

Le point sur l'épidémie de **SIDA**

Décembre 2002



Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

ONUSIDA

UNICEF • PNUD • FNUAP • PNUCID • OIT
UNESCO • OMS • BANQUE MONDIALE



Organisation mondiale
de la Santé

ONUSIDA/OMS – 2002
Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA)
Organisation mondiale de la Santé (OMS)

ONUSIDA/02.46F (version française, décembre 2002)
ISBN 92-9173-254-0

Version originale anglaise, UNAIDS/02.46E, décembre 2002 :
AIDS epidemic update: December 2002
Traduction – ONUSIDA

© Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) et Organisation mondiale de la Santé (OMS) 2002.

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, 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.

ONUSIDA, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27, Suisse
Tél. : (+41) 22 791 36 66 – Fax : (+41) 22 791 41 87
Courriel : unaids@unaids.org – Internet : <http://www.unaids.org>

TABLE DES MATIÈRES

TABLEAU RÉCAPITULATIF DE L'ÉPIDÉMIE DE VIH/SIDA DANS LE MONDE, DÉCEMBRE 2002	3
INTRODUCTION	4
ASIE ET PACIFIQUE	8
EUROPE ORIENTALE ET ASIE CENTRALE	13
AFRIQUE SUBSAHARIENNE	17
AMÉRIQUE LATINE ET CARAÏBES	20
MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD	23
PAYS À REVENU ÉLEVÉ	24
LE VIH/SIDA ET LES CRISES HUMANITAIRES	28
Le VIH/SIDA et la crise alimentaire en Afrique australe	28
Le VIH/SIDA dans les situations de conflit	32
CARTES	34
Estimations mondiales à fin 2002 – Adultes et enfants	35
Nombre d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH à fin 2002 – Estimations	36
Nombre d'adultes et d'enfants infectés par le VIH en 2002 – Estimations	37
Nombre de décès dus au VIH/SIDA chez l'adulte et l'enfant en 2002 – Estimations	38

Le point sur l'épidémie de SIDA : décembre 2002





Nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA	Total	42 millions
	Adultes	38,6 millions
	<i>Femmes</i>	<i>19,2 millions</i>
	Enfants <15 ans	3,2 millions
Nouveaux cas d'infection à VIH en 2002	Total	5 millions
	Adultes	4,2 millions
	<i>Femmes</i>	<i>2 millions</i>
	Enfants <15 ans	800 000
Décès dus au SIDA en 2002	Total	3,1 millions
	Adultes	2,5 millions
	<i>Femmes</i>	<i>1,2 million</i>
	Enfants <15 ans	610 000

INTRODUCTION

En 2002, l'épidémie de SIDA a causé plus de 3 millions de décès et on estime que 5 millions de personnes ont contracté le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) cette même année – ce qui porte à 42 millions le nombre de personnes vivant avec le virus dans le monde.

Alors que nous entrons dans la troisième décennie de l'épidémie de SIDA, les preuves de son impact sont indéniables. Partout où l'épidémie s'est propagée sans contrôle, elle prive les pays des ressources et

des capacités dont dépendent leur sécurité et leur développement. Dans certaines régions, le VIH/SIDA, associé à d'autres crises, pousse des segments toujours plus grands des nations vers la misère.

Progrès accomplis pour mettre en œuvre la Déclaration d'engagement

La Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA constitue peut-être un tournant dans l'histoire de l'épidémie de VIH/SIDA. Adoptée par les gouvernements de la planète lors de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA en juin 2001, elle a établi, pour la toute première fois, des objectifs assortis de dates butoirs sur lesquels les gouvernements et les Nations Unies devront rendre des comptes.

L'ONUSIDA et ses Coparrainants ont élaboré une série de critères permettant de suivre la progression vers ces objectifs. La préparation du premier rapport mesurant les progrès réalisés commencera en 2003 et s'appuiera sur les rapports d'activité fournis en mars 2003 par les 189 pays qui ont adopté la Déclaration.

Mais il y a de bonnes raisons de penser que des progrès ont déjà été faits. Un nombre accru de pays reconnaissent la valeur de la mise en commun de leurs ressources, de leurs expériences et de leur engagement, en créant des initiatives régionales de lutte contre l'épidémie. Les exemples se multiplient, notamment :

Le Forum du leadership de l'Asie et du Pacifique, qui est chargé d'améliorer les connaissances et la compréhension des principaux décideurs dans le domaine du VIH/SIDA et de son impact sur les différents secteurs de la société.

Les membres de la Communauté des Etats Indépendants ont élaboré un Programme régional de riposte d'urgence à l'épidémie de VIH/SIDA, que les responsables des gouvernements ont adopté en mai 2002.

Au milieu de l'année 2002, le Partenariat pan-caraiïbe contre le VIH/SIDA a signé un accord avec six compagnies pharmaceutiques dans le cadre des efforts élargis déployés pour améliorer l'accès à des antirétroviraux moins coûteux.

En Afrique subsaharienne, 40 pays ont formulé des stratégies nationales de lutte contre le VIH/SIDA (soit près de trois fois plus qu'il y a deux ans) et 19 pays disposent maintenant de Conseils nationaux du SIDA (une multiplication par six depuis 2000).

Des ressources supplémentaires sont apportées par le nouveau Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, qui a approuvé une première série de projets, à hauteur de 616 millions de dollars, dont deux tiers environ sont réservés au VIH/SIDA. Les gouvernements et les donateurs ont annoncé des contributions de plus de 2,1 milliards de dollars au Fonds.

Mais c'est pour fournir des traitements, une prise en charge et un soutien adéquats que le monde est le plus à la traîne. Moins de 4% des personnes qui avaient besoin d'antirétroviraux dans les pays à faible et moyen revenus recevaient ces médicaments à la fin de 2001. Et moins de 10% des personnes vivant avec le VIH/SIDA avaient accès à des soins palliatifs ou au traitement des infections opportunistes.

Dans de nombreux pays, notamment en Afrique subsaharienne et en Asie, la concurrence entre les nombreuses priorités nationales fait obstacle à l'affectation de ressources suffisantes pour élargir l'accès à la prise en charge, au soutien et au traitement du VIH/SIDA. L'inaccessibilité financière des médicaments reste la raison la plus fréquemment invoquée pour expliquer l'accès limité aux antirétroviraux. L'insuffisance de la capacité des secteurs de la santé, pour ce qui est notamment de l'infrastructure et du manque de personnel qualifié, est aussi un obstacle majeur à la prestation des services de santé dans de nombreux pays.

Le monde s'est contenté de rester sans rien faire alors que le VIH/SIDA balayait ces pays. Il est inadmissible de fermer les yeux sur une épidémie qui continue à se propager dans certaines des régions et des pays les plus peuplés de la planète.

En Europe orientale et en Asie centrale, le nombre des personnes vivant avec le VIH en 2002 était de 1,2 million. Le VIH/SIDA se répand rapidement dans les Etats baltes, en Fédération de Russie et dans plusieurs républiques d'Asie centrale.

En Asie et dans le Pacifique, 7,2 millions de personnes vivent aujourd'hui avec le VIH. La croissance de l'épidémie dans cette région est due, dans une large mesure, à l'épidémie qui s'intensifie en Chine, où 1 million de personnes vivent maintenant avec le VIH et où les estimations officielles prévoient que ce nombre pourrait se multiplier au cours de la décennie à venir. Il reste également un potentiel de croissance considérable en Inde, où près de 4 millions de personnes vivent avec le VIH.

Définir les tendances du VIH

La mesure la plus courante de l'épidémie de VIH/SIDA est la *prévalence* des infections à VIH dans la population adulte d'un pays – c'est-à-dire le pourcentage de la population adulte vivant avec le VIH. La prévalence du VIH donne une bonne image de la *situation* globale de l'épidémie. C'est un peu une photographie du VIH/SIDA. Dans les pays qui connaissent des épidémies généralisées, cette image est principalement fondée sur les tests VIH effectués sur des échantillons de sang prélevés de manière anonyme chez les femmes en consultations prénatales.

Mais la prévalence donne une image moins précise des *tendances* récentes de l'épidémie, car elle ne distingue pas les personnes qui ont contracté le virus très récemment de celles qui ont été infectées il y a une décennie ou davantage. (En l'absence d'un traitement antirétroviral, une personne peut survivre, en moyenne, jusqu'à 9-11 ans après avoir contracté le VIH ; avec un traitement, la durée de survie s'allonge considérablement.)

Les pays A et B, par exemple, pourraient avoir la même prévalence du VIH mais connaître des épidémies très différentes. Dans le pays A, la vaste majorité des personnes vivant avec le VIH/SIDA (la prévalence) pourraient avoir été infectées entre 5 et 10 ans auparavant, et les infections récentes être rares. Dans le pays B, la majorité des personnes vivant avec le VIH/SIDA pourraient avoir été infectées au cours des deux dernières années. Ces différences auront manifestement un impact énorme sur le type d'actions de prévention et de prise en charge que les pays A et B devront mettre en place.

De même, les taux de prévalence du VIH pourraient être stables dans le pays C, suggérant que les nouvelles infections se produisent à un rythme régulier. Mais il est possible que tel ne soit pas le cas. Le pays C pourrait connaître des taux plus élevés de mortalité due au SIDA (lorsque des personnes infectées approximativement dix ans auparavant décèdent en grands nombres), et une *augmentation* des nouvelles infections. Les taux globaux de prévalence du VIH ne mettraient pas en évidence ces particularités de l'épidémie dans le pays.

C'est pourquoi une mesure de l'*incidence* du VIH (c.-à-d. le nombre des nouvelles infections observées en une année parmi des personnes non infectées jusqu'alors) contribue à compléter l'image des tendances actuelles. On peut la voir comme une image animée de l'épidémie.

Le problème, c'est que la mesure de l'incidence du VIH est coûteuse et complexe – au point d'être impossible à l'échelon national et d'une manière régulière dans la plupart des pays.

Cela ne signifie pourtant pas que les tendances récentes restent un mystère. Une mesure régulière de la prévalence du VIH parmi des groupes de jeunes peut servir de mesure supplétive, bien qu'imparfaite, de l'incidence du VIH dans ces groupes. En raison de leur âge, les jeunes auront été infectés relativement récemment. Des changements importants dans la prévalence du VIH parmi les 15 à 19 ans ou les 15 à 24 ans peuvent donc être le reflet de tendances nouvelles importantes de l'épidémie.

Les niveaux de prévalence du VIH en baisse constante parmi les jeunes de 15 à 19 ans en Ouganda, par exemple, indiquent une baisse des infections récentes chez les jeunes et fournissent une image plus précise des tendances actuelles de l'épidémie (et, dans ce cas, de l'efficacité des actions de prévention parmi les jeunes).

STATISTIQUES ET CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉPIDÉMIE DE VIH/SIDA PAR RÉGION, FIN 2002

Région	Début de l'épidémie	Adultes et enfants vivant avec le VIH/SIDA	Nouveaux cas d'infection à VIH chez les adultes et les enfants	Taux de prévalence chez les adultes*	Pourcentage des femmes parmi les adultes séropositifs	Principaux modes de transmission [#] chez les adultes vivant avec le VIH/SIDA
Afrique subsaharienne	fin années 70 début années 80	29,4 millions	3,5 millions	8,8%	58%	Hétéro
Afrique du Nord et Moyen-Orient	fin années 80	550 000	83 000	0,3%	55%	Hétéro, ID
Asie du Sud et du Sud-Est	fin années 80	6,0 millions	700 000	0,6%	36%	Hétéro, ID
Asie de l'Est et Pacifique	fin années 80	1,2 million	270 000	0,1%	24%	ID, Hétéro, Homo
Amérique latine	fin années 70 début années 80	1,5 million	150 000	0,6%	30%	Homo, ID, Hétéro
Caraïbes	fin années 70 début années 80	440 000	60 000	2,4%	50%	Hétéro, Homo
Europe orientale et Asie centrale	début années 90	1,2 million	250 000	0,6%	27%	ID
Europe occidentale	fin années 70 début années 80	570 000	30 000	0,3%	25%	Homo, ID
Amérique du Nord	fin années 70 début années 80	980 000	45 000	0,6%	20%	Homo, ID, Hétéro
Australie et Nouvelle-Zélande	fin années 70 début années 80	15 000	500	0,1%	7%	Homo
TOTAL		42 millions	5 millions	1,2%	50%	

* Proportion d'adultes (âgés de 15 à 49 ans) vivant avec le VIH/SIDA en 2002, d'après les statistiques démographiques de 2002.
Hétéro : transmission hétérosexuelle ; homo : transmission sexuelle entre hommes ; ID : transmission par injection de drogue.

Dans plusieurs pays connaissant un début d'épidémie, des changements économiques et sociaux importants donnent lieu à des conditions et des tendances qui favorisent la propagation rapide du VIH – par exemple des disparités sociales importantes, un accès limité aux services essentiels et une migration accrue.

Les meilleures projections actuelles indiquent que 45 millions de personnes supplémentaires pourraient être infectées par le VIH dans 126 pays à faible et moyen revenus (connaissant aujourd'hui des épidémies concentrées ou généralisées) entre 2002 et 2010 – à moins que l'on ne parvienne à mettre en place une action mondiale de prévention considérablement élargie. Plus de 40% de ces infections devraient se produire en Asie et dans le Pacifique (région qui compte actuellement 20% environ des nouvelles infections annuelles).

Pourtant une telle issue peut être évitée. La mise en œuvre d'un ensemble complet de prévention d'ici à 2005 permettrait de réduire le nombre des nouvelles infections de 29 millions d'ici à 2010. Elle pourrait aussi contribuer à atteindre l'objectif qui est de réduire les niveaux de prévalence du VIH parmi les jeunes de 25% d'ici à 2010 (fixé par la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA, adoptée par les gouvernements du monde en juin 2001). Mais tout retard dans la mise en œuvre de cet ensemble de mesures de prévention réduira massivement les bénéfices potentiels.

Comme le montrent l'Afrique du Sud, l'Éthiopie, l'Ouganda et la Zambie, les actions qui engagent et traitent les jeunes en priorité sont payantes. Les niveaux de prévalence du VIH parmi les jeunes femmes à Addis-Abeba ont baissé de plus d'un tiers entre 1995 et 2001. Parmi les adolescentes

enceintes en Afrique du Sud, les niveaux de prévalence du VIH se sont réduits d'un quart entre 1998 et 2001. La prévalence demeure inacceptablement élevée, mais ces tendances positives confirment la valeur des investissements dans des actions en faveur des jeunes.

Le cours de l'épidémie mondiale de VIH/SIDA dans l'avenir sera fonction de la capacité du monde à protéger partout les jeunes de l'épidémie et de ses conséquences.

Si certains secteurs particuliers de la société sont spécialement exposés au risque d'infection à VIH, certaines conditions favorisent également la croissance de l'épidémie. Comme le montrent

les urgences alimentaires actuelles en Afrique australe, l'épidémie de SIDA est de plus en plus liée aux grandes crises humanitaires. Le risque de propagation du VIH tend à augmenter lorsque s'installe le désespoir et que les communautés sont déchirées. En parallèle, la capacité à maîtriser la croissance de l'épidémie recule aussi, tout comme la capacité à fournir des traitements, une prise en charge et un soutien appropriés.

Il faut absolument que les activités liées au VIH/SIDA deviennent partie intégrante des efforts plus larges qui sont déployés pour prévenir et surmonter les crises humanitaires, comme le montre la présente publication (voir 'Le VIH/SIDA et les crises humanitaires').

ASIE ET PACIFIQUE

Les chances de maîtriser l'épidémie de VIH/SIDA en Asie s'amenuisent rapidement.

Près d'un million de personnes en Asie et dans le Pacifique ont contracté le virus en 2002, ce qui porte à environ 7,2 millions le nombre estimatif des personnes vivant maintenant avec le virus – une augmentation de 10% depuis 2001. On estime que 490 000 autres personnes sont décédées du SIDA au cours de l'année écoulée. Quelque 2,1 millions de jeunes (15-24 ans) vivent avec le VIH.

A l'exception du Cambodge, du Myanmar et de la Thaïlande, les niveaux nationaux de prévalence du VIH restent comparativement faibles dans la plupart des pays d'Asie et du Pacifique. Ce qui n'est malheureusement pas une consolation. Dans des pays aussi énormes et peuplés que la Chine, l'Inde et l'Indonésie, des niveaux nationaux de prévalence faibles brouillent le tableau de l'épidémie.

La Chine comme l'Inde, par exemple, connaissent des épidémies localisées graves qui touchent des millions de personnes.

Le taux national de prévalence du VIH chez l'adulte en Inde, qui est inférieur à 1%, est peu indicatif de la gravité de la situation dans laquelle se trouve le

du préservatif (voir encadré). Cependant, la prévalence du VIH parmi ces groupes clés continue à s'élever dans certains Etats, ce qui souligne la nécessité de mettre en place à grande échelle des interventions soigneusement préparées et de longue durée.

L'épidémie en Chine ne montre aucun signe de fléchissement. Les estimations officielles situaient le nombre de personnes vivant avec le VIH en Chine à environ 1 million au milieu de 2002. Si des actions efficaces ne sont pas rapidement mises en place, un total de 10 millions de Chinois auront contracté le VIH d'ici à la fin de cette décennie – un nombre équivalent à la population de la Belgique.

Officiellement, le nombre des nouvelles infections à VIH notifiées a augmenté d'environ 17% au cours des six premiers mois de 2002. Mais les taux d'incidence du VIH pourraient s'envoler brutalement dans un pays marqué par l'augmentation des disparités socio-économiques et une importante migration (on estime que 100 millions de Chinois vivent temporairement ou en permanence loin de leur domicile officiel) et

Il est absolument vital d'élargir les activités à l'intention des personnes les plus exposées au risque d'infection. Mais les interventions ciblées à elles seules n'arrêteront pas l'épidémie. Des programmes à plus grande échelle touchant la population générale sont essentiels.

pays. On estime que 3,97 millions de personnes vivaient avec le VIH à la fin de 2001 – le total le plus élevé du monde après celui de l'Afrique du Sud. La prévalence du VIH parmi les femmes en consultations prénatales était supérieure à 1% en Andhra Pradesh, au Karnataka, au Maharashtra, au Manipur, au Nagaland et au Tamil Nadu.

De nouvelles études de comportement réalisées en Inde indiquent que les efforts de prévention axés sur des populations particulières (p. ex. les professionnelles du sexe et les consommateurs de drogues injectables) portent leurs fruits dans certains Etats, ce qui se manifeste par une augmentation des connaissances sur le VIH/SIDA et de l'utilisation

par un virus qui se propage en suivant de multiples filières.

Plusieurs épidémies de VIH ont été observées dans certains groupes de population dans diverses régions de ce vaste pays. De graves épidémies de VIH localisées se produisent parmi les consommateurs de drogues injectables dans neuf provinces, ainsi que dans la municipalité de Beijing. Les flambées de VIH les plus récentes parmi les consommateurs de drogues injectables se sont produites dans les provinces de Hunan et Guizhou (où la surveillance sentinelle parmi les consommateurs a révélé des taux de prévalence du VIH de 8% et 14% respectivement). Tout indique que des épidémies

Les leçons mitigées de l'Inde

Une nouvelle enquête nationale de comportement réalisée en 2001-2002 en Inde éclaire plusieurs facettes importantes de l'action entreprise par le pays pour freiner l'épidémie. L'enquête montre clairement que là où des interventions ont eu lieu et se sont poursuivies, il a été possible de changer les comportements. Mais elle souligne aussi combien il est difficile de toucher certains groupes importants (p. ex. les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes) ainsi que de vastes segments de la population générale (notamment les femmes des zones rurales). Sur l'ensemble du pays, la sensibilisation au VIH/SIDA est élevée : trois quarts des Indiens adultes environ (entre 15 et 49 ans) savent qu'une utilisation correcte et systématique du préservatif peut prévenir la transmission sexuelle du VIH.

Mais en général, la sensibilisation au VIH/SIDA et les connaissances sur le sujet restent faibles dans les zones rurales et parmi les femmes. Plus de 80% des hommes en zones urbaines reconnaissent la valeur de l'utilisation systématique du préservatif, par rapport à 43% à peine des femmes en zones rurales. Il y a pourtant de nettes exceptions, par exemple en Andhra Pradesh et au Kerala, où les niveaux de connaissances sont sensiblement les mêmes chez les hommes et les femmes. Pourtant, même dans ces Etats, les femmes rapportent des niveaux faibles d'utilisation du préservatif (37% et 22% respectivement) – ce qui indique qu'un grand nombre d'entre elles ne sont pas en mesure de négocier des rapports sexuels à moindre risque avec leurs partenaires masculins. Le fossé sexospécifique demeure bien large.

Les données de l'enquête montrent que les Indiens qui ne savent pas lire ont six fois moins de chances d'utiliser un préservatif au cours d'un rapport sexuel occasionnel que leurs compatriotes qui ont été scolarisés au-delà de l'école secondaire. Les habitants des campagnes ont la moitié moins de chances que leurs pairs des villes d'utiliser un préservatif avec des partenaires occasionnels.

Très frappants également, les niveaux élevés de sensibilisation et de connaissances concernant le VIH/SIDA, ainsi que les preuves d'une forte utilisation du préservatif parmi les populations vulnérables dans les Etats qui ont mis en place des activités de prévention systématiques. Le Maharashtra, par exemple, connaît depuis longtemps une épidémie généralisée. Dans cet Etat, les actions contre le VIH/SIDA semblent avoir entraîné de forts niveaux de sensibilisation et de changement de comportement parmi les professionnelles du sexe, leurs clients et les consommateurs de drogues injectables (dont 66%, 77% et 52% respectivement disent utiliser systématiquement des préservatifs – taux parmi les plus élevés de l'Inde). Ceci a peut-être contribué à éviter que l'épidémie n'échappe à tout contrôle.

De même, les programmes ciblés du Gujerat ont contribué à faire en sorte que trois quarts environ des professionnelles du sexe disent avoir utilisé des préservatifs lors de leurs derniers rapports sexuels avec un partenaire commercial ou occasionnel. Mais cet Etat rappelle également que les actions contre le VIH/SIDA doivent atteindre la population générale si l'on veut maîtriser l'épidémie. (Les niveaux de connaissance parmi les femmes et les habitants des zones rurales, par exemple, sont très faibles : seuls quelque 8% n'entretenaient pas d'idées fausses concernant les voies de transmission du VIH.) Par contre, lorsque des interventions destinées à la population générale comme aux groupes marginalisés ont été menées en même temps – comme au Kerala – elles ont contribué à garder la prévalence du VIH à un faible niveau.

L'enquête montre qu'une proportion importante des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en Inde ont également des rapports avec des femmes (près de 31% d'entre eux avaient eu des rapports sexuels avec des partenaires féminines au cours d'une période de rappel de six mois), et nombre d'entre eux (36% sur une période de rappel d'un mois) avaient eu des rapports avec des partenaires masculins commerciaux – facettes jusqu'ici cachées de l'épidémie. Pourtant les taux d'utilisation du préservatif restent faibles avec des partenaires commerciaux (39% lors du dernier rapport sexuel) et avec des partenaires féminines (36%). Ces résultats laissent supposer qu'une action urgente est nécessaire, étant donné le potentiel de propagation élargie et rapide du VIH dans des réseaux sexuels aussi multiples.

Pour l'Inde aujourd'hui, il s'agit d'élargir rapidement la couverture des programmes de lutte contre le VIH/SIDA à tous les groupes vulnérables. En parallèle, il conviendra de faire en sorte que les actions atteignent les jeunes, les populations illettrées et les communautés rurales, en particulier les femmes.

(Tiré de Nationwide Behavioural Surveillance Survey of general population and high risk groups 2001–2002, National AIDS Control Organization, India/ORG MARG)

de VIH transmis par la voie hétérosexuelle se propagent dans trois provinces au moins (Yunnan, Guangxi et Guangdong), où la prévalence du VIH en 2000 avait atteint 11% parmi des populations sentinelles de professionnel(le)s du sexe.

La transmission sexuelle du VIH à partir des personnes infectées, lorsqu'elles vendaient leur sang dans des centres de collecte négligeant les principes fondamentaux de sécurité des dons

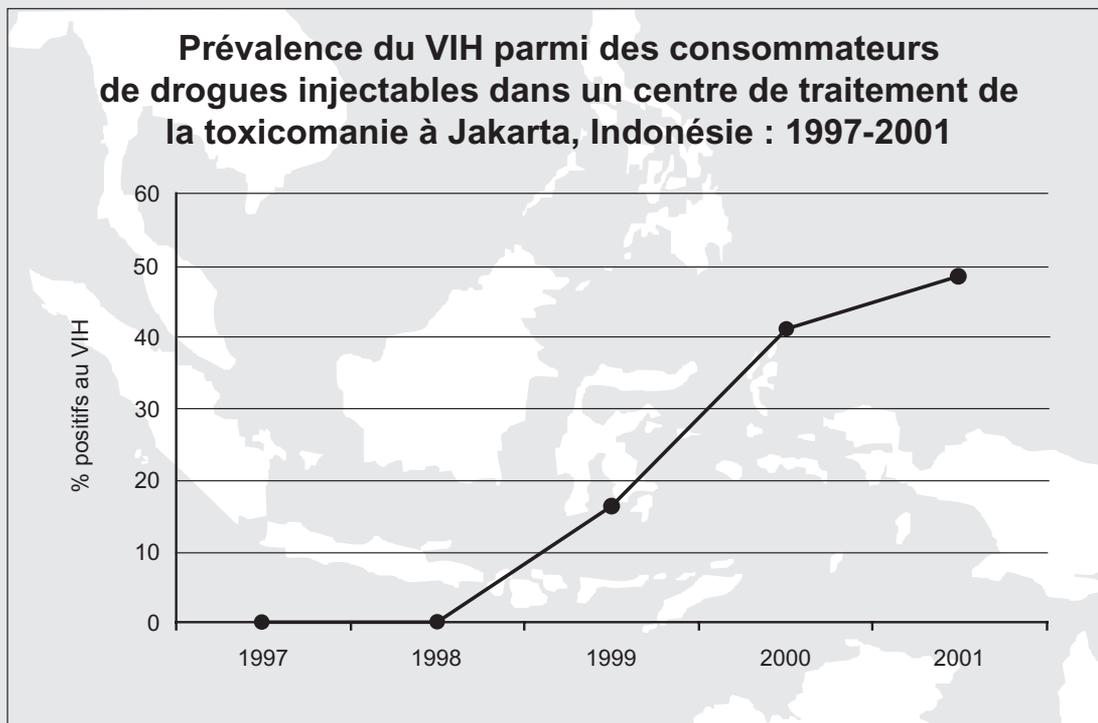
de sang, constitue un problème majeur, tout comme la nécessité de fournir à ces personnes un traitement et une prise en charge. Signe de la gravité de la situation, une enquête réalisée en 2001 dans les zones rurales de la Chine orientale a révélé une prévalence du VIH dangereusement élevée – 12,5% parmi des personnes ayant donné du plasma. La plupart des quelque 3 millions de donateurs de sang rétribués du pays vivent dans

Une tendance nouvelle dangereuse en Indonésie

Les bouleversements sociaux et économiques récents vécus par l'Indonésie semblent être le moteur d'une forte augmentation de la consommation de drogues injectables – qui s'accompagne d'un risque d'augmentation rapide de la propagation du VIH.

Pratiquement inconnue en Indonésie il y a une décennie à peine, la consommation de drogues injectables est maintenant un phénomène en hausse dans les zones urbaines. Les estimations officielles indiquent qu'entre 124 000 et 196 000 Indonésiens s'injectent des drogues. Et des données provenant du plus grand centre de traitement de la toxicomanie à Jakarta révèlent que la prévalence du VIH augmente en flèche dans cette population, comme le montre le graphique ci-dessous.

Des estimations nationales indiquent que 43 000 consommateurs de drogues injectables environ sont déjà infectés par le VIH. L'utilisation commune des seringues étant la norme, il est probable que le VIH se répandra encore beaucoup plus largement dans cette population au cours des années à venir. Si les comportements d'injection à haut risque d'aujourd'hui se maintiennent, on estime que le nombre de consommateurs de drogues injectables vivant avec le VIH pourrait presque doubler d'ici à 2003, constituant plus de 80% des nouvelles infections dans le pays.



Source : Hôpital RSKO et Ministère indonésien de la Santé, Direction générale de la lutte contre les maladies transmissibles et de l'hygiène du milieu, 2002.

La vaste majorité de ces consommateurs sont de sexe masculin et les données comportementales indiquent que plus des deux tiers d'entre eux sont sexuellement actifs. On estime que 9000 femmes ont déjà été infectées par la voie sexuelle par des hommes qui s'injectent des drogues.

des communautés rurales pauvres et ceux qui vivent aujourd'hui avec le VIH/SIDA dans des provinces comme le Henan (ainsi que dans l'Anhui et le Shanxi, où des tragédies analogues pourraient s'être produites) n'ont qu'un accès limité aux services de santé tout en ayant à faire face à une stigmatisation et à une discrimination graves.

Il est manifestement nécessaire d'agir de toute urgence. En élargissant les efforts de prévention, de traitement et de prise en charge à l'ensemble

arrêter l'épidémie, il est essentiel que les consommateurs de drogues injectables aient accès à des programmes de réduction des risques et à d'autres services de prévention.

Les rapports sexuels entre hommes se produisent dans tous les pays de la région et jouent un rôle important dans l'épidémie. Les pays qui ont mesuré la prévalence du VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ont découvert des niveaux élevés – 14% au Cambodge

L'épidémie au Cambodge semble se stabiliser, grâce à des programmes de prévention soutenus, associant les pouvoirs publics et la société civile et couvrant plusieurs secteurs de la société.

du pays, la Chine pourrait éviter des millions d'infections à VIH et sauver des millions de vies au cours de la décennie à venir. Le plan quinquennal d'action sur le SIDA, adopté au milieu de 2001, est le signe d'un engagement accru à relever ce défi, tout comme les récentes démarches faites auprès des compagnies pharmaceutiques pour négocier des traitements antirétroviraux abordables.

Des taux élevés d'infection à VIH se retrouvent aussi dans des groupes particuliers de la population dans toute l'Asie et le Pacifique (principalement parmi les consommateurs de drogues injectables, les professionnel(le)s du sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes).

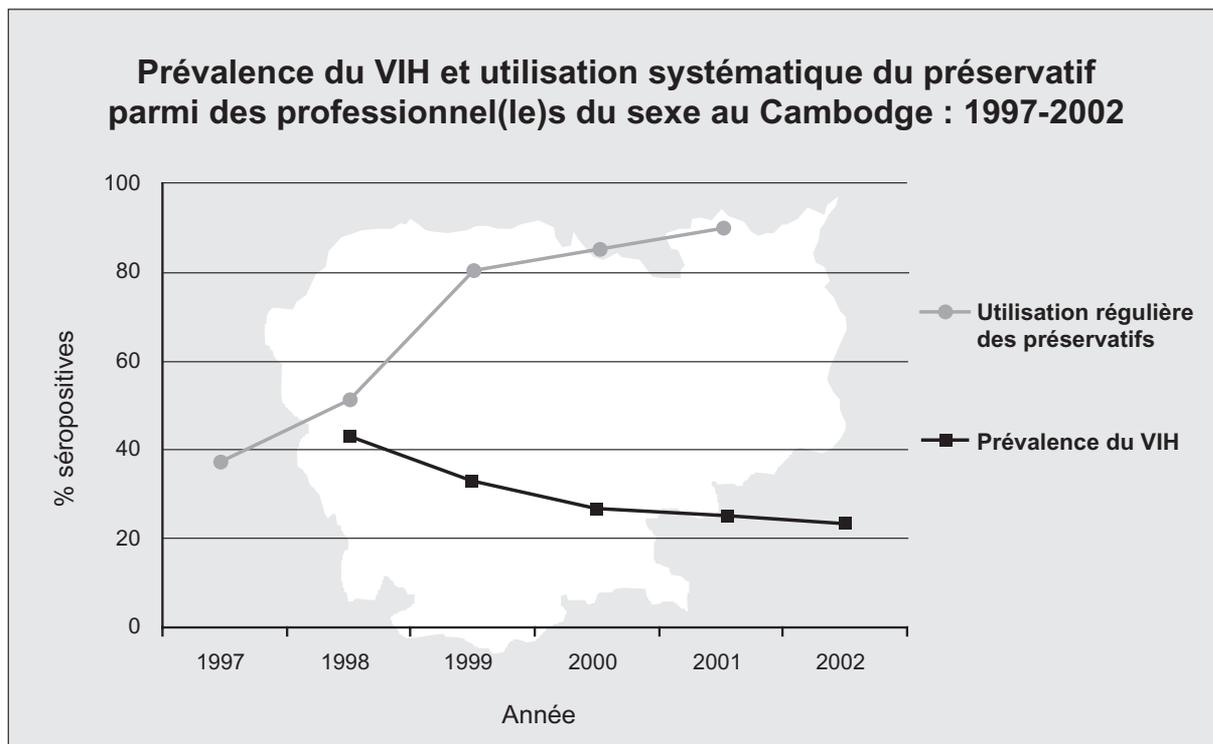
en 2000 et pratiquement le même niveau parmi les professionnels du sexe en Thaïlande. L'homophobie ou les normes culturelles dominantes font que de nombreux hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes cachent cet aspect de leur sexualité. Il est fréquent qu'ils se marient ou aient des rapports sexuels avec des femmes.

Parmi les pays et les territoires insulaires du Pacifique, c'est la Papouasie-Nouvelle-Guinée qui a notifié les taux d'infection à VIH les plus élevés. De nouvelles données de surveillance révèlent une prévalence du VIH de 1% parmi les femmes en consultations prénatales dans la capitale Port Moresby, ce qui signifie qu'une

Malgré les épidémies importantes qui se produisent parmi les consommateurs de drogues injectables, la plus grande partie de la région ne dispose pas des services minimum susceptibles de protéger ces personnes de l'infection à VIH.

Dans l'ensemble de la région, la consommation de drogues injectables donne à l'épidémie toute latitude pour se propager. Jusqu'à 50% des consommateurs de drogues injectables ont déjà contracté le virus dans certaines parties de la Malaisie, du Myanmar, du Népal, de la Thaïlande et du Manipur en Inde, alors que les infections à VIH montent en flèche dans la population croissante des consommateurs de drogues injectables en Indonésie (voir encadré). Des niveaux extrêmement élevés d'utilisation commune des seringues ont été relevés parmi les consommateurs du Bangladesh et du Viet Nam, et des données montrent qu'une proportion considérable des professionnel(le)s du sexe travaillant dans la rue au Viet Nam s'injectent aussi des drogues (phénomène également observé dans d'autres pays). Pour

épidémie élargie est en cours dans cette ville. Parmi les personnes en traitement pour d'autres infections sexuellement transmissibles dans la capitale, la prévalence du VIH était de 7% en 2001 (deux fois le niveau de 2000). Des taux très faibles d'utilisation du préservatif et de vastes réseaux sexuels (couplés à une sensibilisation insuffisante et à de faibles connaissances sur le VIH/SIDA) signifient que le pays pourrait avoir à faire face à une grave épidémie. Tout aussi préoccupant, on a découvert que 85% des professionnel(le)s du sexe de Port Moresby et de Lae n'utilisaient pas systématiquement le préservatif en 2001 et que les taux des autres infections sexuellement transmissibles pouvaient aller jusqu'à 36%. Il est donc particulièrement nécessaire d'élargir rapidement les efforts de prévention.



Source : Centre national pour le VIH/SIDA, la dermatologie et les MST, 2002.

En Thaïlande, une modélisation récente indique que les principaux modes de transmission ont changé. Alors que dans les années 1990, la majorité de la transmission du VIH se produisait dans le cadre du commerce du sexe, la moitié des nouvelles infections à VIH semblent maintenant se produire parmi les épouses et les partenaires sexuelles des hommes qui ont été infectés il y a plusieurs années déjà. Tout indique aussi que les comportements sexuels dangereux sont en hausse chez les jeunes Thaïlandais. Ceci souligne la nécessité d'élargir et de revitaliser les stratégies susceptibles d'éviter que cette épidémie très changeante ne continue à se propager en Thaïlande. En outre, des traitements et une prise en charge appropriés doivent rester une priorité.

Le pays d'Asie connaissant la prévalence du VIH chez l'adulte la plus élevée – le Cambodge – a notifié des niveaux d'infection en cours de stabilisation, ainsi que des niveaux de comportement à risque toujours en baisse. Selon les dernières données disponibles, la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes des principales zones urbaines a légèrement baissé, de 3,2% en 1996 à 2,8% en 2002. D'après les plus récentes données de surveillance, la prévalence parmi les professionnel(le)s du sexe a passé de 42% en 1998 à 29% en 2002, la baisse étant la plus prononcée parmi les professionnel(le)s du sexe de moins de 20 ans. Etant donné les fréquentes rotations parmi les professionnel(le)s

du sexe au Cambodge (près des trois quarts ne travaillent dans la prostitution que pendant moins de deux ans), cette baisse régulière suggère que les efforts de prévention axés sur les professionnel(le)s du sexe ont donné des résultats positifs parmi la succession des nouvelles recrues du commerce du sexe. L'utilisation systématique du préservatif par les professionnel(le)s du sexe semble être le changement de comportement le plus important qui ait été réalisé ; elle a passé de 37% en 1997 à 90% en 2001.

Les efforts ciblés susceptibles de protéger les populations vulnérables du VIH/SIDA sont importants et efficaces sur le plan des coûts. Mais ils ne peuvent, à eux seuls, stopper l'épidémie. Il est vital que les ripostes au SIDA soient élargies aussi à la population générale et apportent des connaissances et des services aux personnes qui doivent se protéger et protéger les autres du VIH/SIDA.

Etant donné qu'un grand nombre des facteurs qui facilitent la transmission du VIH (y compris les bouleversements économiques réguliers et les forts taux de mobilité de la population) se retrouvent dans toute la région, aucun pays n'est à l'abri d'une épidémie à propagation rapide et à grande échelle. Pourtant, la plupart des pays disposent encore d'une certaine marge de manœuvre pour mettre en place et poursuivre les initiatives susceptibles d'éviter une telle issue.

EUROPE ORIENTALE ET ASIE CENTRALE

L'épidémie continue à se propager rapidement dans la plupart des pays de cette vaste région.

L'Europe orientale et l'Asie centrale conservent le regrettable privilège de connaître l'épidémie de VIH/SIDA à la croissance la plus rapide du monde. En 2002, on estime à 250 000 le nombre des nouvelles infections, ce qui porte à 1,2 million le nombre des personnes vivant avec le VIH/SIDA.

Ces dernières années, la Fédération de Russie a connu une augmentation exceptionnellement forte des infections à VIH notifiées. En moins de huit ans, des épidémies de VIH/SIDA ont été observées dans plus de 30 villes et 86 des 89 régions du pays. Jusqu'à 90% des infections relevées ont été officiellement attribuées à la consommation de drogues injectables, traduisant le fait que les jeunes sont confrontés à un risque élevé d'infection à VIH, en tant que consommateurs occasionnels ou réguliers. En effet, près de 80% des nouvelles infections enregistrées dans la Communauté des Etats Indépendants entre 1997 et 2000 se sont produites chez des jeunes de moins de 29 ans. En Fédération de Russie, le nombre total des infections à VIH notifiées avait grimpé à plus de

200 000 au milieu de 2002 – une augmentation considérable par rapport aux 10 993 infections notifiées il y a moins de quatre ans, à fin 1998.

Il convient de noter que les cas de VIH enregistrés semblent sous-estimer très largement le nombre des personnes vivant avec le VIH. En effet, la première enquête communautaire parmi des consommateurs de drogues injectables – dans la ville de Togliatti – a révélé une prévalence du VIH terriblement élevée (voir encadré). En outre, les cas notifiés pourraient bien ne pas refléter les changements éventuels dans les schémas de transmission (pour ce qui est des modes de transmission ainsi que du sexe et des groupes d'âge des personnes infectées). L'insuffisance de la surveillance sentinelle et des services de conseil et de test volontaires font que la plupart des tests VIH sont effectués dans le cadre du dépistage systématique des personnes qui sont confrontées aux services de police ou utilisent les services de santé.

Dans l'ensemble de l'Europe orientale et de l'Asie centrale, les jeunes sont particulièrement frappés

Un problème colossal se précise

Une image plus précise de l'épidémie de VIH a été mise au jour dans la ville russe de Togliatti, révélant l'ampleur réelle de l'épidémie de VIH/SIDA dans le pays.

Vers la fin de 2001, une étude effectuée parmi des consommateurs de drogues injectables recrutés au sein de leur communauté (la première du genre en Fédération de Russie) a révélé une épidémie explosive très récente de VIH/SIDA dans le groupe des consommateurs de drogues injectables de cette ville d'un million d'habitants. Au moins 56% des consommateurs participant à l'étude se sont révélés positifs au VIH et une grande partie d'entre eux avaient été infectés par le virus au cours des deux années précédentes. L'enquête a révélé que trois quarts des participants vivant avec le virus ne connaissaient pas leur sérologie. De plus, 40% des professionnelles du sexe qui s'injectent des drogues n'utilisaient pas systématiquement le préservatif avec leurs partenaires réguliers et quelque 25% ne le faisaient pas avec leurs partenaires sexuels commerciaux.

L'étude renforce les convictions selon lesquelles il est à craindre que l'épidémie de VIH dans les villes russes ne soit considérablement plus grave que ne le montrent les statistiques officielles déjà élevées. Les programmes pour un moindre mal et d'autres programmes de prévention du VIH prolifèrent depuis deux ans ; pourtant leur couverture reste faible et, dans des cas comme celui de Togliatti, insuffisante. Les auteurs de l'étude soulignent la nécessité d'élargir l'accès au matériel d'injection stérile et d'accélérer les efforts déployés pour réduire le risque de transmission sexuelle du VIH entre les consommateurs de drogues injectables et leurs partenaires.

par l'épidémie. On estime que jusqu'à 1% de la population de ces pays s'injectent des drogues, ce qui expose ces individus et leurs partenaires sexuels à un risque élevé d'infection. Ces consommateurs sont parfois très jeunes – certains n'ont que 13 ou 14 ans. Une étude réalisée parmi des lycéens à Moscou a révélé que 4% d'entre eux avaient déjà consommé de la drogue par injection.

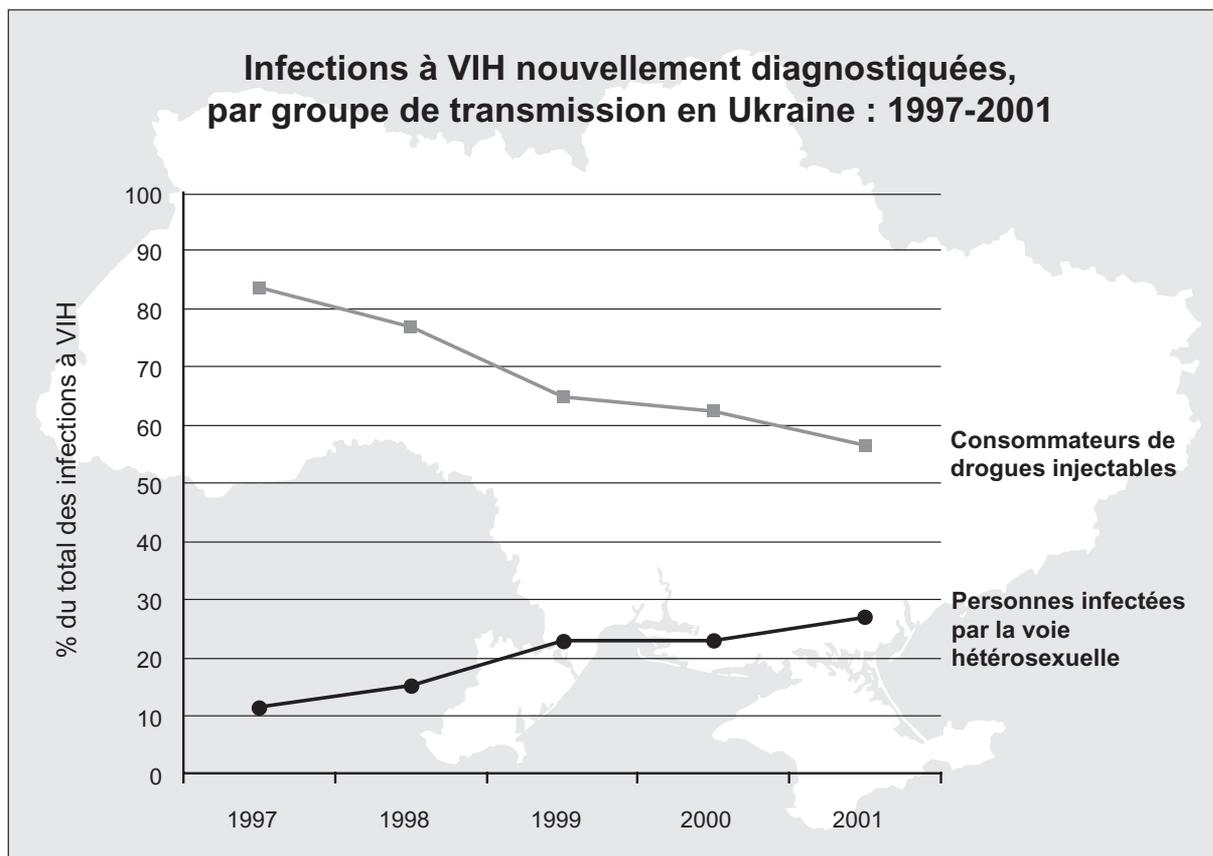
L'épidémie est en hausse au Kazakhstan, où un total de 1926 infections à VIH avaient été annoncées en juin 2001. Une augmentation de la propagation du VIH est maintenant aussi manifeste en Azerbaïdjan, en Géorgie, au Kirghizistan, en Ouzbékistan et au Tadjikistan. Dans ces deux dernières républiques, des indices récents faisant état d'une augmentation de l'usage d'héroïne laissent craindre qu'elles

L'Ouzbékistan connaît une croissance explosive – dans les six premiers mois de 2002, on a enregistré pratiquement autant de nouvelles infections à VIH que durant toute la décennie précédente.

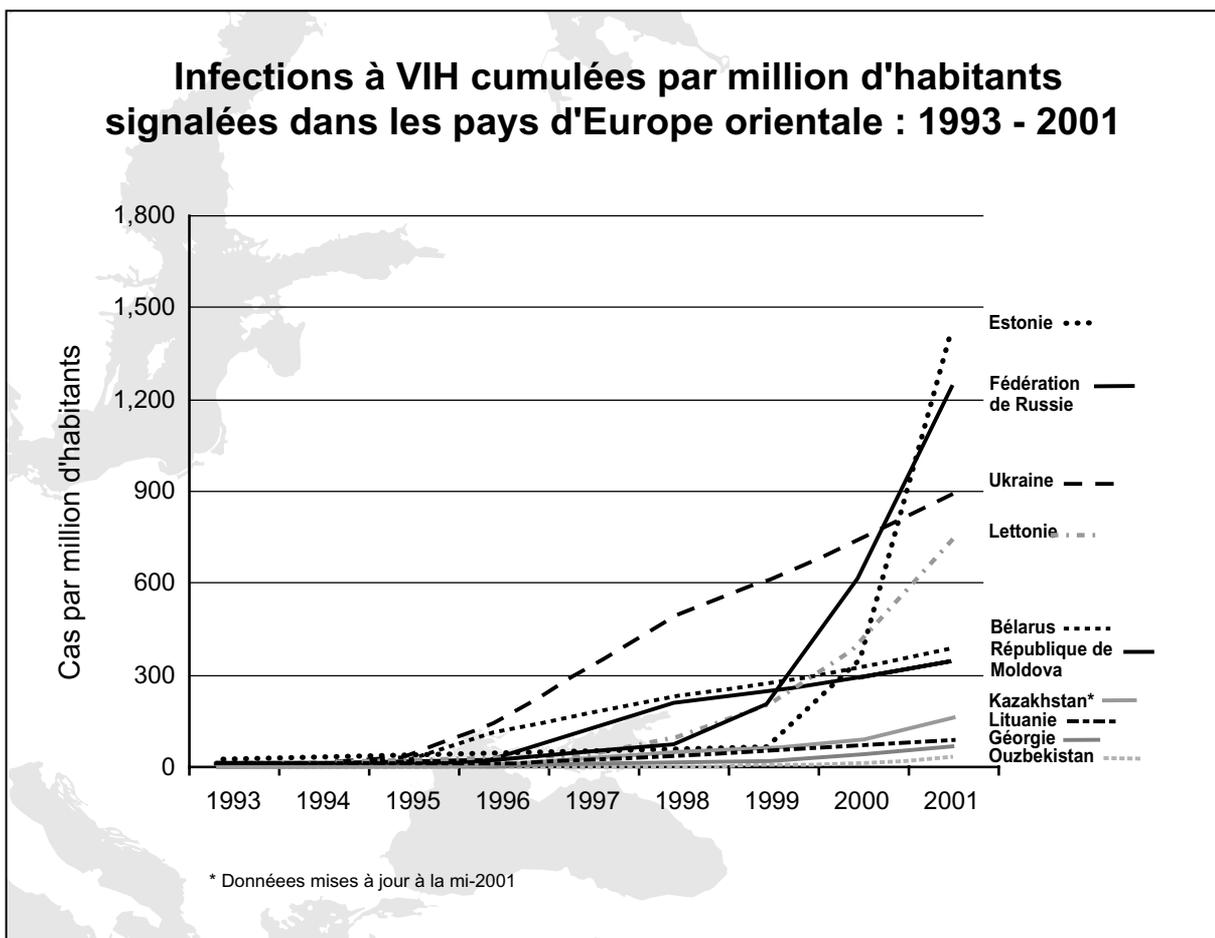
En Fédération de Russie et dans plusieurs Républiques d'Asie centrale, cette vague de consommation de drogues injectables est étroitement liée aux bouleversements socio-économiques qui ont fait chuter le niveau de vie de dizaines de millions de personnes, dans un contexte de chômage et de pauvreté en hausse. De plus, la production mondiale d'héroïne a quadruplé au cours de la dernière décennie et de nouvelles filières de trafic se sont ouvertes à travers l'Asie centrale.

ne soient sur le point de connaître des épidémies de VIH plus importantes. On a déjà noté une augmentation énorme des infections à VIH notifiées en Ouzbékistan, où 620 nouvelles infections ont été enregistrées dans les six premiers mois de 2002 – une multiplication par six des infections enregistrées au premier semestre 2001.

L'incidence du VIH notifiée augmente aussi nettement ailleurs. En Estonie, les infections notifiées sont montées en flèche, passant de 12 en



Source : Programmes nationaux de lutte contre le SIDA. Données rassemblées par le Centre européen de surveillance épidémiologique du SIDA. Surveillance du VIH/SIDA en Europe. Rapport de fin d'année 2001. Saint-Maurice : Institut de Veille sanitaire, 2001. No. 66



Source : Centre européen de surveillance épidémiologique du SIDA. Surveillance du VIH/SIDA en Europe. Rapport de fin d'année 2001. Saint-Maurice : Institut de Veille sanitaire, 2001. No. 66

1999 à 1474 en 2001. (Par rapport à sa population, l'Estonie connaît aujourd'hui le taux le plus élevé de nouvelles infections dans cette région – 50% supérieur à celui de la Russie.) Une épidémie naissante est aussi visible en Lettonie, où les nouvelles infections notifiées ont passé de 25 en 1997 à 807 en 2001, et où 308 nouveaux cas de VIH supplémentaires avaient été observés à la fin de juin 2002.

Le troisième Etat balte, la Lituanie, constate une importante flambée de VIH dans l'une de ses prisons, où 284 détenus (15% du total) se sont révélés séropositifs au VIH entre mai et août 2002. Ceci confirme le rôle important, mais souvent occulté, des prisons dans la propagation du VIH dans de nombreux pays de la région. La concentration de grands nombres de jeunes dans des prisons ou des centres pour jeunes délinquants surpeuplés, souvent marqués par une abondance de drogue et une absence d'information sur le VIH, de seringues propres et de préservatifs, constitue un terrain fertile pour la propagation

rapide du VIH parmi les détenus et, lorsqu'ils sont libérés, dans la population générale.

Si la consommation de drogues injectables parmi les jeunes reste le principal mode de transmission du VIH en Fédération de Russie et dans les autres pays de la région, les rapports hétérosexuels sont maintenant devenus une voie importante de transmission au Bélarus et en Ukraine. Celle-ci, qui relève un taux estimatif de prévalence du VIH chez l'adulte de 1%, est le pays le plus touché de la région (et en fait, de toute l'Europe). Les nouveaux diagnostics de VIH chez des personnes infectées par contact hétérosexuel ont représenté 28% de tous les nouveaux cas notifiés au cours des six premiers mois de 2002 – par rapport à 15,3% en 1998 (voir graphique ci-dessus). Au Bélarus, la même proportion des nouvelles infections enregistrées en 2001 a été attribuée à la transmission hétérosexuelle. Si un grand nombre de ces infections se produisent chez les partenaires sexuels des consommateurs de drogues injectables, la tendance indique peut-être

aussi une propagation dans la population générale de ces pays.

Dans certaines villes de la Fédération de Russie et de l'Ukraine par exemple, jusqu'à 30% des femmes consommatrices de drogues injectables travaillent dans le commerce du sexe. Plus généralement, des études récentes à Donetsk, Moscou et Saint-Pétersbourg ont révélé des taux de prévalence du VIH de 13 à 17% parmi les professionnelles du sexe.

moyen le plus efficace de se protéger de l'infection pendant les rapports. Récemment, des groupe gay ont lancé des activités de prévention du VIH à l'intention des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes au Bélarus, en Ukraine et dans plusieurs Républiques d'Asie centrale. Pourtant, dans l'ensemble, la couverture reste minime.

Par contraste, un certain optimisme peut être de mise en Europe centrale, où les pays continuent de tenir l'épidémie en échec ; l'incidence globale du

Au Bélarus et en Ukraine, le VIH/SIDA se propage régulièrement dans la population générale.

Il y a des raisons de penser que les jeunes de plusieurs pays deviennent sexuellement actifs plus tôt et que les rapports sexuels avant le mariage sont en hausse. Pourtant la sensibilisation au VIH/SIDA et les connaissances dans ce domaine restent lamentables dans de nombreux endroits. Selon une enquête de 2001, en Azerbaïdjan et en Ouzbékistan, par exemple, un tiers des jeunes femmes (15 à 24 ans) n'avaient jamais entendu parler du SIDA.

Par ailleurs, des taux très élevés d'infections sexuellement transmissibles sont toujours observés en Europe orientale et en Asie centrale, indiquant une généralisation des rapports sexuels non protégés et des risques accrus d'infection à VIH. En Fédération de Russie, entre 200 000 et 400 000 cas de syphilis sont notifiés chaque année.

Les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes sont confrontés à un risque important de transmission du VIH, notamment lorsque les rapports sexuels non protégés et la consommation de drogues injectables se chevauchent, comme cela semble être le cas dans certaines communautés. Une enquête faite en 2001 au Kazakhstan parmi des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes a révélé que 9% d'entre eux s'injectaient aussi de la drogue et que seuls 3% pensaient que l'utilisation systématique du préservatif était le

VIH est restée exceptionnellement faible en 2001 (7-10 infections notifiées par million d'habitants). La prévalence demeure basse dans des pays comme la Hongrie, la Pologne, la République tchèque et la Slovaquie, où des programmes nationaux de lutte contre le VIH/SIDA bien conçus sont en cours.

Les efforts encourageants récemment déployés pour stimuler les actions contre le VIH/SIDA en Europe orientale et en Asie centrale doivent être élargis si l'on veut pouvoir maîtriser l'épidémie. Le Programme régional de riposte d'urgence lancé par les membres de la Communauté des Etats Indépendants constitue une importante occasion de progrès aux niveaux régional et national. Comme le sont les partenariats forgés entre les pouvoirs publics, le secteur privé et les organisations non gouvernementales (suivant l'exemple donné par l'Ukraine). Il est aussi positif de voir les grands efforts accomplis pour élargir l'accès au traitement et à la prise en charge, notamment les négociations sur la baisse des prix des antirétroviraux, dans la foulée des progrès réalisés par la République de Moldova, la Roumanie et l'Ukraine.

La difficulté sera d'élargir la couverture, d'élaborer et de mettre en œuvre des approches plus globales pour réduire la vulnérabilité des jeunes et d'offrir un meilleur accès à la prise en charge à tous ceux qui tombent malades.

AFRIQUE SUBSAHARIENNE

Le nombre annuel des nouvelles infections est demeuré stable, mais il cache les tendances dynamiques de l'épidémie. Dans certains pays pourtant déjà gravement touchés, l'épidémie continue d'augmenter. D'autres pays risquent d'être confrontés à une croissance explosive.

L'Afrique subsaharienne, de loin la région la plus touchée, abrite 29,4 millions de personnes vivant avec le VIH/SIDA. Quelque 3,5 millions de nouvelles infections s'y sont produites en 2002 et l'épidémie a tué environ 2,4 millions d'Africains au cours de l'année écoulée. Dix millions de jeunes (entre 15 et 24 ans) et près de 3 millions d'enfants de moins de 15 ans vivent avec le VIH.

Une minuscule fraction des millions d'Africains qui ont besoin d'un traitement antirétroviral en bénéficient. Des millions d'entre eux n'obtiennent même pas les médicaments nécessaires pour traiter les infections opportunistes. Ces chiffres reflètent l'échec de la communauté internationale – malgré les progrès accomplis ces dernières années – qui n'a pu mettre en place une riposte correspondant à l'ampleur et à la gravité de l'épidémie mondiale de VIH/SIDA.

Dans de nombreux pays africains, l'épidémie généralisée ne fait que commencer, car c'est maintenant qu'un nombre croissant des personnes qui ont contracté le VIH au cours des années écoulées tombent malades. Si des efforts massifs de prévention, de traitement et de prise en charge ne sont pas déployés, les décès dus au SIDA sur le continent devraient continuer à augmenter avant d'atteindre leur niveau maximum vers la fin de la décennie. Cela signifie que l'impact de l'épidémie sur ces sociétés se fera principalement sentir au cours des dix ans à venir et des années suivantes. Il n'est pas trop tard pour introduire ou intensifier les mesures susceptibles de réduire cet impact, notamment améliorer l'accès aux médicaments anti-VIH et prendre des mesures de politique socio-économique permettant de protéger réellement les pauvres des pires effets de l'épidémie.

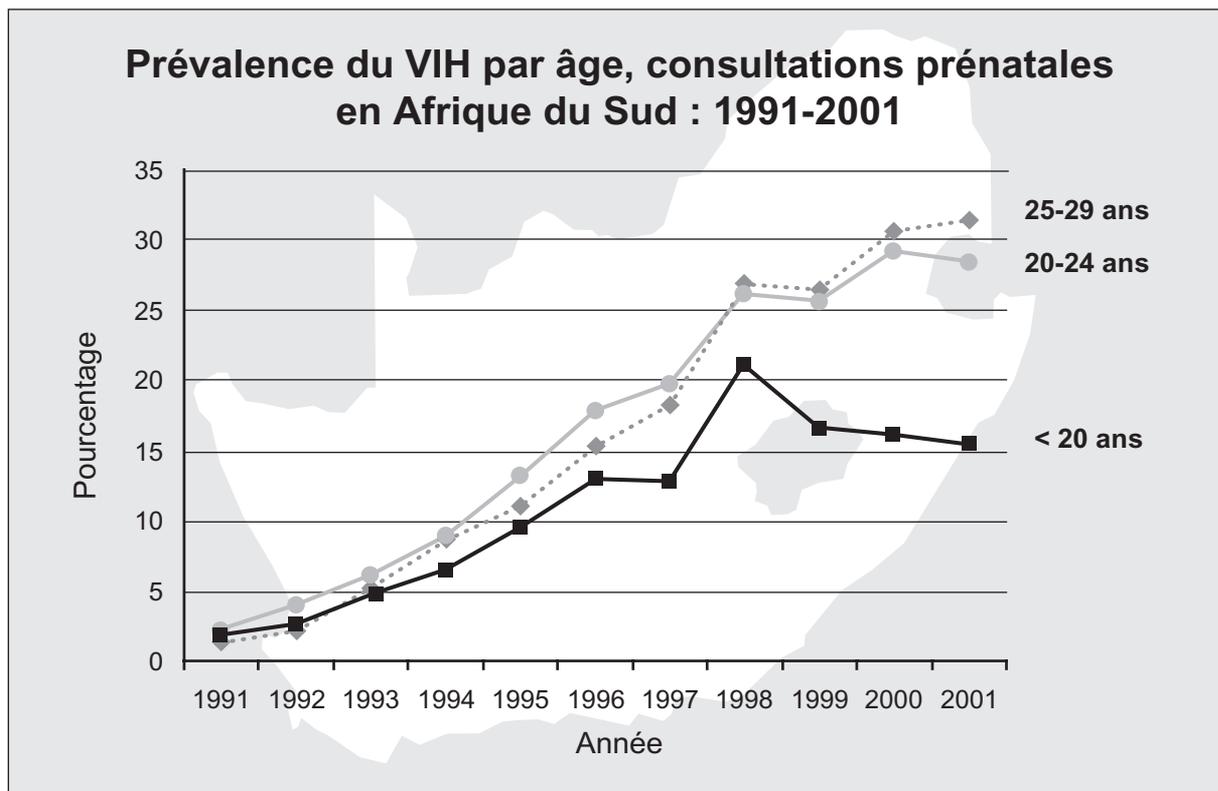
Le pire de l'épidémie n'est manifestement pas derrière nous, même en Afrique australe où des

épidémies généralisées sont en cours. Dans quatre pays d'Afrique australe, la prévalence du VIH chez l'adulte a grimpé à des niveaux inimaginables, au-delà de 30% : au Botswana (38,8%), au Lesotho (31%), au Swaziland (33,4%) et au Zimbabwe (33,7%). Comme le montre le présent rapport, la crise alimentaire à laquelle sont confrontés ces trois derniers pays est liée aux épidémies de VIH/SIDA qu'ils connaissent depuis longtemps et qui prélèvent un lourd tribut, notamment sur les jeunes adultes productifs.

Pourtant, certains nouveaux signes prometteurs indiquent que l'épidémie pourrait tout de même être maîtrisée. Des tendances positives semblent s'implanter parmi les plus jeunes dans plusieurs pays.

En Afrique du Sud, les taux de prévalence du VIH chez les jeunes femmes enceintes de moins de 20 ans sont tombés à 15,4% en 2001 (par rapport à 21% en 1998). Cette baisse, tout comme la chute des taux de syphilis parmi les femmes enceintes en consultations prénatales – qui sont tombés à 2,8% en 2001, par rapport à 11,2% quatre ans auparavant – suggère que les campagnes de sensibilisation et les programmes de prévention portent leurs fruits. Le grand défi sera maintenant de conserver et de consolider ces succès provisoires, notamment au vu du fait que les niveaux d'infection à VIH continuent de grimper parmi les femmes enceintes plus âgées, comme le montre le graphique ci-après.

Une baisse de la prévalence du VIH a également été observée parmi les jeunes femmes des quartiers pauvres d'Addis-Abeba en Ethiopie. Les niveaux d'infection parmi les femmes de 15 à 24 ans en consultations prénatales ont chuté de 24,2% en 1995 à 15,1% en 2001 (toutefois, on n'a pas retrouvé ces tendances aux abords de la ville, ni dans d'autres régions du pays).



Source : Rapport récapitulatif. Enquête nationale de séroprévalence du VIH et de la syphilis chez les femmes en consultations prénatales en Afrique du Sud, 2001. Département de la Santé, Afrique du Sud, 2002.

L'Ouganda continue à apporter la preuve que l'épidémie recule devant les interventions humaines. Les infections à VIH récentes semblent en baisse dans plusieurs parties du pays – comme le montre la baisse régulière de la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes de 15 à 19 ans. Les tendances des indicateurs comportementaux vont dans le sens de cette baisse apparente de l'incidence du VIH. L'utilisation du préservatif chez les femmes célibataires de 15 à 24 ans a presque doublé entre 1995 et 2000/2001, et un nombre plus important des femmes de ce

le soutien nécessaires aux millions d'individus vivant avec le VIH/SIDA ou rendus orphelins par l'épidémie.

Ailleurs, en Afrique occidentale et centrale, des profils de croissance plus menaçants portent ombrage aux taux relativement faibles de prévalence du VIH chez l'adulte dans des pays comme le Sénégal (moins de 1%) et le Mali (1,7%).

On estime que la prévalence du VIH est supérieure à 5% dans huit autres pays d'Afrique occidentale et centrale, dont le Cameroun (11,8%), la Côte

Des données en provenance d'Afrique du Sud et d'Ethiopie montrent que les efforts de prévention commencent à porter leurs fruits parmi les jeunes femmes, les taux de prévalence du VIH parmi les adolescentes enceintes étant en baisse.

groupe d'âge ont retardé leur activité sexuelle ou pratiquent une totale abstinence.

Si elles portent à l'optimisme, ces tendances positives ne compensent pas encore la gravité de l'épidémie dans ces pays. Tous doivent faire face à des défis considérables, non seulement pour maintenir et élargir les actions de prévention, mais pour fournir les traitements, la prise en charge et

d'Ivoire (9,7%), le Nigéria (5,8%) et la République centrafricaine (12,9%) – ce qui nous rappelle qu'aucun pays ni aucune région n'est à l'abri de l'épidémie. La forte augmentation de la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes au Cameroun (qui a plus que doublé pour dépasser 11% chez les femmes de 20 à 24 ans entre 1998 et 2000) prouve avec quelle rapidité l'épidémie peut se répandre.

Pourquoi les jeunes Africaines semblent-elles si vulnérables à l'infection à VIH?

Malgré les tendances positives récentes observées parmi les jeunes (en particulier les femmes) dans certains pays africains, on constate que, globalement, deux fois plus de jeunes femmes que d'hommes sont infectées en Afrique subsaharienne. En 2001, on estime que 6 à 11% des jeunes femmes entre 15 et 24 ans vivaient avec le VIH/SIDA par rapport à 3-6% des jeunes hommes. Ce phénomène semble dû à plusieurs facteurs.

Les femmes et les jeunes filles font souvent l'objet de discrimination quant à leur accès à l'éducation, à l'emploi, au crédit, aux soins de santé, à la terre et à l'héritage. Etant donné la tendance à la baisse de nombreuses économies africaines qui gonfle les rangs des pauvres, les rapports avec les hommes (occasionnels ou officialisés par le mariage) peuvent constituer des occasions vitales d'obtenir la sécurité financière et sociale ou de satisfaire des aspirations matérielles. Généralement, ce sont les hommes plus âgés qui sont le mieux à même d'offrir cette sécurité. Mais dans les régions où le VIH/SIDA est très répandu, ils risquent aussi davantage d'avoir été infectés par le VIH. L'association de la dépendance et de la subordination fait qu'il est parfois très difficile pour les jeunes filles et les femmes d'exiger des rapports sexuels protégés (même avec leur mari) ou de mettre fin à des relations comportant un risque d'infection.

Des études ont montré que les jeunes femmes ont tendance à épouser des hommes plus âgés qu'elles de plusieurs années et que leur risque d'infection augmente si l'homme a trois ou quatre ans de plus qu'elles. Par ailleurs, l'ignorance en matière de santé sexuelle et reproductive et de VIH/SIDA est courante. Dans les pays d'Afrique qui connaissent des épidémies généralisées, on a pu montrer que jusqu'à 80% des femmes entre 15 et 24 ans manquaient des connaissances nécessaires sur le VIH/SIDA. Ce phénomène, associé au fait que les jeunes femmes et les jeunes filles sont plus vulnérables à l'infection d'un point de vue biologique (le col de l'utérus est plus sensible aux lésions) contribue à expliquer les grandes différences de prévalence du VIH entre les filles et les garçons de 15 à 19 ans.

Des efforts massifs – de la part de l'ensemble du monde – sont nécessaires pour apporter traitement et prise en charge aux millions d'Africains qui en ont besoin et pour atténuer l'impact de l'épidémie.

Dix-neuf pays africains ont créé des conseils ou des commissions nationaux sur le VIH/SIDA à un échelon élevé du gouvernement et les ripostes locales croissent en nombre et en force. Dans l'ensemble de la région, 40 pays ont achevé leurs plans stratégiques nationaux sur le SIDA – preuve de leur détermination à atteindre les objectifs fixés par la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA. Il est aussi encourageant de noter la participation active des institutions régionales, telles que la Commission économique pour l'Afrique, l'Union africaine et la Communauté de Développement de l'Afrique australe, à la lutte contre le VIH/SIDA en tant que problème de développement.

En dépit des progrès, il reste bien du chemin à faire. La vaste majorité des Africains – plus de 90% – n'ont pas contracté le VIH. Leur permettre de rester exempts d'infection constitue un défi

colossal, la protection des jeunes étant une priorité.

Pour le continent et le monde dans son ensemble, le traitement et la prise en charge des millions d'Africains vivant avec le VIH/SIDA constituent un défi incontournable. Le Botswana, relativement prospère, est devenu le premier pays africain à adopter une politique visant à mettre les antirétroviraux à la disposition de tous les citoyens qui en ont besoin. Pourtant, à ce jour, un nombre relativement limité de personnes (environ 2000) bénéficient de cet engagement. En outre, une poignée de compagnies (par exemple AngloGold, De Beers, Debswana et Heineken) ont annoncé des programmes destinés à fournir des antirétroviraux à leurs employés et leur famille. Il s'agit là d'actions précieuses. Cependant, par rapport aux besoins, elles sont manifestement insuffisantes.

AMÉRIQUE LATINE ET CARAÏBES

Il y a des raisons de penser que l'épidémie se stabilise en République dominicaine.

Les épidémies de l'Amérique latine et des Caraïbes sont bien établies. Elles risquent de se propager plus rapidement et plus largement si les interventions ne sont pas renforcées. On estime à 1,9 million le nombre d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH dans cette région – ce chiffre comprend les quelque 210 000 personnes qui ont contracté le virus en 2002.

Douze pays de la région (dont la République dominicaine et Haïti, plusieurs pays d'Amérique centrale tels que le Belize et le Honduras, ainsi que le Guyana et le Suriname) ont une prévalence du VIH estimée à 1% ou davantage parmi les femmes enceintes. Dans plusieurs pays des Caraïbes, les

taux de prévalence du VIH chez l'adulte ne sont dépassés que par les taux rencontrés en Afrique subsaharienne – ce qui en fait la deuxième région la plus touchée du monde. Le VIH/SIDA est maintenant la principale cause de décès dans certains de ces pays. Haïti reste le plus frappé (avec une prévalence nationale estimative du VIH supérieure à 6%) avec les Bahamas (où la prévalence est de 3,5%).

Il convient toutefois de noter que la qualité des systèmes de surveillance varie considérablement dans la région, si bien qu'il est possible que des épidémies localisées graves dans d'autres parties de la région n'aient pas été détectées.

Combattre la stigmatisation et la discrimination – Campagne mondiale contre le SIDA 2002-2003

La stigmatisation et la discrimination liées au VIH/SIDA figurent parmi les plus grands et les plus déplorable obstacles à une action efficace contre l'épidémie de SIDA.

La stigmatisation et la discrimination visent et blessent ceux qui ont le moins de chance de jouir de leurs droits humains : les plus pauvres, les moins instruits et les plus marginalisés. En fait, la stigmatisation, la discrimination et les violations des droits de la personne constituent un cercle vicieux, elles se créent, se renforcent et se perpétuent mutuellement.

Dans un monde de SIDA, c'est la vie qui est menacée. La stigmatisation et la discrimination accroissent la vulnérabilité des individus et, en les isolant et les privant de traitement, de prise en charge et de soutien, elles aggravent l'impact de l'infection.

C'est pourquoi la Campagne mondiale contre le SIDA 2002-2003 vise à stimuler les efforts déployés dans le monde pour abattre les barrières de la stigmatisation et de la discrimination. Sous le slogan 'Vivez et laissez vivre', la Campagne mondiale contre le SIDA :

- encourage les leaders, à tous les niveaux et dans tous les milieux, à mettre en question la discrimination liée au VIH, à mener des actions publiques et à agir contre les nombreuses autres formes de discrimination auxquelles les individus sont confrontés par rapport au VIH/SIDA ;
- intègre les personnes vivant avec le VIH/SIDA dans la riposte à l'épidémie ;
- crée un environnement juridique positif pour lutter contre la discrimination ;
- donne aux individus les moyens de mettre en question la discrimination et d'obtenir réparation par l'intermédiaire des institutions nationales ; et
- fait en sorte que les services de prévention, de traitement, de prise en charge et de soutien soient accessibles à tous.

Les données de la surveillance sentinelle entre 1991 et 2001 suggèrent que la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes s'est stabilisée ou a peut-être même commencé à baisser en République dominicaine (où la prévalence du VIH chez l'adulte était de 2,5% en 2001). Ces résultats semblent indiquer une augmentation de l'utilisation du préservatif parmi les professionnelles du sexe et une baisse du nombre des partenaires sexuels parmi les hommes.

Au cours des dix dernières années, le rapport entre hommes et femmes infectés par le VIH s'est considérablement réduit – environ 3 pour 1 en Amérique latine et 2 pour 1 aux Caraïbes. Paradoxalement, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes semblent figurer au

dans les pays andins d'Amérique du Sud. Là-bas, la prévalence du VIH parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes était élevée, se situant entre 14% (Lima, Pérou), 20% (Bogota, Colombie) et 28% (Guayaquil, Equateur).

La plupart des pays de la région ont mis en place des programmes de prévention à l'intention des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Leur qualité varie et dépend souvent du contexte juridique des pays et de la mesure dans laquelle un grand nombre de secteurs de la société y participent. Le Brésil offre un exemple particulièrement positif à cet égard, ses efforts de prévention étant également axés sur l'atténuation de la vulnérabilité, de la stigmatisation et de la discrimination auxquelles doivent faire face les

Malgré les nombreuses difficultés, la région a accompli d'admirables progrès dans la fourniture des traitements et de la prise en charge, et le Brésil continue de montrer l'exemple. Bien qu'il soit maintenant garanti dans de nombreux pays, l'accès au traitement antirétroviral reste inégal dans la région, principalement en raison des différences de prix des médicaments.

premier plan de la féminisation croissante de l'épidémie : en effet des recherches récentes ont montré qu'une grande proportion des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes en ont également avec des femmes. Si les programmes sur le VIH/SIDA axés sur les hommes ayant des rapports sexuels entre eux sont essentiels, les identités sexuelles sont plus fluctuantes que ce que l'on supposait. Les efforts de prévention doivent être adaptés aux comportements bisexuels apparemment fréquents – mais cachés – dans cette région (comme c'est aussi le cas dans de nombreuses régions d'Asie).

Ce fait est mis en lumière par des données indiquant que les rapports sexuels non protégés sont courants parmi les hommes ayant des rapports sexuels entre eux. En effet, une récente étude effectuée dans deux villes du Honduras a révélé un taux de prévalence du VIH de 13%, de très faibles niveaux d'utilisation du préservatif, un nombre élevé de partenaires sexuels et une perception des risques très basse. Une étude portant sur sept pays d'Amérique centrale a révélé des taux de prévalence entre 8% et 18% parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Des signes de rapports sexuels non protégés sont également apparus dans plusieurs études conduites

hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Parmi d'autres exemples, on peut noter les activités de prévention, de prise en charge et de soutien de la Jamaïque et de la Trinité-et-Tobago. Pourtant un grand nombre de ces initiatives sont entravées par des lois discriminatoires sur l'homosexualité.

La propagation du VIH par l'utilisation commune du matériel d'injection constitue une préoccupation croissante dans plusieurs pays, notamment l'Argentine, le Brésil, le Chili, le Paraguay et l'Uruguay (en Amérique du Sud), les régions du nord du Mexique, ainsi que les Bermudes et Porto Rico (dans les Caraïbes). La consommation de drogues injectables représente environ 40% des nouvelles infections notifiées en Argentine et 28% en Uruguay ; dans ces deux pays un nombre croissant de femmes positives au VIH sont soit des consommatrices de drogues injectables soit les partenaires sexuelles de consommateurs.

Comme l'Argentine, le Brésil a adopté, avec profit, une approche moins punitive pour aborder le double problème que constituent la consommation de drogues injectables et l'infection à VIH. Les programmes de prévention parmi les consommateurs de drogues injectables ont con-

tribué à une baisse importante de la prévalence du VIH dans cette population, dans plusieurs grandes zones métropolitaines. De plus, une enquête nationale a montré une augmentation de l'utilisation du préservatif parmi les consommateurs de drogues injectables (de 42% en 1999 à 65% en 2000) – ce qui suggère que les efforts soutenus de prévention et d'éducation portent leurs fruits. L'Argentine a autorisé en 2001 son Ministère de la Santé à introduire une politique nationale de réduction des risques et elle collabore avec le Chili, le Paraguay et l'Uruguay à la mise en place de programmes analogues.

Une dimension jusqu'alors cachée de l'épidémie reçoit maintenant un éclairage nouveau : l'infection à VIH parmi les détenus. Une étude dans trois prisons urbaines du Honduras a révélé une prévalence du VIH de près de 7% parmi les détenus de sexe masculin en général, et de près de 5% parmi ceux qui sont âgés de 16 à 20 ans (qui, en raison de leur âge, ont probablement été infectés relativement récemment). Moins de 10% des hommes disaient utiliser systématiquement des préservatifs. La probabilité que des schémas de transmission analogues se produisent dans d'autres pays de la région souligne la nécessité d'accroître la recherche et de créer des programmes plus systématiques susceptibles de protéger les détenus et leurs partenaires du VIH/SIDA. Un travail de prévention du VIH ciblé parmi les détenus des prisons est donc une absolue nécessité, mais les barrières institutionnelles font obstacle à l'élaboration et à l'évaluation des programmes de ce type.

Les inégalités dans le développement socio-économique associées à une forte mobilité de la population figurent parmi les facteurs qui contribuent à la propagation du VIH dans l'ensemble de la région. L'épidémie de SIDA qui s'aggrave en Amérique centrale, par exemple, est particulièrement concentrée dans les sections socialement marginalisées des populations, qui sont souvent contraintes d'émigrer à la recherche de travail et de revenus. Si elles ne sont pas surmontées, les difficultés économiques qui rongent plusieurs pays de la région pourraient bien perpétuer un contexte socio-économique susceptible de faciliter la propagation de l'épidémie.

Pourtant, dans le même temps, la détermination des pays à freiner l'épidémie et à limiter son impact est plus manifeste que jamais – plus particulièrement par leurs efforts pour fournir des antirétroviraux aux personnes atteintes de maladies liées au VIH/SIDA. On estime que 170 000 personnes (la plupart au Brésil) recevaient ce traitement à la fin de 2001. Des pays comme l'Argentine, le Costa Rica, Cuba et l'Uruguay garantissent maintenant un accès gratuit et universel à ces médicaments par l'intermédiaire du secteur public, alors que de fortes baisses des prix ont récemment été obtenues par le Honduras et le Panama. Au milieu de 2002, le Partenariat pan-caraïbe contre le VIH/SIDA a signé un accord avec six compagnies pharmaceutiques dans le but d'améliorer l'accès à des antirétroviraux moins coûteux. Cependant, l'accès réel à ces médicaments demeure inégal dans l'ensemble de la région, en raison notamment de la grande diversité des prix des médicaments.

MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD

La dénégation qui persiste parmi les responsables sociaux et politiques de certains pays offre à l'épidémie un terrain idéal pour poursuivre sa propagation.

Les données disponibles suggèrent une augmentation des taux d'infection à VIH et on estime que 83 000 personnes ont contracté le virus en 2002. Ce chiffre porte à 550 000 le nombre estimatif des personnes vivant avec le VIH/SIDA. L'épidémie a tué quelque 37 000 personnes en 2002.

Pourtant, les services de surveillance systématique demeurent insuffisants, ce qui rend particulièrement difficile la définition de tendances précises. Il est possible que des épidémies cachées se propagent dans la région. Une amélioration des systèmes de surveillance (tels que ceux qui ont été introduits en Iran, Jordanie, Liban et Syrie) permettra à un plus grand nombre de pays de suivre avec précision l'évolution de l'épidémie et de mettre en place des ripostes efficaces.

Des flambées importantes d'infection à VIH parmi les consommateurs de drogues injectables se sont produites dans la moitié environ des pays de la région, notamment en Afrique du Nord et en République islamique d'Iran.

La prévalence du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables détenus était de 12% en 2001.

Si les pays n'introduisent pas rapidement des programmes de réduction des risques et d'autres services de prévention à l'intention des consommateurs de drogues injectables, l'épidémie pourrait augmenter considérablement et se répandre dans la population générale.

Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ainsi que les professionnel(le)s du sexe et leurs clients figurent parmi les autres groupes infectés. Au Maroc, le Programme national de lutte contre le SIDA a noté une prévalence relativement élevée des autres infections sexuellement transmissibles – signe que les rapports sexuels non protégés sont plus courants qu'on ne l'imaginait.

Dans l'ensemble, la nécessité d'accroître, d'intensifier et d'élargir les activités de prévention est maintenant mieux reconnue dans la région. Certains pays élaborent des ripostes potentiellement vigoureuses, par exemple, la mobilisation des organisations non

L'insuffisance des systèmes de surveillance de plusieurs pays de cette région entrave l'estimation précise de l'épidémie et la mise en place d'une riposte efficace.

En Iran, la majeure partie de la transmission du VIH se produit parmi les quelque 200 000 à 300 000 consommateurs de drogues injectables du pays, dont on pense qu'un pour cent environ vivent avec le VIH. Les comportements à haut risque sont répandus dans cette population en majorité masculine ; la moitié environ des consommateurs utilisent leur matériel d'injection en commun et on estime que nombre d'entre eux ont des relations sexuelles hors mariage. Selon certaines estimations, un pourcentage important d'entre eux (plus de 30%) sont mariés. Pourtant l'utilisation du préservatif est très rare. De plus, on pense que 10% environ des détenus s'injectent des drogues et plus de 95% d'entre eux utilisent leurs seringues en commun.

gouvernementales autour des programmes de prévention au Liban et des activités pour un moindre mal parmi les consommateurs de drogues injectables en République islamique d'Iran.

Mais les données appropriées de surveillance des infections à VIH et des comportements sont rares, les capacités encore limitées et les ripostes au VIH/SIDA restent concentrées presque exclusivement dans le secteur de la santé. Une tendance à exagérer les effets protecteurs du conservatisme social et culturel continue à entraver une riposte adéquate. En l'absence d'une plus grande ouverture, d'un engagement politique et d'une amélioration des programmes de prévention, un accroissement de la propagation du VIH/SIDA est prévisible.

PAYS À REVENU ÉLEVÉ

L'épidémie continue son glissement vers les populations marginalisées qui n'ont pas accès aux services et à l'information nécessaires pour se protéger du VIH/SIDA.

Près de 76 000 personnes ont été infectées par le VIH dans les pays à revenu élevé en 2002. Un total d'environ 1,6 million de personnes vivent actuellement avec le virus dans ces pays, où quelque 23 000 personnes sont décédées du SIDA en 2002.

Plusieurs changements marquants sont apparus ces dernières années. L'introduction de la thérapie antirétrovirale en 1995/1996 a considérablement abaissé la mortalité associée au VIH/SIDA, bien que cette tendance commence à se stabiliser depuis deux ans. Le prolongement de la survie des

Les sous-types de VIH : des cibles mobiles

Le VIH a montré une capacité remarquable à exploiter les changements du milieu social et à s'y adapter. Au niveau moléculaire, le virus est également en constante mutation.

Pour définir les variations génétiques du VIH-1, les chercheurs ont classé les différentes souches du virus en trois groupes : M (majeur), O (outlier) et N (ni M ni O).

Le groupe majeur (M) est encore divisé en plusieurs sous-types, ainsi qu'en un certain nombre de variants issus de l'association de deux sous-types ou davantage, connus sous le nom de 'formes recombinantes circulantes' (CRF). Un sous-type est défini comme possédant un génome qui lui est propre à 25% au moins. Onze sous-types ont été identifiés qui sont chacun désignés par une lettre (sous-type A ou C, etc.). Lorsque ces sous-types se mélangent (par exemple au moment où un individu est infecté par deux sous-types de VIH différents) et que la combinaison génétique qui en résulte se fixe dans le milieu, elle est appelée CRF. Jusqu'ici 13 CRF ont été identifiées.

A ce jour, certains sous-types se sont, dans une large mesure, limités à certaines aires géographiques. Le sous-type C, par exemple, est répandu en Afrique australe, en Inde et en Ethiopie. Le sous-type B est commun en Europe, dans les Amériques et en Australie. Mais presque tous les sous-types se retrouvent en Afrique ainsi que plusieurs CRF.

Ces formes génétiques uniques du VIH apportent aux épidémiologistes moléculaires des outils précieux pour suivre la progression de l'épidémie.

Les sous-types sont étudiés depuis assez longtemps pour que certaines tendances fondamentales se révèlent. Le sous-type C est le plus répandu et représente environ 50% de toutes les nouvelles infections. Le sous-type A est le deuxième variant le plus courant du VIH-1. Ce sous-type représente environ 30% des infections à VIH dans l'est du continent, mais 80% en Afrique occidentale.

En Europe orientale, le sous-type A se retrouve dans l'épidémie qui a commencé à Kaliningrad en 1995/1996, alors qu'ailleurs c'est le sous-type B qui s'est propagé parmi les consommateurs de drogues injectables. Les deux variants se sont maintenant recombinés pour former une nouvelle CRF, appelée AB, qui se répand en direction de l'est de cette région.

Un autre recombinant, la CRF02_AG, devient important en Afrique occidentale – région où la prévalence du VIH était restée assez stable pendant plusieurs années, mais où l'épidémie a récemment accéléré sa propagation (au Cameroun par exemple). Dans cette région, plus de 30% des nouvelles infections impliquent aujourd'hui la CRF02_AG.

En Chine, trois sous-types ont été identifiés. Le sous-type E s'est établi le long de la côte (peut-être en raison des liaisons sexuelles des marins de passage), alors que le sous-type C est probablement arrivé de l'Inde et le sous-type B a d'abord circulé parmi les consommateurs de drogues injectables.



personnes vivant avec le VIH/SIDA a entraîné une augmentation régulière du nombre des personnes vivant avec le virus dans les pays à revenu élevé. Environ 500 000 personnes recevaient ces médicaments à la fin de 2001, dans un contexte où, malheureusement, l'autosatisfaction est devenue monnaie courante et où les efforts de prévention ont diminué. Les services de conseil comme de prévention doivent être intensifiés si l'on veut éviter une augmentation de la transmission du VIH.

Une grande proportion des nouveaux diagnostics de VIH (globalement 59% de plus entre 1997 et 2001) dans plusieurs pays d'Europe occidentale est imputable aux rapports hétérosexuels. Plus de la moitié des 4279 nouvelles infections à VIH diagnostiquées au Royaume-Uni en 2001 étaient le résultat

de rapports hétérosexuels, par rapport à 33% des nouvelles infections en 1998. En Irlande, on note une tendance analogue et le nombre des infections à VIH transmises par la voie hétérosexuelle a quadruplé entre 1998 et 2001. Même si la consommation de drogues injectables reste le principal mode de transmission du VIH en Espagne, près d'un quart des nouvelles infections ont été transmises par la voie hétérosexuelle.

Au Royaume-Uni, comme dans certains autres pays européens, une large part des infections à VIH transmises par la voie hétérosexuelle sont diagnostiquées chez des personnes originaires de régions à forte prévalence du VIH, qui y ont vécu ou les ont visitées. Les activités de prévention, de traitement et de prise en charge doivent être culturellement mieux adaptées et socialement

Tout laisse à penser que B et C se sont recombines pour se répandre en direction du nord de la Chine.

On ne sait pas encore précisément si l'existence de différents sous-types joue un rôle important dans la capacité de transmission ou le traitement du VIH. Certains scientifiques avancent par exemple que la souche prédominante en Afrique australe est plus agressive que les autres. Une étude en République-Unie de Tanzanie indique que les sous-types A et C pourraient être plus facilement transmis de la mère à l'enfant. Une autre étude affirme que les professionnelles du sexe au Sénégal ont huit fois plus de risque de faire un SIDA lorsqu'elles sont infectées par les sous-types C, D ou G que par le sous-type A. Mais des études conduites ailleurs n'ont pas confirmé ces observations.

Heureusement, pratiquement tous les sous-types identifiés jusqu'ici réagissent très bien aux antirétroviraux. Certaines études ont montré des variations dans la manière dont les différents sous-types et les CRF réagissent aux antirétroviraux, mais d'autres études n'ont pas relevé de différences. Lorsque l'augmentation de l'accès aux antirétroviraux dans les populations où des sous-types autres que le B prédominant sera suffisante, il sera possible de recueillir des données cliniques pour déterminer si les différents sous-types ont des implications thérapeutiques différentes (par exemple pour l'association des médicaments utilisés ou pour les dosages).

Toutefois, en parallèle avec les variations entre les populations, le VIH est en constante mutation dans les individus eux-mêmes, ce qui a des conséquences importantes sur le plan clinique et de la santé publique. Outre la variation 'naturelle' du virus, les gènes du VIH mutent aussi en fonction des pressions extérieures, par exemple de la réponse immunitaire que l'organisme d'une personne peut produire ou de l'utilisation des antirétroviraux.

Depuis 1995/1996, avec l'élargissement de l'emploi des antirétroviraux, une augmentation des mutations de résistance chez des personnes nouvellement infectées a été rapportée dans les Amériques et en Europe. De nouvelles souches multirésistantes sont maintenant observées.

La variabilité génétique du VIH est l'une des raisons pour lesquelles la mise au point d'un vaccin a présenté un tel défi scientifique. Certains vaccins potentiels pourraient n'être efficaces que pour certains sous-types particuliers, c'est pourquoi les sous-types ont influencé les essais des vaccins. En Thaïlande par exemple, un vaccin expérimental a été modifié lorsque des épidémiologistes moléculaires ont annoncé que le sous-type dominant B avait été remplacé par un autre – le sous-type E – dans une population de consommateurs de drogues injectables dans laquelle l'essai devait être conduit. Les fabricants du vaccin l'ont modifié, en utilisant deux composantes vaccinales axées sur les deux sous-types.

On espère maintenant que les spécialistes de la recherche vaccinale pourront découvrir les éléments du virus qui restent suffisamment constants pour qu'un vaccin produise une réponse immunitaire efficace contre des variants multiples du VIH. Si de telles caractéristiques virales existent, l'espoir de trouver un vaccin largement efficace augmente. Néanmoins cette quête se poursuit.

pertinentes si elles souhaitent atteindre et aider des communautés aussi diverses.

La plupart des pays à revenu élevé doivent aussi faire face à des épidémies de VIH concentrées, y compris aux Etats-Unis où la consommation de drogues injectables constitue un mode important d'infection à VIH (représentant 14% de tous les diagnostics de VIH notifiés). La prévalence du

masculin entre 25 et 44 ans et la troisième cause de décès chez les hommes d'origine hispanique du même groupe d'âge. (Au Canada, par ailleurs, les personnes autochtones constituaient 9% des nouvelles infections à VIH en 1999 alors qu'elles ne représentent que 3% de la population.) Une enquête réalisée dans six grandes villes indique que les niveaux de prévalence du VIH sont

La transmission hétérosexuelle du VIH représente une part toujours plus grande des nouvelles infections, les personnes jeunes et défavorisées étant particulièrement exposées.

VIH notifiée parmi les consommateurs de drogues injectables en Espagne en 2000 était de 20 à 30% dans l'ensemble du pays, alors qu'en France, les taux de prévalence se situaient entre 10% et 23%. La grave épidémie parmi les consommateurs de drogues injectables du Portugal représente plus de la moitié des nouvelles infections à VIH diagnostiquées tant en 2000 qu'en 2001, bien que le nombre d'infections à VIH notifiées dans ce groupe ait considérablement baissé en 2001.

Les infections à VIH notifiées parmi les jeunes donnent les tendances générales de l'incidence, étant donné que ces personnes ont généralement été exposées à l'infection relativement récemment. Dans les 34 régions des Etats-Unis où la notification confidentielle du VIH existe, la majorité des infections à VIH chez les 13 à 19 ans notifiées entre juillet 2000 et juin 2001 se sont produites chez des jeunes femmes (56%), dont un pourcentage disproportionné d'entre elles sont africaines-

exceptionnellement élevés parmi les hommes africains-américains qui ont des rapports sexuels avec des hommes – jusqu'à 30% parmi les 23 à 29 ans. Environ 64% des femmes diagnostiquées en 2001 aux Etats-Unis étaient africaines-américaines. Un nombre important de ces femmes ont contracté le virus auprès d'hommes qui ont également des rapports sexuels avec des hommes

Les rapports sexuels entre hommes restent une importante voie de transmission dans plusieurs pays et représentent une part croissante des nouvelles infections au Japon. Dans la plupart des pays à revenu élevé, les succès presque légendaires remportés par les communautés d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes appartiennent aujourd'hui au passé. Les efforts de prévention semblent ne pas toucher de nombreux hommes parmi lesquels les rapports sexuels non protégés se traduisent par des taux accrus d'infections sexuellement transmissibles –

Une augmentation des comportements sexuels à risque montre bien qu'il faut résister à l'autosatisfaction et revitaliser les programmes de prévention pour atteindre les millions de jeunes qui parviennent chaque année à la maturité sexuelle.

américaines. La plupart des jeunes femmes avaient contracté le virus par la voie hétérosexuelle.

Les dernières données disponibles montrent que le glissement de l'épidémie vers les sections pauvres et marginalisées de la société se poursuit. Les Africains-Américains représentaient environ 54% des nouvelles infections à VIH en 2000 (alors qu'ils ne représentent que 13% de la population des Etats-Unis). Selon un rapport des CDC en 2002, les maladies liées au SIDA restent la principale cause de décès chez les Africains-Américains de sexe

en Australie, au Canada, aux Etats-Unis et dans les pays d'Europe occidentale. La tendance actuelle vers une augmentation des rapports sexuels non protégés, qui a été documentée parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes à San Francisco par exemple, est très révélatrice. Une enquête sur le comportement sexuel a montré une augmentation des rapports sexuels anaux (32% à 38% entre 1999 et 2001), dont une bonne part entre des partenaires sérodifférents (c.-à-d. qu'un des partenaires est séropositif au VIH). L'enquête a également découvert une augmentation des taux

des autres infections sexuellement transmissibles parmi les participants.

Il faut souligner la nécessité d'un renouvellement des efforts de prévention, notamment parmi les jeunes, comme l'ont montré des résultats récents indiquant une augmentation des comportements à risque, une baisse de l'utilisation du préservatif et une hausse des taux des infections sexuellement transmissibles dans plusieurs pays. Au Royaume-Uni, par exemple, les taux de blennorragie, de syphilis et d'infections à chlamydia ont plus que doublé depuis 1995, et des augmentations analogues ont été relevées également dans d'autres pays occidentaux.

Au Japon, où un nombre record de 621 personnes (la plupart d'entre elles des hommes) ont contracté

le VIH en 2001, le virus se répand toujours davantage parmi les jeunes. Les rapports sexuels occasionnels avec des partenaires multiples (appelés *sukusutomo* ou 'amis sexuels') constituent une tendance apparemment à la hausse parmi les jeunes, tout comme une baisse des ventes de préservatifs, ce qui suggère que de nouveaux schémas de propagation du VIH pourraient bien se développer considérablement. Près de 40% des nouvelles infections à VIH en 2001 se sont produites parmi des adolescents et des jeunes dans la vingtaine – un phénomène qui semble corroborer les rapports indiquant une augmentation des taux d'infections sexuellement transmissibles parmi les hommes (en hausse de 21% entre 1998 et 2000) et les femmes (en hausse de 14%) de moins de 24 ans au Japon.

LE VIH/SIDA ET LES CRISES HUMANITAIRES

Affaiblies par le SIDA, les stratégies traditionnelles d'adaptation deviennent trop fragiles pour faire face à des problèmes supplémentaires.

Les crises humanitaires prennent de nombreuses formes. Dans certaines, des conflits violents sont en jeu. D'autres sont la conséquence d'une association entre catastrophes naturelles et catastrophes provoquées par l'homme. Invariablement, elles menacent la vie humaine par les pénuries alimentaires, la perte des foyers et de la sécurité qu'elles entraînent – à une échelle et avec une gravité qui dépassent les capacités des populations à faire face.

Il devient de plus en plus manifeste que l'épidémie de VIH/SIDA peut être un facteur important dans ces crises. De fait, les urgences alimentaires actuelles en Afrique australe éclairent l'interaction potentiellement dynamique entre le VIH/SIDA et d'autres crises – et la nécessité de les combattre simultanément.

Dans les communautés où la prévalence du VIH est très élevée, l'épidémie constitue déjà une crise majeure. Des millions de personnes sont décédées. Si les tendances actuelles se confirment, des millions d'autres individus subiront le même sort.

Des épidémies graves et de longue date plongent des millions de personnes dans la misère et le désespoir, au fur et à mesure que leur capacité de travail s'affaiblit, que leur revenu diminue, que leurs biens s'amenuisent et que leurs ménages sont anéantis. Affaiblies par le SIDA, les stratégies traditionnelles d'adaptation deviennent trop fragiles pour faire face à des menaces supplémentaires, qu'il s'agisse de conflit armé, de perte des récoltes ou de catastrophe naturelle. Comme on le voit clairement aujourd'hui en Afrique australe, une série de revers peut alors converger pour engendrer une crise.

L'épidémie prive les ménages et les communautés de la capacité à produire ou à acquérir de la nourriture, transformant une pénurie en crise alimentaire. Si on laisse se perpétuer une telle urgence, elle peut entraîner d'autres changements sociaux, perturbant les systèmes d'éducation et de santé, provoquant des migrations et aggravant l'exploitation sexuelle des femmes et des enfants – autant de facteurs qui favorisent la propagation du VIH/SIDA.

Mais ces issues ne sont pas inévitables. L'action comme l'inaction humaine y ont contribué. L'action humaine peut aussi les prévenir.

LE VIH/SIDA ET LA CRISE ALIMENTAIRE EN AFRIQUE AUSTRALE

Les urgences alimentaires qui balayent l'Afrique australe soulignent à quel point de nombreux pays sont vulnérables aux chocs qui perturbent la production alimentaire et la consommation. Dans chacun des pays frappés, l'épidémie de VIH elle-même constitue un bouleversement considérable.

En cette fin d'année 2002, on estime que 14,4 millions de personnes sont exposées à la famine dans les six pays les plus touchés : Lesotho, Malawi, Mozambique, Swaziland, Zambie et Zimbabwe.

Des liens qui s'enchaînent

La crise alimentaire d'Afrique australe n'est pas qu'une catastrophe 'naturelle' provoquée par des conditions climatiques défavorables. Elle émane aussi d'une série complexe d'incidents et d'erreurs politiques, qui varient d'un pays à l'autre. Sécheresse ou inondations ; mauvaise gestion ou gouvernance médiocre ; réformes du marché malencontreuses ; insuffisance des services d'assistance ou autres services de soutien à l'intention des agriculteurs touchés ; suppression de la protection des consommateurs (qui permet aux prix des denrées alimentaires de monter en flèche alors que l'urgence s'aggrave) ; et instabilité politique figurent parmi les facteurs en cause. Tout comme l'épidémie de VIH/SIDA, que l'on retrouve dans chacun des pays aujourd'hui frappés par une urgence alimentaire.

C'est dans les pays les plus touchés par le manque de nourriture ou par son inaccessibilité financière que la prévalence du VIH se situe aussi à des niveaux alarmants : les taux de prévalence du VIH chez l'adulte vont de 15% au Malawi à 33% au Swaziland et au Zimbabwe.

Depuis la grave sécheresse qui a balayé l'Afrique australe en 1992, cette sous-région est devenue le lieu d'implantation de la pire des épidémies de VIH/SIDA dans le monde. Près de 15 millions d'individus vivaient avec le VIH à la fin de 2001 en Afrique australe ; on estime que 1,1 million y sont morts du SIDA l'an dernier, la majorité d'entre eux dans la période la plus productive de leur vie.

Selon l'Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture (FAO), 7 millions de travailleurs agricoles dans 25 pays très touchés d'Afrique sont morts du SIDA depuis 1985. Cette organisation annonce que 16 millions de plus pourraient mourir au cours des 20 prochaines années si

des programmes massifs et efficaces ne sont pas mis en place.

Généralement, les ménages sont en mesure de garantir leur sécurité alimentaire lorsqu'ils peuvent produire des quantités suffisantes de nourriture de qualité, encaisser des revenus suffisants pour acheter de la nourriture, vendre ou échanger des biens pour de la nourriture dans les périodes difficiles et s'appuyer sur les réseaux de soutien social lorsqu'ils ont besoin d'aide. L'épidémie de VIH/SIDA est en train de saper chacun de ces mécanismes d'adaptation. Elle réduit la capacité des ménages à produire et acheter de la nourriture, épuise leurs ressources et les dispositifs de protection sociale.

Le point sur le Malawi

Au début de 2002, le Malawi a franchi la limite séparant les pénuries alimentaires saisonnières d'une urgence alimentaire totale menaçant plus de 3 millions de personnes. La crise serait la plus grave de mémoire d'homme, les vieux agriculteurs la comparant à celle qui avait suivi la sécheresse désastreuse de 1949/1950.

Des conditions climatiques défavorables constituent l'un des facteurs – parmi lesquels figure aussi l'épidémie de VIH/SIDA – qui ont contribué à aggraver cette crise humanitaire. La décision de vendre ses réserves de grain a laissé le Malawi sans aucun mécanisme de protection au moment où les cultures ont échoué. La réduction d'un excellent programme de distribution gratuite de semences et engrais a contribué à l'effondrement de la production alimentaire, alors que d'autres programmes gouvernementaux qui soutenaient les agriculteurs dans la production et la commercialisation de leurs récoltes étaient également réduits. Parmi les causes sous-jacentes on peut noter la pauvreté chronique et croissante, un accès faussé à la terre, une mauvaise gestion des ressources agricoles, une dépendance excessive à l'égard d'une seule culture (le maïs) ainsi que des niveaux élevés d'inflation.

L'épidémie de VIH/SIDA est un autre facteur contribuant à la crise alimentaire dans ce pays, où l'on estime que 70% des décès en milieu hospitalier sont maintenant liés au SIDA et où quelque 470 000 enfants de moins de 15 ans ont été rendus orphelins par le SIDA.

L'épidémie a provoqué des changements démographiques spectaculaires dans les communautés agricoles, les familles étant aujourd'hui de plus en plus dirigées par des femmes, des enfants ou des grands-parents. Nombre d'entre eux n'ont ni les compétences ni la force de travail nécessaires pour être de bons cultivateurs. Une enquête de terrain réalisée en 2002 au Malawi par la FAO et le Programme alimentaire mondial a identifié une série de liens existant entre l'épidémie et la naissance de l'insécurité alimentaire dans les ménages. Il s'agit notamment de la perte de main-d'œuvre valide dans les ménages, la perte des contributions apportées par des membres de la famille qui travaillent, le problème supplémentaire de la prise en charge des orphelins, les familles gérées par des enfants et une augmentation des dépenses de santé et de funérailles.

Une autre étude effectuée en 2002 au centre du Malawi a montré que 70% environ des ménages de l'enquête avaient subi des pertes de main-d'œuvre pour cause de maladie. Elle a aussi révélé que plus de 50% des ménages pauvres touchés par des maladies chroniques comme le VIH/SIDA retardaient leurs propres travaux agricoles dans l'espoir de trouver ailleurs des revenus en liquide pour couvrir le gros des dépenses. De tels retards diminuent généralement les rendements agricoles ; dans les régions sèches, ils signifient parfois un rendement nul. De plus, les possibilités de travail occasionnel sont rares.

L'épidémie sape également la capacité des pouvoirs publics à soutenir les petits paysans. Malgré la mortalité croissante parmi les moniteurs agricoles, la formation et le recrutement de remplaçants ont été pratiquement interrompus en 1995.

Le bilan s'alourdit

Au fur et à mesure de l'aggravation de l'impact de l'épidémie, celle-ci prive les ménages et les communautés d'une force de travail précieuse. Les adultes tombent malades et sont moins à même de s'occuper des travaux agricoles ou autres, y compris les emplois salariés. Quelque 60% des exploitants agricoles commerciaux ou des petits cultivateurs en Namibie ont déclaré aux chercheurs en 2001 qu'ils avaient subi des pertes de main-d'œuvre en raison du VIH/SIDA. D'autres – souvent des femmes et des enfants – sont également appelés à s'occuper des malades, réduisant ainsi le temps et l'énergie qu'ils consacrent à un travail rémunéré ou aux tâches agricoles. Dans les régions particulièrement touchées, les constants devoirs liés aux funérailles ont des effets analogues.

La production agricole des exploitations familiales et leurs revenus complémentaires provenant d'autres emplois ou travaux rémunérés – qui sont si essentiels pour la sécurité alimentaire dans de nombreux pays à faible et moyen revenus – ne peuvent être maintenus dans de telles circonstances. Les champs seront plus souvent laissés en friche et les surfaces cultivées seront réduites, le désherbage négligé, les infrastructures (clôtures et fossés d'irrigation) tomberont en ruine et la lutte contre les nuisibles deviendra trop coûteuse.

Des études en Afrique orientale et australe montrent que les ménages peuvent prendre certaines dispositions pour faire face. Dans certains cas, ils passent des cultures de rapport à forte main-d'œuvre à des cultures alimentaires moins exigeantes et parvenant plus rapidement à maturité. Au centre du Malawi, par exemple, un quart environ des ménages pauvres ont modifié leurs associations de cultures, abandonnant certaines d'entre elles ou laissant la terre en friche si les membres du ménage sont gravement malades.

Mais les récompenses peuvent être maigres, notamment si d'autres revers se produisent. Globalement, les dispositions prises entraînent souvent une baisse des revenus agricoles qui, à son tour, limite la capacité d'acquisition de la nourriture aux prix du marché. Au Kenya, par exemple, le décès du chef de famille a été associé à une réduction de 68% de la valeur nette de la production agricole – principalement parce que les pertes de main-d'œuvre avaient forcé les agriculteurs à cultiver des parcelles beaucoup plus petites. Au Zimbabwe, une autre étude a montré que la

production des petits cultivateurs a reculé de 29% pour le bétail, de 49% pour les légumes et de 61% pour le maïs dans les ménages qui avaient subi un décès dû au SIDA.

Avec la baisse du revenu provenant de l'activité agricole, les femmes et les enfants doivent fréquemment chercher des travaux rémunérés qui manquent dans la plupart des pays d'Afrique australe. Il devient donc de plus en plus difficile de faire face. Généralement, les biens des ménages constituent une assurance précieuse pour les communautés rurales. Dans des circonstances difficiles, par exemple lors de mauvaises récoltes, il est possible de les vendre ou de les échanger, ce qui permet aux individus d'acheter de la nourriture par exemple. Mais les ménages frappés par le VIH/SIDA sont contraints de disposer de ces biens en raison de l'augmentation des dépenses médicales, funéraires et autres.

En Afrique subsaharienne, les femmes et les filles forment la majorité des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Elles ont aussi la charge de 50 à 80% de la production alimentaire, y compris du travail à forte main-d'œuvre, comme la plantation, la fertilisation, l'irrigation, le désherbage, les récoltes et la commercialisation. Leur travail s'étend à la préparation de la nourriture ainsi qu'aux activités de soins. L'épidémie bouleverse cette division du travail – souvent avec des résultats désastreux.

Une recherche en République-Unie de Tanzanie a montré que les femmes passent jusqu'à 60% moins de temps aux travaux agricoles lorsque leur mari est gravement malade. Et lors du décès du mari, la femme perd parfois son accès au crédit, aux aides agricoles et aux réseaux de distribution et même parfois à la terre, à la maison, au bétail et aux autres biens qu'elle a contribué à acquérir et à préserver.

La maladie ou le décès d'une femme adulte peut aussi menacer la sécurité alimentaire, menant souvent à la désintégration de la famille. Une enquête effectuée dans deux districts du Zimbabwe en 2000 a révélé que deux tiers des ménages qui avaient perdu une femme adulte essentielle à la famille s'étaient désintégrés et dispersés.

Le décès précoce de parents agriculteurs perturbe le transfert de connaissances et de compétences d'une génération à l'autre. Les enfants qui grandissent orphelins ont moins d'occasions d'apprendre à utiliser et à préserver la terre et à préparer une alimentation nutritive pour les membres de la famille. La perte généralisée de ce bien intangible

mais essentiel pourrait avoir des conséquences graves à long terme pour la sécurité alimentaire de la région. Actuellement, bien peu de mesures sont prises pour contrer cette réalité croissante.

En fait, les décès multiples et les épreuves généralisées sont en train de détruire les réseaux traditionnels de protection qui, dans le passé, permettaient aux ménages et aux communautés de surmonter les difficultés occasionnelles.

Enfants et orphelins

Les enfants vivant dans des ménages frappés par la maladie et le manque de nourriture sont tout particulièrement touchés. Lorsque les parents tombent malades et meurent, le fardeau de la famille retombe sur les enfants. Nombre d'entre eux n'ont ni l'argent ni le temps nécessaires pour poursuivre une scolarité normale. Quitter l'école peut les aider à trouver de l'argent à court terme, mais à la longue, cela aggravera la pauvreté du ménage et les enfants seront plus exposés au risque d'infection à VIH. Le résultat, c'est le cercle vicieux de la pauvreté, de l'insécurité alimentaire et du VIH/SIDA.

L'insécurité alimentaire entretient aussi l'épidémie

La faim et la malnutrition se produisent dans une région où l'accès aux médicaments anti-VIH est extrêmement limité. Dans ces circonstances, une bonne nutrition constitue l'un des rares remparts contre les maladies liées au VIH/SIDA et la mort précoce. Pourtant elle peut aussi être un luxe ; en septembre 2002 par exemple, plusieurs malades ont refusé de quitter un hôpital zambien (l'hôpital du District de Choma) par crainte de mourir de faim à la maison.

La crise alimentaire menace d'intensifier et de prolonger l'épidémie – en aggravant certaines des conditions de la transmission du VIH. Privés de nourriture, les individus sont contraints d'adopter des stratégies de survie qui peuvent mettre encore davantage leur vie en danger. Certains migrent, souvent dans les quartiers pauvres des villes où ils risquent de vivre marginalisés et de ne pas avoir accès à l'éducation et aux services de santé (y compris les services de prévention et de prise en charge du VIH). Les femmes et les enfants sont contraints, en dernier ressort, d'échanger des rapports sexuels contre des possibilités d'emploi, de la nourriture ou d'autres biens de première nécessité. Un grand nombre d'enfants quittent l'école pour trouver du travail ou de la nourriture. Les communautés et

les réseaux sociaux se désintègrent. Le VIH/SIDA prospère dans un tel climat de bouleversement et d'effondrement de la société.

Faire face à la crise

S'attaquer à la crise exige une riposte qui privilégie l'aide alimentaire ; élargit les services de prévention, de traitement et de prise en charge du VIH/SIDA ; apporte davantage de soutien (par exemple des programmes de subventions et d'aide rapide) pour sauver les ménages les plus vulnérables (ceux qui sont gérés par des femmes, des enfants et des personnes âgées) de la misère ou de la désintégration ; et met en place des stratégies à plus long terme destinées à améliorer la vie et les revenus des pauvres des zones rurales.

Les institutions des Nations Unies ont lancé un appel commun pour aider ceux qui sont confrontés à la famine en Afrique australe, demandant un montant de plus de 600 millions de dollars aux donateurs, dont 507 millions pour de l'aide alimentaire à distribuer dans le cadre des opérations d'urgence du Programme alimentaire mondial (PAM).

Certaines opérations de secours ciblent déjà les familles les plus vulnérables, par exemple celles qui sont touchées par le VIH/SIDA ou gérées par des femmes, des enfants et des personnes âgées. A Lusaka, Zambie, par exemple, où environ 85% des familles vivant dans les banlieues pauvres de la ville ont des orphelins à charge, le PAM et les organisations non gouvernementales locales dirigent des programmes de distribution de repas dans les écoles urbaines afin d'aider les orphelins du SIDA à rester à l'école et de permettre aux familles touchées par le SIDA de faire face à l'augmentation du prix des denrées alimentaires. Plusieurs des programmes mis en place par la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (FICR), par exemple des programmes de distribution de nourriture, sont également axés sur les ménages touchés par le VIH/SIDA.

En collaboration avec le PAM, l'UNICEF conduit plusieurs activités dans les pays touchés, distribuant de la nourriture aux enfants et aux ménages vulnérables (y compris des repas cuisinés dans les écoles), recrutant des enseignants pour remplacer les maîtres morts du SIDA, plaidant en faveur de la suppression des frais de scolarité et soutenant des projets d'éducation sur le VIH/SIDA à l'intention des humanitaires, des chauffeurs routiers, de la police et des forces armées.

Il est bien clair que les facteurs structurels à long terme qui sont le moteur de ces crises devront être corrigés. Les mesures nécessaires devraient varier d'un pays à l'autre, mais pourraient comprendre :

- une amélioration de l'accessibilité financière à des semences, des engrais et autres produits agricoles ;
- un accès égal pour les femmes aux soins de santé et à l'éducation, au crédit, aux programmes d'assistance agricole et à l'égalité en matière d'emploi, de lois matrimoniales et d'héritage ;
- l'introduction de projets générateurs de revenus, y compris des projets de travaux publics, afin que les ménages puissent retrouver leurs revenus perdus ;
- faire en sorte que la capacité humaine à fournir des programmes de vulgarisation agricole soit maintenue ; et
- évaluer l'impact des ajustements politiques – y compris les interventions en matière d'agriculture, de commerce et de macro-économie – sur les perspectives de la sécurité alimentaire et les capacités des communautés à éviter des crises telles que l'épidémie de VIH/SIDA ou à y faire face.

LE VIH/SIDA DANS LES SITUATIONS DE CONFLIT

Les urgences alimentaires en Afrique australe éclairent les interactions entre le VIH/SIDA et les crises humanitaires, ainsi que la nécessité urgente d'adapter les ripostes à cette réalité. Mais il y a d'autres cas dans lesquels ce lien n'est ni suffisamment reconnu ni suffisamment examiné.

Les guerres et les conflits armés évoluent généralement vers des crises humanitaires élargies dans lesquelles les civils sont pris pour cible ou piégés, chassés de leurs maisons et de leurs villes et laissés en proie aux éléments, à la faim et à la maladie.

Au cours des dix dernières années, aucune région du monde n'a échappé à un conflit armé grave. Le nombre d'Etats engagés dans des guerres a plus que doublé, passant de 11 en 1989 à plus de 22 l'an dernier. A la fin de 2001, on comptait selon le Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (HCR) près de 20 millions de réfugiés et de personnes déplacées dans le monde. Un grand nombre de ces personnes sont déplacées ou fuient dans des pays à forte prévalence du VIH.

Ces conflits engendrent et perpétuent nombre des conditions et des violations des droits de la personne qui permettent au VIH/SIDA de prospérer. La pauvreté, l'impuissance et l'instabilité sociale, qui toutes peuvent faciliter la transmission du VIH, sont exacerbées en période de guerre et de conflit armé. La violence physique et sexuelle, les déplacements forcés et la misère soudaine, l'effondrement des structures sociales et de la primauté du droit peuvent exposer les individus à un risque fortement accru d'infection à VIH.

Le Rwanda en est un exemple bien documenté, où le génocide et la guerre ont entretenu une épidémie de VIH/SIDA qui s'est étendue des villes vers les campagnes. Avant le génocide de 1994, des études avaient montré que les taux de prévalence du VIH étaient élevés dans certaines zones urbaines (10% et plus), mais faibles (à peine supérieurs à 1%) dans les zones rurales. En 1997, une enquête bien conçue a révélé une prévalence du VIH d'environ 11% dans les populations tant urbaines que rurales. Au cours du génocide, plus de 3% des femmes ont été violées, près de la moitié d'entre elles des adolescentes. (Chez les femmes violées, 17% se sont révélées séropositives au VIH, par rapport à 11% chez celles qui ne l'avaient pas été.)

Le viol est en effet souvent utilisé comme arme de guerre et de terreur, principalement contre les femmes et les jeunes filles. Au cours du conflit des Balkans, par exemple, on estime que 30 000 à 40 000 femmes ont été violées. En 2001, une étude a montré que 9% des femmes déplacées en 1997-1999 par le conflit armé en Sierra Leone (50 000-64 000 femmes) avaient été agressées sexuellement par des combattants. L'étude a conclu que le viol associé à la guerre et les autres formes de violence étaient fréquemment commis parmi les personnes déplacées au sein de leur pays. Une étude de 1998 a révélé que la prévalence des agressions sexuelles liées à la guerre était encore plus élevée au Libéria – 15%*.

L'association des civils et des forces armées accroît le risque de transmission du VIH, en particulier en période de conflit. L'ONUSIDA estime que les taux d'infection à VIH au sein des personnels des forces armées sont en moyenne plus élevés que ceux de leurs homologues civils. Une étude réalisée en Ouganda en 1997, par exemple, a montré que le taux national de prévalence chez l'adulte était de 9,5%, alors qu'il était de 27% parmi les soldats ougandais.

* Les statuts du Tribunal pénal international ont déclaré le viol crime de guerre et crime contre l'humanité.

Les conflits perturbent inévitablement l'accès aux services de base et fragmentent les familles, contraignant les populations à se déplacer à la recherche de sécurité et de nourriture. Dans des situations aussi désespérées, les individus (notamment les femmes et les jeunes filles) sont davantage sujets aux agressions sexuelles de la part des hommes qui contrôlent l'accès à la propriété, à la nourriture, au logement et à la protection. Dans les régions orientales et centrales du Soudan ravagées par la guerre, des études ont montré qu'un quart environ des mères célibataires se livraient au commerce du sexe pour survivre. Des études réalisées en Sierra Leone en 1995 ont révélé que les professionnelles du sexe de Freetown avaient un taux d'infection à VIH de 26,7%. En 1997, alors qu'une grande partie du pays avait été entraînée dans les combats, ce taux s'était élevé à 70,6%.

L'arrêt des combats n'élimine pas nécessairement le risque accru de propagation du VIH/SIDA. En général, les armées sont démobilisées sans test VIH, conseil ou éducation, en dépit du fait que les soldats séropositifs au VIH pourraient, en rentrant au foyer, exposer leurs partenaires sexuelles à un grave risque d'infection.

On manque sérieusement de données actuelles et fiables sur la propagation du VIH dans les situations de conflit. Ceci n'est guère surprenant. Les systèmes de santé subissent fréquemment de graves perturbations au moment des conflits armés ; au cours des dernières décennies, des hôpitaux et des cliniques, ainsi que des médecins et d'autres personnels de santé, ont été la cible délibérée des parties en guerre. En conséquence, les systèmes et les structures (p. ex. les dispensaires de dermatovénérologie et les consultations prénatales) généralement utilisés pour la surveillance sentinelle, sont souvent en ruines. En Sierra Leone, près de deux tiers des centres de santé des zones rurales ne fonctionnaient pas il y a un an.

La pénurie de données fiables entrave la compréhension des manières complexes dont le VIH/SIDA s'implante – ou même parfois ne parvient pas à s'implanter – dans les situations de conflit. Dans les Balkans, par exemple, un grand nombre des facteurs de risque généralement associés à la propagation du VIH – déplacements massifs, grands nombres de combattants démobilisés et de réfugiés, trafic de femmes et autres – ont existé au cours de la décennie écoulée. Pourtant, les données disponibles indiquent des taux faibles d'infection à VIH dans cette région. Ceci est peut-être dû au niveau peu élevé de la prévalence du VIH au début du conflit

des Balkans, ou à d'autres facteurs qui ne sont pas encore bien compris.

Ailleurs, des données recueillies dans le cadre de la surveillance sentinelle prénatale dans huit camps de réfugiés de Tanzanie en 2001 ont montré que la prévalence médiane du VIH parmi les femmes réfugiées en consultations prénatales était moins élevée que dans les pays d'origine de ces femmes et même dans le pays d'implantation du camp.

Manifestement, il nous faut d'urgence améliorer la collecte des données et accroître la recherche et l'analyse afin de mieux comprendre les facteurs compensatoires qui pourraient agir dans certaines situations.

La riposte des gouvernements, des donateurs, des institutions des Nations Unies et des organisations non gouvernementales aux dangers que présente la propagation du VIH/SIDA lors d'urgences complexes s'est révélée inégale. Dans les camps de personnes déplacées dans lesquels le personnel a déjà bien du mal à satisfaire les besoins fondamentaux, l'information sanitaire et les préservatifs sont souvent inexistantes, comme d'ailleurs les services plus spécialisés, par exemple ceux qui sont destinés à prévenir la transmission mère-enfant du VIH.

Dans certaines structures de réfugiés plus stables et durables, cependant, la surveillance sentinelle est effectuée et des services tels que le conseil et le test volontaires et la prévention de la transmission mère-enfant sont fournis, alors qu'ils manquent parfois dans les communautés environnantes.

Des mesures récentes promettent d'élargir ces améliorations. Des accords ont été conclus avec toutes les organisations humanitaires afin d'intégrer une composante VIH/SIDA dans leurs opérations de secours. Le HCR, l'OMS et l'ONUSIDA ont mis au point un 'ensemble minimal de services initiaux' (MISP) qui comprend des programmes essentiels d'information sur le VIH/SIDA, sur l'accès aux préservatifs ainsi que des matériels destinés aux précautions universelles dans les camps de réfugiés et de personnes déplacées au sein de leur pays. En mars 2002, le Groupe de référence du Comité permanent interinstitutions des Nations Unies sur le VIH/SIDA a été créé pour améliorer la coordination entre les organisations qui effectuent des activités liées au VIH/SIDA dans les situations d'urgence. Le groupe revoit actuellement le *Guide pour combattre le VIH dans les situations d'urgence*, élaboré en 1996 par l'ONUSIDA, l'OMS et le HCR, afin d'y inclure une norme minimale de

services d'intervention sur le VIH/SIDA dans les situations de conflit et d'après-guerre.

Par ailleurs, des institutions des Nations Unies telles que l'UNICEF et le HCR, par exemple, forment des jeunes réfugiés en Erythrée, en Ethiopie et en Ouganda comme éducateurs sur le VIH/SIDA, qui vont enseigner d'un camp à l'autre. En Afghanistan, l'éducation sur le VIH fait partie d'un programme destiné aux enfants qui ont été séparés de leurs parents.

Il est peut-être très difficile de prévenir les conflits armés, mais il est possible de réduire les risques de propagation du VIH/SIDA parmi les personnes qui ont été contraintes de quitter leur foyer en raison des conflits – à condition d'intégrer plus efficacement les activités de lutte contre le VIH/SIDA dans les efforts humanitaires, les opérations de secours et de maintien de la paix.

CARTES

Estimations mondiales à fin 2002 – Adultes et enfants

Nombre d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH à fin 2002 – Estimations

Nombre d'adultes et d'enfants infectés par le VIH en 2002 – Estimations

Nombre de décès dus au VIH/SIDA chez l'adulte et l'enfant en 2002 – Estimations

ESTIMATIONS MONDIALES À FIN 2002

ADULTES ET ENFANTS



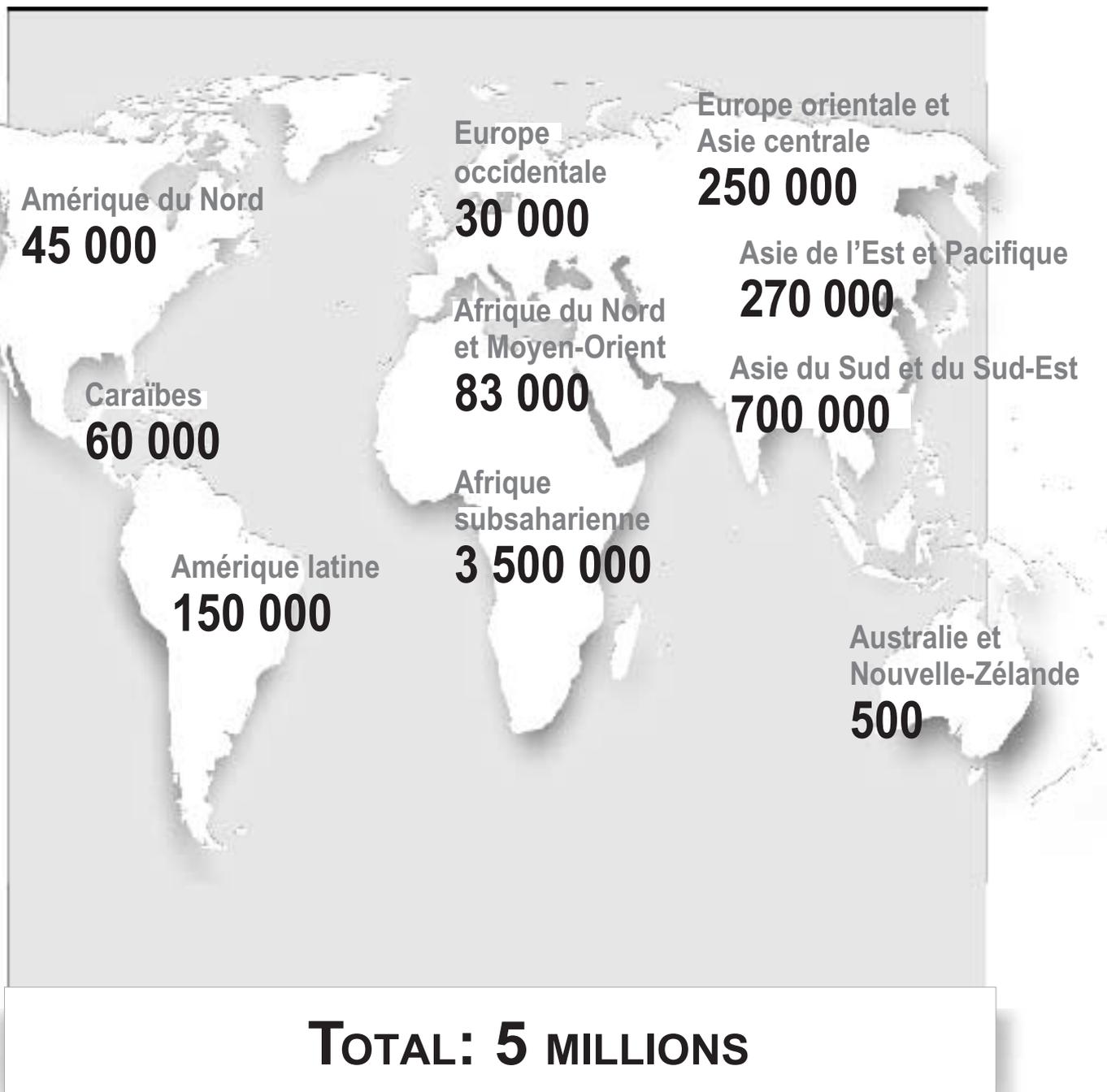
Personnes vivant avec le VIH/SIDA	42 millions
Nouveaux cas d'infection en 2002	5 millions
Décès dus au VIH/SIDA en 2002	3,1 millions

ADULTES ET ENFANTS VIVANT AVEC LE VIH/SIDA

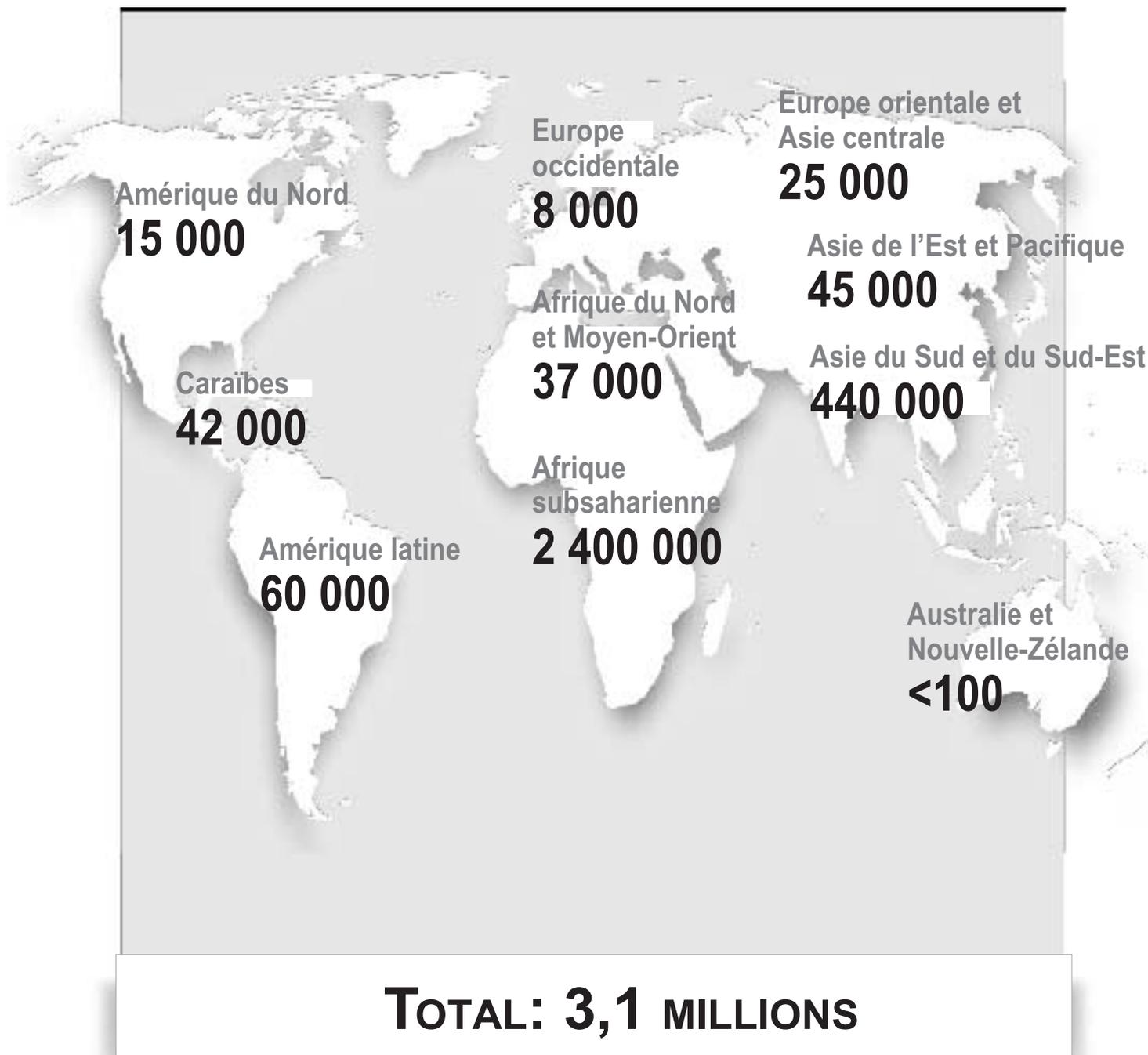
ESTIMATIONS À FIN 2002



NOMBRE D'ADULTES ET D'ENFANTS INFECTÉS PAR LE VIH EN 2002 – ESTIMATIONS



NOMBRE DE DÉCÈS DUS AU SIDA CHEZ L'ADULTE ET L'ENFANT EN 2002 – ESTIMATIONS



Note explicative sur les estimations de l'ONUSIDA/OMS

Les estimations de l'ONUSIDA/OMS fournies dans le présent document sont fondées sur les données les plus récentes dont on dispose sur la propagation du VIH dans les pays du monde. Elles sont provisoires. L'ONUSIDA et l'OMS, conjointement avec des experts de programmes nationaux de lutte contre le SIDA et d'institutions de recherche, revoient constamment ces estimations afin de les mettre à jour à mesure qu'ils disposent de meilleures connaissances concernant l'épidémie, tout en s'appuyant sur les progrès réalisés dans les méthodes d'estimation. Compte tenu de ces facteurs et des progrès à venir, les estimations actuelles ne peuvent être comparées directement aux estimations faites au cours des années précédentes, ni à celles qui seront publiées par la suite.

Les estimations et données fournies dans les graphiques et tableaux sont présentées en chiffres ronds. Toutefois, des chiffres non arrondis sont utilisés pour calculer les taux et les totaux régionaux, c'est pourquoi il peut y avoir de petites différences entre les totaux mondiaux et la somme des chiffres régionaux.

L'ONUSIDA et l'OMS poursuivront leur collaboration avec les pays, les organisations partenaires et les experts afin d'améliorer la collecte des données. Ces efforts garantiront que les meilleures estimations possibles sont disponibles pour aider les gouvernements, les organisations non gouvernementales et autres à évaluer la situation de l'épidémie et à surveiller l'efficacité des efforts considérables qu'ils déploient dans les domaines de la prévention et de la prise en charge.

Le rapport annuel *Le Point sur l'épidémie de SIDA* relate les faits les plus récents sur l'épidémie de VIH/SIDA dans le monde. Agrémentée de cartes et de résumés régionaux, l'édition 2002 présente les plus récentes estimations relatives à l'ampleur et au bilan humain de l'épidémie, examine les nouvelles tendances de l'évolution de l'épidémie, et comporte une section spéciale portant sur les liens existants entre le VIH/SIDA et les crises humanitaires.

Voici certains des symptômes les plus **douloureux du VIH/SIDA**

**Je n'ai
pas le droit
de te parler**
Tu me dégoûtes

Je te faisais confiance **Comment**
Tu as amené la **as-tu pu me**
honte sur notre famille **faire ça?**

Tu n'as que ce que tu mérites

**Aidez-nous à combattre
la peur, la honte,
l'ignorance et l'injustice
partout dans le monde.**

Vivez et laissez vivre