuels pour de l'argent ou des cadeaux, mais près de deux tiers d'entre eux ont affirmé avoir toujours utilisé un préservatif, que ce soit avec des partenaires réguliers ou occasionnels (Population Services International, 2006). Une telle prévalence de comportements à risque, dans un contexte de consommation de drogues injectables très répandue et de transmission sexuelle accrue du VIH, pourrait conduire à une épidémie croissante dans ce groupe de la population. De fait, le taux de prévalence du VIH de 0,5% relevé lors de tests diagnostiques effectués chez des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes en 2004 en Fédération de Russie était supérieur aux 0,2% annoncés en 2000 (EuroHIV, 2006b).

La croissance de l'épidémie en **Ukraine** se poursuit. Les diagnostics annuels de VIH ont plus que doublé depuis 2000, pour atteindre 13 786 en 2005, portant ainsi à plus de 97 000 le nombre total d'infections à VIH officiellement enregistrées (Ministère de la Santé de l'Ukraine, 2006a). Ce chiffre ne comprenant que les infections chez des personnes qui ont été dépistées dans des établissements publics, le nombre réel des personnes vivant avec le VIH en Ukraine est considérablement plus élevé—on l'estimait à 377 000 [250 000–680 000] à fin 2005. Le taux national de prévalence du VIH chez l'adulte était estimé à 1,5% en 2005 (Ministère de la Santé de l'Ukraine et al., 2006b).

L'épidémie en Ukraine se concentre encore surtout parmi les populations les plus exposées au risque. La prévalence du VIH dépasse systématiquement 5% parmi les consommateurs de drogues injectables, les professionnel(le)s du sexe et les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, mais reste inférieure à 1% parmi les femmes enceintes dans les zones urbaines (Ministère de la Santé de l'Ukraine

et al., 2006b). Bien qu'un nombre croissant de nouveaux cas de VIH transmis par la voie sexuelle se produisent chez des personnes qui n'ont pas d'antécédents de consommation de drogues injectables (Grund et al., 2005), l'utilisation de matériel d'injection de drogues non stérile reste le principal facteur de risque d'infection à VIH dans cette épidémie. Plus de 45% des nouvelles infections à VIH annoncées au cours des six premiers mois de 2006 se sont produites chez des consommateurs de drogues injectables (Ministère de la Santé de l'Ukraine et al., 2006a). Si la proportion de consommateurs de drogues injectables sur l'ensemble des nouveaux cas de VIH a baissé (elle était par exemple d'environ 60% au cours des six premiers mois de 2001), rien ne prouve que l'épidémie parmi les consommateurs de drogues injectables soit en baisse. Durant les six premiers mois de 2006, le nombre de consommateurs de drogues injectables enregistrés comme étant infectés par le VIH a augmenté de 34% par rapport à 2003 (Ministère de la Santé de l'Ukraine et al., 2006a).

La prévalence du VIH est très élevée parmi les consommateurs de drogues injectables, allant de 10% dans la ville de Sumy à plus de 66% dans la ville de Mykolaïv (Ministère de la Santé de l'Ukraine, 2006b). Dans la capitale, Kiev, près de 49% des consommateurs de drogues injectables se sont révélés infectés par le VIH (Ministère de la Santé de l'Ukraine, 2006b). Selon une estimation, plus de la moitié (55–60%) de toutes les nouvelles infections à VIH attribuées à la transmission sexuelle dans les régions fortement touchées de Donetsk et Odessa sont dues à des rapports sexuels avec un partenaire consommateur de drogues infecté (Scherbinska et al., 2006).

En Fédération de Russie et en Ukraine, il est prouvé que des épidémies autrefois cachées commencent à sévir parmi les hommes qui ont des rapports sexuels entre eux.

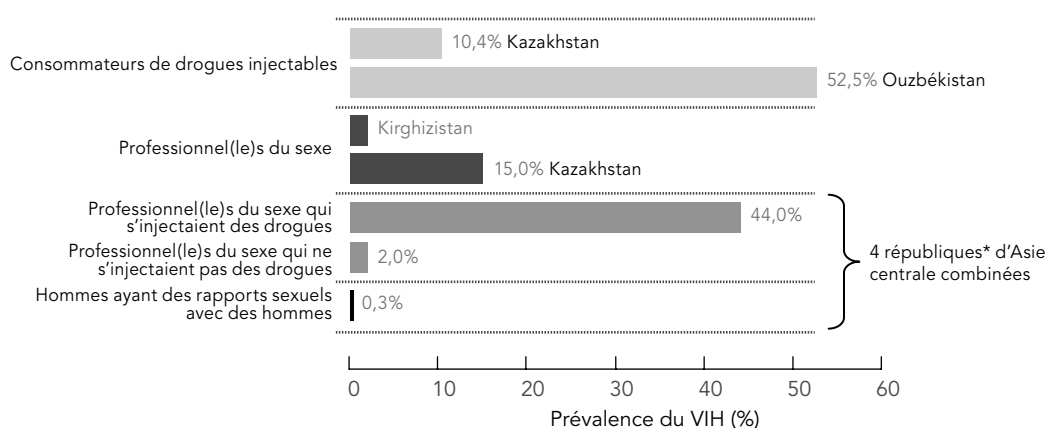
Le commerce du sexe est un important facteur aggravant dans l'épidémie de VIH en Ukraine. L'étude de surveillance sentinelle annuelle du VIH effectuée en 2005 a montré que 8% des professionnelles du sexe à Kiev étaient infectées par le VIH. Dans plusieurs autres villes, la prévalence du VIH était considérablement plus élevée, une professionnelle du sexe sur quatre au moins (25–29%) dans les villes de Poltava, Odessa, Lutsk et Donetsk, et près d'une sur trois (32%) dans la ville de Mykolaïv s'étant révélée infectée par le VIH (Ministère de la Santé de l'Ukraine et al., 2006a).

L'Ukraine offre un exemple patent de la rapidité avec laquelle une épidémie de VIH peut s'étendre au-delà des populations les plus exposées au risque dans la population générale. La proportion de personnes infectées par transmission hétérosexuelle du VIH s'est accrue, passant de 14% des nouveaux cas entre 1999 et 2003 à plus de 35% des nouveaux cas dans les six premiers mois de 2006 (Ministère de la Santé de l'Ukraine et al., 2006a). Sur les 8058 cas de VIH notifiés au cours de la première moitié de 2006, 41% étaient des femmes, dont la plupart se trouvaient au sommet de leur période de fécondité (Centre ukrainien de lutte contre le SIDA, 2006).

réduire la transmission du virus à leur nouveau-né. Ce programme a permis de diviser par trois (de 28% à 8%) le taux de transmission mère-enfant depuis 2001 (Ministère de la Santé de l'Ukraine, 2006a ; Ministère de la Santé de l'Ukraine, 2006b). Toutefois, le diagnostic du VIH et la prévention de la transmission mère-enfant chez les femmes qui n'ont pas accès au dépistage prénatal, ainsi que le diagnostic précis et en temps opportun du VIH chez les nouveau-nés restent des problèmes importants.

Deux autres facettes de l'épidémie dans ce pays appellent l'attention. Comme dans la plupart des pays qui connaissent de graves épidémies de VIH

Prévalence du VIH parmi les consommateurs de drogues, les professionnel(le)s du sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en Asie centrale, études choisies, 2005



* Kazakhstan, Kirghizistan, Tadjikistan, Ouzbékistan

Source: Résumé XVIème Conférence internationale sur le SIDA – Bureaux des CDC pour l'Asie centrale (Almaty et Tachkent), Centres VIH/SIDA nationaux et urbains.

Figure 11

La prévalence du VIH parmi les femmes enceintes en Ukraine figure maintenant parmi les plus élevées d'Europe : 0,31% au milieu de 2006, par rapport à 0,002% en 1995 (Ministère de la Santé de l'Ukraine et al., 2006a). A la mi-2006, la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes dans cinq régions fortement touchées de l'Ukraine (Chernigiv, Donetsk, Odessa, Dnipropetrovsk et Mykolaïv) dépassait 0,8% (Centre ukrainien de lutte contre le SIDA, 2006). Le nombre d'enfants nés de mères séropositives au VIH continue aussi à augmenter et a atteint le chiffre record de 1320 au cours des six premiers mois de 2006 (Ministère de la Santé de l'Ukraine et al., 2006a). Cependant, l'Ukraine a fait d'importants progrès pour abaisser le taux de transmission mère-enfant. A fin 2005, plus de 90% des femmes enceintes infectées par le VIH bénéficiaient d'une prophylaxie antirétrovirale destinée à

liées à la consommation de drogues injectables, le VIH est répandu dans les établissements pénitentiaires. En Ukraine, un peu plus de 4300 détenus étaient enregistrés comme étant infectés par le VIH à la mi-2006 (Département d'Etat pour l'exécution des peines, 2006), et 1530 détenus avaient été enregistrés pour la première fois au cours des six premiers mois de 2006 (Centre ukrainien de lutte contre le SIDA, 2006). On estime que la prévalence du VIH parmi les personnes incarcérées a passé de 9% en 2003 à 14% à la mi-2006 (Centre ukrainien de lutte contre le SIDA, 2006).

Les études portant sur le rôle des rapports sexuels entre hommes sont rares dans l'épidémie de VIH en Ukraine. Ce pays a abrogé la criminalisation des rapports homosexuels en 1991, mais les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes

restent stigmatisés dans la société ukrainienne. Une surveillance sentinelle du VIH limitée dans ce groupe de la population a révélé une prévalence du VIH de 28% et 9%, respectivement, dans les villes d'Odessa et de Mykolaïv (Ministère de la Santé de l'Ukraine, 2006a). Les efforts en vue de renforcer les connaissances relatives au VIH et les comportements de prévention chez les détenus et les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes doivent être améliorés et élargis.

Bien qu'elles soient de moindre ampleur, certaines des épidémies dans le reste de la région sont également en expansion. Depuis 2001, les niveaux des nouvelles infections à VIH notifiées ont plus que doublé en **Géorgie** (de 20 par million à 54 en 2005) et dans la **République de Moldova** (de 55 à 127), et presque quadruplé en **Ouzbékistan** (de 22 à 83) (EuroHIV, 2006a).

L'épidémie la plus importante en Asie centrale se trouve en **Ouzbékistan**, qui se situe au croisement des grandes voies du trafic de drogues (Godinho et al., 2005) et où le nombre de cas de VIH notifiés a plus que doublé depuis 2001, pour atteindre 2198 en 2005 (EuroHIV, 2006a). On estime que 31 000 [15 000-99 000] personnes y vivaient avec le VIH en 2005 (ONUSIDA, 2006). L'épidémie, qui est largement concentrée dans la capitale Tachkent et ses environs, est alimentée par le nombre croissant d'infections à VIH parmi les consommateurs de drogues injectables—qui a passé de 447 en 2001 à 1140 en 2005 (EuroHIV, 2006a ; Todd et al., 2005 ; OMS, 2005). Trente pour cent des consommateurs de drogues injectables, dont la plupart sont au chômage, se sont révélés séropositifs au VIH dans une étude à Tachkent. De faibles niveaux d'utilisation du préservatif parmi les consommateurs de drogues injectables indiquent qu'ils risquent de transmettre le VIH à leurs partenaires sexuels (Sanchez et al., 2006), et que cette épidémie pourrait bien continuer à s'étendre.

Des efforts concertés plus nombreux sont nécessaires pour freiner la propagation du VIH parmi la vaste population de consommateurs de drogues injectables du **Kazakhstan** (dont on pense qu'elle est supérieure à 100 000 personnes) (Ministère de la Santé du Kazakhstan et al, 2005). Dix-sept pour cent des 200 consommateurs de drogues injectables participant à une étude à Temirtaou se sont révélés séropositifs au VIH (Ministère de la Santé du Kazakhstan, et al, 2005), et les consommateurs de drogues injectables représentaient plus des deux tiers (68%) des 964 nouveaux cas de VIH notifiés par le Kazakhstan en 2005 (un tiers de plus que les 699 annoncés en 2004) (EuroHIV, 2006a). On estime que plus de 1200 personnes vivant avec le VIH se trouvent en détention (OMS, 2005).

Des épidémies beaucoup plus limitées se déroulent au **Kirghizistan** et au **Tadjikistan**. Là aussi, la plupart des nouveaux cas de VIH impliquent des consommateurs de drogues injectables. Au **Tadjikistan**, le nombre de diagnostics de VIH officiellement notifiés parmi les consommateurs de drogues injectables s'est multiplié par quatre depuis 2001 (de 31 à 142 en 2005) (EuroHIV, 2006a). Près de 16% des consommateurs de drogues injectables sont infectés par le VIH, ainsi que plus de 6% des détenus, selon une récente surveillance sentinelle effectuée dans deux villes (Ministère de la Santé du Tadjikistan, 2006). Contrairement à celle du **Tadjikistan**, l'épidémie au **Kirghizistan** semble être relativement stable, entre 130 et 170 nouveaux cas de VIH étant notifiés chaque année depuis 2001 (EuroHIV, 2006a). Un très petit nombre de cas de VIH ont été annoncés au **Turkménistan**, et on ne sait pas grand-chose des caractéristiques ou tendances de la transmission dans ce pays (EuroHIV, 2006a).

Au **Bélarus**, les nouveaux cas de VIH notifiés sont restés relativement stables (entre 710 et 780 par an) ces dernières années (EuroHIV, 2006a). La plupart des nouvelles infections à VIH annoncées ont été contractées au cours de rapports sexuels non protégés, souvent auprès de personnes qui avaient été infectées après avoir utilisé du matériel d'injection de drogues non stérile (OMS, 2005). On a relevé des niveaux d'infection à VIH pouvant atteindre 34% (à Zhlobine) et 30% (dans la capitale, Minsk) parmi les consommateurs de drogues injectables (OMS, 2005). La majorité des cas de VIH se concentrent à Minsk, et dans la région de Gomel (au sud du pays).

La **République de Moldova** a notifié plus de deux fois plus de nouveaux cas de VIH en 2005 qu'en 2002 (533 par rapport à 209). Environ la moitié des nouvelles infections sont imputables aux activités sexuelles sans protection (EuroHIV, 2006a). En **Géorgie**, on observe également une tendance à la hausse des nouveaux cas de VIH : les 242 infections enregistrées en 2005 représentaient plus de deux fois le nombre annoncé en 2002 (EuroHIV, 2006a). Parmi les cas de VIH pour lesquels le mode de transmission est connu, la plupart sont imputables à l'utilisation de matériel d'injection de drogues non stérile (OMS, 2005). On observe une tendance analogue en **Arménie**, où on estime qu'une majorité des consommateurs de drogues injectables ont été infectés en Fédération de Russie ou en Ukraine. Environ la moitié des cas de VIH enregistrés jusqu'en 2005 l'ont été dans la capitale, Erevan (OMS, 2005).



CARAÏBES

Près de trois quarts des 250 000 [190 000 - 320 000] personnes vivant avec le VIH dans les Caraïbes vivent dans les deux pays qui se partagent l'île d'Hispaniola : la **République dominicaine** et **Haïti**. Mais les taux nationaux de prévalence du VIH chez l'adulte sont élevés dans l'ensemble de la région : 1%-2% à la **Barbade**, en **République dominicaine** et en **Jamaïque**, et 2%-4% aux **Bahamas**, en **Haïti** et à la **Trinité-et-Tobago**. **Cuba**, avec une prévalence inférieure à 0,1%, est l'exception. Dans l'ensemble, on estime que 27 000 [20 000-41 000] personnes ont été infectées par le VIH en 2006 dans les Caraïbes. Si les niveaux d'infection à VIH sont restés stables en République dominicaine et ont baissé dans les zones urbaines d'Haïti, des tendances plus locales indiquent que les deux pays doivent se protéger d'une éventuelle recrudescence des épidémies.

Plusieurs pays font des progrès dans leur combat contre l'épidémie, les bienfaits d'un accès élargi au traitement antirétroviral étant particulièrement évidents aux **Bahamas**, à la **Barbade**, à **Cuba** et en **Jamaïque** (OMS/ONUSIDA, 2006). Cependant, le SIDA a entraîné 19 000 [14 000-25 000] décès aux Caraïbes en 2006, ce qui en fait l'une des principales causes de décès chez l'adulte (15-44 ans).

Les épidémies généralement hétérosexuelles des Caraïbes se déroulent dans un contexte de profondes inégalités entre les sexes et elles sont alimentées par un commerce du sexe florissant, qui concerne les clients tant locaux qu'étrangers. Les rapports sexuels entre hommes, phénomène occulté dans les sociétés généralement homophobes de la région, sont un facteur plus limité mais néanmoins important : on estime que les rapports sexuels non protégés entre hommes représentent environ un dixième des cas de VIH notifiés dans la

région (Commission caribéenne sur la Santé et le Développement, 2005 ; Inciardi, Syvertsen, Surratt, 2005).

Les données les plus récentes sur le VIH en **Haïti** estiment le taux national de prévalence du VIH chez l'adulte à 2,2%, ce taux étant le plus élevé dans les départements de Nippes (3,8%), du Sud (2,9%) et du Nord (2,6%) (Institut Haïtien de l'Enfance et ORC Macro, 2006). Dans la capitale haïtienne, Port-au-Prince, et dans d'autres zones urbaines, la prévalence du VIH chez les femmes enceintes a baissé de deux tiers entre 1993 et 2004, passant de 9,4% à 3,3%. Mais la tendance n'est pas aussi claire dans les zones rurales et parmi les femmes enceintes jeunes (24 ans et moins).

Plusieurs pays enregistrent des progrès dans la lutte contre leurs épidémies, et les gains obtenus grâce à l'élargissement de l'accès au traitement antirétroviral sont particulièrement évidents aux Bahamas, à la Barbade, à Cuba et en Jamaïque.

Les tendances à la baisse sont très probablement dues à des modifications positives des comportements, qui sont devenues évidentes. Par exemple, presque toutes (98%) les professionnelles du sexe questionnées à Port-au-Prince ont affirmé avoir utilisé des préservatifs lors de leurs derniers rapports sexuels rémunérés. Dans la population générale, au tournant du siècle, davantage de personnes utilisaient des préservatifs avec des partenaires occasionnels ou avaient opté pour l'abstinence et la fidélité, par rapport au milieu des années 1990. Mais c'est autour de 1990 déjà que l'incidence du VIH a commencé à baisser, avant que l'on ait observé

des changements dans les comportements. Il est donc probable que l'augmentation de la mortalité et les améliorations apportées à la sécurité du sang aient aussi contribué à la baisse de la prévalence du VIH. Par exemple, la prévalence du VIH parmi les donneurs de sang de Port-au-Prince a atteint un maximum de 6%-7% à la fin des années 1980, puis a considérablement baissé au cours de la décennie suivante, pour tomber à 1,8% en 2004. De plus, la migration circulaire—soit les personnes qui s'installent dans les zones urbaines puis repartent vers les campagnes pour bénéficier de soins à domicile lorsqu'elles tombent gravement malades—a peut-être également contribué à la baisse observée dans les zones urbaines telles que Port-au-Prince (Gaillard et al., 2006).

Certains signes indiquent que l'épidémie en **Haïti** pourrait s'aggraver. Comme on l'a vu, il n'y a aucune preuve d'une baisse de la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes des zones rurales. De fait, l'usage du préservatif reste peu fréquent dans les campagnes : 16% seulement des femmes et 31% des hommes vivant en zones rurales déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel (Institut Haïtien de l'Enfance et ORC Macro, 2006). Les femmes pauvres, dans les zones rurales où il s'est révélé que la dépendance économique à l'égard des hommes était l'un des principaux facteurs de risque d'infection à VIH, sont tout particulièrement vulnérables (Louis et al., 2006). En outre, le nombre de jeunes Haïtiens qui deviennent sexuellement actifs s'accroît ; ils le deviennent de plus en plus jeunes et seule une minorité d'entre eux utilisent des préservatifs lors de rapports sexuels occasionnels (Gaillard et al., 2006). Un peu plus d'une jeune femme (15-24 ans) sexuellement active sur quatre (environ 28%) avait utilisé un préservatif lors de son dernier rapport sexuel avec un partenaire occasionnel, comme l'avaient fait quatre sur dix (environ 42%) de ses homologues masculins (Institut Haïtien de l'Enfance et ORC Macro, 2006). A Cerca-la-Source, dans le centre d'Haïti, un jeune (entre 14 et 25 ans) non scolarisé sexuellement actif sur cinq ne savait pas ce que sont les préservatifs, alors qu'un sur deux les connaissait mais ne les utilisait pas régulièrement (Westerbs et al., 2006). Les programmes relatifs au VIH semblent de pas toucher les jeunes partout où ils se trouvent. De nouvelles données montrent que 4,2% des jeunes femmes des départements de l'Ouest, de Nippes et du Nord d'Haïti étaient infectées par le VIH en 2005 (soit deux fois plus que les 2% de prévalence parmi les jeunes hommes)

(Ministère de la Santé publique et de la Population, Haïti, 2006).

Dans le même temps, bien qu'il soit un des pays les plus pauvres de la planète, Haïti progresse lentement mais régulièrement sur la voie de la fourniture des thérapies antirétrovirales aux personnes qui en ont besoin, grâce surtout au travail de pionniers réalisé par les organisations non gouvernementales (Cohen, 2006a). La couverture est encore comparativement faible—environ 12% des personnes en attente de traitement en bénéficiaient en 2005 (OMS/ONUSIDA, 2006). Mais les effets sont indubitablement positifs. Parmi les patients sous thérapie antirétrovirale à Port-au-Prince, 87% des adultes et 98% des enfants étaient encore en vie après une année. Sans traitement, 70% d'entre eux seraient décédés dans les 12 mois (Severe et al., 2005).

En **République dominicaine**, la prévalence du VIH chez les femmes enceintes est restée globalement plutôt stable, le taux national de prévalence chez l'adulte étant estimé à 1,1% [0,9-1,3%] en 2005 (ONUSIDA, 2006 ; Secrétariat d'Etat à la Santé publique et à l'Assistance sociale de la République dominicaine, 2005a). L'épidémie dans le pays est largement subordonnée à la transmission du VIH entre les professionnelles du sexe et leurs clients, avec une prévalence du VIH parmi les quelque 100 000 professionnelles du sexe se situant entre 2,5% et plus de 12%, selon les endroits (Cohen, 2006b). Le tourisme sexuel est de plus en plus présent en République dominicaine (comme d'ailleurs dans d'autres pays de la région), mais les hommes du pays y restent le pilier du commerce du sexe (Cohen, 2006b). Dès le milieu des années 1990, on a noté une baisse de la prévalence du VIH dans les dispensaires de soins prénatals de la capitale Saint-Domingue, tendance qui est probablement le résultat des efforts déployés dans cette ville pour encourager des pratiques à moindre risque dans le commerce du sexe (Secrétariat d'Etat à la Santé publique et à l'Assistance sociale de la République dominicaine, 2005b). L'utilisation du préservatif a augmenté de 75% à 94% en 12 mois parmi les professionnelles du sexe qui participaient à un projet communautaire de prévention (Kerrigan et al., 2006).

Les niveaux d'infection les plus élevés se retrouvent dans les *bateyes* (bidonvilles où sont logés les ouvriers des plantations de canne à sucre, venus surtout d'Haïti) (Secrétariat d'Etat à la Santé publique et à l'Assistance sociale de la République dominicaine, 2005a). Des taux de prévalence

atteignant 12% ont été relevés parmi les hommes de 40-44 ans habitant certains *bateyes* (Cohen, 2006b). On estime qu'un quart environ des *bateyes* disposent de dispensaires de santé du gouvernement, mais la marginalisation de ces communautés, ainsi que la barrière linguistique et une méfiance de la bureaucratie, font que ces services sont peu fréquentés (Cohen, 2006b).

Les rapports sexuels entre hommes, un comportement occulté dans les Caraïbes, pourraient représenter un dixième environ des cas de VIH signalés dans cette région.

La méthode équilibrée adoptée par la **Barbade**—qui met l'accent à la fois sur la prévention et sur le traitement du VIH—montre des résultats encourageants. Les niveaux d'infection à VIH chez les jeunes femmes enceintes ont baissé au début des années 2000 (de 1,1% en 2000 à 0,6% en 2003 (Kumar et Singh, 2004). Dans le même temps, l'introduction des traitements antirétroviraux en 2001 a entraîné une forte baisse des taux de mortalité due au SIDA depuis la fin des années 1990—de 34,2 pour 100 000 habitants (de plus de 16 ans) en 1997-1999 à 17,2 pour 100 000 habitants entre 2003 et 2005. Cependant le SIDA reste une cause importante de décès prématuré chez les adultes, en grande partie parce que de nombreux patients ne s'engagent dans un traitement que lorsqu'ils sont gravement malades (Kilaru et al., 2006). Entre 1994 et 2004, une étude destinée à évaluer la fréquentation des services de santé parmi les femmes chez qui une infection à VIH était diagnostiquée a montré que plus d'un tiers (37%) n'avaient jamais fréquenté un dispensaire VIH pour un traitement ou des soins après avoir appris leur sérologie VIH. De ce fait, les taux de mortalité chez ces femmes étaient élevés. (Kumar et al., 2006).

La prévalence du VIH parmi les jeunes femmes enceintes a également baissé aux **Bahamas**—de 3,6% en 1996 à 3% en 2002—et les niveaux d'infection ont également chuté parmi les personnes en demande de traitement pour d'autres infections sexuellement transmissibles. Les Bahamas sont parvenues à réduire la transmission mère-enfant du VIH et à abaisser le nombre de décès attribués chaque année au SIDA en fournissant des thérapies antirétrovirales (Commission caribéenne sur la Santé

et le Développement, 2005 ; Département de la Santé publique des Bahamas, 2004).

Le programme de thérapie antirétrovirale du **Guyana**, dont bénéficiaient plus de la moitié des personnes qui en avaient besoin à la mi-2006 (OMS/ONUSIDA, 2006), pourrait encore inverser la tendance à la hausse des décès dus au SIDA que l'on observe dans ce pays depuis quelques années. En 2005, le SIDA figurait toujours parmi les principales causes de décès chez les personnes de 25 à 34 ans, dans ce pays qui figure au deuxième rang des pays les plus pauvres des Caraïbes (Commission présidentielle du Guyana sur le VIH/SIDA, 2006). Le VIH semble s'être répandu dans la population générale à partir des populations les plus exposées au risque, et on estimait le niveau national de prévalence chez l'adulte à 2,4% [1,0-4,9%] en 2005. Mais la transmission du VIH lors de rapports sexuels tarifés reste le facteur de risque le plus important. Des niveaux exceptionnellement élevés d'infection à VIH sont encore observés chez les professionnelles du sexe : 31% à Georgetown, par exemple (Allen et al., 2006). Un taux de prévalence de 17% parmi les personnes qui fréquentent les dispensaires de traitement des infections sexuellement transmissibles a été relevé en 2005, montrant une fois de plus que les rapports sexuels non protégés restent courants. Une étude destinée à déterminer le rôle des rapports sexuels entre hommes dans l'épidémie du Guyana a montré que 21% des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes dans la région de Demerara-Mahaica (au nord-est) étaient infectés par le VIH (Commission présidentielle du Guyana sur le VIH/SIDA, 2006). Il n'existe guère de nouvelles données relatives au VIH pour le **Suriname**, où le taux national de prévalence du VIH chez l'adulte était estimé à 1,9% [1,1-3,1%] en 2005 (ONUSIDA, 2006).

Le taux national de prévalence du VIH chez l'adulte en **Jamaïque** semble s'être stabilisé et on l'estimait à 1,5% [0,8%-2,4%] en 2005 (ONUSIDA, 2006). Cependant, environ 2% des femmes enceintes dans les paroisses de St. James et de Westmoreland se sont révélées séropositives au VIH en 2005, et les niveaux d'infection à VIH sont élevés parmi les personnes fréquentant les dispensaires de traitement des infections sexuellement transmissibles, et dépassent 5% dans les paroisses de Kingston, St. Andrew et St. James (Ministère de la Santé de la Jamaïque, 2006). Le commerce du sexe est un élément important de l'épidémie principalement hétérosexuelle de la Jamaïque. Près de 9% des professionnelles du sexe

se sont révélées séropositives au VIH au cours d'une récente étude, qui a aussi montré que ce sont les femmes plus âgées, aux revenus faibles, qui consomment du crack et travaillent dans la rue qui sont les plus exposées au risque d'infection (Gebre et al., 2006). La consommation de crack est un important facteur de risque d'infection à VIH chez les femmes de la **Trinité-et-Tobago**. Une étude réalisée dans un centre de réhabilitation pour femmes toxico-manes a montré qu'une consommatrice de crack sur cinq était séropositive au VIH (Reid, 2006).

La plus limitée des épidémies de la région est de loin celle de **Cuba**, où le taux national de prévalence du VIH chez l'adulte, comme le taux de prévalence parmi les personnes qui sont traitées pour une infection sexuellement transmissible, était inférieur à 0,1% [$<0,2\%$] en 2005 (ONUSIDA, 2006 ; Ministère de la Santé de Cuba, 2006). Globalement, quelque 80% des diagnostics de VIH ont été faits chez des hommes, les rapports sexuels non protégés entre hommes étant le principal facteur de risque de transmission du VIH (Ministère de la Santé de Cuba, 2006). Malgré les efforts énergiques et efficaces déployés pour lutter contre l'épidémie, le nombre de diagnostics de VIH s'est

accru depuis 1996. Après l'introduction en 2001 des médicaments antirétroviraux produits dans le pays, les taux annuels de mortalité due au SIDA ont chuté de 72% et les infections opportunistes ont baissé de 76%, alors que la durée moyenne de survie après un diagnostic de SIDA passait d'un peu plus d'un an à cinq ans (Perez et al., 2006).

Contrairement au reste de la région, la consommation de drogues injectables est le plus important facteur de risque de transmission du VIH dans les épidémies relativement modestes des **Bermudes** et de **Porto Rico**. Des niveaux très élevés d'infection à VH sont relevés parmi les consommateurs de drogues injectables à Porto Rico. L'incidence du VIH était de 3,4% parmi les consommateurs de drogues injectables de Bayamon, dont 20%-25% étaient infectés par le VIH (Deren et al., 2004). La consommation de drogues injectables en milieu carcéral semble être répandue : 53% des consommateurs de drogues injectables qui avaient été incarcérés affirment s'être injecté des drogues en prison (Kang et al., 2005). Il est donc urgent de mettre en place des programmes efficaces de réduction des risques à Porto Rico, notamment en milieu carcéral.



AMÉRIQUE LATINE

Bien que les caractéristiques des épidémies de VIH soient en train de changer dans certains pays d'Amérique latine, les épidémies de cette région restent globalement stables, les nouvelles infections à VIH s'élevant à environ 140 000 [100 000–410 000] et les décès dus au SIDA à 65 000 [51 000–84 000] en 2006. Deux tiers des quelque 1,7 million [1,3 million–2,5 millions] de personnes vivant avec le VIH en Amérique latine se trouvent dans les quatre plus grands pays : **Argentine**, **Brésil**, **Colombie** et **Mexique**. Cependant, c'est dans les pays plus petits de l'Amérique centrale que le taux estimé de prévalence du VIH est le plus élevé, soit un peu moins de 1% au **Salvador**, au **Guatemala** et au **Panama**, 1,5% au **Honduras** et 2,5% au **Belize** en 2005 (ONUSIDA, 2006).

En Amérique du Sud, des flambées de VIH sévissent parmi les consommateurs de drogues injectables et les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes.

La transmission du VIH se passe dans un contexte qui réunit des facteurs communs à la plupart des pays d'Amérique latine : pauvreté et migration très répandues, insuffisance de l'information concernant les tendances de l'épidémie hors des grandes zones urbaines et homophobie généralisée. En particulier, le rôle des rapports sexuels non protégés entre hommes dans plusieurs épidémies d'Amérique latine a tendance à être contesté en public et laissé pour compte dans les stratégies de lutte contre le VIH—notamment en Amérique centrale et dans la région andine de l'Amérique du Sud (Cohen,

2006a). Les rapports sexuels non protégés entre hommes représentent jusqu'à 25%–35% des cas de SIDA notifiés dans des pays comme l'**Argentine**, la **Bolivie**, le **Brésil**, le **Guatemala** et le **Pérou** (Montano et al., 2005). De plus, les personnes infectées par le VIH sont en butte à la stigmatisation et à la discrimination, même de la part des agents de santé (Cohen, 2006). Les niveaux d'infection à VIH parmi les professionnelles du sexe sont très variables. La prévalence du VIH est très faible dans certains pays d'Amérique du Sud, comme le Chili et le **Venezuela** (Bautista et al., 2006), mais des taux de prévalence entre 2,8% et 6,3% ont été observés dans certaines villes d'**Argentine** (Montano et al., 2005 ; Bautista et al., 2006 ; Pando et al., 2006), et un taux de prévalence de 6% a été relevé parmi les professionnel(le)s du sexe dans certaines régions du Brésil (Okie, 2006 ; Trevisol et da Silva, 2005).

Pays le plus peuplé de l'Amérique latine, le **Brésil**, compte 620 000 [370 000–1 million] personnes vivant avec le VIH, soit un tiers de toutes les personnes vivant avec le virus en Amérique latine (ONUSIDA, 2006). La priorité donnée par ce pays à la prévention et au traitement a permis de maintenir l'épidémie de VIH à un niveau stable depuis plusieurs années (Okie, 2006). Grâce à la promotion concertée de l'éducation sexuelle et de la prévention du SIDA dans les écoles, à l'utilisation du préservatif, à la réduction des risques et au dépistage du VIH, le taux national de prévalence du VIH chez l'adulte est stable à environ 0,5% depuis 2000. Alors que le pourcentage de jeunes sexuellement actifs a peu changé entre 1998 et 2005, les taux d'utilisation du préservatif ont considérablement augmenté, de plus d'un tiers parmi les hommes et les femmes de 15 à 24 ans (Berquo,

2005). Chez les Brésiliens de tous âges, l'usage du préservatif a augmenté de près de 50% au cours de la même période (Berquo, 2005).

Les infections à VIH contractées par la consommation de drogues injectables ont diminué dans plusieurs villes—notamment dans celles qui connaissent des épidémies plus anciennes—et on note une baisse générale de l'utilisation de matériel d'injection non stérile. Une grande enquête effectuée en 2004 a montré que plus des trois quarts des consommateurs de drogues injectables n'utilisaient pas de matériel d'injection ou de seringues non stériles (Okie, 2006). La baisse des infections à VIH parmi les consommateurs de drogues injectables semble liée à l'introduction des programmes de réduction des risques qui ont modifié les habitudes de consommation (marquant un tournant vers l'utilisation du crack, sniffé ou fumé) ainsi qu'à la mortalité parmi les consommateurs de drogues injectables (Fonseca et al., 2006).

Malgré ces résultats, les niveaux d'infection restent élevés parmi les consommateurs de drogues injectables. Dans le sud du pays, les épidémies dans ce groupe de la population ne semblent pas faiblir (Hacker et al., 2006). Dans le même temps, une étude transversale dans les Etats de Bahia, Rio Grande do Sul et São Paulo a révélé que 37% des consommateurs de drogues injectables étaient infectés par le VIH et que ces niveaux d'infection étaient associés de manière significative à l'incarcération et aux rapports sexuels non protégés avec des hommes (Caiaffa et al., 2006). Dans cette dernière étude, plus d'un quart (26%) des consommateurs de drogues injectables affirmaient avoir eu des rapports sexuels non protégés avec des hommes, vraisemblablement pour financer leur consommation de drogue. Ces résultats soulignent à quel point il est nécessaire de traiter à la fois des pratiques sexuelles et des pratiques liées à la drogue chez les consommateurs de drogues (Ferreira et al., 2006). En outre, on relève un fort lien entre l'utilisation du crack et l'infection à VIH dans plusieurs villes, dont Porto Alegre (où 27% des consommateurs de crack se sont révélés infectés) (Pechansky et al., 2006).

Les rapports sexuels non protégés entre hommes restent un important facteur de transmission du VIH et sont responsables de près de la moitié de toutes les infections sexuellement transmissibles au Brésil. Au fur et à mesure que le VIH se propage des populations les plus exposées au risque à d'autres populations moins exposées, les femmes sont de plus en plus infectées. Une étude conduite parmi des

femmes enceintes dans 27 municipalités du sud du Brésil en 2003 a montré un taux de prévalence du VIH de 0,5% (Cardoso et al., 2005) et les femmes représentent un nombre croissant des cas de SIDA ces dernières années. Les sections les plus pauvres de la population semblent les plus vulnérables, et des taux croissants d'infection à VIH ont été observés parmi les personnes peu instruites des couches socio-économiques les plus basses (Cardoso et al., 2005 ; Fonseca et al., 2003).

On estime qu'un tiers des adultes du Brésil ont effectué un dépistage du VIH (la majorité d'entre eux étant des femmes entre 25 et 39 ans) (Paiva et al., 2006), et qu'environ un Brésilien infecté sur trois connaît sa sérologie VIH (Okie, 2006). La fourniture des antirétroviraux est l'une des plus complètes du monde et donne des résultats positifs. Sur le plan national, la transmission mère-enfant du VIH a baissé considérablement, de 16% en 1997 à moins de 4% en 2002 (Dourado et al., 2006.) Les taux de mortalité due au SIDA ont baissé de 50% entre 1996 et 2002, alors que les hospitalisations liées au SIDA chutaient de 80% au cours de la même période (Okie, 2006).

En **Argentine**, le taux national de prévalence du VIH chez l'adulte était estimé à 0,6% [0,3%-1,9%] en 2005. La plupart des quelque 130 000 [80 000-220 000] personnes vivant avec le VIH se trouvent dans les provinces de Buenos Aires, Cordoba et Santa Fe. Diverses études montrent que jusqu'à 44% des consommateurs de drogues injectables (Vignoles et al., 2006), 7%-15% des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (Montano et al., 2005), et 6% des professionnelles du sexe (Montano et al., 2005 ; Bautista et al., 2006) se sont révélés infectés par le VIH. Plus d'un quart (28%) des détenus dans les prisons de certaines villes sont séropositifs au VIH (Ministère de la Santé de l'Argentine, 2004).

L'accent mis par le Brésil à la fois sur la prévention et sur le traitement lui a permis de garder son épidémie sous contrôle.

Pour toutes sortes de raisons (dont la maturation de l'épidémie et les effets de la crise économique de 2001), les rapports sexuels non protégés sont devenus la principale voie de transmission du VIH ces dernières années (Cohen, 2006b). On estime que les rapports sexuels (principalement hétérosexuels) non protégés sont responsables d'environ

quatre sur cinq des nouveaux diagnostics de VIH en 2005. Les hommes restent plus nombreux que les femmes dans le total des cas de VIH notifiés, mais le ratio hommes-femmes des nouveaux diagnostics s'est réduit à 1,3:1 (il était de 15:1 en 1988) (Programme national de lutte contre le SIDA, 2005 ; Ministère de la Santé de l'Argentine, 2004).

Dans l'ensemble, la consommation de drogues injectables semble avoir baissé, notamment après 2001, année où un grand nombre de consommateurs de drogues injectables se sont mis à fumer de la pâte de cocaïne de moindre qualité dont le prix était moins élevé. A Buenos Aires, par exemple, les consommateurs de drogues injectables n'ont représenté que 5% des nouvelles infections entre 2003 et 2005 (Cohen, 2006b). Mais les tendances montrent que les consommateurs de drogues injectables ont également été poussés à se cacher encore davantage en raison de la stigmatisation associant la consommation de drogues injectables au SIDA et à la mort. Un grand nombre des consommateurs qui continuent à s'injecter des drogues le font seuls et les réseaux d'injection connus autrefois semblent s'être désintégrés. De plus, alors que les taux de mortalité due au SIDA ont commencé à baisser globalement en Argentine après 1996, cette tendance n'a pas été observée parmi les consommateurs de drogues injectables, qui ont connu un nombre important de décès ces dernières années. Ceci suggère que les consommateurs de drogues injectables n'ont pas suffisamment bénéficié du programme national de traitement antirétroviral (Rossi et al., 2006).

Quelque 9600 [4600-30 000] personnes vivaient avec le VIH à fin 2005 en **Uruguay** (ONUSIDA, 2006), où les rapports sexuels (principalement hétérosexuels) sont la principale voie de transmission du VIH (Programme national de lutte contre le SIDA de l'Uruguay, 2006). Néanmoins, les niveaux d'infection sont élevés dans certains groupes de la population dans la capitale, Montevideo, où se concentre l'épidémie : 22% parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (Montano et al., 2005), 19% parmi les consommateurs de drogues injectables et 10% parmi les consommateurs de drogues qui ne s'injectent pas (Vignoles et al., 2006). Les professionnelles du sexe semblent connaître des niveaux de prévalence moins élevés et diverses études montrent que 0,3% à 1,3% d'entre elles ont contracté le VIH (Montano et al., 2005 ; Bautista et al., 2006). La moitié au moins des personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral en bénéficiaient à la mi-2006 (OMS/ONUSIDA, 2006). L'épidémie au **Paraguay** est d'une ampleur

analogue, quelque 13 000 [6200-41 000] personnes y vivaient avec le VIH à fin 2005 (ONUSIDA, 2006). Les hommes constituent la majorité des cas de VIH (74%), l'exposition à du matériel d'injection non stérile et les rapports sexuels non protégés entre hommes étant les principales voies de transmission du VIH (Programme national de lutte contre le SIDA du Paraguay, 2006).

Les rapports sexuels non protégés, en particulier entre hommes, sont le principal facteur de risque d'infection à VIH dans l'épidémie plus modeste que connaît le **Chili**, où quelque 28 000 [17 000-56 000] personnes vivaient avec le VIH à fin 2005 (ONUSIDA, 2006). Un nombre croissant de femmes contractent le VIH, souvent auprès de leurs partenaires masculins qui ont, eux, contracté le virus au cours de rapports sexuels non protégés avec des hommes.

Au Pérou, le VIH semble toucher principalement les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes. La prévalence du VIH dans ce groupe de la population est élevée—10% à Iquitos et dans la région avoisinante (Cohen, 2006c), et en moyenne 14% dans six autres villes (Lama et al., 2006), y compris dans la capitale, Lima, où jusqu'à 23% des hommes qui ont des rapports sexuels avec les hommes se sont révélés séropositifs au VIH (Montano et al., 2005 ; Ministère de la Santé du Pérou, 2005). Les comportements sexuels à risque dans ce groupe sont courants. Dans certaines villes du littoral, plus de deux tiers des hommes déclarent avoir eu récemment des rapports sexuels non protégés (Konda et al., 2006). Lors d'une enquête, près de la moitié (47%) des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes déclaraient avoir également eu des rapports sexuels avec des femmes—pourtant la prévalence du VIH parmi les femmes est restée très faible, à 0,2% environ (Cohen, 2006d).

Les épidémies de l'Amérique centrale sont complexes et en augmentation, avec dans certains pays la prévalence la plus élevée d'Amérique latine ; les rapports sexuels tarifés et les rapports sexuels entre hommes sont les principaux facteurs de risque pour l'infection à VIH.

Les rapports sexuels entre hommes sont également le principal facteur de risque d'infection à VIH dans les épidémies des autres pays andins, dont la

Bolivie (taux de prévalence de 24% relevé à Santa Cruz parmi des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes), l'**Equateur** (prévalence du VIH de 28% à Guayaquil et 15% à Quito) et la **Colombie** (20% à Bogotá) (Montano et al., 2005). La prévalence du VIH chez les professionnelles du sexe ne dépasse 4% dans aucun de ces pays et elle est bien inférieure à 1% dans plusieurs villes (Montano et al., 2005 ; Khalsa et al., 2003 ; Mejía et al., 2002). Mais une étude effectuée en 2005 parmi 120 professionnelles du sexe à Barranquilla, Colombie, a relevé une prévalence du VIH de 3,3%—pourcentage le plus élevé observé jusqu'ici dans le pays. Une étude faite en 2002 à Bogotá avait trouvé une prévalence de 0,7% parmi les professionnelles du sexe. Parmi les consommateurs de drogues injectables, un taux de prévalence du VIH de 1% avait été relevé au cours d'une étude réalisée en 2003 à Bogotá. Globalement en Colombie, la prévalence du VIH relevée par la surveillance sentinelle parmi les femmes enceintes était de 0,65% en 2005, par rapport à 0,24% en 1999. Si la majorité des nouveaux cas notifiés se produit toujours chez des hommes, le ratio hommes-femmes s'est réduit de près de 10:1 au début des années 1990 à 2-3:1 en 2003-2005 (ONUSIDA et Ministère de la Protection sociale de Colombie, 2006). Les hommes constituent également la majorité des 110 000 [54 000-350 000] personnes vivant avec le VIH au **Venezuela**, où la plupart des infections notifiées à ce jour se sont produites au cours de rapports sexuels non protégés entre hommes (Ministère de la Santé du Venezuela, 2005).

Bien qu'elles soient incomplètes, les données de surveillance du VIH disponibles montrent que les épidémies en **Amérique centrale** sont complexes et en augmentation, avec, dans certains pays, les taux de prévalence les plus élevés d'Amérique latine. Les rapports sexuels entre hommes et le commerce du sexe semblent être les principaux facteurs de risque d'infection à VIH. Dans le même temps, certaines données montrent une généralisation de la transmission du VIH, notamment le long des corridors de transport et dans les zones de la côte caraïbe de la région. Plusieurs des pays d'**Amérique centrale** connaissent des épidémies cachées de VIH parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, notamment le **Belize**, le **Costa Rica**, **El Salvador**, le **Guatemala**, le **Nicaragua** et le **Panama**. Au **Nicaragua**, par exemple, 7,6% des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes se sont révélés infectés par le VIH (et 11% avaient une syphilis), alors que 15% étaient séropo-

sitifs au VIH en **El Salvador**. Dans ces deux pays, un homme sur cinq affirmait avoir eu également des rapports sexuels avec une partenaire féminine au cours des six mois écoulés (Soto et al., 2006). Et au **Guatemala**, un taux de prévalence du VIH de 12% a été relevé parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, dont la moitié se considéraient comme hétérosexuels ou bisexuels (Ministère de la Santé publique et de l'Assistance sociale du Guatemala, 2003 ; Projet Action SIDA d'Amérique centrale, 2003). Les partenaires féminines d'un grand nombre de ces hommes sont donc exposées au risque de contracter également le VIH.

Comme c'est le cas dans plusieurs autres pays d'Amérique centrale, on sait moins de choses sur l'épidémie de VIH au-delà de la capitale du **Guatemala** ou parmi ses populations indigènes (principalement mayas) qui constituent près de la moitié de la population. Les données disponibles indiquent la présence généralisée du VIH parmi les populations indigènes, mais pas nécessairement à des niveaux plus élevés que dans la population ladino. La surveillance sentinelle parmi les femmes enceintes en 2003 a relevé des taux de VIH relativement plus faibles chez les femmes mayas que chez leurs homologues ladinos (Hernandez et Aguilar, 2004). Dans les cas de VIH et de SIDA notifiés au Ministère de la Santé en 2004, les Ladinos constituaient 74% des cas et les Mayas 22%, alors qu'en 2005 les Ladinos représentaient 69% du total et les Mayas 28% (Garcia, 2005). Néanmoins, les populations mayas constituent la majorité des cas de VIH et de SIDA dans huit des 22 départements du Guatemala et on a trouvé des cas de VIH parmi ces populations dans chaque département du pays—ce qui est très préoccupant, étant donné que ces groupes sont déjà confrontés à des niveaux élevés de pauvreté et de mortalité maternelle, et ont un accès limité aux services de santé (Secrétariat de la Présidence pour la Planification et la Programmation, Guatemala, 2006). Une étude renforce encore ces préoccupations : parmi des malades de la tuberculose (dont trois quarts sont Mayas) à Quetzaltenango, les niveaux d'infection à VIH ont triplé (de 4,2% à 12%) entre 1995 et 2002 (Cohen, 2006d).

Au **Honduras**, l'épidémie semble particulièrement grave parmi les minorités ethniques—dans ce cas les Garifuna, descendants afro-honduriens des esclaves d'Afrique occidentale. Les études effectuées dans des communautés Garifuna ont relevé des taux de prévalence du VIH de 8-14% (Secrétariat à la Santé

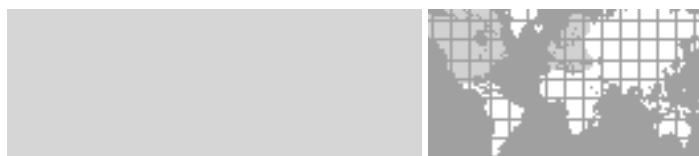
du Honduras, 1998). Toutefois, l'infection à VIH s'est largement répandue au Honduras. Les niveaux d'infection les plus élevés ont été observés parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (dont 13% étaient séropositifs au VIH lors d'une étude en 2005), les professionnelles du sexe (jusqu'à 11% d'entre elles se sont révélées infectées par le VIH) (Secrétariat à la Santé du Honduras, 2003a ; Secrétariat à la Santé du Honduras, 2003b ; Ghee et al., 2006), et les détenus (prévalence du VIH à 8%) (Cohen, 2006e). L'épidémie touche de plus en plus les femmes, qui représentaient un peu moins de la moitié (47%) des cas de VIH enregistrés en 2004. A l'échelle nationale, la prévalence du VIH parmi les femmes fréquentant les consultations prénatales était de 1,4% en 2004, mais atteignait 3-4% à Valle de Sula (Ministère de la Santé du Honduras, 2006). A fin 2005, on estimait que 63 000 [35 000-99 000] Honduriens vivaient avec le VIH (ONUSIDA, 2006).

Les rapports sexuels non protégés entre hommes sont au centre des épidémies dans la plupart des pays d'Amérique latine.

La nombreuse population du **Mexique** signifie que même avec un faible taux national de prévalence du VIH chez l'adulte—estimé à 0,3% [0,2%-0,7%]—on comptait en 2005 180 000 [99 000-440 000] personnes vivant avec le VIH (Bravo-Garcia et al., 2006). L'épidémie du Mexique est principalement concentrée parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, les professionnel(le)s du sexe et leurs clients et les consommateurs de drogues injectables. On estime que les rapports

sexuels entre hommes comptent pour plus de la moitié (57%) des infections à VIH enregistrées à ce jour (Bravo-Garcia et al., 2006), même si certains signes indiquent un risque croissant d'infection à VIH pour les femmes (Magis-Rodriguez et al., 2004).

Un taux de prévalence du VIH de 4% a été relevé parmi des consommateurs de drogues injectables à Tijuana, par exemple (Magis-Rodriguez et al., 2005), et il y a des raisons de penser que les infections à VIH pourraient être en hausse dans certaines villes frontalières des Etats-Unis, où le commerce du sexe et la consommation de drogues injectables sont très répandus. A Tijuana et Vera Cruz, une étude effectuée en 2003 a révélé que 6% des professionnelles du sexe étaient infectées par le VIH (Magis et al., 2006a), alors qu'à Tijuana et Ciudad Juarez, une étude conduite en 2004-2006 a relevé un taux de prévalence du VIH de 6% parmi les professionnelles du sexe—et de 16% chez celles qui s'injectaient des drogues (Patterson et al., 2006). Un taux élevé de prévalence a également été trouvé chez des hommes professionnels du sexe : 25% à Monterrey, par exemple, en 2005 (Gayet et al., 2006a) et 20% à Guadalajara et Mexico (Magis et al., 2006b). Une étude effectuée parmi des routiers à Monterrey a montré que 0,7% étaient infectés par le VIH (soit le double du taux national estimé de prévalence du VIH chez l'adulte). Plus d'un quart d'entre eux avaient payé pour avoir des rapports sexuels au cours de l'année écoulée et un sixième d'entre eux n'avaient jamais utilisé de préservatif (Gayet et al., 2006b). Certains signes montrent aussi une importante propagation du VIH dans les zones rurales du pays, la migration (y compris la migration entre le Mexique et les Etats-Unis d'Amérique) paraissant y contribuer (Cohen, 2006f).



AMÉRIQUE DU NORD, EUROPE OCCIDENTALE ET EUROPE CENTRALE

Dans ces deux régions, le nombre total de personnes vivant avec le VIH a continué d'augmenter, notamment en raison de la prolongation de la survie apportée par la thérapie antirétrovirale, du nombre relativement stable des nouvelles infections à VIH qui se produisent chaque année en Amérique du Nord et de l'augmentation du nombre de nouveaux diagnostics de VIH en Europe occidentale depuis 2002.⁶ Globalement, 2,1 millions [1,5 million–3,0 millions] de personnes environ vivaient avec le VIH en 2006, dont les 65 000 [52 000–98 000] qui avaient contracté le VIH au cours de l'année écoulée. Etant donné l'accès assez généralisé à des traitements antirétroviraux efficaces, le nombre de décès dus au SIDA en 2006 a été relativement faible—30 000 dans une fourchette allant de 24 000 à 45 000.

A l'échelle mondiale, on estime que sept pays seulement comptaient davantage de personnes vivant avec le VIH que les **Etats-Unis d'Amérique** : 1,2 million [720 000–2,0 millions] en 2005 (ONUSIDA, 2006a). Sur la base des données fournies par les 35 Etats et régions⁷ disposant d'un système à long terme de notification du VIH confidentiel par nom, les rapports sexuels non protégés entre hommes (qui représentent environ 44% des cas de VIH ou de SIDA notifiés

entre 2001 et 2004) restent le facteur de risque d'infection à VIH le plus important, suivi des rapports hétérosexuels non protégés (34% des cas) et de l'utilisation de matériel non stérile d'injection de drogues (17%) (US Centers for Disease Control and Prevention, 2006a). (Il convient toutefois de noter que les 35 Etats et territoires ne comprennent pas certains des Etats qui ont notifié les nombres de cas de SIDA les plus élevés, dont la Californie, l'Illinois, le Maryland et la Pennsylvanie.)

La proportion de femmes parmi les nouveaux diagnostics de VIH ou de SIDA a augmenté de façon spectaculaire—passant de 15% avant 1995 à 27% en 2004. Trois quarts environ de ces nouveaux diagnostics de VIH chez des femmes sont imputables aux rapports sexuels non protégés (US Centers for Disease Control and Prevention, 2006b), souvent avec des partenaires masculins qui avaient été infectés en s'injectant des drogues ou au cours de rapports sexuels tarifés ou encore avec des hommes (McMahon et al., 2004 ; Valleroy et al., 2004 ; Montgomery et al., 2003). Cependant, une proportion importante (20%) de femmes dont le VIH a été diagnostiqué en 2004 l'avaient contracté par des pratiques d'injection de drogues sans respect de l'hygiène.

⁶ Cette analyse se fonde principalement sur les diagnostics de VIH notifiés. Cette mesure ne représente pas l'incidence totale, car il se peut qu'elle comprenne des infections qui se sont produites bien des années auparavant et elle ne saisit que les cas de personnes qui ont effectué un test, ce qui constitue une limite importante à l'utilisation des diagnostics annuels de VIH. De ce fait, les tendances du VIH fondées sur les cas notifiés de VIH peuvent être faussées par des changements dans la fréquentation des services de dépistage du VIH ou dans les caractéristiques de la notification. Dans la mesure du possible, nous avons signalé au lecteur les cas où de tels changements se sont produits.

⁷ Depuis 2000, les 35 régions suivantes des Etats-Unis disposent de lois ou réglementations exigeant la notification confidentielle par nom des infections à VIH : Alabama, Alaska, Arizona, Arkansas, Colorado, Floride, Idaho, Indiana, Iowa, Kansas, Louisiane, Michigan, Minnesota, Mississippi, Missouri, Nebraska, Nevada, New Jersey, Nouveau-Mexique, New York, Caroline du Nord, Dakota du Nord, Ohio, Oklahoma, Caroline du Sud, Dakota du Sud, Tennessee, Texas, Utah, Virginie, Virginie-Occidentale, Wisconsin, Wyoming, Guam, et les Iles Vierges américaines. Depuis juillet 1997, la Floride n'a eu de notification confidentielle par nom de l'infection à VIH que pour les nouveaux diagnostics.

Les hommes représentent toujours la majorité des diagnostics de VIH ou de SIDA aux États-Unis—environ 73% en 2004. Près de deux tiers (65%) des infections à VIH diagnostiquées chez des hommes en 2004 étaient imputables aux rapports sexuels non protégés avec des hommes (US Centers for Disease Control and Prevention, 2006b), et plusieurs études présentent des preuves d'une augmentation des comportements sexuels à risque dans ce groupe de la population (US Centers for Disease Control and Prevention, 2006c).

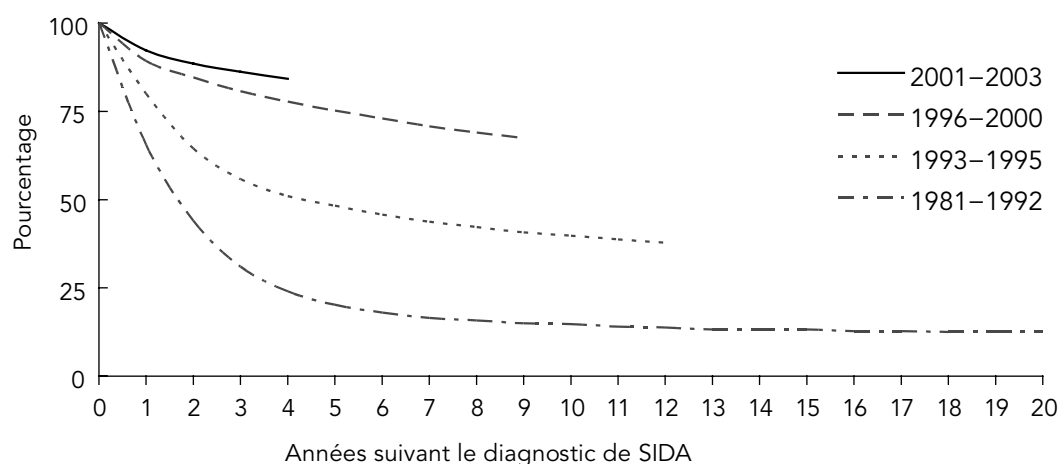
Le nombre total de personnes infectées par le VIH continue de croître – principalement du fait de la prolongation de la survie apportée par la thérapie antirétrovirale, la stabilité du nombre de nouvelles infections en Amérique du Nord, et l'augmentation des nouveaux diagnostics de VIH en Europe occidentale.

Les minorités ethniques continuent d'être touchées de manière disproportionnée par l'épidémie de VIH. Entre 2001 et 2004, 50% des diagnostics de SIDA ont été posés parmi les Africains-Américains (qui ne constituent que 12% de la population des États-Unis) et 20% parmi les Hispaniques (14% de la population). En 2004, la proportion des nouveaux diagnostics de VIH ou de SIDA était sept fois plus élevée parmi les hommes africains-

américains que parmi les hommes caucasiens (131,6 par rapport à 18,7 pour 100 000 personnes) et 21 fois plus élevée chez les Africaines-Américaines que parmi les Caucasiennes (67 par rapport à 3,2 pour 100 000 personnes) (US Centers for Disease Control and Prevention, 2006a). Une étude récente suggère que les taux élevés d'incarcération chez les hommes africains-américains (dont environ 1 sur 12 a séjourné dans une prison ou un établissement pénitentiaire) pourraient avoir un lien avec les niveaux disproportionnés d'infection à VIH parmi les hommes et les femmes africains-américains (Johnson and Raphael, 2006).

La moitié environ (49%) des hommes africains-américains dont le VIH ou le SIDA a été diagnostiqué en 2005 ont contracté le virus au cours de rapports sexuels non protégés avec un homme, alors que la plupart des Africaines-Américaines (78%) ont été infectées par un rapport hétérosexuel non protégé (US Centers for Disease Control and Prevention, 2006d). Plusieurs études ont montré que les hommes africains-américains qui ont des rapports sexuels avec des hommes ont un risque significativement plus élevé d'infection à VIH, alors qu'ils présentent des comportements sexuels à risque analogues ou moindres que les autres hommes (Harawa et al., 2004 ; Koblin et al., 2006). Ceci indique que d'autres facteurs (dont peut-être la prévalence d'autres infections sexuellement transmissibles) pourraient accroître le risque

Pourcentage de personnes encore en vie en juin 2006, par cohortes selon les années suivant le diagnostic de SIDA entre 1981 et 2003 et par année de diagnostic



Source : CDC Twenty-five years of HIV/AIDS – États-Unis, 1981-2006. MMWR 2006.

Figure 12

d'infection à VIH chez les Africains-Américains qui ont des rapports sexuels avec des hommes. Par ailleurs, l'utilisation de matériel non stérile d'injection de drogues reste au deuxième rang des causes d'infection à VIH parmi les Africains-Américains et au troisième rang pour les Africains-Américains (US Centers for Disease Control and Prevention, 2006c).

La fourniture de la thérapie antirétrovirale a entraîné une baisse de 80% de la mortalité due au SIDA entre 1990 et 2003 (Crum et al., 2006). Le traitement du VIH aux États-Unis est devenu encore plus efficace et la proportion de personnes encore en vie deux ans ou davantage après un diagnostic de SIDA s'est accrue de 64% en 1993-1995 à 85% en 1996-2005 (US Centers for Disease Control and Prevention, 2006). Au moins 3 millions d'années de vie ont été épargnées grâce à l'efficacité du traitement et de la prise en charge des malades du SIDA (Walensky et al., 2006).

On estime qu'un quart des personnes vivant avec le VIH ne savent pas qu'elles ont été infectées par le virus (Glynn et Rhodes, 2005), ce qui complique la riposte au SIDA. Les personnes qui ne sont pas conscientes de leur infection ont peu de chance d'avoir accès aux services appropriés de traitement et de prise en charge avant d'avoir atteint un stade relativement avancé de la maladie, ce qui limite l'efficacité du traitement. En outre, elles prendront probablement moins de précautions pour éviter de transmettre le VIH à d'autres personnes. Potentiellement, les individus qui ne connaissent pas leur sérologie VIH pourraient être responsables de 54%-70% de toutes les nouvelles infections à VIH transmises par la voie sexuelle aux États-Unis (Marks et al., 2006).

La proportion de femmes parmi les nouveaux cas d'infection à VIH ou les diagnostics de SIDA s'est accrue de manière très significative aux États-Unis d'Amérique – passant de 15% avant 1995 à 27% en 2004.

Les dernières données du **Canada** concernant le VIH soulignent à quel point il est nécessaire que des stratégies efficaces soient mises en place pour prévenir de nouvelles infections à VIH et pour apporter des services aux populations vulnérables, telles que les consommateurs de drogues injectables, les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes et les populations autochtones.

A fin 2005, on estimait à 58 000 [48 000-68 000] le nombre de personnes vivant avec le VIH au Canada, ce qui représente une augmentation de 16% par rapport à l'estimation de 2002 qui était de 50 000 [41 000-59 000] (Boulos et al., 2006). De plus, on a estimé que 2300 à 4500 nouvelles infections s'étaient produites en 2005. Les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes représentent presque la moitié (46%) de ces nouvelles infections, ce qui en fait le groupe de la population le plus touché. Quelque 14% des nouvelles infections ont été attribuées à l'injection de drogues sans respect de l'hygiène (moins que les 19% estimés en 2002), et 37% ont été imputées aux rapports hétérosexuels non protégés. Un peu moins de la moitié des infections contractées par des rapports hétérosexuels non protégés se sont produites chez des personnes nées dans un pays où le VIH est endémique (Boulos et al., 2006). On note une légère tendance à la hausse des nouvelles infections à VIH chez les femmes : elles représentent 27% des nouvelles infections en 2005, par rapport aux 24% estimés en 2002 (Boulos et al., 2006). Il convient de noter qu'une personne sur quatre vivant avec le VIH au Canada ne connaît pas sa sérologie (Boulos et al., 2006).

Les populations autochtones du Canada sont touchées de manière disproportionnée par toutes sortes de facteurs sociaux, économiques et comportementaux, notamment les forts taux de pauvreté, d'abus de substances et d'infections sexuellement transmissibles, leur accès limité aux services de santé et leur faible fréquentation de ces services, qui semblent accroître leur vulnérabilité à l'infection par le VIH (Agence de santé publique du Canada, 2006). Les populations autochtones restent surreprésentées dans l'épidémie du Canada : on estime que le taux global d'infection à VIH parmi les personnes autochtones est près de trois fois supérieur à celui des non-Autochtones. En 2005, les Autochtones représentaient 9% des nouvelles infections (Boulos et al., 2006), alors qu'ils ne constituent que 3,3% de la population canadienne (Statistiques Canada, 2001).

Le schéma de transmission du VIH parmi les personnes autochtones diffère de celui qui prévaut dans la population générale. Selon les estimations de 2005, la consommation de drogues injectables était le mode de transmission le plus courant parmi les Autochtones, représentant 53% des nouvelles infections chez les Autochtones canadiens par rapport à 14% dans l'ensemble de la population. Le reste des nouvelles infections parmi les populations

aborigènes est largement imputable à l'exposition au VIH au cours des rapports hétérosexuels (33%) et des rapports sexuels entre hommes (10%) (Boulos et al., 2006).

Les populations autochtones continuent d'être touchées de manière disproportionnée dans l'épidémie canadienne, les taux d'infection à VIH parmi les Autochtones étant près de trois fois plus élevés que chez les non-Autochtones.

Il est particulièrement nécessaire de concevoir des interventions ciblées destinées spécifiquement aux jeunes Autochtones, notamment aux femmes. On note une proportion plus forte (33%) de diagnostics de VIH chez des personnes autochtones de moins de 30 ans, par rapport à la population générale (20%). Une étude effectuée parmi des consommateurs de drogues injectables à Vancouver a montré que les jeunes Autochtones qui s'injectent des drogues avaient un risque plus de quatre fois supérieur d'être infectés par le VIH à leur inscription dans un programme de prise en charge que leurs homologues non Autochtones (Miller et al., 2006). Exceptionnellement, près de deux tiers des consommateurs autochtones de drogues injectables de cette étude étaient des femmes, caractéristique qui contribue à expliquer pourquoi deux tiers (65%) des diagnostics de VIH parmi les femmes autochtones jusqu'en décembre 2005 étaient imputés à la transmission par consommation de drogues injectables (Agence de santé publique du Canada, 2006).

Comme dans de nombreux autres pays, la consommation de drogues injectables en prison semble courante au Canada. Selon une récente étude parmi des personnes en détention préventive dans la province de l'Ontario, l'utilisation de matériel d'injection non stérile est fréquente derrière les barreaux, en particulier pour les consommateurs détenus dans des établissements pénitentiaires fédéraux. Dans ce dernier groupe, 6% se sont révélés séropositifs au VIH dans le cadre de cette étude ; près de la moitié (47%) de ceux qui étaient infectés par le virus admettaient avoir partagé avec d'autres leur matériel d'injection au cours de leur détention. Ces résultats soulignent une fois de plus la nécessité d'élargir les programmes de réduction des risques dans les prisons, notamment les programmes d'échange des aiguilles et seringues (Calzavara et al., 2006).

De l'autre côté de l'Atlantique, quelque 740 000 [580 000-970 000] personnes vivaient avec le VIH en Europe occidentale et centrale en 2006. La majeure partie de l'information concernant les caractéristiques et tendances des épidémies en Europe occidentale provient de la notification des cas de VIH et de SIDA. Toutefois, le système de notification des cas d'infection à VIH ne couvre pas tous les pays ou toutes les régions à l'intérieur des pays. Par exemple, aucune donnée n'a été annoncée en 2005 pour l'Italie, la Norvège et l'Espagne (EuroHIV, 2006a).

En Europe occidentale et centrale, près des trois quarts des infections à VIH contractées par la voie hétérosexuelle se produisent parmi les immigrants et les migrants. Les services de prévention, de traitement et de prise en charge doivent être adaptés de manière à pouvoir atteindre ces populations.

En Europe occidentale, un peu plus d'un tiers (35%) des infections à VIH diagnostiquées en 2005 se sont produites lors de rapports sexuels entre hommes, alors que plus de la moitié (56%) ont été contractées au cours de rapports hétérosexuels. Environ trois quarts des infections à VIH contractées par la voie hétérosexuelle se sont produites chez des immigrants et des migrants (EuroHIV, 2006a), ce qui renforce encore la nécessité d'adapter les services de prévention, de traitement et de prise en charge aux besoins de ces populations.

Le taux des nouveaux diagnostics de VIH a presque doublé en Europe occidentale durant la période 1998-2005—de 42 cas par million d'habitants en 1998 à 74 par million en 2006. C'est au **Royaume-Uni**, où le VIH reste une des principales menaces dans le domaine des maladies transmissibles, que les plus fortes augmentations ont été notifiées (British Medical Association, 2006). Les nouveaux diagnostics annuels de VIH au Royaume-Uni ont doublé depuis 2000, dépassant 7200 en 2004 pour atteindre 7700 en 2005 (Health Protection Agency, 2005). L'épidémie est concentrée dans une très large mesure à Londres où près de la moitié (43%) des nouveaux diagnostics ont été posés en 2005. Cependant, les nouveaux diagnostics augmentent progressivement dans les autres régions depuis 1999, y compris dans les zones où les infections à VIH étaient jusque-là restées rares (par exemple dans

l'Est et le Nord-Est, au Pays de Galles et dans le Yorkshire) (Health Protection Agency, 2006).

Trois quarts des nouveaux diagnostics de VIH chez des hommes et des femmes hétérosexuels ont été faits chez des personnes originaires de pays extérieurs au Royaume-Uni, principalement d'Afrique subsaharienne (Health Protection Agency, 2006). En effet, les personnes infectées en Afrique subsaharienne constituent aujourd'hui le groupe le plus touché par le VIH au Royaume-Uni, à un degré légèrement plus élevé que les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes. Des recherches dans les Midlands et dans le sud de l'Angleterre suggèrent que la stigmatisation et la crainte de la discrimination dissuadent une forte proportion des Africains vivant au Royaume-Uni de pratiquer un test VIH (Elam et al., 2006).

Par ailleurs, les niveaux de VIH et des autres infections sexuellement transmissibles restent élevés chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, qui représentent environ un tiers de tous les nouveaux diagnostics de VIH (2252 en 2005). Le nombre de nouveaux diagnostics de VIH parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes a augmenté de près de 50% depuis 2000 (Health Protection Agency, 2006), ce qui montre bien qu'il est nécessaire de remanier les efforts de prévention destinés à ce groupe de la population (Elford et al., 2005).

Deux autres tendances sont intéressantes à noter. Environ un tiers des personnes vivant avec le VIH ne savent pas qu'elles ont été infectées (British Medical Association, 2006). Elles ne bénéficient par conséquent pas du traitement et de la prise en charge dont elles pourraient avoir besoin et risquent de transmettre le virus à d'autres. En outre, les connaissances relatives au VIH semblent se dégrader. Dans une enquête en 2005, 79% des répondants à l'échelle nationale (et 70% seulement à Londres, région connaissant la plus forte prévalence du VIH dans le pays) savaient que le VIH peut se transmettre par des rapports sexuels non protégés, alors qu'ils étaient 91% en 2000. Le pourcentage de personnes incapables d'indiquer une seule des voies de transmission du VIH a augmenté de 6% à 8% entre 2000 et 2005 (National AIDS Trust, 2006).

Des études dans des groupes d'hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes montrent un taux de prévalence du VIH de 10%-20% en Europe occidentale, et plusieurs études effectuées en Espagne, en France, au Royaume-Uni et en Suisse rapportent une augmentation de la propor-

tion des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes et affirment avoir récemment eu des rapports à risque élevé (Balthasar, Jeannin, Dubois-Arber, 2005 ; Moreau-Gruet, Dubois-Arber, Jeannin, 2006 ; Dodds et al., 2004). Ceci montre clairement la nécessité de renforcer les programmes de prévention et de traitement du VIH dans ce groupe de la population (EuroHIV, 2006b). Plusieurs autres pays connaissent une augmentation des nouveaux diagnostics de VIH parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes. Par rapport à 2001, le nombre de diagnostics de VIH dans ce groupe de la population avait augmenté de trois quarts aux **Pays-Bas** (75%), de plus de deux tiers au **Portugal** (68%) et en **Suisse** (71%), et de 40% en **Belgique** en 2005 (EuroHIV, 2006a). Des flambées d'autres infections sexuellement transmissibles accompagnent cette tendance dans certains pays, ce qui suggère une augmentation des comportements sexuels à risque parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes. Aux **Pays-Bas**, par exemple, les cas de syphilis chez des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes ont plus que triplé entre 2000 et 2004 (Van de Laar et al., 2005). En **Allemagne**, les nouveaux diagnostics de VIH chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes ont plus que doublé entre 2001 et 2005 (EuroHIV, 2006a), et ce groupe de la population représente environ 70% des nouvelles infections à VIH diagnostiquées en 2005 (Robert Koch Institut, 2005). Globalement, on estime que 49 000 [29 000-81 000] personnes vivaient avec le VIH en Allemagne en 2005 (ONUSIDA, 2006a). Les épidémies des pays scandinaves restent d'ampleur modeste et sont dans l'ensemble stables, même si on a noté depuis 2002 une augmentation des diagnostics de VIH parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes en **Suède** (de 68 à 97 en 2005) (EuroHIV, 2006a).

Des études révèlent une prévalence du VIH de 10%-20% parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en Europe occidentale, et il y a des indications en provenance de plusieurs pays évoquant une prise de risques plus élevée en matière de rapports sexuels sans protection dans ce groupe de population.

L'efficacité des programmes de réduction des risques en vue d'abaisser le nombre d'infections à VIH parmi les consommateurs de drogues injectables est manifeste dans plusieurs pays. Au **Portugal**,

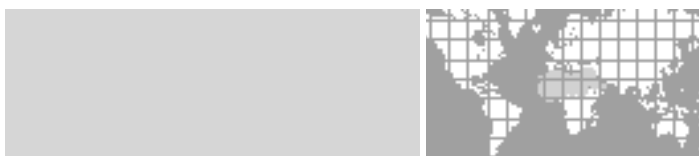
par exemple, les diagnostics de VIH parmi les consommateurs de drogues injectables étaient inférieurs en 2005 de près d'un tiers (31%) à ceux de 2001 (857 par rapport à 1247) (EuroHIV, 2006a). Les programmes de réduction des risques ont été associés à une baisse de la consommation de drogues injectables, de l'utilisation d'aiguilles et de seringues non stériles et des infections à VIH parmi les consommateurs de drogues injectables en Espagne. La prévalence du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables a baissé de moitié à Barcelone (de 44% à 21% entre 1995 et 2001-2003) et à Séville (de 44% à 22%), deux villes dont les programmes de réduction des risques sont en place depuis longtemps. Par contraste, à Madrid, où ces programmes n'ont été introduits que vers la fin des années 1990, la prévalence du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables est restée stable (37% en 1995 et 35% en 2001-2003) (de la Fuente et al., 2006). Les Pays-Bas ont également enregistré une chute des infections à VIH parmi les consommateurs de drogues injectables—de 174 nouveaux diagnostics en 2002 à 29 en 2005. Parmi les consommateurs de drogues d'Amsterdam, épicentre de l'épidémie de VIH liée à la consommation de drogues injectables dans le pays, on a vu une baisse régulière de l'utilisation d'aiguilles et de seringues non stériles et de l'incidence du VIH. La plupart des nouvelles infections à VIH parmi les consommateurs de drogues d'Amsterdam se produisent maintenant lors de rapports hétérosexuels non protégés—ce qui nous rappelle que les programmes de réduction des risques doivent également prêter attention à la promotion de pratiques sexuelles à moindre risque (Lindenburg et al., 2006).

Les épidémies d'Europe centrale restent de taille modeste par rapport au reste de l'Europe. Seuls quatre pays ont annoncé plus de 100 nouveaux diagnostics de VIH en 2005 : la **Pologne** (où 652 personnes ont été nouvellement diagnostiquées), la **Turquie** (332), la **Roumanie** (205), la

Serbie et Monténégro⁸ (112) et la **Hongrie** (110) (EuroHIV, 2006a). Les schémas épidémiques varient considérablement. Les rapports hétérosexuels sans protection sont le principal mode de transmission de l'infection dans la plupart des pays, dont l'**Albanie**, la **Bosnie-Herzégovine**, la **Bulgarie**, la **Roumanie** et la **Turquie**, alors que les rapports sexuels non protégés entre hommes prédominent en **Croatie**, en **Hongrie**, en **République tchèque** et en **Slovénie**, et l'utilisation de matériel non stérile d'injection de drogues est le principal facteur de risque d'infection à VIH dans l'épidémie de la **Pologne** (EuroHIV, 2006a ; Rosinska, 2006).

Dans la Baltique, l'augmentation soudaine du nombre d'infections à VIH diagnostiquées au tournant du siècle semble avoir faibli et les épidémies de VIH augmentent maintenant plus lentement. On a noté une baisse régulière des nouveaux diagnostics de VIH en **Lettonie** (de 542 à 299 au cours de la même période) (Inspectorat de la protection de la Santé de l'Estonie, 2006 ; EuroHIV, 2006a). En **Lituanie**, 110-135 nouvelles infections à VIH sont diagnostiquées chaque année depuis trois ans (EuroHIV, 2006a). Quelque 10 000 [6100-17 000] personnes vivaient avec le VIH en **Lettonie** en 2005, et on estimait qu'elles étaient 3300 [1600-10 000] en **Lituanie** (ONUSIDA, 2006). Les nouveaux cas de VIH notifiés en **Estonie** ont également baissé (de 899 en 2002 à 621 en 2005). Néanmoins, le taux national de prévalence du VIH chez l'adulte estimé à 1,3% [0,6-4,8%] en Estonie en 2005 se situait au deuxième rang de tous les pays d'Europe (après l'Ukraine). Un total de plus de 5000 infections à VIH ont été notifiées depuis le début de l'épidémie en Estonie et on estime que le nombre réel de personnes vivant avec le VIH en 2005 était deux fois plus élevé (10 000 dans une fourchette allant de 4800 à 32 000) (Inspectorat de la protection de la Santé de l'Estonie, 2006 ; ONUSIDA, 2006a).

⁸ Au moment de leur compilation, ces statistiques se référaient à la région connue précédemment sous le nom de Serbie et Monténégro. Au moment de mettre sous presse, cette région s'appelle désormais la République de Serbie.



MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD

Les épidémies de SIDA dans cette région sont très diverses. On estime que 68 000 [41 000–220 000] personnes ont contracté le VIH en 2006, ce qui porte à 460 000 [270 000–760 000] le total des personnes vivant avec le virus dans la région. Le SIDA a entraîné le décès d'environ 36 000 [20 000–60 000] personnes au cours de l'année écoulée. La plupart des infections notifiées se sont produites chez des hommes, mais la proportion de femmes infectées est en hausse (ONUSIDA, 2006b).

Des systèmes de surveillance du VIH inégaux (et, en bien des endroits, insuffisants), rendent difficile une évaluation précise des caractéristiques et tendances des épidémies dans de nombreux pays de cette région—particulièrement au sein des groupes les plus exposés au risque tels que les consommateurs de drogues injectables, les professionnel(le)s du sexe et les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes. Toutefois, une amélioration de la collecte des données dans certains pays (comme l'**Algérie**, la **République islamique d'Iran**, la **Jamahiriya arabe libyenne** et le **Maroc**) montre que des épidémies localisées de VIH se déroulent dans toute la région tandis qu'une épidémie généralisée persiste au **Soudan**.

Une surveillance inadéquate du VIH dans de nombreux pays de cette région rend difficile l'évaluation précise des caractéristiques et des tendances de leurs épidémies très diverses – en particulier parmi les groupes les plus exposés au risque tels que les consommateurs de drogues injectables, les professionnel(le)s du sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

C'est le **Soudan** qui connaît, de loin, la plus importante épidémie de SIDA de cette région. Le taux de prévalence du VIH chez l'adulte était de 1,6% [0,8%–2,7%] en 2005 et quelque 350 000 [170 000–580 000] personnes vivaient avec le VIH, la majorité d'entre elles dans le sud du pays. Des taux de prévalence du VIH supérieurs à 2% ont été relevés parmi

des femmes en consultations prénatales dans l'Etat du Nil Blanc, par exemple (Ministère de la Santé du Soudan, 2006). Il est à craindre que la transmission du VIH s'accélère et s'élargisse après plus de deux décennies de guerre, au fur et à mesure que les réfugiés et personnes déplacées reviennent à une vie normale. Par exemple, des taux de prévalence du VIH atteignant 4,4% ont été relevés parmi certains adultes autrefois déplacés à Yei dans le sud, le long de la frontière avec l'Ouganda (Kaiser et al., 2006). Un nombre accru d'activités de prévention sont mises en place dans le sud, y compris des initiatives de conseil et de test volontaires (à Juba, par exemple) et quelques sites de traitement sont maintenant ouverts.

Cependant, l'épidémie n'est pas confinée au sud (Ministère de la Santé du Soudan, 2005). Une étude réalisée en 2005 auprès d'officiers de police dans l'Etat de Khartoum, par exemple, a trouvé que 1% d'entre eux étaient infectés par le VIH. Les connaissances concernant le VIH étaient extrêmement limitées : seuls 2% des hommes savaient que les préservatifs peuvent prévenir la transmission du VIH (Abdelwahab, 2006). De plus, les rapports sexuels non protégés entre hommes semblent contribuer à l'épidémie dans l'Etat de Khartoum, selon une autre étude qui a relevé un taux de prévalence du VIH de 9,3% parmi des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes. Presque tous les participants à l'étude ont affirmé avoir plus d'un partenaire sexuel et deux tiers déclaraient avoir échangé des faveurs sexuelles pour de l'argent. Un peu plus de la moitié des hommes n'étaient pas conscients du risque d'infection à VIH au cours de rapports sexuels anaux non protégés et seuls 3% d'entre eux disaient recourir systématiquement au préservatif (Elrashied, 2006).

Des niveaux élevés de prévalence du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables ont été documentés dans plusieurs pays, notamment la **République islamique d'Iran** et la **Jamahiriya arabe libyenne**. Mais la consommation de drogues existe dans plusieurs pays de cette région et l'uti-

lisation de matériel d'injection non stérile semble courante. Diverses études montrent qu'en **Algérie**, quatre consommateurs de drogues injectables sur 10 utilisent des seringues non stériles, et qu'ils sont cinq sur 10 en **Egypte** et au **Maroc**, et six sur 10 au **Liban**.

Etant donné le nombre important de consommateurs de drogues injectables en **République islamique d'Iran**—qui atteindrait 137 000, selon le Ministère de la Santé (Gheiratmand et al., 2006)—les forts taux d'infection à VIH relevés parmi les consommateurs de drogues injectables de ce pays sont particulièrement préoccupants. Près d'un consommateur de drogues injectables sur quatre (23%) participant récemment à une étude dans la capitale iranienne, Téhéran, s'est révélé infecté par le VIH (Zamani et al., 2006), tout comme 15% de ceux qui étaient sous traitement dans des centres de la même ville lors d'une étude précédente (Zamani et al., 2005). Dans ces deux cas, des antécédents d'utilisation de matériel d'injection non stérile en prison étaient le principal facteur de risque d'infection, ce qui souligne combien il est nécessaire de mettre en place des programmes de réduction des risques dans les prisons et autres établissements pénitentiaires. A Marvdasht, 85% des consommateurs de drogues injectables ont déclaré qu'ils avaient consommé de la drogue en prison et 19% qu'ils avaient utilisé pour cela du matériel d'injection non stérile (Day et al., 2006). Les autorités iraniennes ont reconnu que les prisons constituent un milieu à risque et des préservatifs ainsi qu'une thérapie de substitution sont offerts dans certains établissements pénitentiaires. Par ailleurs, d'autres recherches montrent des pratiques d'injection variant selon les groupes sociaux (entre 30% et 100% des consommateurs de drogues injectables utilisant du matériel d'injection non stérile, selon leur situation socio-économique)—ce qui nous rappelle la nécessité d'adapter les programmes de réduction des risques et autres programmes de lutte contre le VIH en conséquence (Razzaghi et al., 2006).

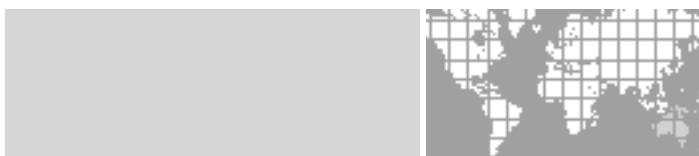
En **République islamique d'Iran**—comme ailleurs dans cette région—une proportion importante de jeunes, dont des consommateurs de drogues injectables, ont une activité sexuelle. Une majorité des consommateurs de drogues injectables en demande de traitement à Téhéran sont sexuellement actifs, pourtant la moitié seulement des consommateurs de drogues injectables participant à une étude en 2005 déclaraient avoir jamais utilisé un préservatif au cours des rapports sexuels (Zamani et al., 2005). Plus largement, quelque 28% de jeunes hommes de 15 à 18 ans participant à une autre étude étaient sexuellement actifs. Pourtant la moitié d'entre eux n'avaient jamais vu de préservatif et moins de la moitié savaient que les préserva-

tifs pouvaient prévenir les infections sexuellement transmissibles (Mohammadi et al., 2006). Lors d'une enquête auprès de jeunes lycéens à Téhéran, un tiers des répondants pensaient que le VIH pouvait être transmis par les moustiques et un cinquième croyaient qu'il est possible de contracter le virus dans les piscines publiques (Tavoosi et al., 2004). Une telle généralisation de l'ignorance et l'absence de comportements de protection exposent ces jeunes à un risque considérable d'infection à VIH.

La **République islamique d'Iran** a considérablement élargi sa riposte au SIDA ces dernières années. Les projets de distribution de seringues stériles et de traitement à la méthadone sont en cours et les dispensaires publics offrent maintenant gratuitement le conseil et le test VIH ainsi que des traitements. La **Jamahiriya arabe libyenne**, où un taux de prévalence du VIH de 18% a été relevé parmi des détenus (Sammud, 2005), devra faire de même et élargir sa riposte si elle entend maîtriser son épidémie de VIH.

Les rapports sexuels non protégés (y compris lors de rapports tarifés et entre hommes) sont l'autre grand moteur des épidémies de la région. Des niveaux d'infection de 9%-10%, 2,2% et 4,4% ont été observés parmi les professionnelles du sexe à Saida et Tamanrasset en **Algérie** (Fares et al., 2004), au **Maroc** (Ministère de la Santé du Maroc, 2005) et au **Soudan** (Ministère fédéral de la Santé du Soudan, 2002), respectivement. En **Algérie** et au **Maroc**, les rapports sexuels non protégés sont responsables de la majorité des infections à VIH notifiées et les femmes constituent une proportion croissante des personnes vivant avec le VIH (Ministère de la Santé du Maroc, 2005). Dans certaines consultations prénatales du sud de l'Algérie, plus de 1% des femmes enceintes se sont révélées séropositives au VIH (Institut de Formation Paramédicale de Parnet, 2004). En **Arabie saoudite**, près de la moitié (46%) des cas de VIH notifiés ont été imputés aux rapports sexuels non protégés. Dans ce pays, deux tiers (67%) de tous les cas de VIH ont été notifiés dans trois villes : Djedda, Riyad et Dammam (Al-Mazrou et al., 2005).

Des programmes efficaces de prévention du VIH destinés aux populations les plus exposées au risque peuvent encore éviter des épidémies de VIH plus généralisées et plus graves dans un certain nombre de pays du Moyen-Orient et d'Afrique du Nord. Les progrès faits pour fournir des thérapies anti-rétrovirales restent lents dans cette région et on estime que 4000 personnes seulement étaient sous traitement à fin 2005 (par rapport à 1000 environ à fin 2003). On estime que quelque 75 000 personnes de cette région auraient besoin d'une thérapie anti-rétrovirale (OMS/ONUSIDA, 2006).



OCÉANIE

On estime que 7100 [3400-54 000] personnes ont contracté le VIH en Océanie en 2006, ce qui porte à 81 000 [50 000-170 000] le nombre de personnes vivant avec le virus. Trois quarts d'entre elles vivent en **Papouasie-Nouvelle-Guinée**, où l'épidémie est grave et toujours en expansion (ONUSIDA, 2006).

Le taux national de prévalence du VIH chez l'adulte de 1,8% [0,9%-4,4%] relevé en **Papouasie-Nouvelle-Guinée** signifie qu'en 2005, quelque 57 000 [31 000-140 000] personnes de plus de 15 ans vivaient avec le VIH (ONUSIDA, 2006). Selon certaines estimations, la prévalence dans les zones urbaines pourrait atteindre 3,5% (Secrétariat du Conseil national SIDA, 2006). L'épidémie s'est fortement développée vers la fin des années 1990 et rien d'indique qu'elle soit en recul. Depuis 2002, au moins 2000 nouvelles infections à VIH ont été notifiées chaque année.

Des taux élevés d'infections sexuellement transmissibles (tant dans les zones urbaines que rurales), une initiation sexuelle précoce, une pratique répandue de partenariats sexuels parallèles, un important commerce du sexe, de très faibles niveaux de recours au préservatif et une violence physique et sexuelle courante à l'égard des femmes offrent à l'épidémie un potentiel de croissance considérable. Une étude réalisée dans des zones rurales et péri-urbaines a montré que 55% des femmes interrogées avaient échangé des faveurs sexuelles pour de l'argent et/ou des marchandises et 36% des hommes avaient payé pour des rapports sexuels. De plus, 12% des hommes vivant en zones rurales et périurbaines ont déclaré avoir parfois des rapports sexuels avec des hommes (Banque asiatique de développement, 2006). A Port Moresby, un quart seulement (24%) des jeunes hommes et un huitième (13%) des jeunes femmes disaient utiliser des préservatifs (Secrétariat du Conseil national SIDA, 2006). Les jeunes femmes

sont particulièrement vulnérables : les taux d'infection à VIH parmi les jeunes femmes de 15 à 29 ans sont deux fois supérieurs à ceux observés chez les hommes des mêmes âges (Secrétariat du Conseil national SIDA, 2006).

Si les données disponibles sur le VIH sont préoccupantes, elles suggèrent aussi que la Papouasie-Nouvelle-Guinée pourrait encore maîtriser la croissance de son épidémie si des programmes efficaces et bien ciblés de prévention du VIH sont rapidement élargis et se poursuivent à long terme. L'une des priorités devra être la prévention de la transmission du VIH entre les professionnel(le)s du sexe et leurs clients, et leurs autres partenaires. Quelque 14% des professionnelles du sexe de la capitale, Port Moresby, se sont révélées infectées par le VIH (Secrétariat du Conseil national SIDA, 2006). Trois quarts (74%) des professionnelles du sexe à Goroka et Kainantu (dans la province des Eastern Highlands) avaient au moins une infection sexuellement transmissible alors qu'un cinquième (21%) avaient une blennorragie et un quart (24%) une syphilis. Aucune des 200 professionnelles du sexe testées dans ces deux villes n'était séropositive au VIH, mais une fois le VIH introduit dans ce type de réseau sexuel, il pourrait se propager rapidement. La prompte introduction de programmes de prévention efficaces et adaptés pourrait protéger ces personnes et leurs clients du VIH (Gare et al., 2005).

L'extension de la riposte au SIDA se révèle difficile, entravée qu'elle est par un grand nombre de groupes culturels et linguistiques (environ 800), des difficultés géographiques, des niveaux élevés de stigmatisation et de discrimination associées au VIH, de faibles niveaux d'alphabétisation et d'emploi et des systèmes de santé surchargés. Des projets visant à prévenir la transmission du VIH des mères à leurs enfants ont été introduits dans six hôpitaux

du pays, mais moins de 3% des femmes enceintes séropositives au VIH bénéficiaient d'une prophylaxie antirétrovirale en 2005 (Secrétariat du Conseil national SIDA, 2006). Si la menace que présente le SIDA est maintenant mieux reconnue, les systèmes de surveillance du VIH devront être encore renforcés et les programmes de prévention mieux ciblés et élargis aux zones rurales.

L'épidémie de VIH en **Australie** reste principalement liée aux rapports sexuels non protégés entre hommes, qui ont représenté plus de deux tiers des nouvelles infections à VIH diagnostiquées jusqu'ici au cours de cette décennie. Les nouveaux diagnostics de VIH ont atteint un maximum de plus de 1000 par an vers la fin des années 1980 et le début des années 1990 puis ont baissé autour de 500 et 600 au tournant du siècle. Toutefois, ces dernières années, les nouveaux diagnostics ont une fois encore été à la hausse, pour atteindre 899 en 2004 et 954 en 2005 (Centre national d'épidémiologie du VIH et de recherche clinique, 2006). Une recrudescence des rapports sexuels non protégés entre hommes semble être le principal facteur de risque dans ces nouvelles infections. Une récente étude à Sydney et Melbourne a montré que la majorité des hommes récemment infectés qui ont des rapports avec des hommes déclaraient avoir de nombreux rapports sexuels non protégés avec des partenaires multiples. La consommation de drogues récréatives durant les rapports sexuels était courante dans cette même population (Volk et al., 2006). La multiplication par 10 des cas de syphilis entre 1999 et 2003 (Fairley, Hocking, Medland, 2005) et la forte hausse depuis 2000 des rapports sexuels non protégés entre hommes à Sydney (Prestage et al., 2005) suggèrent que les pratiques de prévention appliquées dans les années 1980 et 1990 ont partiellement perdu de leur effet.

L'épidémie de l'Australie suit un autre schéma au sein de la population autochtone du pays, dans laquelle l'exposition à des matériels non stériles d'injection de drogues est un des grands facteurs de risque : elle était responsable d'un diagnostic de VIH sur cinq parmi des personnes autochtones en 2000-2004 (par rapport à moins d'un diagnostic sur 20 dans la population générale) (Centre national d'épidémiologie du VIH et de recherche clinique, 2005). Les femmes autochtones sont particulièrement exposées : leur risque d'être infectées par le VIH est 18 fois plus élevé que celui des femmes non autochtones et trois fois plus élevé que celui des hommes non autochtones (Wright et al., 2005).

Par ailleurs, les avantages de la thérapie antirétrovirale améliorée sont patents dans la prolongation de la survie des personnes dont le SIDA est diagnostiqué. La durée médiane de la survie chez ces personnes a passé de 17 mois avant 1995 à 45 mois en 2001. On estime que plus de la moitié (53%) des personnes vivant avec le VIH en 2004 étaient sous thérapie antirétrovirale (Centre national d'épidémiologie du VIH et de recherche clinique, 2005).

Les nouveaux diagnostics de VIH en **Nouvelle-Zélande** ont atteint un maximum de 218 en 2005, chiffre le plus élevé depuis l'introduction du dépistage en 1985 (Ministère de la Santé de Nouvelle-Zélande, 2006a). La tendance est partiellement due à l'augmentation du nombre de diagnostics de VIH chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, surtout (plus de 90%) dans la région d'Auckland dans l'île du Nord (Ministère de la Santé de Nouvelle-Zélande, 2006b). Les rapports sexuels non protégés entre hommes ont représenté un peu plus de la moitié (51%) des nouveaux diagnostics de VIH en 2005, alors que les rapports hétérosexuels comptaient pour plus d'un tiers (37%). Dans le dernier cas, la vaste majorité (pouvant atteindre 90%) des infections à VIH ont été contractées hors du pays (Ministère de la Santé de Nouvelle-Zélande, 2006b). Dans le même temps, l'amélioration du traitement antirétroviral a permis de réduire les décès dus au SIDA de plus de 30 par année en 1996-1997 à moins de 10 par année en 2005 (Ministère de la Santé de Nouvelle-Zélande, 2006a).

Aucun des autres pays et territoires de cette région n'a annoncé plus de 300 cas de VIH depuis l'introduction du dépistage (Secrétariat de la Communauté du Pacifique, 2005). Cependant, les facteurs de risque associés aux flambées de VIH sont très présents dans un grand nombre de ces pays et territoires. Un quart seulement des personnes considérées comme exposées au risque d'infection à VIH à **Fiji**, **Kiribati** et **Vanuatu**, par exemple, savent comment prévenir les infections à VIH et n'entretiennent aucune idée fausse concernant la transmission du VIH. A **Samoa**, aux **Iles Salomon** et à **Vanuatu**, 9% des jeunes hommes ont déclaré avoir payé pour des rapports sexuels au cours des 12 mois précédents, mais un sur 10 d'entre eux seulement disaient avoir systématiquement recours au préservatif lors de rapports sexuels tarifés. Environ 12% des jeunes hommes ont déclaré utiliser systématiquement des préservatifs avec des partenaires occasionnels, et un jeune homme sur cinq (22%) déclarait avoir des rapports sexuels avec des hommes (Cliffe, Wang, Sullivan, 2006).

CARTES

Estimations mondiales en 2006 – enfants et adultes

Adultes et enfants vivant avec le VIH – estimations en 2006

Nombre estimatif d'adultes et d'enfants nouvellement infectés par le VIH en 2006

Nombre estimatif de décès par SIDA chez l'adulte et l'enfant en 2006

ESTIMATIONS MONDIALES EN 2006

ENFANTS ET ADULTES



Personnes vivant avec le VIH	39,5 millions (34,1–47,1 millions)
Nouveaux cas d'infection à VIH en 2006.....	4,3 millions (3,6–6,6 millions)
Décès dus au SIDA en 2006	2,9 millions (2,5–3,5 millions)

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



ONUSIDA
PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA

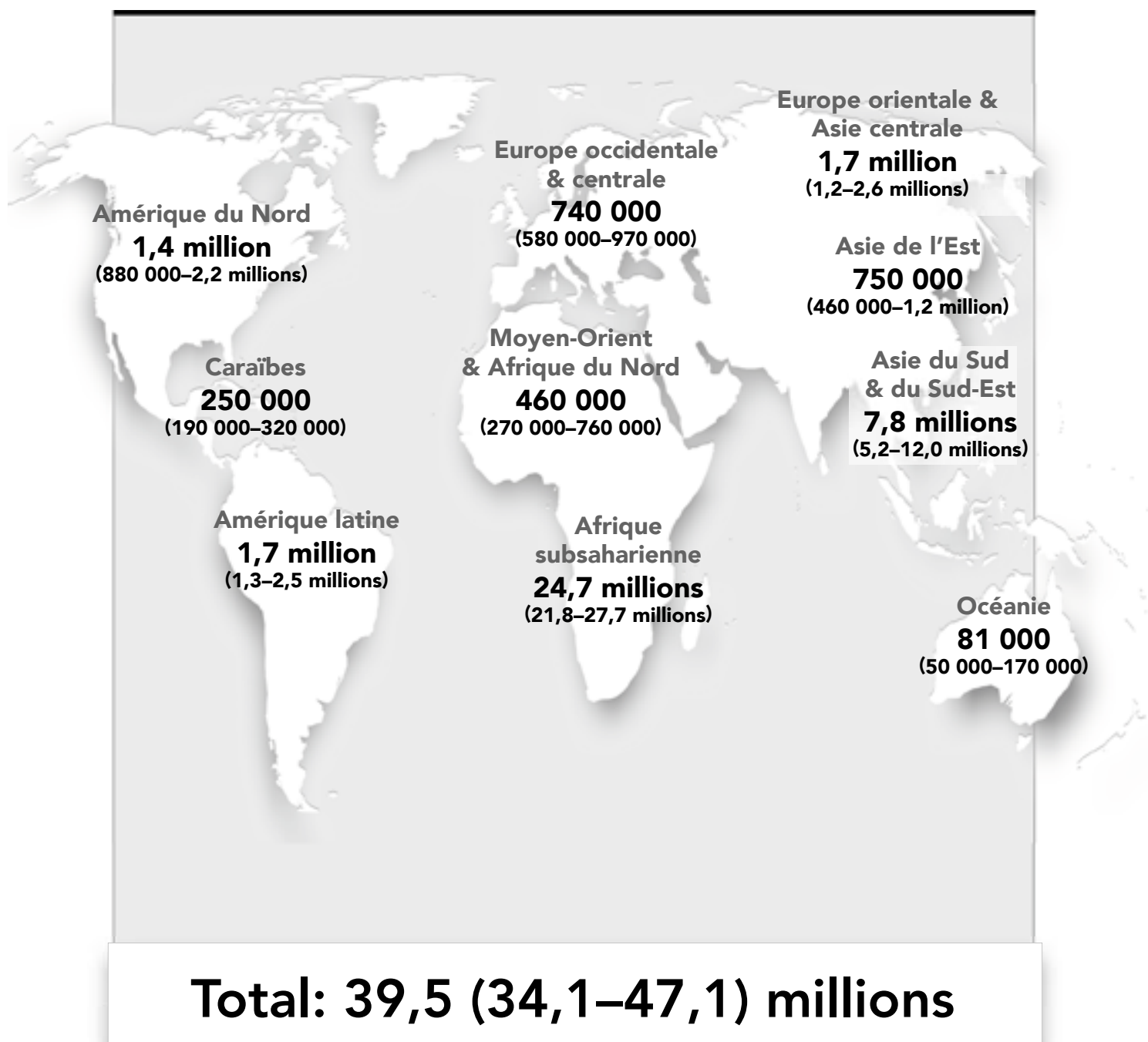
HCR
UNICEF
PAM
PNUD
UNFPA

ONUDC
OIT
UNESCO
OMS
BANQUE MONDIALE



**Organisation
mondiale de la Santé**

ADULTES ET ENFANTS VIVANT AVEC LE VIH ESTIMATIONS EN 2006



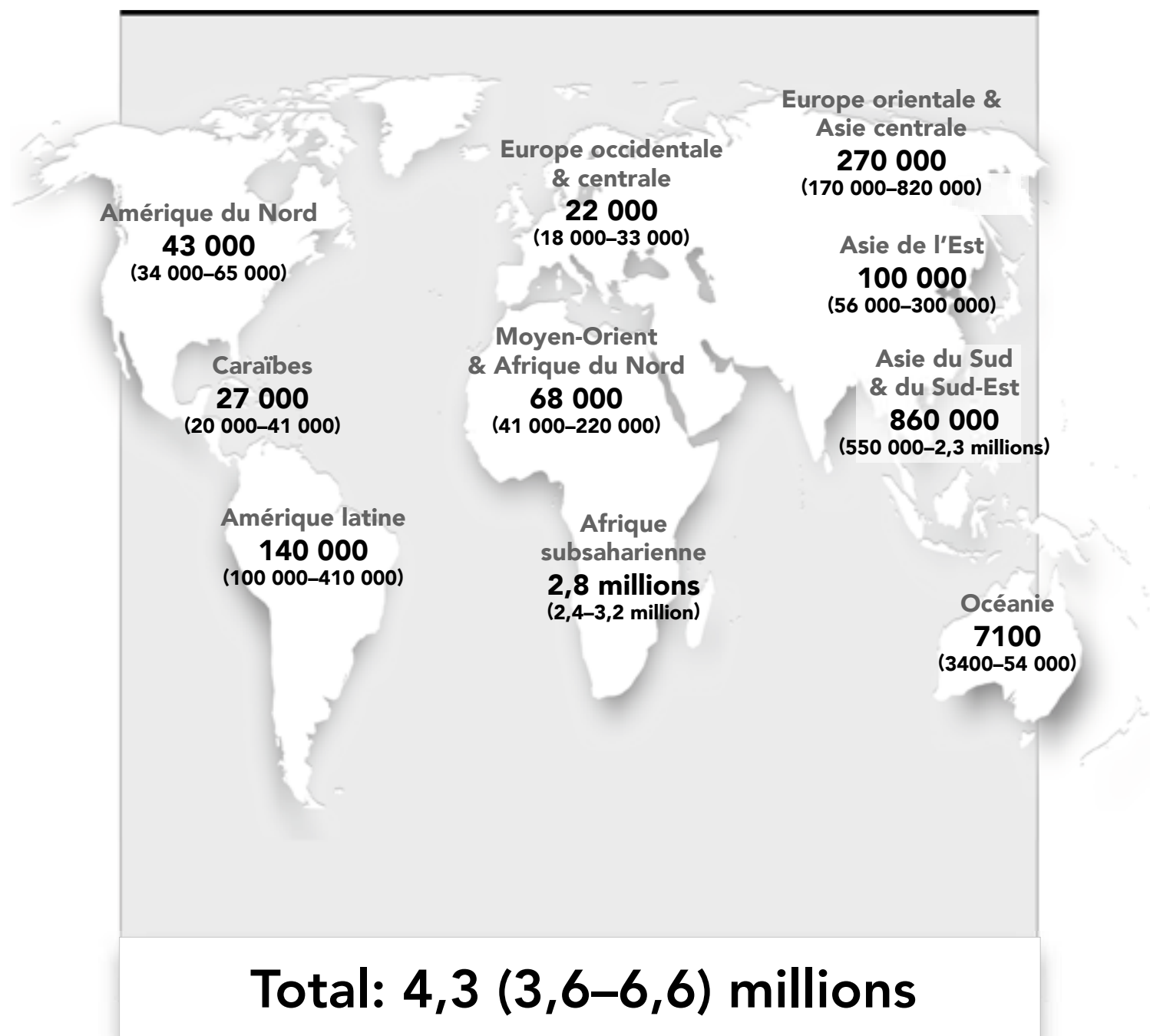
ONUSIDA
PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA

HCR
UNICEF
PAM
PNUD
UNFPA
ONU
OIT
UNESCO
OMS
BANQUE MONDIALE



**Organisation
mondiale de la Santé**

NOMBRE ESTIMATIF D'ADULTES ET D'ENFANTS NOUVELLEMENT INFECTÉS PAR LE VIH EN 2006



ONUSIDA
PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA

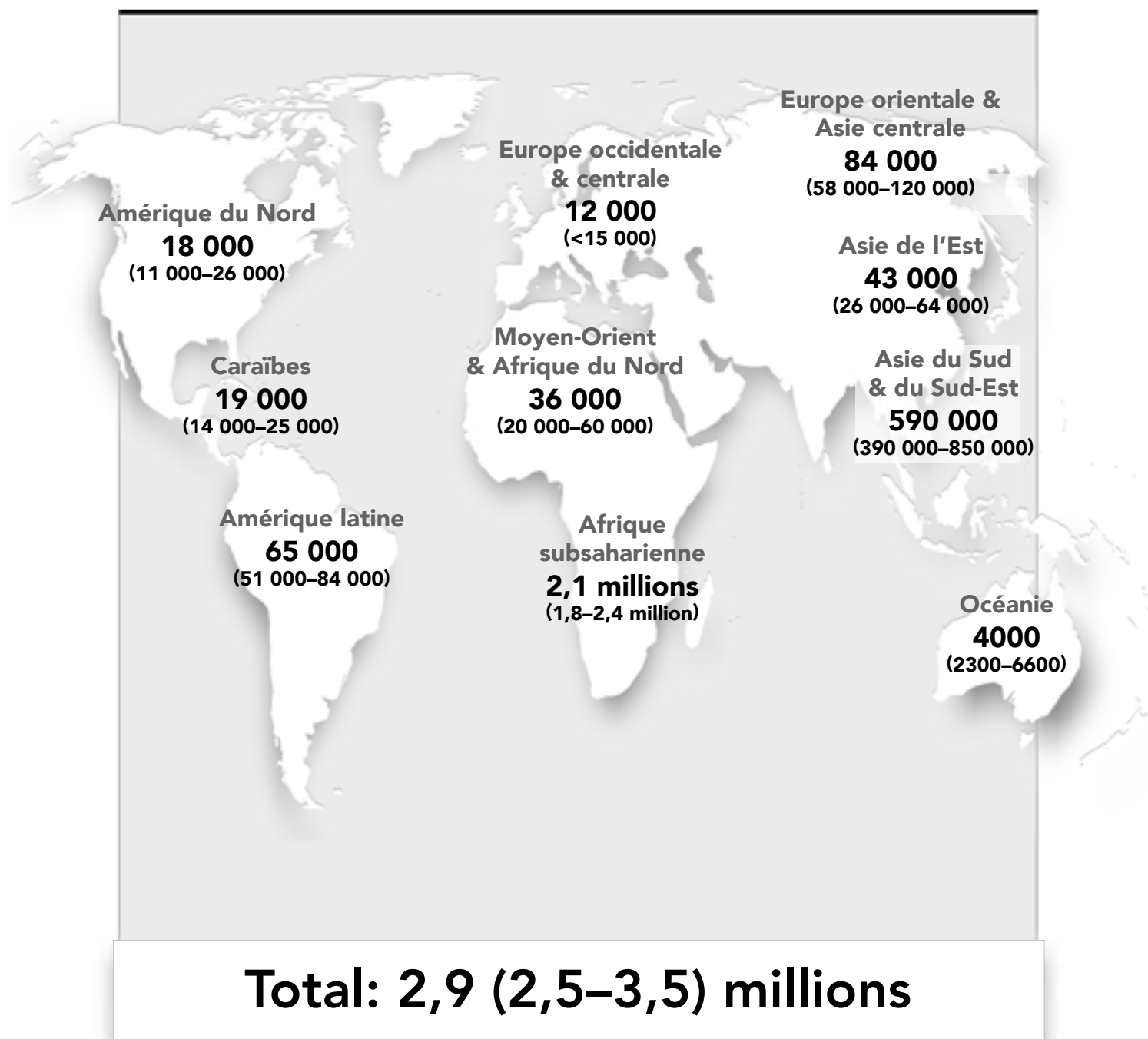
HCR
UNICEF
PAM
PNUD
UNFPA

ONUDC
OIT
UNESCO
OMS
BANQUE MONDIALE



**Organisation
mondiale de la Santé**

NOMBRE ESTIMATIF DE DÉCÈS PAR SIDA CHEZ L'ADULTE ET L'ENFANT EN 2006



ONUSIDA
PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA

HCR
UNICEF
PAM
PNUD
UNFPA
ONU
OIT
UNESCO
OMS
BANQUE MONDIALE



**Organisation
mondiale de la Santé**



BIBLIOGRAPHIE

AFRIQUE SUBSAHARIENNE

- Actuarial Society of South Africa (2005). *ASSA 2003 AIDS and demographic model*. Cape Town, Actuarial Society of South Africa.
- Adjei AA et al. (2006). Prevalence of human immunodeficiency virus, hepatitis B virus, hepatitis C virus and syphilis among prison inmates and officers at Nsawam and Accra, Ghana. *Journal of Medical Microbiology*, 55:593–597.
- Akwara PA et al. (2005). *An in-depth analysis of HIV prevalence in Ghana: further analysis of demographic and health survey data*. April. Calverton, ORC Macro.
- Alary M et al. (2002). Decline in the prevalence of HIV and sexually transmitted diseases among female sex workers in Cotonou, Benin, 1993–1999. *AIDS*, 16(3):463–70.
- Anderson BA, Phillips HE (2006). *Adult mortality (age 15–64) based on death notification data in South Africa: 1997–2004*. Report No. 03–09–05. Pretoria, Statistics South Africa.
- Baltazar G (2005). *HIV sentinel surveillance 2004*. Présentation de diapositives. Juin. Ministère de la Santé du Kenya.
- Bello GA, Chipeta J, Aberle-Grasse J (2006). Assessment of trends in biological and behavioural surveillance data: is there any evidence of declining HIV prevalence or incidence in Malawi? *Sexually Transmitted Infections*, 82(Suppl. 1):i9–i13.
- Bradshaw D et al. (2004). Unabated rise in number of adult deaths in South Africa. *South African Medical Journal*; 94(4): 278–279.
- Bunnell R et al. (2006). Changes in sexual behavior and risk of HIV transmission after two years of antiretroviral therapy and prevention interventions in rural Uganda. Abstract MOAC0204. XVIe Conférence internationale sur le SIDA. 13–18 août. Toronto.
- Buseh AG (2004). Patterns of sexual behaviour among secondary school students in Swaziland, southern Africa. *Culture, Health & Sexuality*, 6(4):355–367.
- CDC et OMS (2006). Emergence of *Mycobacterium tuberculosis* with extensive resistance to second-line drugs – worldwide, 2000–2004. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2006, 55:301–305.
- Central Statistical Agency (2006). *Ethiopia demographic and health survey 2005: final report*. Addis-Abeba et Calverton, Central Statistical Agency et ORC Macro.
- Central Statistical Office et al. (2004). *Zambia Sexual Behaviour Survey 2003*. Lusaka et Caroline du Nord, Central Statistical Office et MEASURE Evaluation.
- Central Statistical Office et al. (1999). *Zambia Sexual Behaviour Survey 1998*. Lusaka et Caroline du Nord, Central Statistical Office et MEASURE Evaluation.
- Centre de recherche pour le développement humain et MEASURE DHS+ (2005). *Enquête démographique et de santé 2005: rapport préliminaire*. Dakar et Calverton, CRDH, MEASURE DHS+.
- Cheluget B, Marum L, Stover J (2006). Evidence for population-level declines in adult HIV prevalence in Kenya. *Sexually Transmitted Infections*, 82(2). Avril.
- Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA / Conselho nacional de Lutte contre le VIH/SIDA (2006). *Relatorio de actividades por 2005*. Maputo, Ministerio da Saude do Mocambique.
- Dahoma M et al. (2006). Prevalence of HIV, hepatitis B and C and syphilis infection in substance users in Zanzibar.

- Abstract WEAX0104. XVIe Conférence internationale sur le SIDA. 13–18 août. Toronto.
- Department of Health South Africa (2006). *National HIV and syphilis antenatal prevalence survey, South Africa 2005*. Pretoria, Department of Health South Africa.
- Dewing S et al. (2006). Review of injection drug use in six African countries: Egypt, Kenya, Mauritius, Nigeria, South Africa and Tanzania. *Drugs: education, prevention and policy*, 13(2)121–137.
- Direction Nationale de la Statistique de Guinée et ORC Macro (2006). *Enquête démographique et de santé, Guinée 2005*. Calverton, Direction Nationale de la Statistique Guinée et ORC Macro.
- Dorrington R et al. (2001). *The impact of HIV/AIDS on adult mortality in South Africa*. September. Medical Research Council. Disponible sur <http://www.mrc.ac.za/bod/>
- Fabiani M et al. (2006). HIV-1 prevalence in the conflict-affected region of northern Uganda. Abstract C15. XVIe Conférence internationale sur le SIDA. 13–18 août. Toronto.
- Federal Ministry of Health Ethiopia (2006). *AIDS in Ethiopia, 6th edition*. Septembre. Addis-Abeba, Federal Ministry of Health.
- Federal Ministry of Health Ethiopia (2004). *AIDS in Ethiopia, 5th edition*. Juin. Addis-Abeba, Federal Ministry of Health, Disease Prevention and Control Department.
- Federal Ministry of Health Nigeria (2006). *2005 National HIV/syphilis seroprevalence sentinel survey among pregnant women attending antenatal clinics: technical report*. Avril. Abuja, Federal Ministry of Health.
- Ghana Statistical Service, Noguchi Memorial Institute for Medical Research, ORC Macro (2004). *Ghana demographic and health survey 2003*. Calverton, Ghana Statistical Service, Noguchi Memorial Institute for Medical Research, et ORC Macro.
- Gomes do Espirito Santo ME, Etheredge GD (2005). Male clients of brothel prostitutes as a bridge for HIV infection between high risk and low risk groups of women in Senegal. *Sexually Transmitted Infections*, 81:342–344.
- Gouws et al. (2006). Short term estimates of adult HIV incidence by mode of transmission: Kenya and Thailand as examples. *Sexually Transmitted Infections*, 82(Suppl iii):iii51–iii55.
- Gregson S et al. (2006). HIV decline associated with behaviour change in eastern Zimbabwe. *Science*, 311(5761):664–666.
- Hargrove JW et al. (2005). Declining HIV prevalence and incidence in women attending maternity clinics in greater Harare, Zimbabwe. (Soumis pour publication.)
- Hladik W et al. (2006). HIV/AIDS in Ethiopia—where is the epidemic heading? *Sexually Transmitted Infections*, 82(2). Avril.
- Institut National de la Statistique et al. (2005). *Rwanda demographic and health survey 2005, preliminary report*. Octobre. Kigali et Calverton, Ministère des Finances et de la Planification et MEASURE DHS.
- Institut National de la Statistique et ORC Macro (2005a). *Enquête démographique et de santé, Madagascar 2003–2004: rapport de synthèse*. Calverton, Institut National de la Statistique et ORC Macro.
- Institut National de la Statistique et ORC Macro (2005b). *Enquête démographique et de santé Cameroun 2004*. Juin. Yaoundé et Calverton, Institut National de la Statistique et ORC Macro.
- Institut National de la Statistique et de la démographie et ORC Macro (2004). *Enquête démographique et de santé Burkina Faso 2003*. Calverton, Institut National de la Statistique et ORC Macro.
- Instituto Nacional de Luta contra a SIDA (2005). *Relatorio de UNGASS 2006*. Luanda, Republica de Angola.
- Kamya MR et al. (2006). Effect of HIV-1 infection on antimalarial treatment outcomes in Uganda: a population-based study. *Journal of Infectious Diseases*, 193:9–15.
- Kayirangwa E et al. (2006). Current trends in Rwanda's HIV/AIDS epidemic. *Sexually Transmitted Infections*, 82(Suppl. I): i27–i31.
- Kirungi WL et al. (2006). Trends in antenatal HIV prevalence in urban Uganda associated with uptake of preventive sexual behaviour. *Sexually Transmitted Infections*, 82(Suppl. I):136–141.
- Mahomva A et al. (2006). HIV prevalence and trends from data in Zimbabwe, 1997–2004. *Sexually Transmitted Infections*, 82(2). Avril.
- McCurdy SA et al. (2005a). The emerging heroin epidemic in Dar es Salaam, Tanzania: youth hangouts, maghetto and injecting practices. *AIDS Care*, 17(Suppl. 1):S65–76.
- McCurdy SA et al. (2005b). New injecting practice increases HIV risk among drug users in Tanzania. *British Medical Journal*, 331:778.
- Medical Research Council, OMS, CDC (2006). *Report of an expert consultation on drug-resistant tuberculosis, Johannesburg, 7–8 September*. Disponible sur <http://www.who.int/tb/kg1/en/index.html>
- Medical Research Council (2005). *South African national burden of disease study 2000*. Medical Research Council. Cape Town. Disponible sur <http://www.mrc.ac.za/bod/reports.htm>

- Ministère de la Santé et de la Population de la République du Congo (2005). *Prévalence du VIH chez les femmes enceintes dans les sites sentinelles au Congo: une enquête anonyme non corrélée (2005)*. Brazzaville, Ministère de la Santé et de la Population.
- Ministère de la Santé du Bénin (2006). *Rapport de la surveillance de l'infection à VIH et de la syphilis au Bénin année 2005*. Avril.
- Ministère de la Santé et de la Prévention médicale du Sénégal (2005). *Sénégal enquête démographique et de santé 2005 rapport préliminaire*. Juillet. Dakar et Calverton, Ministère de la Santé et de la Prévention médicale et MEASURE DHS+ ORC Macro.
- Ministère de la Santé du Mali (2005). *Rapport: surveillance sentinelle du VIH et de la syphilis chez les femmes enceintes*. Novembre. Bamako, Ministère de la Santé.
- Ministère de la Santé publique du Burundi (2005). *Bulletin épidémiologique annuel de surveillance du VIH/SIDA/IST pour l'année 2004*. Août. Bujumbura, Ministère de la Santé publique.
- Ministère de la Santé publique du Burundi (2005). *Bulletin épidémiologique annuel de surveillance du VIH/SIDA/IST pour l'année 2004*. Sept. Bujumbura, Ministère de la Santé publique.
- Ministère de la Santé du Togo (2004). *Rapport de surveillance de l'infection par le VIH dans le groupe des consultantes prénatales, Année 2003*. Février. Lomé, Ministère de la Santé.
- Ministry of Health and Population Malawi (2005). *HIV and syphilis sero survey and national HIV prevalence estimates report*. Lilongwe, Ministry of Health and Population Malawi.
- Ministry of Health and Social Services Namibia (2004). *Report of the 2004 national HIV sentinel survey*. Windhoek, Ministry of Health and Social Services Namibia.
- Ministry of Health and Social Services Namibia (2005). *Follow-up to the Declaration of Commitment on HIV/AIDS: Namibia Country Report 2005*. Décembre. Windhoek, Ministry of Health and Social Services Namibia.
- Ministry of Health and Social Welfare Lesotho et ORC Macro (2004). *2004 Lesotho Demographic and Health Survey*. Maseru and Calverton, Ministry of Health and Social Welfare et ORC Macro.
- Ministry of Health and Social Welfare Swaziland (2005). *9th round of national HIV serosurveillance in women attending antenatal care services at health facilities in Swaziland: survey report*. Mars. Mbabane, Ministry of Health and Social Welfare Swaziland.
- Ministry of Health Botswana (2006). *2005 Botswana second generation HIV/AIDS surveillance: technical report*. Gaborone, Ministry of Health Botswana.
- Ministry of Health Eritrea (2006). *Results from the 2005 round of HIV sentinel surveillance in pregnant women*. Asmara, Ministry of Health Eritrea.
- Ministry of Health Kenya (2005). *AIDS in Kenya, 7th edition*. National AIDS and STI Control Programme (NASCOP). Nairobi, Ministry of Health Kenya.
- Ministry of Health Uganda et ORC Macro, 2006. *Uganda HIV/AIDS Sero-behavioural Survey 2004/2005*. Mars. Kampala et Calverton, Ministry of Health et ORC Macro.
- Ministry of Health Zambia (2005). *Zambia Antenatal Clinic Sentinel Surveillance Report, 1994–2004*. Novembre. Lusaka, Ministry of Health Zambia.
- Mugurungi O et al. (2005). HIV in Zimbabwe. In: Glynn JR, Carael M (eds.) *HIV, resurgent infections and population change in Africa*. Springer.
- Mundandi C et al. (2006). No difference in HIV incidence and sexual behaviour between out-migrants and residents in rural Manicaland, Zimbabwe. *Tropical Medicine and International Health*, 11(5):705–711.
- National AIDS Commission et ONUSIDA (2006). *Lesotho 2005 UNGASS country report: status of the national response to the 2001 Declaration of Commitment on HIV/AIDS, January 2003–December 2005*. Maseru, Government of Lesotho.
- National AIDS Commission Malawi (2005). *HIV and syphilis sero-survey and national HIV prevalence estimates report 2005*.
- National AIDS Coordinating Agency Botswana (2005). *Botswana AIDS impact survey II: popular report*. Mars. Gaborone, Republic of Botswana.
- National AIDS/STI Control Programme (2006). *HIV sentinel survey report 2005*. Accra, Ghana Health Service.
- National Bureau of Statistics Tanzania et ORC Macro (2005). *Tanzania HIV/AIDS Indicator Survey 2003–04*. Calverton.
- National Statistical Office et ORC Macro (1997). *Malawi demographic and health survey 1996, Malawi final report*. Calverton, National Statistical Office et ORC Macro.
- National Statistical Office et ORC Macro (2001). *Malawi demographic and health survey 2000, Malawi final report*. Calverton, National Statistical Office et ORC Macro.
- National Statistical Office et ORC Macro (2005). *Malawi demographic and health survey 2004*. Calverton, National Statistical Office et ORC Macro.

- National STD and HIV/AIDS Control Programme (2005). *Report on the update of the HIV epidemiological surveillance data—2004 round*. Maputo, Ministry of Health.
- Ndeti D (2004). *Study on the assessment of the linkages between drug abuse, injecting drug abuse and HIV/AIDS in Kenya: a rapid situation assessment 2004*. Nairobi, Office des Nations Unies contre la drogue et le crime.
- Njogu P et al. (2006). HIV infection in Dadaab refugee camps. Abstract THPE0506. XVIe Conférence internationale sur le SIDA. 13–18 août. Toronto.
- Odek-Ogunde M (2004). *World Health Organization phase II drug injecting study: behavioural and seroprevalence (HIV, HBV, HCV) survey among injecting drug users in Nairobi*. Nairobi, OMS.
- OMS/ONUSIDA (2006). *Progrès dans l'extension de l'accès aux traitements antirétroviraux dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, juin 2006*. Aide-Mémoire. Août. Genève, OMS/ONUSIDA .
- OMS (2006). *Rapport sur la santé dans le monde*. Genève, OMS.
- OMS (2005). *HIV/AIDS epidemiological surveillance report for the WHO African region-2005 update*. Harare, Bureau régional OMS pour l'Afrique.
- OMS (2005a). *The 2004 first national second generation HIV/AIDS/STI sentinel surveillance survey among antenatal care women attending maternity and child health clinics, tuberculosis and STD patients in Central South, Puntland Somaliland: a technical report*. Juillet. Genève, OMS.
- OMS (2005b). *The 2004 first national second generation HIV/AIDS/STI sentinel surveillance survey among antenatal care women attending maternity and child health clinics, tuberculosis and STD patients*. Juillet. Genève, OMS.
- ONUSIDA (2006). *Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA*. Genève, ONUSIDA.
- ONUSIDA (2005). *Evidence for HIV decline in Zimbabwe: a comprehensive review of the epidemiological data*. Novembre. Genève, ONUSIDA.
- Pettifor AE et al. (2004). *HIV and sexual behaviour among young South Africans: a national survey of 15–24-year-olds*. Avril. Johannesburg, Reproductive Health Research Unit.
- Présidence du Faso (2005). *Suivi de la déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA (UNGASS): cadre pour la présentation des reports pays—période concernée janvier–décembre 2004*. Ouagadougou.
- République du Tchad (2005). *Enquête démographique et de santé au Tchad, 2004*. N'Djamena et Calverton, INSEED et Macro International.
- Sandoy IF et al. (2006). Antenatal clinic-based HIV prevalence in Zambia: declining trends but sharp local contrasts in young women. *Tropical Medicine and International Health*, 11(6):917–28.
- Seipone KMD (2006). *Trends of HIV Prevalence in Botswana*. Gaborone, Department of HIV/AIDS Prevention and Care, Ministry of Health.
- Shafer LA et al. (2006). HIV prevalence and incidence are no longer falling in Uganda – a case for renewed prevention efforts: evidence from a rural population cohort 1989–2005, and from ANC surveillance. Abstract C10. XVIe Conférence internationale sur le SIDA. 13–18 août. Toronto.
- Shisana O et al. (2005). *South African national HIV prevalence, HIV incidence, behaviour and communication survey*. Pretoria, Human Sciences Research Council. Disponible sur http://www.hsrc.ac.za/media/2005/11/20051130_1.html
- Somi GR et al. (2006). Estimating and projecting HIV prevalence and AIDS deaths in Tanzania using antenatal surveillance data. *BMC Public Health*, 3(6).
- Spiegel P, Harroff-Tavel H (2006). HIV and internally displaced persons: a review of the evidence. Abstract CDE0390. XVIe Conférence internationale sur le SIDA. 13–18 août. Toronto.
- Statistics South Africa/Statistiques de l'Afrique du Sud (2006). *Mortality and causes of death in South Africa, 2003 and 2004: Findings from death notification*. Pretoria, Statistics South Africa.
- Sulliman F, Ameerberg SAG (2004). *Mauritius epidemiology network on drug use report: January-June 2004*. Port Louis.
- Sulliman F, Ameerberg SAG, Dhannoo MI (2004). *Rapid situation assessment*. Port Louis.
- Swai R. et al. (2006). Surveillance of HIV and syphilis infections among antenatal clinic attendees in Tanzania—2003/2004. *BMC Public Health*, 6(91).
- Urassa W et al. (2006). Evidence of a substantial decline in prevalence of HIV-1 infection among pregnant women: data from 1995 to 2003 in Dar es Salaam, Tanzania. *Scandinavian Journal of Public Health*, 34(3):272–8.
- Wade AS et al. (2005). HIV infection and sexually transmitted infections among men who have sex with men in Senegal. *AIDS*, 19:2133–2140.
- Weiser SD et al. (2006). Routine HIV testing in Botswana: A population-based study on attitudes, practices and human rights concerns. *PLoS Medicine*, 3(7):e261.

ASIE

Abbas SS (2006). Knowledge of HIV/AIDS and perception of self risk among high risk groups and its correlation with their risky behaviours: A study in two major cities of Pakistan. Abstract CDC1836. XVIe Conférence internationale sur le SIDA. 13–18 août. Toronto.

Abbasi B (2006). HIV outbreak among injecting drug users in Larkana, Pakistan: serious threat of a generalized epidemic. Abstract CDC0274. XVIe Conférence internationale sur le SIDA. 13–18 août. Toronto.

Altaf A et al. (2006). Behavioral characteristics of male and eunuch (hijra) sex workers in Karachi, Pakistan. Abstract CDC0439. XVIe Conférence internationale sur le SIDA. 13–18 août. Toronto.

Andhra Pradesh State AIDS Control Society/Société de Lutte contre le SIDA, Etat d'Andhra Pradesh (2004). *8th round of national annual sentinel surveillance for HIV, Andhra Pradesh*. Hyderabad, Andhra Pradesh State AIDS Control Society.

Anthony J et al. (2006). Men who have sex with men in southern India: typologies, behaviour and implications for preventive interventions. Abstract CDD0331. XVIe Conférence internationale sur le SIDA. 13–18 août. Toronto.

Basu JK, Koliwad V (2006). High risk behaviour among injecting drug users in Mumbai, India—time to scale up interventions. Abstract CDD0615. XVIe Conférence internationale sur le SIDA. 13–18 août. Toronto.

Banque mondiale (2005). *AIDS in South Asia: understanding and responding to a heterogeneous epidemic*. août. Washington, Banque mondiale.

Buckingham R et al. (2005). Factors associated with condom use among brothel-based female sex workers in Thailand. *AIDS Care*, 17(5):640–7.

Chawarski MC et al. (2006). Heroin dependence and HIV infection in Malaysia. *Drug Alcohol Dependency*, 82(Suppl. 1): S39–42.

Chen X, Yi Z et al. (2006). Effectiveness of a 100% condom use programme in China's Hunan province. Abstract MOPE0599. XVIe Conférence internationale sur le SIDA. 13–18 août. Toronto.

Chen Y et al. (2006). Outreach-based needle and syringe exchange among injection drug users in China's Hunan province. Abstract TUPE0564. XVIe Conférence internationale sur le SIDA. 13–18 août. Toronto.

China State Council AIDS Working Committee Office and UN Theme Group on HIV/AIDS in China/Bureau du Comité de travail et Groupe thématique des Nations Unies sur le VIH/SIDA en Chine (2004). A joint assessment of HIV/AIDS prevention, treatment and care in China. Décembre.

Choi K et al. (2006). Social and sexual network characteristics are associated with HIV risk among men who have sex with men (MSM) in Shanghai, China. Abstract TUPE0470. XVIe Conférence internationale sur le SIDA. 13–18 août. Toronto.

Choi KH et al. (2006). Lack of HIV testing and awareness of HIV infection among men who have sex with men, Beijing, China. *AIDS Education and Prevention*, 18(1): 33–43.

Choi SY (2006a). Violence against sex workers in China and its association with STD infection. Abstract CDD0173. XVIe Conférence internationale sur le SIDA. 13–18 août. Toronto.

Christian J et al. (2006). Risk behaviour among intravenous drug users and improved programming in Yunnan province, China. Abstract MOPE0479. XVI International AIDS conference. 13–18 août. Toronto.

Cohen J (2004). HIV/AIDS in China: an unsafe practice turned blood donors into victims. *Science*, 304:1438–1439.

Dandona R et al. (2006a). How much attention is needed towards men who sell sex to men for HIV prevention in India? *BMC Public Health*, 6:31.

Dandona R et al. (2006b). Demography and sex work characteristics of female sex workers in India. *BMC International Health and Human Rights*, 6(1):5.

Dandona R et al. (2005). High risk of HIV in non-brothel based female sex workers in India. *BMC Public Health*, 5:87.

Department of Health Myanmar (2004). Sentinel surveillance data for March–April 2004. Yangon, Department of Health Myanmar.

Department of Health Philippines (2005). *Consensus report on HIV and AIDS epidemiology 2005*. Manila, Department of Health Philippines.

Department of Health Philippines (2003). *Status and trends of HIV/AIDS in the Philippines: the 2002 technical report of the National HIV/AIDS Sentinel Surveillance System*. Manille, Department of Health Philippines.

Emmanuel F, Archibald C, Altaf A (2006). What drives the HIV epidemic among injecting drug users in Pakistan: A risk factor analysis. Abstract MOPE0524. XVIe Conférence internationale sur le SIDA. 13–18 août. Toronto.

Giang LM et al. (2006). HIV risks among young male migrants using heroin in Hanoi, Viet Nam. Abstract WEAD0204. XVIe Conférence internationale sur le SIDA. 13–18 août. Toronto.

- Gorbach PM et al. (2000). Sexual bridging by Cambodian men. *Sexually Transmitted Diseases*, 27:320–326.
- Gorbach PM et al. (2006). Changing behaviors and patterns among Cambodian sex workers: 1997–2003. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*.
- Gouws E et al. (2006). Short term estimates of adult HIV incidence by mode of transmission: Kenya and Thailand as examples. *Sexually Transmitted Infections*, 82(Suppl. 3):iii51–55.
- Hallett TB, Garnett GP (2006). Has global HIV peaked? (correspondance). *Lancet*, 368:116–117. Disponible sur <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673606689976/fulltext>
- Hammett TM et al. (2006). Addressing a generalized HIV epidemic on the Viet Nam–China border. Abstract CDC0819. XVIe Conférence internationale sur le SIDA. 13–18 août. Toronto.
- Hesketh T et al. (2006). HIV and syphilis in migrant workers in eastern China. *Sexually Transmitted Infections*, 82(1):11–4.
- Hesketh T et al. (2005a). HIV knowledge and risk behaviour of female sex workers in Yunnan Province, China: potential as bridging groups to the general population. *AIDS Care*, 17(8): 958–66.
- Hesketh T, Duo L et al. (2005b). Attitudes to HIV and HIV testing in high prevalence areas of China: informing the introduction of voluntary counselling and testing programmes. *Sexually Transmitted Infections*, 81:108–112.
- Hien NT et al. (2004). *Risk factors for HIV seropositivity among young heroin injecting drug users in Quang Ninh province, Viet Nam*. Submitted for publication, cited in Hien NT et al. (2004a). HIV/AIDS epidemics in Viet Nam: evolution and responses. *AIDS Education and Prevention*, 16(Suppl. A):137–154.
- Huang M, Hussein H (2004). The HIV/AIDS epidemic country paper: Malaysia. *AIDS Education and Prevention*, 16(Suppl. A):1001–09.
- Iamsirithaworn S, Detels R (2006). Evaluation of HIV sentinel sero-surveillance system in Thailand, 2005. Abstract TUPE0326. XVIe Conférence internationale sur le SIDA. 13–18 août. Toronto.
- Jana S et al. (1998). STD/HIV intervention with sex workers in West Bengal, India. *AIDS*, 12(Suppl. B):S101–S108.
- Ji G et al. (2006). Correlates of HIV infection among former blood/plasma donors in rural China. *AIDS*, 20(4): 585–91.
- Jiang J et al. (2006). High prevalence of sexually transmitted diseases among men who have sex with men in Jiangsu Province, China. *Sexually Transmitted Diseases*, 33(2): 118–23.
- John TJ (2006). HIV prevalence in young adults in south India (correspondence). *Lancet*, 368:113–114. Disponible sur <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673606689927/fulltext>
- Kang H et al. (2005). *HIV/AIDS in south Asia: understanding and responding to a heterogeneous epidemic*. Washington and Winnipeg, Banque mondiale et Université du Manitoba.
- Kawichai S et al. (2006). HIV voluntary counseling and testing and HIV incidence in male injecting drug users in northern Thailand: evidence of an urgent need for HIV prevention. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 41(2): 186–93.
- Kumar R et al. (2006). Trends in HIV-1 in young adults in south India from 2000 to 2004: a prevalence study. *Lancet*, 367(9517): 1164–72.
- Kumar R et al. (2005). *HIV-1 trends, risk factors and growth in India*. National Commission on Macroeconomics and Health (NCMH) background papers—burden of disease in India. September. New Delhi, Ministry of Health and Family Welfare.
- Kumar S (1998). Model for sexual health found in India's West Bengal. *Lancet*, 351:46.
- Kumta S et al. (2006). Sociodemographics, sexual risk behaviour and HIV among men who have sex with men attending voluntary counselling and testing services in Mumbai, India. Abstract WEPE0736. XVIe Conférence internationale sur le SIDA. 13–18 août. Toronto.
- Lancet (2006). India in the spotlight (editorial). *Lancet*, 367:1876. 10 juin.
- Lengh HB (2004). *Report on HIV sentinel surveillance in Cambodia: 2002*. National Centre for HIV/AIDS, Dermatology and STD, Phnom Penh.
- Li X et al. (2006). HIV and syphilis infection among men who have sex with men in Beijing, China: potential for rapid HIV transmission. Abstract CDC0093. XVIe Conférence internationale sur le SIDA. 13–18 août. Toronto.
- Liu H et al. (2006). Drug users: potentially important bridge population in the transmission of sexually transmitted diseases, including AIDS, China. *Sexually Transmitted Diseases*, 33(2):111–117.
- Liu H, Wang N et al. (2006). HIV prevalence and the risk behaviours among MSM in Beijing, China. Abstract CDC1698. XVIe Conférence internationale sur le SIDA. 13–18 août. Toronto.
- Longfield K, Zhiyong Z et al. (2006). Trends in needle-sharing among intravenous drug users in China, Thailand and Viet Nam. Abstract THPE0730. XVIe Conférence internationale sur le SIDA. 13–18 août. Toronto.

- Lu F et al. (2006). HIV/AIDS epidemic in China: increasing or decreasing? Abstract MOPE0462. XVIe Conférence internationale sur le SIDA. 13–18 août. Toronto.
- Lurie M et al. (1997). Migrancy and HIV/STDs in South Africa—a rural perspective. *South African Medical Journal*, 87(7): 908–9.
- Lurie M et al. (2003). The impact of migration on HIV-1 transmission in South Africa: a study of migrant and nonmigrant men and their partners. *Sexually Transmitted Diseases*, 30(2):149–56.
- Luu Thi Minh C, Tran Nhu N et al. (2006a). HIV prevalence and risk behaviours among injecting drug users in Ho Chi Minh City, Hai Phong and Hanoi, Viet Nam. Abstract TUPE0521. XVIe Conférence internationale sur le SIDA. 13–18 août. Toronto.
- Luu Thi Minh C, Tran Nhu N et al. (2006b). HIV prevalence and risk behaviours among female sex workers in Hai Phong and Ho Chi Minh City, Viet Nam. Abstract CDC0320. XVIe Conférence internationale sur le SIDA. 13–18 août. Toronto.
- Ma X et al. (2006). Possible rise in HIV prevalence among men who have sex with men (MSM) in Beijing. Abstract MOPE0526. XVIe Conférence internationale sur le SIDA. 13–18 août. Toronto.
- Mahendra VS et al. (2006). How prevalent is AIDS-related stigma among health-care workers? Developing and testing a stigma index in Indian hospitals. Abstract TUPE0729. XVIe Conférence internationale sur le SIDA. 13–18 août. Toronto.
- Mastro TD, Yip R (2006). The legacy of unhygienic plasma collection in China. *AIDS*, 20:1451–1452.
- Mateo RJ et al. (2003). HIV/AIDS in the Philippines. *AIDS Education and Prevention*, 16(Suppl. A):43–52.
- Mills E et al. (2005). The HIV/AIDS epidemic in Cambodia. *Lancet Infectious Diseases*, 5(10):596–7.
- Mingjian N et al. (2006). HIV/AIDS prevalence and behaviour in drug users and pregnant women in Kashgar Prefecture: case report. *Harm Reduction Journal*, 3:7.
- Ministry of Health China, ONUSIDA, OMS (2006). *2005 update on the HIV/AIDS epidemic and response in China*. Beijing, Ministère de la Santé de la Chine, ONUSIDA, OMS.
- Ministry of Health Indonesia (2006). *HIV/AIDS surveillance report*. Djakarta, Ministry of Health.
- Ministry of Health Malaysia et OMS (2004). *Consensus report on HIV and AIDS—epidemiology in 2004: Malaysia*. Kuala Lumpur, Ministry of Health and WHO.
- Ministry of Health Pakistan, DFID, Family Health International (2005). *National study of reproductive tract and sexually transmitted infections: Survey of high-risk groups in Lahore and Karachi, 2005*. Karachi, Ministry of Health, Department for International Development, Family Health International.
- Ministry of Health Viet Nam (2005). *HIV/AIDS estimates and projections 2005–2010*. Hanoi, General Department of Preventive Medicine and HIV/AIDS Control, Ministry of Health.
- Monitoring the AIDS Pandemic Network (MAP) (2005a). *Drug injection and HIV/AIDS in Asia—MAP Report 2005*. Juillet. Genève, Monitoring the AIDS Pandemic Network.
- Monitoring the AIDS Pandemic Network (MAP) (2005b). *Sex work and HIV/AIDS in Asia—MAP Report 2005*. juillet. Genève, Monitoring the AIDS Pandemic Network.
- Monitoring the AIDS Pandemic Network (MAP) (2004). *AIDS in Asia: face the facts—a comprehensive analysis of the AIDS epidemics in Asia*. Genève, Monitoring the AIDS Pandemic Network.
- Moses S et al. (2006). Prevalence and determinants of HIV infection in rural India: an expanding, heterogeneous rural epidemic. Abstract MOPE0730. XVIe Conférence internationale sur le SIDA. 13–18 août. Toronto.
- Nai Zindagi (2006). *The lethal overdose: injecting drug use and HIV/AIDS*. May. Islamabad, Nai Zindagi. Disponible sur www.naizindagi.com
- National AIDS Commission Indonesia (2006). Country report on the follow up to the Declaration of Commitment on HIV/AIDS (UNGASS) 2004–2005.
- National AIDS Control Organization (2005a). *An overview of the spread and prevalence of HIV/AIDS in India*. New Delhi, National AIDS Control Organization. Disponible sur http://www.cacoonline.org/facts_overview.htm
- National AIDS Control Organization (2005b). *Facts and figures: an overview of the spread and prevalence of HIV/AIDS in India*. New Delhi, National AIDS Control Organization. Disponible sur http://www.nacoonline.org/facts_overview.htm
- National AIDS Control Organization (2005c). *Statewise HIV prevalence. Facts and figures (1998–2004)*. Disponible sur http://www.nacoonline.org/facts_statewise.htm
- National AIDS Control Organization (2004a). *Annual report 2002–2003, 2003–2004*. Delhi, Ministry of Health and Family Welfare.

- National AIDS Control Organization (2004b). Observed HIV prevalence levels state-wise: 1998–2004. Disponible sur http://www.nacoonline.org/facts_statewise.htm
- National AIDS Programme Myanmar (2005). *HIV sentinel surveillance 2005*. Yangon, National AIDS Programme.
- National Center for HIV/AIDS, Dermatology and STIs/Centre national pour le VIH/SIDA, la Dermatologie et les IST (2004). *HIV sentinel surveillance (HSS) 2003: results, trends and estimates*. Décembre. Phnom Penh, National Center for HIV/AIDS, Dermatology and STD.
- National Drug Agency (2005). *Annual Report*. Kuala Lumpur, National Drug Agency.
- National Epidemiology Center (2006). *HIV and AIDS registry: monthly update*. Juin. Manila, Department of Health. Disponible sur <http://www.doh.gov.ph/NEC/HIV.htm>
- National Institute of Hygiene and Epidemiology et ORC Macro (2006). *Viet Nam population and AIDS indicator survey 2005*. Hanoï et Calverton, General Statistical Office et ORC Macro.
- Nemoto T (2004). HIV/AIDS surveillance and prevention studies in Japan: summary and recommendations. *AIDS Education and Prevention*, 16(Suppl. A):27–42.
- Nhurod P, Bollen L et al. (2006). High HIV prevalence among street-based sex workers in Bangkok, Thailand. Abstract MOPE0355. XVIe Conférence internationale sur le SIDA. 13–18 août. Toronto.
- Ono-Kihara M et al. (2001). Sexual practices and the risk for HIV/STDs infection of youth in Japan. *Journal of the Japan Medical Association*, 126(9)1157–1160, cited in Nemoto T (2004). HIV/AIDS surveillance and prevention studies in Japan: summary and recommendations. *AIDS Education and Prevention*, 16(Suppl. A):27–42.
- ONUSIDA (2006). *Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA*. Genève, ONUSIDA.
- Phal S et al. (2006). Low rate of known HIV status among pregnant women in Cambodia. Abstract CDD1376. XVIe Conférence internationale sur le SIDA. 13–18 août. Toronto.
- Phalkun M et al. (2006). HIV, sexually transmitted infections and related risk behaviour among Cambodian men who have sex with men. CDC0618. XVIe Conférence internationale sur le SIDA. 13–18 août. Toronto.
- Pham P et al. (2006). Sexually transmitted infection surveillance linked with HIV sentinel surveillance in Hai Phong City, Viet Nam. Abstract CDC0182. XVIe Conférence internationale sur le SIDA. 13–18 août. Toronto.
- Pisani E (2006). Estimating the number of drug injectors in Indonesia. *International Journal of Drug Policy*, 17:35–40.
- Pisani E et al. (2003). Sexual behavior among injection drug users in three Indonesian cities carries a high potential for HIV spread to noninjectors. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 34(4):403–6.
- Plipat T, Teerarattul A (2006). National HIV incidence surveillance using BED capture immunoassay among pregnant women. Abstract CDC0356. XVIe Conférence internationale sur le SIDA. 13–18 août. Toronto.
- Pumpanich W et al. (2004). Thailand's response to the HIV epidemic: yesterday, today and tomorrow. *AIDS Education and Prevention*, 16(Suppl. A):119–136.
- Qian HZ et al. (2006). Injection drug use and HIV/AIDS in China: review of current situation, prevention and policy implications. *Harm Reduction Journal*, 3:4.
- Ramesh B et al. (2006). Sex work typology and risk for HIV in female sex workers: findings from an integrated biological and behavioural assessment in the southern Indian state of Karnataka. Abstract WEAC0305. XVIe Conférence internationale sur le SIDA. 13–18 août. Toronto.
- Riono P, Jazant S (2004). The current situation of the HIV/AIDS epidemic in Indonesia. *AIDS Education and Prevention*, 16(Suppl. A):78–90.
- Roy G et al. (2006) The importance of sex workers' organization in increasing coverage in the state of West Bengal, India. Abstract CDC1065. XVIe Conférence internationale sur le SIDA. 13–18 août. Toronto.
- Schumacher CM, Go VF et al. (2006). High-risk sexual behaviour among injection drug users in northern Viet Nam. Abstract CDD0588. XVIe Conférence internationale sur le SIDA. 13–18 août. Toronto.
- Shimada K et al. (2006). How to respond to gay/MSM infection in Japan: local governments need help. Abstract CFF0715. XVIe Conférence internationale sur le SIDA. 13–18 août. Toronto.
- Sopheab H et al. (2006). HIV-related risk behaviours in Cambodia and effects of mobility. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 41(1):81–86.
- Sravankumar K, Prabhakar P, Mythri STI/HIV Study Group (2006). High risk behaviour among HIV positive and negative men having sex with men (MSM) attending Myrthi clinics in Andhra Pradesh, India. Abstract MOPE0582. XVIe Conférence internationale sur le SIDA. 13–18 août. Toronto.
- Srikrishnan AK et al. (2006). Incidence and prevalence of HIV and co-infections among injecting drug users in Chennai, India—cause for concern. Abstract MOPE0441. XVIe Conférence internationale sur le SIDA. 13–18 août. Toronto.

- Statistics Indonesia et Ministry of Health Indonesia (2006). *Situation of risk behaviour for HIV in Indonesia. Results of BSS 2004–2005*. Statistics Indonesia et Ministère de la Santé.
- Thwe M et al. (2005). *Behavioural Surveillance Survey 2003, General Population and Youth*. Ministry of Health, Department of Health, National AIDS Control Programme, février.
- Todd S et al. (2006a). Prevalence of HIV, viral hepatitis, syphilis and risk behaviours among injection drug users in Kabul, Afghanistan. Abstract TUAC0304. XVIe Conférence internationale sur le SIDA. 13–18 août. Toronto.
- Todd S et al. (2006b). HIV knowledge and risk-reduction behaviours among injection drug users in Kabul, Afghanistan. Abstract TUAC0304. XVIe Conférence internationale sur le SIDA. 13–18 août. Toronto.
- Tran TN et al. (2005a). Drug use among female sex workers in Hanoi, Viet Nam. *Addiction*, 100(5):619–25.
- Tran TN et al. (2005b). HIV infection and risk characteristics among female sex workers in Hanoi, Viet Nam. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 39(5):581–6.
- Van Griensven F et al. (2006). HIV prevalence among populations of men who have sex with men—Thailand, 2003 and 2005. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 55(31):844–848. août 11.
- Wan S, Zhang J (2006). Research on HIV/AIDS-related behaviours of 986 clients of sex workers in Sichuan province, China. Abstract WEAX0401. XVIe Conférence internationale sur le SIDA. 13–18 août. Toronto.
- Wang B et al. (2006). HIV-related risk and history of sexually transmitted disease among male migrants who patronize commercial sex in China. Abstract MOAC0305. XVIe Conférence internationale sur le SIDA. 13–18 août. Toronto.
- Wang, Li et al. (2006). HIV-related risk behaviors and history of sexually transmitted diseases among male migrants who patronize commercial sex in China. Abstract MOAC0305. XVIe Conférence internationale sur le SIDA. 13–18 août. Toronto.
- Wang N, Jia W et al. (2006). HIV infection was not evidently extended to the general population in communities with former plasma and blood donors in Shanxi province, China. Abstract CDC0011. XVIe Conférence internationale sur le SIDA. 13–18 août. Toronto.
- Wang N, Yang Z et al. (2006). HIV infection and other sexually transmitted infections among female sex workers in a mining township in Yunnan. Abstract TUPE0297. XVIe Conférence internationale sur le SIDA. 13–18 août. Toronto.
- Wi T et al. (2002). *RTI/STD prevalence in selected sites in the Philippines*. Manila, Department of Health and Family Health International.
- Wiwat P, Brown T, Calleja-Garcia JM (2005). Report from the Technical Working Group on HIV/AIDS Projection and Demographic Impact Analysis in Myanmar. Septembre. Yangon.
- Wu Z, Pang L et al. (2006). Needle-exchange programmes in China. Abstract CDC0905. XVIe Conférence internationale sur le SIDA. 13–18 août. Toronto.
- Xu H, Zhang B et al. (2006). HIV epidemic status and behavioural surveillance among MSM in China. Abstract WEAC0304. XVIe Conférence internationale sur le SIDA. 13–18 août. Toronto.
- Yang H et al. (2005). Heterosexual transmission of HIV in China: a systematic review of behavioral studies in the past two decades. *Sexually Transmitted Diseases*, 32(5):270–280. May.
- Yu M et al. (2006). Sexual risk behaviour of injection drug users attending STI clinics in Mumbai, India. Abstract CDD0594. XVIe Conférence internationale sur le SIDA. 13–18 août. Toronto.
- Zhang Y, Hu S, Hesketh T (2006). HIV prevalence in China not as high as predicted: evidence from antenatal testing in Yunnan province. Abstract CDC0389. XVIe Conférence internationale sur le SIDA. 13–18 août. Toronto.
- Zhang L et al. (2006). Continued spread of HIV among injecting drug users in southern Sichuan province, China. Abstract MOPE0304. XVIe Conférence internationale sur le SIDA. 13–18 août. Toronto.
- Zhao M et al. (2006). HIV sexual risk behaviors among injection drug users in Shanghai. *Drug and Alcohol Dependency*, 82(Suppl. 1):S43–7.

EUROPE ORIENTALE ET ASIE CENTRALE

AIDS Foundation East West (2006). *Officially registered HIV cases in the Russian Federation: 1 January 1987 through 30 June 2006*. AIDS Foundation East West.

AIDS Infoshare (2005). *HIV/STI/Hepatitis B risk among commercial sex workers—survey report*. Moscou, AIDS Infoshare.

de la Fuente L et al. (2006). Injecting and HIV prevalence among young heroin users in three Spanish cities and their association with the delayed implementation of harm reduction programmes. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(6):537–42.

EuroHIV (2006a). *HIV/AIDS surveillance in Europe: end-year report 2005*, No. 73. Saint-Maurice, Institut de Veille Sanitaire.

EuroHIV (2006b). *HIV/AIDS surveillance in Europe: mid-year report 2005*, No. 72. Institut de Veille Sanitaire. Saint-Maurice.

Federal AIDS Center (2005). *HIV infection: information bulletin No. 27*. Moscou, Ministry of Health and Social Development.

Federal Research and Methodological Center for AIDS Prevention and Control (2005). *Report to the consultation on universal access to HIV prevention, treatment, care and support for the population of the Russian Federation*. December 15–16. Moscou.

Federal Service for Surveillance on Consumer Protection and Human Well-Being (2006). *Country report of the Russian Federation on the implementation of the Declaration of Commitment on HIV/AIDS: reporting period January-December 2005*. Moscou, Ministry of Health and Social Development.

Godinho J et al. (2005). *Reversing the tide: priorities for HIV/AIDS prevention in Central Asia*. Washington, Banque mondiale.

Grund, J-P et al. (2005). *QUO VADIS? Role of injecting drug users in the development of the epidemic of HIV infection in Ukraine* (Rus.). Kiev, Ukrainian AIDS Centre.

Harawa NT et al. (2004). Associations of race/ethnicity with HIV prevalence and HIV-related behaviors among young men who have sex with men in seven urban centers in the United States. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 35(5):526–36.

Khaldeeva N et al. (2002). HIV-1 seroprevalence rates in women and relinquishment of infants to the state of St Petersburg, Russian Federation, 2002. *Lancet*, 362:1981–1982.

Koblin BA et al. (2006). Risk factors for HIV infection among men who have sex with men. *AIDS*, 20(5):731–9.

Koshkina et al. (2003). Population and crises. *HIV Demographics*, Vol 1, Moscou, Max-press.

Kozlov AP et al. (2006). HIV incidence and factors associated with HIV acquisition among injection drug users in St Petersburg, Russia. *AIDS*, 20:901–906.

Ministry of Health and Social Development (2004). *Socially related diseases in 2003: statistical report*. Moscou, Ministry of Social Development.

Ministry of Health and Social Development (2006). *Country Report of the Russian Federation on the Implementation of the Declaration of Commitment on HIV/AIDS*. Moscou, ONUSIDA et PNUD.

Ministry of Health Kazakhstan et al. (2005). *Results of investigation of the real situation with drug abuse in Kazakhstan*. Almaty (en russe).

Ministry of Health Tajikistan (2006). *Conference launch of sentinel surveillance data in two pilot cities (Dushanbe, Khodjent)*. Juin. Dushanbe, Ministry of Health.

Ministry of Health Ukraine (2006a). *Ukraine: National report on the follow-up to the UNGASS Declaration of Commitment on HIV/AIDS—Reporting period January 2003–December 2005*. Kiev, Ministry of Health.

Ministry of Health Ukraine (2006b). *Données non publiées*. Octobre. Kiev.

Ministry of Health Ukraine et al. (2006a). *HIV-infection in Ukraine: information Bulletin No. 26*. Août. Kiev, Ministry of Health of Ukraine, Ukrainian AIDS Centre, L.V. Gromashevskogo Institute of Epidemiology, Central Sanitary Epidemiological Station of the Ministry of Health of Ukraine.

Ministry of Health Ukraine et al. (2006b). *Report on the national consensus estimates on HIV and AIDS in Ukraine as of end of 2005*. June. Kiev, Ministry of Health of Ukraine, Ukrainian AIDS Centre, OMS, International HIV/AIDS Alliance in Ukraine, ONUSIDA.

OMS (2005). *HIV/AIDS country profiles for the WHO European region*. Disponible sur http://www.euro.who.int/aids/surveillance/20051114_1

OMS/ONUSIDA (2006). *Progrès dans l'extension de l'accès aux traitements antirétroviraux dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, juin 2006*. Aide-Mémoire. Août. Genève, OMS/ONUSIDA.

ONUSIDA (2006). *Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA*. Genève, ONUSIDA.

Pasteur Scientific and Research Institute of Epidemiology (2005a). *Epidemiological surveillance and monitoring of HIV in risk behaviour groups in the north-west of the Russian Federation*. Saint-Petersbourg.

Pasteur Scientific and Research Institute of Epidemiology (2005b). *Epidemiological surveillance and monitoring of HIV in risk behaviour groups in Volgogradskaya Oblast*. Saint-Petersbourg.

Pokrovskiy V (2006). *The HIV/AIDS epidemic in Russia: trends, lessons and key challenges and opportunities for scaling up the response*. Présentation de diapositives à la XVIe Conférence internationale sur le SIDA. 13–18 août. Toronto.

Population Services International (2006). *Understanding risk profiles: results of an internet-based survey on sexual health among men who have sex with men in the Russian Federation*. Mars. Genève, Population Services International Research Division.

Rhodes T et al. (2006). Prevalence of HIV, hepatitis C and syphilis among injecting drug users in Russia: a multi-city study. *Addiction*, 101(2):252–66.

Sanchez JL et al. (2006). High HIV prevalence and risk factors among injection drug users in Tashkent, Uzbekistan, 2003–2004. *Drug and Alcohol Dependency*, 82(Suppl. 1):S15–22.

Scherbinska A et al. (2006). HIV infection in Ukraine: a review of epidemiological data. Abstract CDC0398. XVIe Conférence internationale sur le SIDA. 13–18 août. Toronto.

Shaboltas AV et al. (2006). HIV prevalence, sociodemographic, and behavioral correlates and recruitment methods among injection drug users in St. Petersburg, Russia. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 41(5):657–63.

Smolskaya T et al. (2005). Sentinel Sero-epidemiological and behavioural surveillance among female sex workers, St Petersburg, Russian Federation, 2003. St Petersburg, St Petersburg Pasteur Institute.

Smolskaya T et al. (2004). HIV sentinel surveillance in high-risk groups in Azerbaijan, Republic of Moldova and the Russian Federation. WHO EUR:03/5057956, cited in EuroHIV (2005). HIV/AIDS surveillance in Europe: end-year report 2004, No. 71. Saint-Maurice, Institut de Veille Sanitaire.

State Department for the Execution of Punishment (2006). Données non publiées. Octobre. Kiev.

Todd CS et al. (2005). Human immunodeficiency virus (HIV) infection in female sex workers in Tashkent, Uzbekistan. Abstract MP-025. Paper presented to the 16th biennial meeting of the International Society for Sexually Transmitted Diseases Research. 10–13 juillet. Amsterdam.

Ukrainian AIDS Centre (2006). Données non publiées. Octobre. Kiev.

Walensky RP et al. (2006). The survival benefits of AIDS treatment in the United States. *Journal of Infectious Diseases*, 194(1):11–9.

CARAÏBES

Allen CF et al. (2006). STI service use and risk factors for HIV infection among female sex workers in Georgetown, Guyana. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 43(1):1–6.

Caribbean Commission on Health and Development (2005). *Report of the Caribbean Commission on Health and Development for the 26th Meeting of the CARICOM Heads of Government: overview*. 3–6 juillet. Sainte-Lucie. Disponible sur <http://www.cpc-paho.org/publications/publication.aspx?id=59>

Cohen J (2006a). The overlooked epidemic. *Science*, 313:468–469.

Cohen J (2006b). A sour taste on the sugar plantations. *Science*, 313: 473–475.

Department of Public Health The Bahamas (2004). HIV Surveillance 1992–2003. Nassau, Department of Public Health The Bahamas.

Deren S et al. (2004). HIV incidence among high-risk Puerto Rican drug users: a comparison of East Harlem, New York, and Bayamon, Puerto Rico. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 36(5):1067–1074.

Gaillard EM et al. (2006). Understanding the reasons for decline of HIV prevalence in Haiti. *Sexually Transmitted Infections*, 82(2) avril.

Gebre Y et al. (2006). Tracking the course of HIV epidemic through second generation surveillance in Jamaica: survey of female sex workers. Abstract CDC0313. XVIe Conférence internationale sur le SIDA. 13–18 août. Toronto.

Guyana Presidential Commission on HIV/AIDS (2006). *Status of the national response to the UNGASS Declaration of Commitment on HIV/AIDS: for the reporting period of January 2003 to December 2005*. Georgetown, Guyana Presidential Commission on HIV/AIDS.

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

Institut Haïtien de l'Enfance et ORC Macro (2006). *Enquête mortalité, morbidité et utilisation des services EMMUS-IV: Haïti 2005–2006*. Juillet. Pétiion ville et Calverton, Institut Haïtien de l'Enfance et ORC Macro.

Kang SY et al. (2005). HIV transmission behaviours in jail/prison among Puerto Rican drug injectors in New York and Puerto Rico. *AIDS Behaviour*, 9(3):377–386.

Kerrigan D et al. (2006). Environmental-structural interventions to reduce HIV/STI risk among female sex workers in the Dominican Republic. *American Journal of Public Health*, 96(1):120–125.

Kilaru K et al. (2006). Changing HIV mortality rate and causes of death among persons with HIV infection before and after the introduction of HAART in Barbados. Abstract TUPE0170. XVIe Conférence internationale sur le SIDA. 13–18 août. Toronto.

Kumar A et al. (2006). Uptake of the health-care services and the health status of the HIV-infected women diagnosed from the antenatal HIV screening in Barbados, 1994–2004. Abstract WEPE0245. XVIe Conférence internationale sur le SIDA. 13–18 août. Toronto.

Kumar A, Singh AB (2004). Impact of the AIDS prevention program on trends in prevalence and incidence of HIV infection among pregnant women in Barbados. Abstract ThPeC7282. XVe Conférence internationale sur le SIDA. 11–16 juillet. Bangkok.

Louis C et al. (2006). Poverty and risk of HIV infection in central Haiti. Abstract CDD0011. XVIe Conférence internationale sur le SIDA. 13–18 août. Toronto.

Ministerio de Salud de Cuba (2006). *Informe de Cuba en virtud e lo establecido en la resolución 60/224 titulada 'preparativos y organización de la reunión de 2006 dedicada al seguimiento de los resultados del vigésimo sexto periodo extraordinario de sesiones: aplicación de la declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA'*. Mars. La Havane, Ministerio de Salud de Cuba.

Ministry of Health Jamaica (2006). *Facts and figures: HIV/AIDS Epidemic Update 2005*. Ministry of Health Jamaica.

Ministry of Public Health and Population Haiti (2006). *UNGASS report: Haiti 2005*. janvier.

OMS/ONUSIDA (2006). *Progrès dans l'extension de l'accès aux traitements antirétroviraux dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, juin 2006*. Aide-Mémoire. Août. Genève, OMS/ONUSIDA .

ONUSIDA (2006). *Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA*. Genève, ONUSIDA.

Perez J et al. (2006). HIV infection and access to antiretrovirals in Cuba. Abstract CDB1132. XVIe Conférence internationale sur le SIDA. 13–18 août. Toronto.

Reid SD (2006). Poor educational attainment and sexually transmitted infections associated with positive HIV serostatus among female in-patient substance abusers in Trinidad and Tobago. *Drug and Alcohol Dependency*, 82(Suppl. 1):S81–84.

Secretaria de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de Republica Dominicana (2005a). *Encuestas de vigilancia del comportamiento sobre VIH/ SIDA/ ITS en RSX y HSH del Área V de Salud*. Janvier. Saint-Domingue, Secretaria de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de Republica.

Secretaria de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de Republica Dominicana (2005b). *De Segunda Generación Encuestas De Seroprevalencia de la Infección VIH Basadas en Puestos Centinelas 2004*. Mars. Saint-Domingue, Secretaria de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, USAID-FHI/CONECTA.

Severe P et al. (2005). Antiretroviral therapy in a thousand patients with AIDS in Haiti. *The New England Journal of Medicine*, 353(22):2325–2334.

Westerbs MJ et al. (2006). Barriers to the systematic use of condoms by sexually active youth in Central Haiti. Abstract CDC0692. XVIe Conférence internationale sur le SIDA. 13–18 août. Toronto.

AMÉRIQUE LATINE

Bautista CT et al. (2006). Seroprevalence of and risk factors for HIV-1 infection among female commercial sex workers in South America. *Sexually Transmitted Infections*, 82(4): 311–6.

Berquo E (2005). *Comportamento sexual e percepções da população Brasileira sobre o HIV/AIDS* [présentation]. Brasília, Programa Nacional de DST e AIDS.

Bravo-Garcia E, Magis-Rodriguez C, Saavedra J (2006). New estimates in Mexico: more than 180 000 people living with HIV. Abstract CDC0411. XVIe Conférence internationale sur le SIDA. 13–18 août. Toronto.

Caiaffa WT et al. (2006). The contribution of two Brazilian multi-center studies to the assessment of HIV and HCV infection and prevention strategies among injecting drug users: the AJUDE-Brasil I and II Projects. *Cadernos de Saude Publica*, 22(4): 771–82.

Cardoso AJC et al. (2005). Sexual behaviour and HIV infection among pregnant women receiving prenatal care: an information system for HIV epidemiological surveillance in Brazil in 2005. (Sous presse.)

Cohen J (2006a). The overlooked epidemic. *Science*, 313:468–469.

Cohen J (2006b). Up in smoke: epidemic changes course. *Science*, 313:487–488.

- Cohen J (2006c). A new nexus for HIV/AIDS research. *Science*, 313:488–490.
- Cohen J (2006d). Struggling to deliver on promises and assess HIV's spread. *Science*, 313: 480–481.
- Cohen J (2006e). Why so high? A knotty story. *Science*, 313:481–482.
- Cohen J (2006f). Land of extremes: Prevention and care range from bold to bleak. *Science*, 313:477–478.
- Dourado I et al. (2006). AIDS epidemic trends after the introduction of antiretroviral therapy in Brazil. *Revista de Saude Publica*, 40(Suppl).
- Ferreira AD et al. (2006). Profile of male Brazilian injecting drug users who have sex with men. *Caderna de Saude Publica*, 22(4): 849–60.
- Fonseca ME et al. (2006). Os programas de reducao de danos ao uso de drogas no Brasil: caacterizacao preliminar de 45 programas. *Caderna de Saude Publica*, 22(4):761–770.
- Fonseca MGP et al. (2003). Distribucao social da AIDS no Brasil, Segundo participacao no mercado de trabalho, ocupacao e status socio-economico dos casos de 1987–1998. *Cadernos de Saude Publica*, 19(5): 1351–1363.
- Garcia J (2005). Casos notificados de SIDA y VIH según etnia y departamento de residencia Años 2004–2005. Guatemala City, Ministry of Public Health.
- Gayet C et al. (2006a). Men who sell sex—a bridge population between men and women in Mexico: HIV prevalence, sexual practices and condom use; results from a biological and behavioral surveillance. Abstract CDC0324. XVIe Conférence internationale sur le SIDA. 13–18 août. Toronto.
- Gayet C et al. (2006b). HIV prevalence and sexual behaviour among male long distance truck drivers: results from a biological and behavioural surveillance in Monterrey, Nuevo Leon, Mexico. Abstract CDC0321. XVIe Conférence internationale sur le SIDA. 13–18 août. Toronto.
- Ghee AE et al. (2006). Socio-behavioural patterns among Central American female sex workers and relationships to HIV and other sexually transmitted infections. Abstract MOPE0362. XVIe Conférence internationale sur le SIDA. 13–18 août. Toronto.
- Hacker MA et al. (2006). Reconstructing the AIDS epidemic among injection drug users in Brazil. *Caderna de Saude Publica*, 22(4): 751–60.
- Hernandez B and Aguilar S (2004). *Informe Final: Proyecto Para El Fortalecimiento Del Sistema Nacional De Vigilancia Epidemiológica del VIH/SIDA En Guatemala*. Guatemala City, Ministry of Public Health Guatemala.
- Khalsa JH et al. (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.
- Konda KA et al. (2006). Condom use by partner type among men who have sex with men in low-income, urban, coastal Peru. Abstract CDD0355. XVIe Conférence internationale sur le SIDA. 13–18 août. Toronto.
- Lama JR et al. (2006). Sexual behaviour and sexually transmitted infections among HIV-1 infected MSM in Peru. Abstract WEPE0298. XVIe Conférence internationale sur le SIDA. 13–18 août. Toronto.
- Leukefeld CG et al. (2005). Tailoring an HIV-prevention intervention for cocaine injectors and crack users in Porto Alegre, Brazil. *AIDS Care*, 17(Suppl. 1):S77–87.
- Magis C et al. (2006a). HIV prevalence and factors associated with the possession of condoms among female sex workers in two cities: Veracruz and Tijuana, Mexico. Abstract CDC0412. XVIe Conférence internationale sur le SIDA. 13–18 août. Toronto.
- Magis C et al. (2006b). HIV prevalence and factors associated with the possession of condoms among male sex workers in two cities: Guadalajara and Mexico City, Mexico. Abstract CDC0336. XVIe Conférence internationale sur le SIDA. 13–18 août. Toronto.
- Magis-Rodriguez C et al. (2005). HIV prevalence and correlates of receptive needle sharing among injection drug users in the Mexican–U.S. border city of Tijuana. *Psychoactive Drugs*, 37(3):333–339.
- Magis-Rodriguez C et al. (2004). Migration and AIDS in Mexico: an overview based on recent evidence. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 37(Suppl. 4):S215–S226.
- Mejia A et al. (2002). HIV-1, syphilis and hepatitis B virus prevalence and risk factors among commercial sex workers, Bogotá, Colombia, 2002. Abstract WePeC6251. XVe Conférence internationale sur le SIDA. 11–16 juillet. Bangkok 2004.
- Ministerio de Salud de Argentina (2004). *Boletín sobre el SIDA en la Argentina*. Octubre. Buenos Aires, Ministerio de Salud de Argentina.
- Ministerio de Salud de Peru (2005). *Sentinel surveillance report*. Lima, Ministerio de Salud de Peru, Directorate of Epidemiology.
- Ministerio de Salud de Venezuela (2005). *Declaracion de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA UNGASS 2001: Informe del gobierno de la Republica Bolivariana de Venezuela, Periodo 2003–2005*. Caracas.

- Ministerio de salud pública y asistencia social de Guatemala (2003). *Estudio Multicéntrico Centroamericano de Prevalencia de VIH/ITS y Comportamientos en Hombres que tienen sexo con otros hombres en Guatemala* (EMC). Ciudad de Guatemala, Ministerio de salud pública y asistencia social de Guatemala.
- Ministry of Health Honduras (2006). *Honduras: Follow-up report to the Commitment on HIV/AIDS*. Tegucigalpa, Ministry of Health Honduras.
- Montano SM et al. (2005). Prevalences, genotypes and risk factors for HIV transmission in South America. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 40(1):57–64.
- National AIDS Programme Paraguay (2006). *Epidemiological surveillance report*. March. Asunción.
- National AIDS Programme Uruguay (2006). *Epidemiological surveillance report*. June. Montevideo.
- National AIDS Programme (2005). *Epidemiological surveillance report*. December. Buenos Aires.
- Okie S (2006). Fighting HIV—lessons from Brazil. *New England Journal of Medicine*, 354(19):1977–1981.
- OMS/ONUSIDA (2006). *Progrès dans l'extension de l'accès aux traitements antirétroviraux dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, juin 2006*. Aide-Mémoire. Août. Genève, OMS/ONUSIDA .
- ONUSIDA (2006). *Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA*. Genève, ONUSIDA.
- ONUSIDA et Ministerio de la Protección Social de Colombia (2006). *Infección por VIH y SIDA en Colombia, Estado del arte. 2000–2005*. Mayo. Bogotá, ONUSIDA et Ministerio de la Protección Social de Colombia.
- Paiva V, Pupo LR, Barboza R (2006). The right to prevention and challenges of reducing vulnerability to HIV in Brazil. *Revista de Saude Publica*, 40(Suppl.).
- Pando MA et al. (2006). Prevalence of HIV and other sexually transmitted infections among female commercial sex workers in Argentina. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 74(2): 233–238.
- Patterson TL et al. (2006). High prevalence of HIV and sexually transmitted infections among female sex workers associated with injection drug use in two Mexico–U.S. border cities. Abstract TUPE0283. XVIe Conférence internationale sur le SIDA. 13–18 août. Toronto.
- Pechansky F et al. (2006). HIV seroprevalence among drug users: an analysis of selected variables based on 10 years of data collection in Porto Alegre, Brazil. *Drug and Alcohol Dependency*, 82(Suppl. 1): S109–13.
- Presidential Secretariat for Planning and Programming Guatemala (2006). *Hacia el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en Guatemala II Informe de Avances*. Guatemala City, Presidential Secretariat for Planning and Programming Guatemala. Disponible sur <http://www.segeplan.gob.gt/docs/MetasMilenio/index.htm>
- Proyecto Acción SIDA de Centroamérica (PASCA) (2003). *Central American multi-site HIV/STI prevalence and behaviour study*. Guatemala, Proyecto Acción SIDA de Centroamérica (PASCA). Disponible sur http://www.pasca.org/english/estudio_eng.htm
- Rossi D et al. (2006). The HIV/AIDS epidemic and changes in injecting drug use in Buenos Aires, Argentina. *Caderna de Saude Publica*, 22(4):741–750.
- Secretaria de Salud de Honduras et al. (2003a). *Estudio Multicéntrico Centroamericano de Prevalencia de VIH/ITS y comportamiento en Hombres que tienen sexo con Hombres en Honduras*. Tegucigalpa, Secretaria de Salud de Honduras.
- Secretaria de Salud de Honduras et al. (2003b). *Estudio Multicéntrico Centroamericano de Prevalencia de VIH/ITS y comportamiento en Trabajadoras Comerciales del Sexo en Honduras*. Tegucigalpa, Secretaria de Salud de Honduras.
- Secretaria de Salud de Honduras (1998). Departamento de ITS/VIH/SIDA, USAID, PASCA, CDC, OPS. Honduras, Estudio Seroepidemiológico de Sífilis, Hepatitis B y VIH en Población Garífuna. Tegucigalpa, Secretaria de Salud de Honduras.
- Soto RJ et al. (2006). Sentinel surveillance of STI/HIV and risk behaviour in vulnerable populations in five Central American countries: final results from the Estudio Multicéntrico (EMC). Abstract MOPE0334. XVIe Conférence internationale sur le SIDA. 13–18 août. Toronto.
- Trevisol FS, da Silva MV (2005). HIV frequency among female sex workers in Imbituba, Santa Catarina, Brazil. *Brazilian Journal of Infectious Diseases*, 9(6):500–505.
- Vignoles M et al. (2006). HIV seroincidence estimates among at-risk populations in Buenos Aires and Montevideo: use of the serologic testing algorithm for recent HIV seroconversion. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 42(4).

AMÉRIQUE DU NORD, EUROPE OCCIDENTALE ET CENTRALE

- Balthasar H, Jeannin A, Dubois-Arber F. (2005). *VIH/SIDA: augmentation des expositions au risque d'infection par le VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes: premiers résultats de Gay Survey 04*. Bull BAG, Nr.48: 891–895.
- Boulos D et al. (2006). Estimates of HIV prevalence and incidence in Canada, 2005. Canada Communicable Disease Report 2006, 32(15). Disponible sur <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/06vol32/dr3215e.html>. A summary is available at http://www.phac-aspc.gc.ca/media/nr-rp/2006/20060731-hiv-vih_e.html
- British Medical Association (2006). Sexually transmitted infections (STI) update. March. British Medical Association. Disponible sur <http://www.bma.org.uk/ap.nsf/Content/stiup06>
- Calzavara L et al. (2006). Prison needle exchange programs needed in Canada: Results of the Ontario HIV and hepatitis C (HCV) remand study. Abstract MOPE0969. XVIe Conférence internationale sur le SIDA. 13–18 août. Toronto.
- Crum NF et al. (2006). Comparisons of causes of death and mortality rates among HIV-infected patients. Analysis of the pre-, early, and late HAART (highly active antiretroviral therapy) eras. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 41:194–200.
- de la Fuente L et al. (2006). Injecting and HIV prevalence among young heroin users in three Spanish cities and their association with the delayed implementation of harm reduction programmes. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(6): 537–42
- Dodds JP et al. (2004). Increasing risk behaviour and high levels of undiagnosed HIV infection in a community sample of homosexual men. *Sexually Transmitted Infections*, 80:236–240.
- Elam G et al. (2006). Barriers to voluntary confidential HIV testing among African men and women in England: results from the Mayisha II community-based survey of sexual attitudes and lifestyles among Africans in England. HIV Medicines, 7(Suppl. 1):7 (Abstract O28). 12th Annual Conference of the British HIV Association. 29 mars – 1 avril. Brighton.
- Elford J et al. (2005). *Unsafe sex among MSM living in London: still increasing?* Abstract MP-096. Paper presented to the 16th biennial meeting of the International Society for Sexually Transmitted Diseases Research. 10–13 juillet. Amsterdam.
- EuroHIV (2006a). HIV/AIDS surveillance in Europe: end-year report 2005, No 73. Institut de Veille Sanitaire. Saint-Maurice. Disponible sur <http://www.eurohiv.org/>
- EuroHIV (2006b). HIV/AIDS surveillance in Europe: Mid-year report 2005, No 72. Institut de Veille Sanitaire. Saint-Maurice. Disponible sur <http://www.eurohiv.org/>
- Glynn M, Rhodes P (2005). Estimated HIV prevalence in the United States at the end of 2003. In: Programs and abstracts of the 2005 National HIV Prevention Conference (Atlanta). Abstract 545. Atlanta, Centers for Disease Control and Prevention, 2005:85.
- Harawa NT et al. (2004). Associations of race/ethnicity with HIV prevalence and HIV-related behaviors among young men who have sex with men in seven urban centers in the United States. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 35(5):526–36.
- Health Protection Agency United Kingdom (2006). HIV/Sexually transmitted infections (STIs). *Communicable Disease Report Weekly*, 16(30). 27 juillet.
- Health Protection Agency United Kingdom (2005). *Mapping the issues: HIV and other sexually transmitted infections in the UK—2005*. London, The UK Collaborative Group for HIV and STI Surveillance. Disponible sur http://www.hpa.org.uk/hpa/publications/hiv_sti_2005/contents.htm
- Health Protection Inspectorate Estonia (2006). HIV infections in Estonia. 1988–2005. Disponible sur <http://www.tervisekaitse.ee/tkuus.php?msgid=3466>
- Holtgrave DR (2006). Causes of the decline in AIDS deaths, United States, 1995–2002: prevention, treatment or both? *International Journal of STD and AIDS*, 16(12):777–781.
- Johnson RC, Raphael S (2006). *The effects of male incarceration dynamics on AIDS infection rates among African-American women and men*. National Poverty Center Working Paper Series 06–22. June. National Poverty Center. Disponible sur http://www.npc.umich.edu/publications/working_papers
- Koblin BA et al. (2006). Risk factors for HIV infection among men who have sex with men. *AIDS*, 20(5):731–9.
- Lindenburg CEA et al. (2006). Decline in HIV incidence and injecting, but not in sexual risk behaviour, seen in drug users in Amsterdam: a 19-year prospective cohort study. *AIDS*, 20:1771–1775.
- Marks G et al. (2006). Estimating sexual transmission of HIV from persons aware and unaware that they are infected with the virus in the USA. *AIDS*, 20(10):1447–1450.
- McMahon et al. (2004). Increased sexual risk behaviour and high HIV sero-incidence among drug-using low-income women with primary heterosexual partners. Abstract TuOrD1220. XVe Conférence internationale sur le SIDA. 11–16 juillet. Bangkok.

- Miller CL et al. (2006). Elevated rates of HIV infection among young Aboriginal injection drug users in a Canadian setting. *Harm Reduction Journal*, 3(9).
- Montgomery JP et al. (2003). The extent of bisexual behaviour in HIV-infected men and implications for transmission to their female sex partners. *AIDS Care*, 15:829–837.
- Moreau-Gruet F, Dubois-Arber F, Jeannin A (2006). Long-term HIV/AIDS-related prevention behaviours among men having sex with men: Switzerland 1992–2000. *AIDS Care*, 18:35–43.
- National AIDS Trust (2006). Public attitudes towards HIV: research study conducted for the National AIDS Trust. March. London, National AIDS Trust. Disponible sur <http://www.nat.org.uk/document/119>
- ONUSIDA (2006). *Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA*. Genève, ONUSIDA.
- Public Health Agency of Canada (2006). *HIV/AIDS among Aboriginal peoples in Canada: a continuing concern—HIV/AIDS epi update August 2006*. Ottawa, Public Health Agency of Canada. Disponible sur <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/epiu-ae/pi-06/index.html>
- Robert Koch Institut (2005). Stand und Entwicklung der HIV-epidemie in Deutschland. *Epidemiologisches Bulletin*, 47. 25 November. Disponible sur <http://www.rki.de/>
- Rosinska M (2006). Current trends in HIV/AIDS epidemiology in Poland, 1999–2004. *Eurosurveillance*, 11(4):94–97. Disponible sur <http://www.eurosurveillance.org/em/v11n04/1104-226.asp>
- Statistiques Canada (2001). *Population by Aboriginal group, 2001 Census, Canada, provinces and territories*. Ottawa, Statistiques Canada.
- US Centers for Disease Control and Prevention (2006a). Twenty-five years of HIV/AIDS—United States, 1981–2006. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 55(21):588–605. 2 June.
- US Centers for Disease Control and Prevention (2006b). *A Glance at the HIV/AIDS epidemic*. April. Atlanta, Centers for Disease Control and Prevention. Disponible sur <http://www.cdc.gov/hiv/resources/factsheets/At-A-Glance.htm>
- US Centers for Disease Control and Prevention (2006c). *A glance at HIV/AIDS among men who have sex with men*. January. Atlanta, Centres for Disease Control and Prevention. Disponible sur http://www.cdc.gov/hiv/resources/factsheets/msm_glance.htm
- US Centers for Disease Control and Prevention (2006d). *HIV/AIDS among African Americans*. Aide-mémoire. Février. Atlanta, US Centers for Disease Control and Prevention.
- 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 seven US cities. Abstract ThOrC1367. XVIe Conférence internationale sur le SIDA. 11–16 juillet. Bangkok.
- Van de Laar MJW et al. (2005). *HIV and sexually transmitted infections in the Netherlands in 2004*. November. Centre for Infectious Diseases Epidemiology.
- Walensky RP et al. (2006). The survival benefits of AIDS treatment in the United States. *Journal of Infectious Diseases*, 194(1):11–9.

MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD

- Abdelwahab O (2006). Prevalence, knowledge of AIDS and HIV risk-related sexual behaviour among police personnel in Khartoum State, Sudan 2005. Abstract CDC0792. XVIe Conférence internationale sur le SIDA. 13–18 août. Toronto.
- Afshar P (2005). *From the assessment to the implementation of services available for drug abuse and HIV/AIDS prevention and care in the prison setting: the experience of Iran*. Paper presented at the Regional Workshop on HIV in the Prison Setting in the Middle East and North Africa. November. Cairo.
- Al-Mazrou YY et al. (2005). HIV/AIDS epidemic features and trends in Saudi Arabia. *Annals of Saudi Medicine*, 25(2):100:104.
- Asouab F (2005). *Evaluation rapide de la situation sur le risque d'infection à VIH en relation avec l'usage des drogues injectées et injectables et à problème au Maroc*. Présenté à la 3ème Conférence latine de Réduction des risques liés à l'usage de drogues. Barcelone.
- Day C et al. (2006). Patterns of drug use among a sample of drug users and injecting drug users attending a general practice in Iran. *Harm Reduction Journal*, 3:2.
- Elrashied S (2006). Prevalence, knowledge and related risky sexual behaviours of HIV/AIDS among receptive men who have sex with men (MSM) in Khartoum State, Sudan, 2005. Abstract TUPE0509. XVIe Conférence internationale sur le SIDA. 13–18 août. Toronto.
- Fares G et al. (2004). *Rapport sur l'enquête nationale de sérosurveillance sentinelle du VIH et de la syphilis en Algérie en 2004*. Décembre. Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme hospitalière. Alger.

Federal Ministry of Health Sudan (2002). *Situation analysis: behavioral and epidemiological surveys and response analysis*. Novembre. Khartoum, Sudan National AIDS Control Program.

Gheiratmand R. et al. (2006). Uncertainty on the number of HIV/AIDS patients: our experience in Iran. *Sexually Transmitted Infections*, 81:279–282. Disponible sur <http://sextrans.bmjournals.com/cgi/content/full/81/3/279-a>

Institut de Formation Paramédicale de Parnet (2004). *Rapport de la réunion d'évaluation à mi-parcours de l'enquête de sérosurveillance du VIH*. Juin.

Kaiser R. et al. (2006). HIV, syphilis, herpes simplex virus 2, and behavioral surveillance among conflict-affected populations in Yei and Rumbeck, southern Sudan. *AIDS*, (20):937–947.

Khoury J, Aaraj E (2005). *VIH/SIDA—usage de drogues injectables et actions de réduction de risques innovantes au Liban*. Présenté à la 3ème Conférence latine de réduction des risques liés à l'usage de drogues. Barcelone.

Mimouni B, Remaoun N (2005). Etude du lien potentiel entre l'usage problématique de drogues et le VIH/SIDA en Algérie 2004–2005. Présenté à la 3ème Conférence latine de réduction des risques liés à l'usage de drogues. Barcelone. Ministère de l'Education supérieure, Algérie.

Ministère de la Santé Maroc (2005). *Bulletin épidémiologique de surveillance du VIH/SIDA et des infections sexuellement transmissibles*. Rabat, Ministère de la Santé, Maroc.

Ministry of Health Sudan (2006). *2005 ANC sentinel sites results*. Khartoum.

Ministry of Health Sudan (2005). *Annual report*. Sudan National HIV/AIDS Surveillance Unit. Khartoum.

Mohammadi MR et al. (2006). Reproductive knowledge, attitudes and behavior among adolescent males in Iran. *International Family Planning Perspectives*, 32(1):35–44.

OMS/ONUSIDA (2006). *Progrès dans l'extension de l'accès aux traitements antirétroviraux dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, juin 2006*. Aide-Mémoire. Août. Genève, OMS/ONUSIDA.

ONUSIDA (2006). *Notes on the HIV and AIDS epidemic in the Middle East and North Africa*. Document de travail, juillet. Le Caire, Equipe ONUSIDA d'appui aux pays.

Razzaghi EM et al. (2006). Profiles of risk: a qualitative study of injecting drug users in Tehran, Iran. *Harm Reduction Journal*, 3:12.

Sammud A (2005). *HIV in Libya*. Août. Tripoli, Ministry of Health.

Tavoosi A et al. (2004). Knowledge and attitude towards HIV/AIDS among Iranian students. *BMC Public Health*, 4:17.

Zamani S et al. (2006). High prevalence of HIV infection associated with incarceration among community-based injecting drug users in Tehran, Iran. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 42(3):342–346.

Zamani S et al. (2005). Prevalence of and factors associated with HIV-1 infection among drug users visiting treatment centers in Tehran, Iran. *AIDS*, 19:709–716.

Océanie

Asian Development Bank (2006). *Proposed Asian Development Fund Grant in Papua New Guinea: HIV/AIDS Prevention and Control in Rural Development Enclaves Project*. Disponible sur www.adb.org/Documents/RRPs/PNG/39033-PNG-RRP.pdf

Cliffe S, Wang YA, Sullivan E (2006). *Second generation surveillance surveys of HIV, other STIs and risk behaviours in six Pacific island countries: Fiji, Kiribati, Samoa, Solomon Islands, Tonga, Vanuatu*. Manille, Bureau régional OMS pour le Pacifique occidental.

Fairley CK, Hocking JS, Medland N (2005). Epidemic syphilis among homosexually active men in Sydney. *Medical Journal of Australia*, 183(4):179–183.

Gare JT et al. (2005). High prevalence of sexually transmitted infections among female sex workers in the eastern highlands province of Papua New Guinea: correlates and recommendations. *Sexually Transmitted Diseases*, 32(8):466–73.

Ministry of Health New Zealand (2006a). *Sexually transmitted infections in New Zealand: annual surveillance report 2005*. April. Auckland, Ministry of Health.

Ministry of Health New Zealand (2006b). *AIDS-New Zealand*. February (Issue 57). Auckland, Ministry of Health.

National AIDS Council Secretariat Papua New Guinea (2006). *Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS: January 2004–December 2005*. Port Moresby, National AIDS Council Secretariat Papua New Guinea.

National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research (2006). *Australian HIV Surveillance Report*. Vol 22 No 2. April. Sydney, National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research. Disponible sur <http://web.med.unsw.edu.au/ncher/>

National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research (2005). *HIV/AIDS, viral hepatitis and sexually transmissible infections in Australia: annual surveillance report 2005*. Sydney, National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research.

ONUSIDA (2006). *Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA*. Genève, ONUSIDA.

Prestage G et al. (2005). How has the sexual behaviour of gay men changed since the onset of AIDS: 1986–2003. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 29(6):530–535.

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

Volk JE et al. (2006). Risk factors for HIV seroconversion in homosexual men in Australia. *Sexual Health*, 3(1):45–51.

Wright M et al. (2005). Fulfilling prophecy? Sexually transmitted infections and HIV in Indigenous people in Western Australia. *Medical Journal of Australia*, 183(3):124–128.

L'ONUSIDA, le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, rassemble les efforts et les ressources de 10 organismes des Nations Unies dans la riposte mondiale au SIDA. Les organismes coparrainants sont les suivants : le HCR, l'UNICEF, le PAM, le PNUD, l'UNFPA, l'ONUDC, l'OIT, l'UNESCO, l'OMS et la Banque mondiale. Basé à Genève, le Secrétariat de l'ONUSIDA est présent sur le terrain dans plus de 75 pays à travers le monde.

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 2006 présente les plus récentes estimations relatives à l'ampleur et au bilan humain de l'épidémie et examine les nouvelles tendances de l'évolution de l'épidémie.



ONUSIDA
PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA

HCR
UNICEF
PAM
PNUD
UNFPA
ONU DC
OIT
UNESCO
OMS
BANQUE MONDIALE

ONUSIDA
20 AVENUE APPIA
CH-1211 GENEVE 27
SUISSE

T (+41) 22 791 36 66
F (+41) 22 791 41 87

www.unaids.org