

PERSPECTIVES **SIDA/09**



**EN CETTE JOURNÉE MONDIALE
SIDA 2008/20 ANS APRÈS LA
PREMIÈRE/PLUSIEURS ÉTAPES
IMPORTANTES ONT ÉTÉ
FRANCHIES**

ONUSIDA/08.36F / JC1648F (version française, décembre 2008)

Version originale anglaise, UNAIDS/08.36E / JC1648E, novembre 2008 :

AIDS outlook/09 : World AIDS Day 2008

Traduction – ONUSIDA

© Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) 2008. Tous droits de reproduction réservés. Les publications produites par l'ONUSIDA peuvent être obtenues auprès de l'Equipe Gestion du contenu 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 à l'Equipe Gestion du contenu à l'adresse ci-dessous ou par fax, au numéro +41 22 791 48 35 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 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, de préférence à d'autres. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'ONUSIDA ne garantit pas que l'information contenue dans la présente publication est complète et correcte et ne pourra être tenu pour responsable des dommages éventuels résultant de son utilisation.

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS :
Perspectives sida 2009 : journée mondiale sida 2008.
« ONUSIDA/08.36F / JC1648F »

1.Infection à VIH – prévention et contrôle. 2.Infection à VIH – épidémiologie. 3.Syndrome d'immunodéficience acquise – prévention et contrôle. 4.Santé mondiale. 5.Coopération internationale. I.ONUSIDA.

ISBN 978 92 9173 739 0

(Classification NLM : WC 503.4)

PERSPECTIVES SIDA/09 est un nouveau rapport de l'ONUSIDA qui apporte un éclairage sur certains des problèmes les plus pressants auxquels sont confrontés les décideurs comme les leaders dans leur riposte aux problèmes posés par le sida en 2009.

De multiples façons, l'année qui vient sera une année de transition—et d'accélération. De nombreux pays réexaminent leurs stratégies nationales de lutte contre le sida. Bien que l'engagement politique en faveur de la lutte contre le sida soit plus déterminé que jamais, l'évolution récente du monde de la finance constituera pour beaucoup un test de cette détermination.

Le présent rapport offre une occasion de réfléchir. Réfléchir à ce qui a pu être accompli grâce au leadership et à la réorientation vers certains domaines clés qui entravent les progrès. Il n'est ni un 'mode d'emploi' ni une 'déclaration politique', mais il apporte quelques idées fondées sur des données concrètes concernant les nouvelles façons de développer et d'améliorer la riposte au sida.

Le rapport présente tout d'abord certains des succès et des problèmes récemment rencontrés dans la lutte contre le VIH. Il donne des exemples de la manière dont les pays appliquent les techniques de modélisation pour mieux comprendre l'incidence du VIH, afin de donner une nouvelle impulsion à la prévention du VIH. **PERSPECTIVES sida** se conclut sur une introduction à la notion d'association des méthodes de prévention du VIH et de leurs applications.

PERSPECTIVES sida s'appuie à la fois sur les estimations de la prévalence et de l'impact du VIH, obtenues grâce aux données recueillies partout dans le monde, et sur les idées de ceux qui luttent contre le sida dans les pays et les communautés. Associer aux données les voix de ceux qui agissent contribuera à identifier les questions et les décisions que les pays devront examiner alors qu'ils planifient leurs stratégies de demain.



Les préservatifs sont un élément essentiel de la prévention en association, qui comprend également l'accès à l'information sur le VIH, l'accès aux traitements, les mesures de réduction des risques, le report de l'activité sexuelle, la fidélité, la baisse du nombre des partenaires et des relations simultanées, la jouissance des droits de l'homme et la baisse de la stigmatisation.

BAISSE DU NOMBRE DES NOUVELLES INFECTIONS À VIH :

3 MILLIONS → 2,7 MILLIONS
2001 2007

BAISSE DU NOMBRE DES DÉCÈS CHEZ LES PERSONNES INFECTÉES :

2,2 MILLIONS → 2 MILLIONS
2005 2007

PLUS DE PERSONNES SOUS TRAITEMENT :

+ 1 MILLION EN UN AN
2007

SOURCE : ONUSIDA, 2008

EN CETTE JOURNÉE MONDIALE SIDA 2008—20 ANS APRÈS LA PREMIÈRE—PLUSIEURS ÉTAPES IMPORTANTES ONT ÉTÉ RÉCEMMENT FRANCHIES, NOTAMMENT :

LE NOMBRE DES PERSONNES NOUVELLEMENT INFECTÉES PAR LE VIH EST MOINS ÉLEVÉ—LES ESTIMATIONS ONT BAISSÉ DE 3 MILLIONS EN 2001 À 2,7 MILLIONS EN 2007. ON RELÈVE AUSSI UNE STABILISATION À L'ÉCHELLE MONDIALE DU POURCENTAGE DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH.

LE NOMBRE D'ENFANTS NOUVELLEMENT INFECTÉS PAR LE VIH EST EN BAISSÉ : IL A ATTEINT 370 000 EN 2007 ALORS QU'IL ÉTAIT DE 450 000 EN 2000, GRÂCE À L'EXPANSION DE LA COUVERTURE DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION MÈRE-ENFANT DU VIH ET À UNE STABILISATION DE LA PRÉVALENCE DU VIH PARMIS LES FEMMES ENCEINTES.

LE NOMBRE DE PERSONNES QUI MEURENT DE MALADIES LIÉES AU VIH EST EN BAISSÉ : ON L'ESTIMAIT À 2 MILLIONS EN 2007 PAR RAPPORT AUX 2,2 MILLIONS ESTIMÉS EN 2005

UN MILLION DE PERSONNES DE PLUS ONT ÉTÉ PLACÉES SOUS TRAITEMENT DU VIH DANS DES HÔPITAUX ET DES DISPENSAIRES DU MONDE EN DÉVELOPPEMENT UNIQUEMENT L'AN DERNIER, PORTANT LE TOTAL À 3 MILLIONS DE PERSONNES À FIN 2007—UNE MULTIPLICATION PAR 10 PAR RAPPORT À CINQ ANS AUPARAVANT*

LE NOMBRE TOTAL DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH AUGMENTE EN RAISON DES NOUVELLES INFECTIONS QUI SE PRODUISENT ENCORE, DES PERSONNES QUI RESTENT EN VIE GRÂCE AUX TRAITEMENTS ET DE LA CROISSANCE DÉMOGRAPHIQUE.

LES FOURCHETTES UTILISÉES POUR LES ESTIMATIONS CI-DESSUS FIGURENT À LA PAGE 20.
SOURCE : ONUSIDA, 2008. *OMS, 2008.

AUJOURD'HUI, D'AUTRES OBJECTIFS SONT À NOTRE PORTÉE et, en particulier, une nouvelle série d'analyses permettant d'identifier les groupes de la population dans lesquels les nouvelles infections à VIH se produisent est actuellement effectuée par de nombreux pays. Cette information pourrait permettre de mieux orienter les programmes de prévention du VIH et, c'est l'espoir de beaucoup, d'amorcer le processus de réduction du nombre des nouvelles infections. Ce sera aux pays d'agir en fonction de ces nouvelles informations.

Les programmes de traitement ont poursuivi leur expansion et rencontrent, avec le temps, de nouveaux obstacles à surmonter. De nombreux dispensaires reçoivent maintenant des malades qui répondent bien aux traitements antirétroviraux. Pourtant, en 2007, 55 pays signalaient que moins de 25% des adultes et enfants ayant besoin de ces thérapies en bénéficiaient. Et 88 pays en développement sur 113 indiquaient que moins de la moitié des mères bénéficiaient des services susceptibles de prévenir la transmission du VIH à leurs enfants au moment de la naissance (ONUSIDA, 2008).

Au cours des 27 ans à peine qui se sont écoulés depuis que cinq hommes gay aux États-Unis étaient, pour la première fois, identifiés comme étant atteints du sida (CDC, 1981), l'épidémie a fait plus de 25 millions de morts dans le monde entier.

MAIS BIEN D'AUTRES INDICATEURS CONTINUENT DE METTRE EN AVANT LA GRAVITÉ DE LA CRISE. Et il est particulièrement préoccupant de noter que pour deux personnes placées sous traitement, cinq autres sont nouvellement infectées. Etant donné le nombre de nouvelles infections qui demeure élevé et le grand nombre de décès évités grâce aux médicaments antirétroviraux, le nombre de personnes vivant avec le VIH a grimpé à 33 millions en 2007 (ONUSIDA, 2008).

PLUS DE 7400 NOUVELLES INFECTIONS À VIH CHAQUE JOUR EN 2007

PLUS DE **96%** VIVENT DANS LES PAYS À REVENU FAIBLE ET INTERMÉDIAIRE

QUELQUE **1000** D'ENTRE ELLES TOUCHENT DES ENFANTS DE MOINS DE 15 ANS

QUELQUE **6300** D'ENTRE ELLES SE PRODUISENT CHEZ DES ADULTES DE 15 ANS ET PLUS. DONT :

PRÈS DE **50%** SONT DES FEMMES ENVIRON **45%** SONT DES JEUNES (15-24 ANS)

POUR DEUX PERSONNES PLACÉES SOUS TRAITEMENT, CINQ AUTRES SONT NOUVELLEMENT INFECTÉES PAR LE VIH

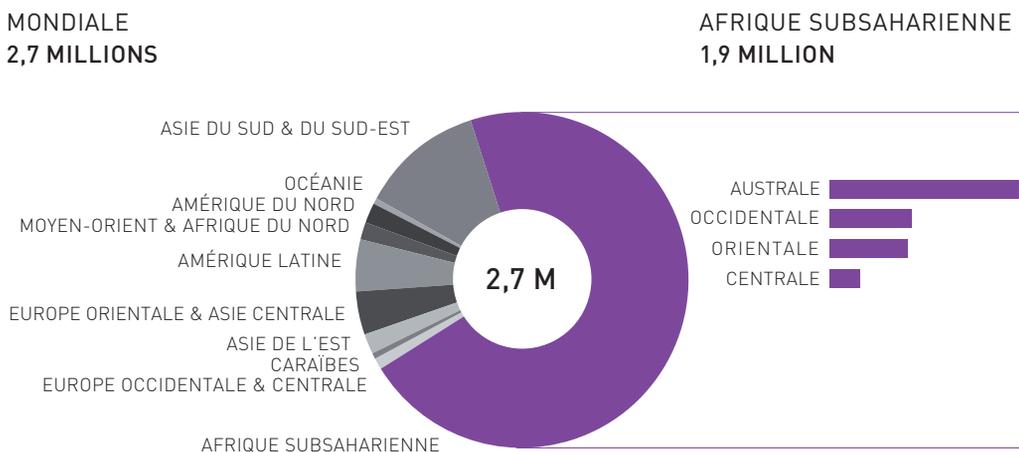
Il est important de noter une fois encore que l'épicentre de l'épidémie se situe toujours en Afrique subsaharienne. Deux tiers de toutes les personnes vivant avec le VIH sont africaines. C'est en Afrique que trois quarts des décès sont survenus en 2007. Et si on testait au hasard 100 adultes en Afrique subsaharienne, le nombre moyen de personnes se révélant séropositives au VIH serait de cinq (ONUSIDA, 2008).

Si l'on ajoute à ce tableau le problème posé maintenant par la crise financière mondiale avec son spectre de coupures budgétaires, on peut s'attendre à des effets néfastes dans le monde en développement en général et dans la riposte au sida en particulier. Le nombre estimé de personnes vivant avec le VIH étant aussi élevé, la grande préoccupation consiste à savoir si les bailleurs et les pays vont continuer à soutenir le large éventail d'initiatives de lutte contre le sida

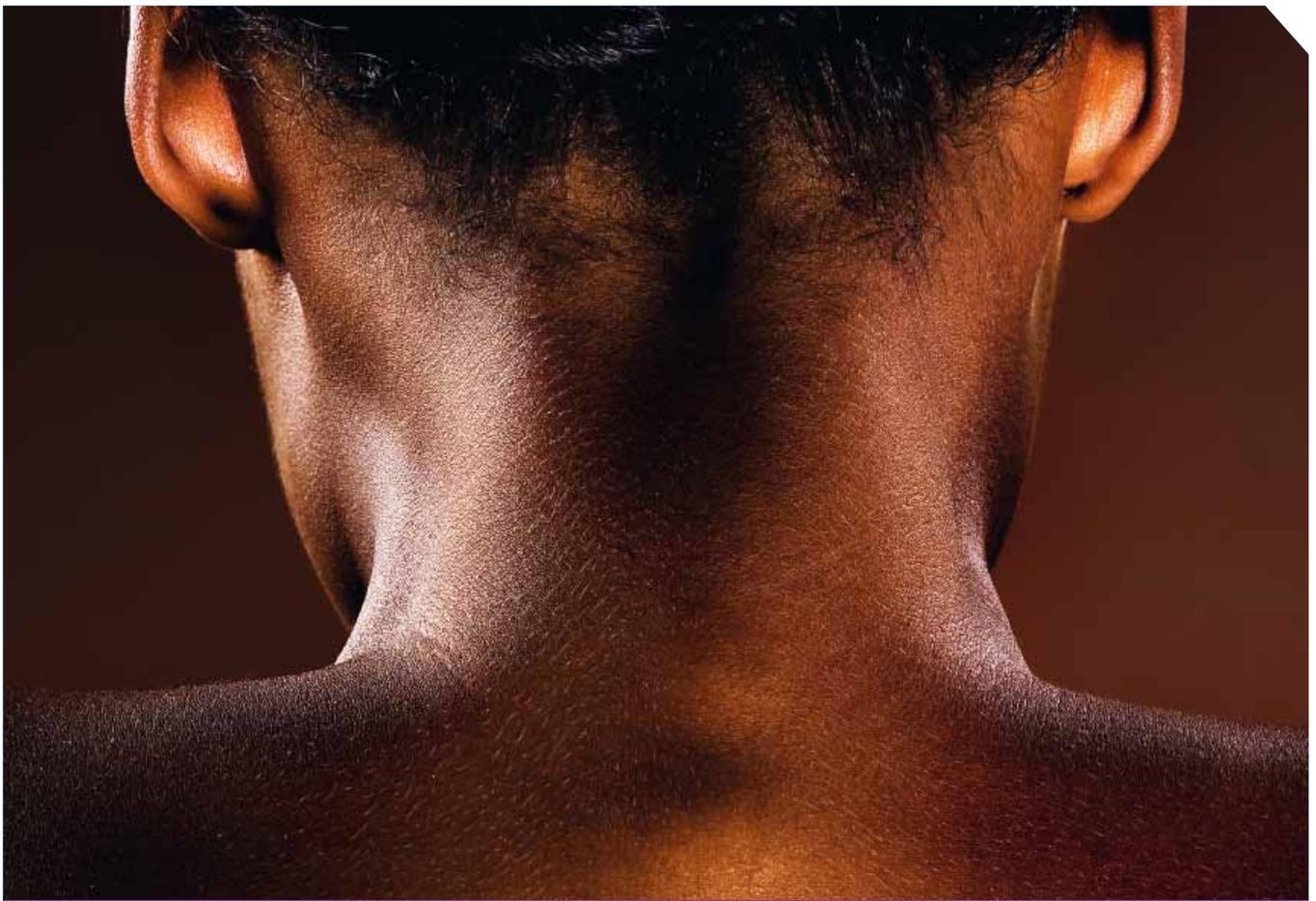
nécessaires pour pérenniser et renforcer encore les succès remportés jusqu'ici. Si les financements sont mis en doute, comment les programmes de traitement pourront-ils continuer à répondre à la demande croissante de thérapies antirétrovirales ? Si les fonds sont coupés d'où viendra l'appui nécessaire pour financer toutes les initiatives d'une prévention intensifiée ? Les réponses à ces questions toucheront des millions de vies humaines.

04

FIGURE 1. DISTRIBUTION DES NOUVELLES INFECTIONS DANS LE MONDE, 2007



Source : ONUSIDA, Rapport sur l'épidémie mondiale de sida, 2008



 — **66%** DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH SONT EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE.

 — **75%** DES DÉCÈS DUS AU SIDA SE SONT PRODUITS EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE.

TABLEAU 1. STATISTIQUES ET CARACTÉRISTIQUES RÉGIONALES DU VIH ET DU SIDA, 2007

	Adultes et enfants vivant avec le VIH	Adultes et enfants nouvellement infectés par le VIH	Prévalence chez les adultes (15-49) [%]	Décès dus au sida chez les adultes et les enfants
AFRIQUE SUBSAHARIENNE	22 millions [20,5 – 23,6 millions]	1,9 million [1,6 – 2,0 millions]	5,0% [4,6 – 5,4%]	1,5 million [1,3 – 1,7 million]
MOYEN-ORIENT & AFRIQUE DU NORD	380 000 [280 000 – 510 000]	40 000 [20 000 – 66 000]	0,3% [0,2 – 0,4%]	27 000 [20 000 – 35 000]
ASIE DU SUD & DU SUD-EST	4,2 millions [3,5 – 5,3 millions]	330 000 [150 000 – 590 000]	0,3% [0,2 – 0,4%]	340 000 [230 000 – 450 000]
ASIE DE L'EST	740 000 [480 000 – 1,1 million]	52 000 [29 000 – 84 000]	0,1% [<0,1 – 0,2%]	40 000 [24 000 – 63 000]
AMÉRIQUE LATINE	1,7 million [1,5 – 2,1 millions]	140 000 [88 000 – 190 000]	0,5% [0,4 – 0,6%]	63 000 [49 000 – 98 000]
CARAÏBES	230 000 [210 000 – 270 000]	20 000 [16 000 – 25 000]	1,1% [1,0 – 1,2%]	14 000 [1 000 – 16 000]
EUROPE ORIENTALE ET ASIE CENTRALE	1,5 million [1,1 – 1,9 million]	110 000 [67 000 – 180 000]	0,8% [0,6 – 1,1%]	58 000 [41 000 – 88 000]
EUROPE OCCIDENTALE ET CENTRALE	730 000 [580 000 – 1,0 million]	27 000 [14 000 – 49 000]	0,3% [0,2 – 0,4%]	8 000 [4 800 – 17 000]
AMÉRIQUE DU NORD	1,2 million [760 000 – 2,0 millions]	54 000 [9 600 – 130 000]	0,6% [0,4 – 1,0%]	23 000 [9 100 – 55 000]
Océanie	74 000 [66 000 – 93 000]	13 000 [12 000 – 15 000]	0,4% [0,3 – 0,5%]	1 000 [1 000 – 1 400]
TOTAL	33 millions [30 – 36 millions]	2,7 millions [2,2 – 3,2 millions]	0,8% [0,7 – 0,9%]	2 millions [1,8 – 2,3 millions]

Les fourchettes entourant les estimations de ce tableau définissent les limites dans lesquelles se situent les chiffres réels, en se fondant sur les meilleures données disponibles. Source : ONUSIDA, Rapport sur l'épidémie mondiale de sida, 2008.



.....

CONNAÎTRE SON ÉPIDÉMIE POUR SAVOIR OÙ RIPOSTER. Depuis des années, l'ONUSIDA et ses Coparrainants donnent le même conseil aux pays concernant leurs stratégies de prévention : apprenez à connaître votre épidémie et votre riposte. La plupart d'entre eux l'ont fait, mais pour cela, il ne leur suffisait pas de connaître les chiffres ou les districts où survenaient les infections. Il leur fallait des données leur permettant de comprendre la dynamique de leur épidémie ou des diverses sous-épidémies. Aujourd'hui, en procédant à des analyses des modes de transmission, de nombreux pays disposent d'estimations pour les groupes de la population dans lesquels les nouvelles infections ont le plus de chance de survenir et par conséquent ils commencent à mieux comprendre leur épidémie et à agir en conséquence.

Dans 11 pays d'Afrique subsaharienne—cinq dans l'est et le sud (Kenya, Lesotho, Mozambique, Ouganda et Swaziland), et six dans l'ouest (Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Ghana, Nigéria et Sénégal)—des experts nationaux du VIH viennent de produire (ou le feront dans les mois qui viennent) de nouvelles données qui leur fourniront des estimations des personnes qui ont été nouvellement infectées au cours de l'année écoulée. Plusieurs autres pays africains—Botswana, Ethiopie, Malawi, Tanzanie et Zambie—ont également achevé récemment des estimations d'incidence analogues ou sont sur le point de le faire. Au-delà de l'Afrique, plusieurs pays d'Asie (dont le Cambodge, la Thaïlande et le Viet Nam) ont effectué des analyses semblables. D'autres sont prévues dans les autres régions, dont l'Amérique latine.

Dans certains pays, grâce aux premiers résultats des études concernant les modes de transmission, les décideurs ont pu développer de nouvelles orientations. Les estimations d'incidence ont notamment mis en lumière trois grandes tendances :

Tendance 1. Dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne à forte prévalence de VIH, les nouvelles infections surviennent parmi les individus qui ont des partenaires sexuels multiples et dans les couples sérodifférents, à savoir ceux dont un partenaire est séropositif au VIH et l'autre séronégatif.

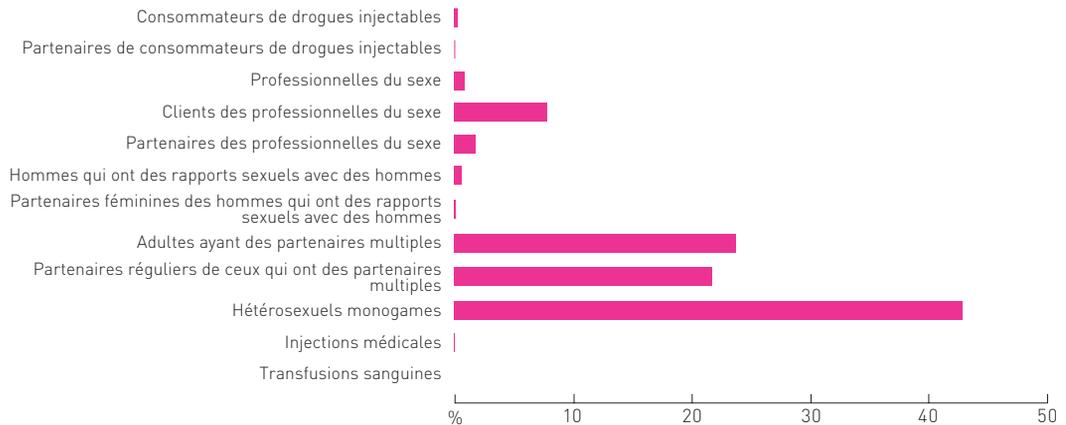
Tendance 2. Dans de nombreux pays, même ceux qui connaissent une prévalence élevée dans la population générale, un nombre important de nouvelles infections peut aussi se produire dans des groupes exposés à un risque accru de VIH, à savoir les professionnel(le)s du sexe et leurs clients, les consommateurs de drogues injectables et les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes—qui sont souvent peu ciblés par les initiatives de prévention.

Tendance 3. Les schémas épidémiques peuvent changer avec le temps et le feront probablement, c'est pourquoi des analyses de ce type doivent être entreprises fréquemment.

Tendance 1. Exemple

L'analyse des 'modes de transmission' en Ouganda a montré que 43% environ des nouvelles infections à VIH semblaient survenir dans des couples 'à faible risque' dans lesquels un des partenaires était séropositif et l'autre séronégatif. Quelque 44% des infections étaient relevées chez des personnes qui ont des partenaires sexuels multiples, y compris leurs partenaires réguliers et environ 11% étaient associées au commerce du sexe. Ces résultats ont montré qu'il était essentiel de cibler les efforts de prévention sur les personnes mariées ou en couples de longue durée. Ces stratégies de prévention devraient porter sur la promotion du conseil et du dépistage auprès des couples, permettant à chacun des partenaires de révéler sa sérologie ; sur des activités visant à réduire le nombre de partenaires sexuels et sur la promotion de l'utilisation systématique du préservatif dans les couples sérodifférents—l'un séropositif et l'autre séronégatif—ainsi que sur l'accès au traitement du VIH pour le partenaire séropositif (Government of Uganda, 2008).

FIGURE 2. ESTIMATION DE LA DISTRIBUTION DES NOUVELLES INFECTIONS CHEZ LES ADULTES, Ouganda



Source : Gouvernement de l'Ouganda, ONUSIDA, Commission sida de l'Ouganda, 2008

« Nous avons découvert qu'en Ouganda, il nous faudrait vraiment surveiller les nouvelles infections et axer notre riposte sur les personnes qui semblent avoir des relations monogames à long terme, » explique le Professeur Fred Wabwire-Mangen, responsable de l'équipe chargée de l'étude ougandaise sur les modes de transmission et professeur associé en épidémiologie des maladies infectieuses à l'École de santé publique de l'Université Makerere à Kampala. « Il se passe plusieurs choses avec ces couples de longue durée. Premièrement, ils n'utilisent pas de préservatifs. Deuxièmement, ils ne font pas autant de dépistage. Nous devons les encourager à pratiquer un test—et pas seulement à faire le test, mais à divulguer leur sérologie à leur partenaire. »

Désormais, affirme Wabwire-Mangen, les décideurs ougandais vont utiliser les résultats et déterminer si les programmes en cours correspondent à la propagation de l'épidémie, afin de vérifier qu'ils dépensent bien leurs fonds dans les domaines qui ont vraiment besoin d'interventions.

« Vous vous demandez, 'Mettons-nous nos ressources au bon endroit ? Les mettons-nous là où surviennent les infections ?' L'étude devrait nous dire si nous sommes sur la bonne voie, » déclare-t-il. Pour nos pays, le défi consiste à prévenir les nouvelles infections et à apporter traitement, soins et soutien ainsi qu'à réintégrer les personnes séropositives au VIH dans les activités économiques et sociales. »

Tendance 2. Exemple

En 2006, une analyse de la distribution des nouvelles infections au Kenya a montré que la majorité des nouvelles infections survenaient dans la population générale à la suite de rapports sexuels occasionnels ou de sérodifférence, mais a également découvert d'autres sources d'infection qui étaient, dans une large mesure, négligées dans le pays (Gouws et al., 2006).

« Ce qui nous a immédiatement frappés au Kenya, c'est le nombre important de nouvelles infections parmi des consommateurs de drogues injectables et des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, et jusque-là ces groupes n'avaient fait l'objet que de peu d'attention, » explique le Professeur Alloys Orago, Directeur du Conseil national de lutte contre le sida du Kenya, « Cinq à six pour cent de toutes les nouvelles infections s'expliquaient par chacun de ces groupes. Cela peut paraître peu, mais les taux d'incidence du VIH dans ces populations sont en fait très élevés. »

Deux ans après cette étude, le Kenya a actualisé son étude des modes de transmission et découvert d'autres lacunes dans sa stratégie de prévention. Le tableau des infections s'était compliqué et comportait de nombreuses variations régionales.

« Au Kenya, dans les communautés de pêcheurs ou les groupes s’occupant de transports dans les zones urbaines, nous avons découvert des niveaux élevés de prévalence, » précise le Professeur Orago. « Nous avons en outre relevé, dans certaines régions, un mélange de consommateurs de drogues injectables, de professionnel(le)s du sexe et d’hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes plus important que ce que nous pensions auparavant. Malgré ces différences dans l’épidémie, le Kenya a depuis longtemps une approche généralisée de la prévention. La nouvelle étude pourrait bien mener à de nouvelles stratégies destinées à renforcer la prévention de la transmission entre les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, ou parmi les consommateurs de drogues injectables, ou dans la communauté des pêcheurs ou la population migrante. »

Dans de nombreux autres pays d’Afrique subsaharienne, où c’est la transmission hétérosexuelle qui domine l’épidémie de VIH, un grand nombre des infections se produisent dans les groupes à risque. A **Unguja, Zanzibar**, les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes avaient une prévalence du VIH de 12,3% (Holman, 2008). Au **Malawi**, la prévalence du VIH parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes était de 21%, par rapport à une prévalence nationale de 14,1% (Umar, 2008). Et dans deux villes du **sud-ouest du Nigéria**, le tableau était analogue à celui du Malawi. La prévalence du VIH parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes était de 13,4%—soit 3,5 fois plus élevée que la prévalence nationale (Adebajo, 2008). Au Kenya, on estime que la prévalence du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables était de 42,9%, et elle est estimée à 12,4% en Afrique du Sud (Mathers et al 2008).

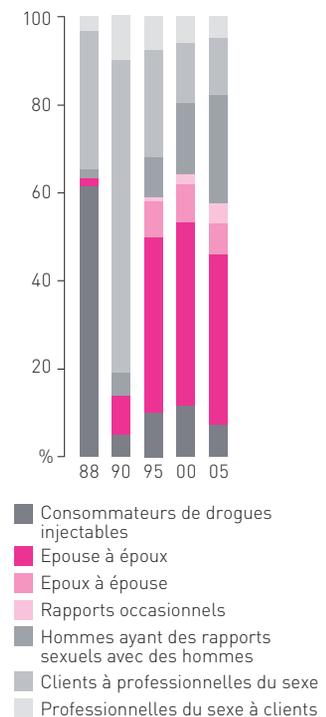
Tendance 3. Exemple

En Thaïlande, la recherche a identifié des changements dans l’épidémie au cours des années. Au début des années 1990, le gouvernement avait, avec raison, ciblé son action sur la promotion de l’utilisation systématique du préservatif parmi les professionnel(le)s du sexe et leurs clients et quelques activités avaient été lancées parmi les consommateurs de drogues injectables. Une récente recherche de l’ONUSIDA (Gouws et al., 2006), du Groupe de travail thaïlandais sur la projection du VIH/sida et le Projet analyse et plaidoyer en Thaïlande a découvert que la majorité des nouvelles infections survenait dans la population générale et parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes.

Selon le Rapport de la Commission sur le sida en Asie, les restrictions socioculturelles imposées à l’autonomie sexuelle des femmes constituent l’une des raisons pour lesquelles les rapports sexuels occasionnels restent un facteur mineur dans les épidémies de VIH d’Asie. Même si l’augmentation des rapports occasionnels non protégés contribue à une proportion croissante de l’ensemble des infections, il est peu probable qu’ils représentent la fraction la plus importante des épidémies dans un avenir proche. Dans plusieurs pays asiatiques, des ressources importantes sont consacrées à tenter de décourager les rapports sexuels à risque parmi les jeunes, alors que les autres modes de transmission ont été relativement négligés (Commission on AIDS in Asia. 2008).

Le fait qu’une grande proportion de ceux qui sont exposés à un risque élevé d’infection à VIH soit composée de jeunes ne signifie pas que les niveaux de prévalence et d’incidence du VIH sont uniformément élevés dans l’ensemble de la population jeune. Mais ces jeunes qui vendent ou achètent des rapports sexuels ou s’injectent des drogues, ou ces jeunes hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, sont exposés à un risque considérablement plus élevé d’infection à VIH que d’autres jeunes, ce qui indique clairement que les ripostes au sida à l’intention des jeunes doivent être spécifiquement ciblées sur ces jeunes-là.

FIGURE 3. CHANGEMENTS DANS LES SCHÉMAS DES NOUVELLES INFECTIONS, Thaïlande



Source : Groupe de travail thaïlandais sur la projection du VIH/sida et le Projet analyse et plaidoyer en Thaïlande, 2008.



A fin 2008, le Dr Peter Piot, Directeur exécutif fondateur de l'ONUSIDA, quittera son poste après avoir dirigé l'organisation depuis sa nomination en 1994. Il revient sur certaines étapes importantes et sur les défis à venir dans un entretien avec John Donnelly :

REGARD SUR L'AVENIR – 'GET UP, STAND UP, DON'T GIVE UP THE FIGHT'

Comment vous sentez-vous à la veille de votre départ ?

Peter Piot : Je pensais que mes deux derniers mois seraient plutôt calmes (Rires). J'ai un peu sous-estimé ça. Mais mon objectif principal a été de garantir notre financement pour l'année prochaine. C'est toujours un challenge.

Rétrospectivement, quelles sont pour vous les trois plus grandes percées réalisées pendant votre mandat à l'ONUSIDA ?

PP : La première percée a eu lieu en 1996, lorsqu'un traitement a été découvert et mis à disposition, et de manière tout aussi importante, plus tard, lorsque le prix des antirétroviraux a connu une réduction majeure. Ce sont toutes les deux des étapes très importantes.

La deuxième percée a été la Session extraordinaire sur le VIH/sida de l'Assemblée générale des Nations Unies en 2001. Ce fut un moment décisif. Après cela, le Fonds mondial (de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme) a été créé, des présidents et premiers ministres ont pris la tête de la riposte dans de nombreux pays, le sida est devenu une des plus importantes préoccupations mondiales. Ce n'était plus seulement le problème des ministres de la santé. On en discutait dans des lieux où l'on débat des vrais grands problèmes.

Et la troisième chose, je suppose, c'est le fait que les montants dépensés l'année dernière pour combattre le sida aient atteint les 10 milliards de dollars. C'est une formidable mobilisation de ressources, et le rôle des personnes vivant avec le VIH est essentiel là-dedans. L'argent est le résultat d'un mélange entre leur activisme et le travail politique symbolisé par la Session de l'Assemblée générale.

Pouvez-vous décrire un moment où vous avez reçu des données épidémiologiques qui vous ont effrayé ?

PP : Il y a eu beaucoup de ces moments. Mon expérience la plus récente, c'est lorsque j'ai vu les dernières données sur l'augmentation des cas de VIH parmi les populations homosexuelles en Asie. C'était exactement ce que nous avons vu en Occident au début des années 1980. J'ai vu la même chose avec les consommateurs de drogues injectables en Europe de l'Est il y a environ 10 ans. Et à l'époque où je travaillais en Afrique centrale, dans ce qui s'appelait alors le Zaïre, vers le milieu des années 1980, l'Afrique du Sud connaissait une prévalence inférieure à 2%. Puis, quelques années plus tard, on a vu cette prévalence exploser et on s'est dit « wow, c'est incroyable ». Il y a eu de nombreux moments comme ça. C'est une chose que nous devons garder à l'esprit lorsque nous envisageons le futur de cette épidémie. Le virus continuera à nous surprendre. C'est pour cela que je suis très sceptique lorsque les gens disent de l'Asie « que cela se limitera à des populations concentrées ». Peut-être, peut-être pas. Nous ne le savons pas.

La lutte contre le sida a-t-elle renforcé ou affaibli les systèmes de santé ?

PP : Je n'ai absolument rien vu laissant penser qu'elle ait affaibli les systèmes de santé. En tous les cas, elle a assurément permis de renforcer certains services, tels que les laboratoires. Les gouvernements déterminés feront en sorte qu'un financement spécifique à la maladie soit alloué au renforcement des capacités locales. C'est l'épidémie de sida elle-même qui a surchargé les systèmes de santé. Dans le même temps, elle a, pour la première fois, amené de l'argent pour

renforcer les personnels de santé, comme au Malawi, par exemple, où ils ont même construit des hôpitaux avec des fonds sida. L’Ethiopie est un autre exemple. Elle a un gouvernement fort et un ministre de la santé déterminé. Il a utilisé les fonds sida pour construire des dispensaires en milieu rural. Mais n’oublions pas que si nous avions attendu que les services de santé soient bien en place pour introduire la thérapie antirétrovirale, nous n’aurions en rien avancé sur les ART et des millions de personnes seraient mortes.

Qu’est-ce qui vous préoccupe aujourd’hui le plus dans la riposte à l’épidémie ?

PP : Ce qui me préoccupe vraiment, c’est qu’alors que nous avons fait des progrès sensibles dans l’accès au traitement, nous n’avons pas le même impact lorsqu’il s’agit de prévention du VIH. Est-ce parce que nous avons besoin de plus de temps, ou bien ne sommes-nous pas sur le bon chemin ? Personnellement je pense de plus en plus que nous devons travailler avec des professionnels du marketing dans les grandes compagnies commerciales, car ils savent comment influencer les comportements des gens. La prévention du VIH est vraiment ce qui demandera un coup de pouce supplémentaire.

Vous avez annoncé qu’il manquait 10 milliards de dollars par année pour lutter contre le sida.

Quel est votre meilleur argument pour une augmentation du financement ?

PP : L’argument numéro un, le voilà : financer des activités de lutte contre le sida, ça marche, cela sauve des vies, et assure d’importants retours sur investissements. Les besoins sont là. Prenez le traitement, à lui seul : près de 4 millions de personnes suivent aujourd’hui une thérapie antirétrovirale, mais 9 millions en ont toujours besoin. Par ailleurs, nous sommes bien mieux équipés qu’auparavant pour utiliser les fonds. Au début, des systèmes ont dû être élaborés, des laboratoires mis en place, des personnes formées. La prestation des services est aujourd’hui moins chère parce que nous avons fait les investissements initiaux nécessaires.

De quelle manière la crise financière mondiale pourrait-elle affecter les programmes ?

PP : Si les financements baissent, le rendement des investissements sera bien moins important. Remettre l’action à plus tard ne fera qu’augmenter la facture finale. Mon souci est que les gouvernements vont maintenant réduire en premier lieu le secteur social. C’est souvent ce qui arrive lors de crises économiques. Le Japon, après la crise financière en 1990, a réduit de 60% l’aide publique au développement. Et sans APD, sans le Fonds mondial, les pays fortement touchés par le sida et les pays les plus pauvres ne seront plus en mesure de poursuivre leurs programmes.

Dans les pays en développement, les gouvernements pourraient bien manquer de revenu. Il se peut qu’ils aient moins de versements, moins d’investissements directs. Cela signifie qu’un nombre accru de gens sera vulnérable, et cela pourrait mener à une augmentation du commerce du sexe. Nous ne savons pas si cela va se produire ou non, mais cela nous préoccupe beaucoup.

Vous vous décrivez souvent comme un activiste. Comment jugez-vous l’action des activistes pendant ces dernières années ? Où ont-ils réussi ? Où ont-ils échoué ?

PP : Je pense que les activistes ont largement réussi en termes de traitement, de plaidoyer, et de mobilisation de fonds, en particulier pour le Fonds mondial. Je leur donnerais la meilleure note. Mais en ce qui concerne l’activisme pour la prévention, eh bien, la Campagne d’action en faveur des traitements le fait en Afrique du Sud, mais c’est une exception.

Comment faire pour éviter la politique dans les discussions sur la prévention ?

PP : C’est impossible. Et il n’y a rien de mal à cela. Il s’agit ici de choix fondamentaux pour la société et la vie. Il est illusoire, et probablement contre-productif, de croire que nous pourrions avoir une

société parfaitement rationnelle sur ces sujets. ... En matière de sida, vous avez besoin d'une série de valeurs et de principes qui orientent les décisions, et vous entrez alors automatiquement dans le domaine politique. La solution consiste à faire en sorte qu'il s'agisse de bonne politique, c'est-à-dire lorsque les données scientifiques, si elles existent, servent à sauver des vies. Il y a encore des pays où la réduction des risques dans le domaine de la consommation de drogues injectables est contraire à la loi. Ça, c'est de la mauvaise politique.

Quelles seront les principales difficultés en matière de prévention à l'avenir ?

PP : En Asie et en Europe de l'Est, nous devons commencer à regarder au-delà des professionnel(le)s du sexe et des consommateurs de drogues injectables, et à frayer un chemin à la prévention dans la population générale. Deuxièmement, dans un nombre grandissant de pays d'Afrique orientale et australe, jusqu'à la moitié des infections se produisent au sein de couples stables. Comment empêcher ça ? Il nous faudra réviser nos approches. De plus, nous avons besoin de l'aide des commerciaux pour professionnaliser la prévention du VIH.

« CE QUI ME PRÉOCCUPE VRAIMENT, C'EST QU'ALORS QUE NOUS AVONS FAIT DES PROGRÈS SENSIBLES DANS L'ACCÈS AU TRAITEMENT, NOUS N'AVONS PAS LE MÊME IMPACT LORSQU'IL S'AGIT DE PRÉVENTION DU VIH. »

Quel sera le rôle des études sur les modes de transmission qui montrent où les nouvelles infections ont le plus de probabilité de se produire ?

PP : Elles devraient être très utiles parce que nous ne savons pas toujours ce qui se passe. Nous pourrions faire l'erreur de baser notre travail de prévention sur les endroits où l'épidémie se trouvait il y a cinq ans. La situation peut avoir changé, ou pas. Ma préoccupation, c'est non seulement de pouvoir disposer de bonnes études, mais de faire en sorte qu'elles soient utilisées. Au Lesotho, des études de ce type ont mené à des changements. En Thaïlande, ils essaient de changer leur approche de la prévention sur la base de nouvelles données, et en Chine, les études appellent l'attention sur les problèmes des hommes homosexuels. Le plus difficile sera d'interpréter les informations dans les pays à épidémie généralisée. Si le VIH se trouve au sein de couples mariés ou stables, eh bien, ça fait pas mal de monde, alors comment faut-il faire ?

Dans votre discours à la Conférence internationale sur le sida à Mexico, vous avez cité les paroles de Bob Marley, "Get up, stand up, don't give up the fight". Puis vous avez dit : « C'est ce que je vais faire. Et vous ? »

PP : Je ne sais pas encore. J'aurai un poste universitaire à l'Imperial College de Londres, en Grande-Bretagne, et je poursuivrai certaines activités dans le domaine du sida, mais en tant que citoyen et membre de la communauté. J'ai besoin de temps maintenant pour organiser ma nouvelle vie. Mais je veux sans aucun doute travailler dans plusieurs disciplines. Comme le disait Bob Marley, « We've got a mind of our own » – nous avons nos idées à nous ».

La Conférence internationale sur le sida, tenue en août à Mexico a considérablement accru la sensibilisation au sida parmi les jeunes ayant des besoins spéciaux. Le discours prononcé par la jeune Keren Dunaway, 12 ans, au cours de la cérémonie d'ouverture, a résonné dans toute la région ainsi que dans le monde.

Keren, infectée à la naissance par sa mère, partageait la scène avec le Président mexicain Felipe Calderon et le Secrétaire général de l'ONU Ban Ki-moon, mais on ne voyait qu'elle. Le public l'a fréquemment interrompue par ses acclamations et à la fin de son discours s'est levé pour applaudir et applaudir encore, bien après qu'elle ait quitté la scène.



Photo : IAS

« Les garçons et les filles vivant avec le VIH sont ici et nous avons plein de projets, » a-t-elle dit à la foule.

« Nous voulons être artistes, enseignants, médecins—même nous marier et avoir des enfants. ...Mais nous ne pourrions réaliser ces espoirs que lorsque nous recevrons l'attention dont nous avons besoin, lorsque nous pourrions compter sur les médicaments qu'il nous faut, lorsque nous serons acceptés dans les écoles. »

Les estimations d'incidence ne peuvent, en elles-mêmes, changer les stratégies de prévention. Mais ces études contribuent à l'analyse des activités de prévention du VIH et fournissent des indications concernant l'orientation des efforts de prévention. Le choix des stratégies devra être fait par les experts de la prévention du VIH et les communautés elles-mêmes.

Dans les cinq pays d'Afrique orientale et australe qui ont terminé les analyses des modes de transmission ou sont sur le point de le faire, des comités d'orientation ont été constitués comportant des représentants des gouvernements, des groupes multilatéraux et des organisations non gouvernementales. Chaque comité d'orientation a examiné les résultats au fur et à mesure de leur apparition. Les cinq pays partagent le même enthousiasme pour l'application de ces analyses à la définition de leurs priorités nationales en matière de prévention du VIH.

« Grâce à cette information, nous avons affiné notre stratégie de changement des comportements et de communication ainsi que la programmation des futures interventions de prévention, » déclare Keketso Sefeane, Chef de la Commission nationale du sida au Lesotho. « A l'échelon communautaire, les résultats vont nous aider à réorienter le choix des activités de prévention du VIH au cours de la mise en œuvre de l'Ensemble des interventions sur les services essentiels. Les résultats de l'étude sur les modes de transmission ainsi que l'étude concernant les partenariats sexuels multiples et simultanés nous ont aidés à reconfirmer nos découvertes et ont amélioré notre compréhension des principaux moteurs de l'épidémie au Lesotho. Ces résultats contribueront également à l'examen à moyen terme en cours de notre Plan stratégique national sur le VIH et le sida pour 2006-2011 qui doit être achevé en mars 2009, » a-t-il conclu.

Cela fait bien des années que la Thaïlande applique ces analyses à la conception de ses programmes de prévention du VIH. « Les données provenant du système de surveillance du VIH en Thaïlande qui existent depuis 1989 pour les populations les plus exposées au risque et depuis 1990 pour la population générale nous ont montré que l'évolution de l'épidémie dans le pays était un mélange d'épidémies généralisées et d'épidémies concentrées dans certains groupes de la population, » explique le Dr Petchsri Sirinirun, Expert principal au Département de lutte contre la maladie du Ministère de la santé publique de Thaïlande.

En Thaïlande, les pouvoirs publics nationaux, les organisations de la société civile et le secteur privé se sont rassemblés et ont appliqué cette information à l'élaboration de leur plan stratégique national actuel. Pour la première fois, les populations les plus exposées au risque telles que les professionnel(le)s du sexe, les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes et les consommateurs de drogues injectables sont explicitement mentionnés et des programmes prévus pour eux.

« Grâce aux résultats d'autres études et de la surveillance comportementale, différentes stratégies axées sur des groupes particuliers de la population ont été décrites dans notre Plan stratégique national sur le sida, 2007-2011, » précise le Dr Petchsri Sirinirun.

Le Mozambique, lui aussi, se prépare à utiliser ces analyses pour formuler son nouveau plan stratégique national. « Nous sommes convaincus que le rapport préparé par le Groupe national de référence sur la prévention concernant l'intensification et l'accélération de la prévention, ainsi que l'étude sur les modes de transmission, apportent des éléments importants que le nouveau plan stratégique national ne pourra pas ignorer dans sa quête d'une riposte novatrice et efficace au Mozambique et dans la région » affirme Joana Manguera, Cheffe de l'Organe national de coordination sida.

« Nous avons besoin des connaissances et de l'expérience de tout ce qui peut améliorer notre connaissance de l'épidémie afin que nous soyons plus efficaces dans notre action, » a-t-elle conclu.

.....
STIMULER LA PRÉVENTION DU VIH PAR DES APPROCHES EN ASSOCIATION. Les pays et les communautés doivent maintenant faire correspondre leur financement de manière plus stratégique à des programmes de prévention dirigés là où les nouvelles infections vont survenir.

Une série d'articles parus dans la revue médicale **The Lancet**, en août 2008, avait pour objectif d'encourager la communauté scientifique, les activistes et les politiques à adopter une approche plus dynamique et plus efficace de la prévention du VIH. L'appel à l'action de la série insistait sur le fait que les pays et les communautés doivent utiliser tous les outils de la prévention pour réellement progresser vers une baisse des nouvelles infections à VIH (Piot, 2008).

« Chaque fois qu'une 'solution toute faite' a été proposée contre le sida, elle n'a pas été à la hauteur des espoirs. ... Du point de vue de ceux qui exécutent les programmes et élaborent les politiques, aucune solution unidimensionnelle n'a jamais été produite pour combattre le sida. Les 'associations de prévention' sont aussi nécessaires que les associations thérapeutiques si l'on veut stopper l'épidémie, » affirment les auteurs de l'article dans **The Lancet**.

Mais qu'est-ce que la prévention en association ? C'est choisir le bon mélange d'actions et de tactiques comportementales, biomédicales et structurelles de prévention du VIH adapté à la réalité de votre épidémie et aux besoins de ceux qui sont le plus exposés au risque, tout comme on choisit le bon mélange et les bonnes proportions de médicaments pour un traitement antirétroviral.

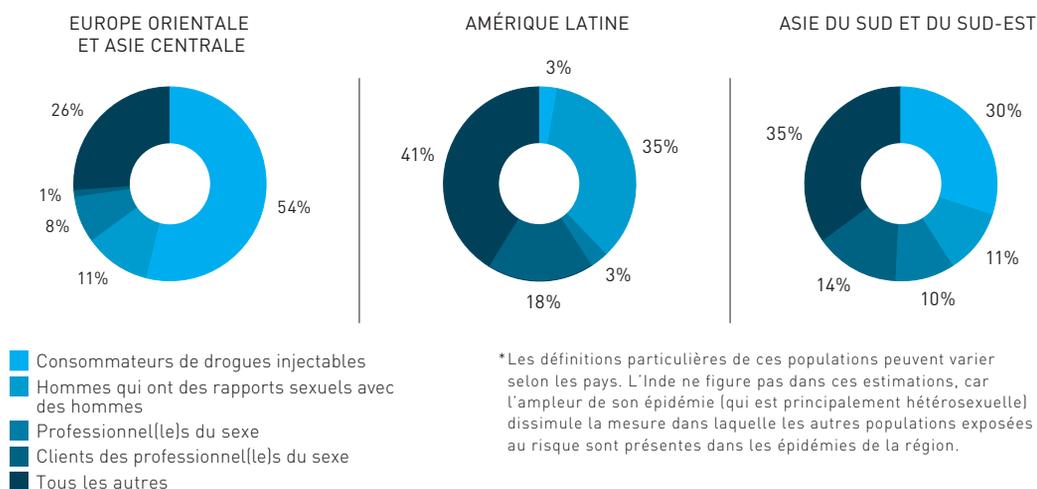
Une stratégie de prévention en association met en avant les synergies qui peuvent se produire lorsque ces programmes sont coordonnés et se renforcent mutuellement. Il n'existe pas une 'solution miracle' en prévention du VIH, mais en faisant les bons choix, les efforts de prévention du VIH de chaque pays pourront avoir la force, la pertinence et l'échelle nécessaires pour empêcher la survenue de nouvelles infections.

L'histoire de l'épidémie montre que des pays comme des communautés sont parvenus à prévenir de nouvelles infections en associant des stratégies de prévention qui ont agi simultanément à plusieurs niveaux. Provoquer des changements des comportements en matière de sexualité ou de consommation de drogues injectables n'est pas quelque chose que l'on peut attribuer à un service, ou à une approche ou encore à un sous-groupe de la population. Pour cela il faut une mobilisation de la communauté, une implication politique et étatique, et des ressources. Les stratégies

de prévention en association reconnaissent que les ripostes efficaces au sida s'attaquent à la fois aux contextes de risque immédiat et à la dynamique sociale sous-jacente qui rend les individus vulnérables au VIH. L'éducation, un accès facile aux services et aux produits, et des stratégies de changement social sont autant d'éléments nécessaires à des programmes efficaces de prévention du VIH. Il est très difficile de définir une formule d'avance, mais lorsqu'on l'a trouvée, il nous est alors possible de reconnaître les synergies entre les divers éléments—la création d'un espace politique qui place le sida à l'ordre du jour, des ripostes compatissantes et inclusives qui triomphent de la stigmatisation, une plus grande sensibilisation plutôt qu'une ignorance étudiée et une volonté de modifier les rapports de pouvoir entre hommes et femmes ou entre jeunes et vieux.

Les efforts de prévention du VIH de la plupart des pays ont reconnu la nécessité de répondre aux besoins de populations diverses et d'individus variés au sein de ces populations. La Figure 4 représente le tableau le plus récent des infections dans diverses populations en Europe orientale et en Asie centrale, en Amérique latine et en Asie du Sud et du Sud-Est. Le graphique présente la totalité des données de prévalence de tous les pays. Lorsque les programmes de prévention du VIH ciblent ces populations, la difficulté consiste à trouver les moyens de réduire les risques de VIH et la vulnérabilité au virus dans le contexte de pratiques sexuelles et de consommation de drogues qui varient considérablement entre les différents milieux sociaux et économiques.

FIGURE 4. ESTIMATION DES PROPORTIONS DES INFECTIONS À VIH DANS DIFFÉRENTS GROUPES DE LA POPULATION* PAR RÉGION, 2007



16

Les experts conviennent toutefois que nombre de pays ne s'occupent pas suffisamment des professionnel(le)s du sexe, des consommateurs de drogues injectables et des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes. Un refus politique d'avoir affaire avec ces groupes marginalisés signifie souvent qu'ils ne sont pas suffisamment couverts ou que les programmes de prévention ne sont pas appropriés à leurs conditions de vie.

De même, les programmes de prévention du VIH à l'intention des femmes doivent déterminer où et comment les femmes sont exposées au risque de VIH et les aspects de la vulnérabilité qui peut-être sous-tendent ces risques afin de décider comment les modifier. Ces analyses doivent se faire par région, par pays ou mieux encore, par district.

Depuis de nombreuses années, on a noté avec préoccupation une 'féminisation' du sida, notamment en Afrique subsaharienne, où l'épidémie s'est accrue plus rapidement et s'est révélée plus persistante parmi les femmes, de telle sorte qu'aujourd'hui, environ six personnes infectées

FIGURE 5. DISTRIBUTION PAR SEXE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH À L'ÉCHELLE MONDIALE

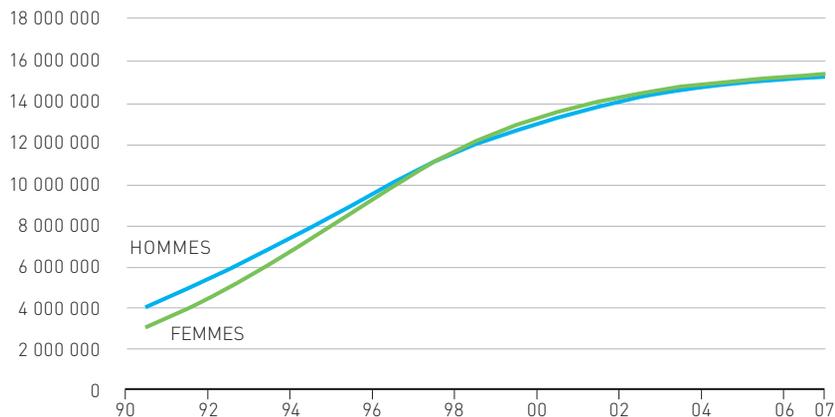


FIGURE 6. DISTRIBUTION PAR SEXE DU VIH EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE

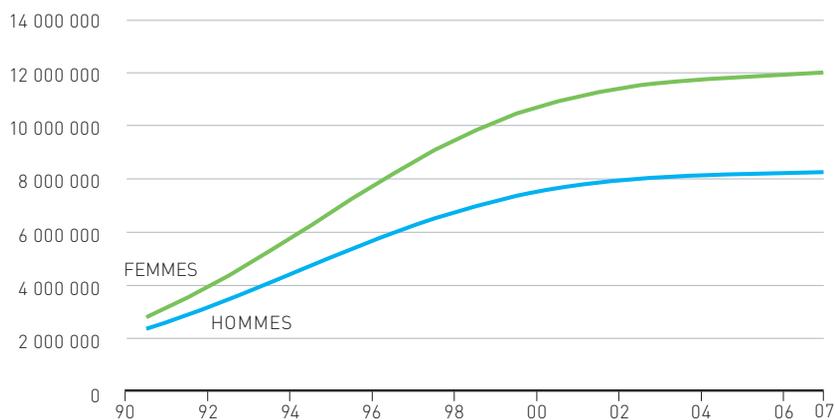
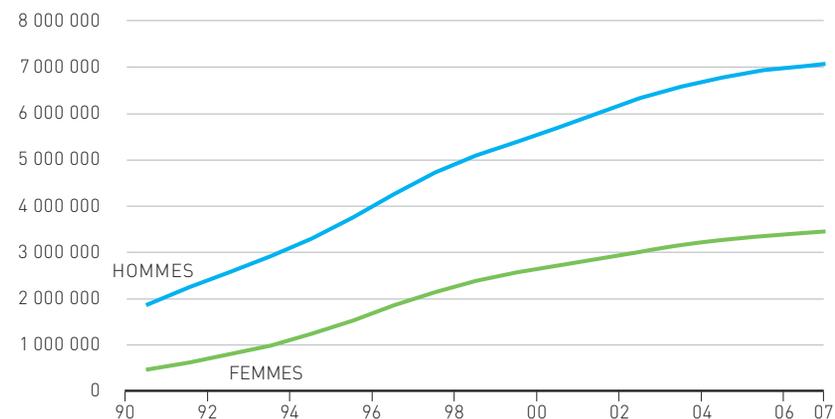


FIGURE 7. DISTRIBUTION PAR SEXE DU VIH AU-DELÀ DE L'AFRIQUE SUBSAHARIENNE



Source : ONUSIDA, 2008

sur 10 sont des femmes. Pourtant, au-delà de la région, les hommes représentent approximativement trois quarts des personnes infectées. A l'échelle mondiale, sur les quelque 33 millions de personnes qui vivaient avec le VIH à fin 2007, la moitié sont des femmes et la moitié des hommes. Cette répartition 50-50 est restée approximativement la même au cours de la décennie écoulée (ONUSIDA, 2008). Ces chiffres suggèrent qu'un examen beaucoup plus détaillé au niveau le plus local possible est nécessaire pour mieux comprendre les moteurs des épidémies locales.

Dans les épidémies en maturation mais concentrées d'Asie, les programmes devraient s'attaquer plus efficacement à la hausse des infections à VIH parmi les femmes mariées. En Afrique australe, les programmes devraient examiner plus précisément les questions entourant le démarrage de l'activité sexuelle et la vulnérabilité biologique des jeunes femmes, les partenariats sexuels multiples y compris les relations simultanées, le rôle de la violence sexospécifique et les rapports sexuels entre générations.

En Afrique australe, une étude en cours dans huit pays examine dans le détail ce qui motive les hommes et femmes jeunes et d'âge mûr à avoir des partenaires multiples. Grâce aux résultats de ces études, les pays seront en mesure de promouvoir des campagnes comprenant des dialogues et des idées qui permettent d'aborder la question des partenariats multiples. Il est particulièrement important de s'occuper des partenariats sexuels multiples, y compris les relations simultanées, notamment lorsque la norme sociale accepte que les hommes comme les femmes aient des rapports avec plus d'un(e) partenaire intime (Morris and Kretzschmar, 1997).

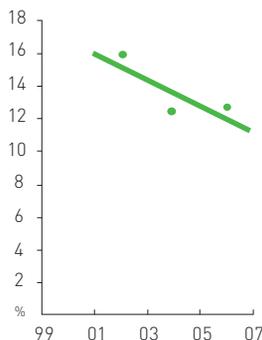
Pour bien des gens, le risque de VIH est associé aux rapports sexuels occasionnels ou aux rapports tarifés, et l'intimité d'un partenariat à long terme leur a conféré une sorte de sécurité, qui ne correspond en rien à la réalité qui montre qu'un réseau de partenaires sexuels qui se recoupent facilite la propagation du VIH.

En Ouganda, un dialogue national concernant les comportements s'est largement développé dans les années 1980 et 1990, et de nombreuses personnes estiment que cette ouverture a joué un rôle important dans la baisse des nouvelles infections. Dans plusieurs autres pays fortement touchés, comme le Rwanda et le Zimbabwe, les changements de comportements ont été suivis par des baisses du nombre des nouvelles infections. Ces nouveaux comportements consistaient notamment à retarder le moment où les individus deviennent sexuellement actifs, avoir moins de partenaires et accroître le recours au préservatif avec les partenaires multiples.

La Namibie, en associant plusieurs approches de prévention du VIH, semble avoir obtenu des résultats : les niveaux de connaissance concernant le VIH et l'utilisation du préservatif ont augmenté et les taux de rapports sexuels avant l'âge de 15 ans et les rapports avec plus d'un partenaire au cours des 12 mois écoulés ont baissé parmi les jeunes. Des campagnes ont été entreprises pour décourager les hommes et les femmes d'avoir des rapports sexuels non protégés. Les préservatifs ont été encouragés et plus de 25 millions de préservatifs masculins ont été distribués. Le dépistage du VIH a été encouragé. Les hôpitaux ont pris en charge le traitement des infections sexuellement transmissibles. Les professionnel(le)s du sexe et les membres des personnels en uniforme ont été particulièrement ciblés (Government of Namibia, 2007). La prévalence du VIH chez les adultes semble s'être stabilisée et la prévalence du VIH parmi les jeunes femmes qui fréquentent les consultations prénatales participant systématiquement à la surveillance ont baissé d'une médiane de 15,8% en 2002 à 12,5% en 2006 (Ministry of Health, Namibia, 2006).

En repoussant les limites, les associations de prévention du VIH commencent à briser le cloisonnement des ripostes au VIH entre traitement et prévention, y compris le rôle du traitement lui-même dans la réalisation des objectifs de prévention. Des essais sont en outre en cours pour tester la prophylaxie avant exposition—à savoir l'administration d'antirétroviraux avant que ne

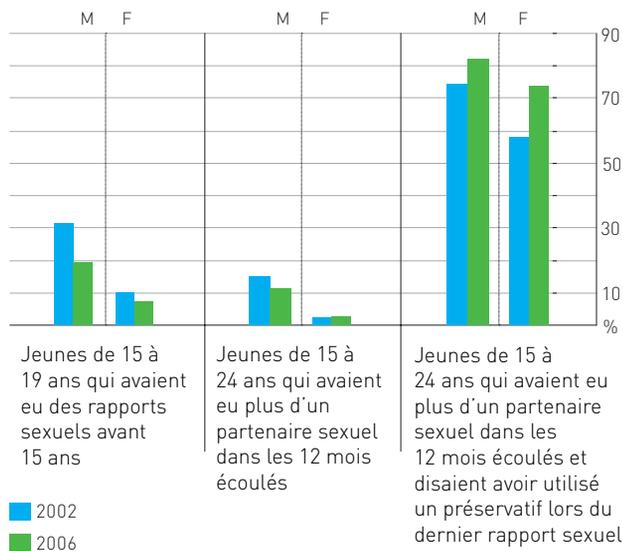
FIGURE 8. PRÉVALENCE DU VIH DANS LE TEMPS PARMIS LES JEUNES FEMMES (15 À 24 ANS)*



*fréquentant les consultations prénatales en Namibie

Source : Gouws et al. AIDS 2008 article sous presse

FIGURE 9. CHANGEMENTS DANS LE TEMPS DE TROIS INDICATEURS DU COMPORTEMENT SEXUEL*



*Mesurés parmi des jeunes hommes et femmes au cours des Enquêtes démographiques et de santé en Namibie en 2000 et 2006

Source : Gouws et al. AIDS 2008 article sous presse

se produisent les rapports non protégés afin de prévenir l'infection à VIH. De plus, pour ceux qui vivent avec le VIH, des études sont effectuées pour déterminer si un traitement antirétroviral efficace, qui réduit la charge virale à des niveaux indétectables, serait aussi en mesure d'éliminer les risques de transmission.

2009—UN APERÇU DE L'ANNÉE À VENIR

EN 2009, NOUS AURONS DE NOUVELLES OCCASIONS D'INFLÉCHIR LE COURS DE L'ÉPIDÉMIE DE SIDA. SI L'UN DES OBJECTIFS À L'ÉCHELLE MONDIALE EST DE PLACER D'AVANTAGE DE PERSONNES SOUS TRAITEMENT, ON PEUT ÉGALEMENT ESPÉRER VOIR MOINS DE NOUVELLES INFECTIONS—EN S'APPUYANT SUR LE MANTRA 'CONNAÎTRE SON ÉPIDÉMIE'.

EN COMPRENANT COMMENT LES DERNIÈRES INFECTIONS À VIH ONT ÉTÉ TRANSMISES ET LES RAISONS POUR LESQUELLES ELLES SE SONT PRODUITES, LES PAYS POURRONT CHOISIR UNE ASSOCIATION EFFICACE D'APPROCHES DE PRÉVENTION.

CETTE MÉTHODE PERMETTRA NON SEULEMENT DE PRÉVENIR LES 1000 PROCHAINES INFECTIONS, MAIS ELLE FERA TRAVAILLER PLUS UTILEMENT L'ARGENT DU SIDA ET CONTRIBUERA À METTRE EN PLACE UNE RIPOSTE AU SIDA VIABLE À LONG TERME.

Fourchettes des estimations

Nouvelles infections à VIH : 2007 – 2,7 millions [2,2–3,2 millions] ; 2001 – 3 millions [2,6–3,5 millions]

Enfants nouvellement infectés par le VIH : 2007 – 370 000 [330 000–410 000] ; 2000 – 450 000 [420 000–510 000]

Décès de maladies liées au sida : 2007 – 2 millions [1,8–2,3 millions] ; 2005 – 2,2 millions [1,8–2,3 millions]

Source : [ONUSIDA, 2008].

Références

Adebajo A et al. HIV and sexually transmitted infections among men who have sex with men (MSM) in Nigeria. : AIDS 2008 – XVIIème Conférence internationale sur le sida : Abstract no. MOPE0411.

CDC (1981). CDC. Pneumocystis pneumonia - Los Angeles. MMWR 1981;30:250-2.

Commission on AIDS in Asia (2008). Redefining AIDS in Asia- crafting an effective response Oxford University Press, New Delhi.

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-iii5.

Gouws E, Stanecki K, Lyster R & Ghys P. The epidemiology of HIV infection among young people aged 15 – 24 years in southern Africa. AIDS 2008, paper in press.

Government of Namibia, 2007. United Nations General Assembly Special Session Country Report, Reporting period April 2006- March 2007.

Government of Uganda, UNAIDS., Uganda AIDS Commission. Estimation of sources of incident HIV infections. A review of the sources of incident HIV infections in Uganda. Kampala, Uganda: Government of Uganda, UNAIDS, Uganda AIDS Commission, 2008.

Holman A et al. HIV risk factors and injections drug use among men who have sex with men in Zanzibar (Unguja), Tanzania. Oral Abstract session: AIDS 2008 – XVIIème Conférence internationale sur le sida : Abstract no. THAC0206.

Mathers et al (2008). Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review. Bradley M Mathers, Louisa Degenhardt, Benjamin Phillips, Lucas Wiessing, Matthew Hickman, Steffanie A Strathdee, Alex Wodak, Samiran Panda, Mark Tyndall, Abdalla Toufik, Richard P Mattick, for the 2007 Reference Group to the UN on HIV and Injecting Drug Use, **Lancet** 2008, 372:1733-45.

Ministry of Health Namibia 2006. Ministry of Health and Social Services. Report of the 2006 National HIV Sentinel Survey. Windhoek, Republic of Namibia: Ministry of Health and Social Services, 2007.

Morris M & Kretzschmar M (1997). Concurrent partnerships and the spread of HIV. **AIDS**, 11(5):641–648.

OMS (2008). Vers un accès universel. Etendre les interventions prioritaires liées au VIH/sida dans le secteur de la santé, Genève.

ONUSIDA (2008). Rapport sur l'épidémie mondiale de sida, Genève.

Piot et al, (2008) Coming to terms with complexity: a call to action for HIV prevention, Peter Piot, Michael Bartos, Heidi Larson, Debrework Zewdie, Purnima Mane, **Lancet**, 26 July 2008; Volume 372, Issue 9635: Page 337, August 2008.

Thai Working Group on HIV/AIDS Projection and the Analysis and Advocacy (A²) Project in Thailand. The Asian Epidemic Model (AEM) Projections for HIV/AIDS in Thailand: 2005-2025, 2008.

Umar E et al. A cross-sectional evaluation of the HIV prevalence and HIV-related risk factors of men who have sex with men (MSM) in Malawi. : AIDS 2008 – XVIIème Conférence internationale sur le sida : Abstract no. MOPE0412.

ONUSIDA
20, AVENUE APPIA
1211 GENÈVE 27
SUISSE

Tél. +41 22 791 3666
Fax +41 22 791 4187
Courriel unaids@unaids.org

www.unaids.org



ONUSIDA

PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA

HCR
UNICEF
PAM
PNUD
UNFPA

ONU/DIC
OIT
UNESCO
OMS
BANQUE MONDIALE