

Le point sur l'épidémie de SIDA

Décembre 2001



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 – 2001
Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA)
Organisation mondiale de la Santé (OMS)

ONUSIDA/01.75F – WHO/CDS/CSR/NCS/2001.2
(version française, décembre 2001)
ISBN 92-9173-133-1

Version originale anglaise, UNAIDS/01.74E, décembre 2001 :
AIDS Epidemic Update December 2001
Traduction – ONUSIDA

© Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) et Organisation mondiale de la Santé (OMS) 2001. Tous droits de reproduction réservés.

Ce document, qui n'est pas une publication officielle de l'ONUSIDA ou de l'OMS, peut être librement commenté, cité, reproduit ou traduit, partiellement ou en totalité, à condition de mentionner la source. Il ne saurait cependant être vendu ni utilisé à des fins commerciales sans l'accord préalable, écrit, de l'ONUSIDA ou de l'OMS (Contacter le Centre d'Information de l'ONUSIDA.)

Les prises de position exprimées par les auteurs cités dans le document n'engagent que la responsabilité de ces auteurs.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'ONUSIDA et 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 et par l'OMS, de préférence à d'autres.

Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

ONUSIDA – 20 avenue Appia – 1211 Genève 27 – Suisse
tél. : (+41 22) 791 46 51 ; fax : (+41 22) 791 41 87
Courrier électronique : unaids@unaids.org - Internet : <http://www.unaids.org>

TABLE DES MATIERES

TABLEAU RÉCAPITULATIF DE L'ÉPIDÉMIE D'INFECTION À VIH/SIDA DANS LE MONDE, DÉCEMBRE 2001	1
VUE D'ENSEMBLE	2
Engagement intensifié	4
Au-delà de l'autosatisfaction	5
Reconquérir l'avenir	7
EUROPE ORIENTALE ET ASIE CENTRALE	10
ASIE ET PACIFIQUE	13
AFRIQUE SUBSAHARIENNE	17
LE MOYEN-ORIENT ET L'AFRIQUE DU NORD	20
PAYS NANTIS	21
AMÉRIQUE LATINE ET CARAÏBES	23
CARTES	
Estimations mondiales à fin 2001 - Adultes et enfants	26
Adultes et enfants vivant avec le VIH/SIDA - Estimations à fin 2001	27
Nombre estimatif d'adultes et d'enfants infectés par le VIH en 2001	28
Nombre estimatif de décès par SIDA chez l'adulte et l'enfant en 2001	29





TABLEAU RÉCAPITULATIF DE L'ÉPIDÉMIE D'INFECTION À VIH/SIDA DANS LE MONDE, DÉCEMBRE 2001

Nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA	Total	40 millions
	Adultes	37,2 millions
	<i>Femmes</i>	17,6 millions
	Enfants < 15 ans	2,7 millions

Nouveaux cas d'infection à VIH en 2001	Total	5 millions
	Adultes	4,3 millions
	<i>Femmes</i>	1,8 million
	Enfants < 15 ans	800 000

Décès dus au SIDA en 2001	Total	3 millions
	Adultes	2,4 millions
	<i>Femmes</i>	1,1 million
	Enfants < 15 ans	580 000

VUE D'ENSEMBLE

Vingt ans après la notification de la première manifestation clinique du syndrome d'immunodéficience acquise, le SIDA est devenu la maladie la plus dévastatrice que l'humanité ait jamais connue. Depuis le début de l'épidémie, plus de 60 millions de personnes ont été infectées par le virus. Le VIH/SIDA est maintenant la première cause de décès en Afrique subsaharienne. Dans l'ensemble du monde, il figure au quatrième rang des maladies les plus meurtrières.

A la fin de 2001, on estime que 40 millions de personnes vivent avec le VIH dans le monde. Dans de nombreuses régions du monde en développement, la majorité des nouvelles infections se produisent chez les jeunes adultes, et les jeunes femmes sont particulièrement vulnérables. Un tiers environ des personnes vivant aujourd'hui avec le VIH/SIDA ont entre 15 et 24 ans. La plupart d'entre elles ne se savent pas porteuses du virus. Des millions d'autres ne savent rien du VIH ou trop peu pour être en mesure de s'en protéger.

EUROPE ORIENTALE ET ASIE CENTRALE — LA CROISSANCE DE L'ÉPIDÉMIE Y RESTE LA PLUS RAPIDE

L'Europe orientale — et en particulier la Fédération de Russie — continue à subir l'épidémie dont la croissance est la plus rapide dans le monde et le nombre des nouvelles infections à VIH monte en flèche. En 2001, on estime que 250 000 nouvelles infections se sont produites dans cette région, portant à 1 million le nombre des personnes vivant avec le VIH. Étant donné le niveau élevé des autres infections sexuellement transmissibles et les forts taux de consommation de drogues injectables parmi les jeunes, l'épidémie semble prête à s'accroître de manière considérable.

ASIE ET PACIFIQUE — LA MARGE DE MANŒUVRE S'AMENUISE

En Asie et dans le Pacifique, on estime que 7,1 millions de personnes vivent actuellement avec le VIH/SIDA. L'épidémie a coûté la vie à 435 000 personnes dans la région en 2001. Les taux de prévalence nationaux apparemment bas dans de nombreux pays de cette région sont dangereusement trompeurs. Ils cachent des épidémies localisées dans diverses régions, y compris dans certains des pays les plus peuplés de la planète. Il existe une grave menace d'épidémies majeures et généralisées. Mais, comme l'ont montré le Cambodge et la Thaïlande, des programmes de prévention à grande échelle, mis en place rapidement, peuvent tenir l'épidémie en échec. Au Cambodge, des

efforts concertés, pilotés par un leadership politique et un engagement public déterminés, ont permis d'abaisser la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes à 2,3% à la fin de 2000, soit une baisse de près d'un tiers depuis 1997.

AFRIQUE SUBSAHARIENNE — LA CRISE S'AMPLIFIE

Le SIDA a tué 2,3 millions d'Africains en 2001. Au cours de l'année écoulée, on estime que 3,4 millions de nouvelles infections se sont produites en Afrique subsaharienne, ce qui signifie que 28,1 millions d'Africains vivent aujourd'hui avec le virus. S'ils ne disposent pas d'un traitement et d'une prise en charge appropriés, la plupart d'entre eux ne survivront pas à la décennie. Des données récentes recueillies dans des dispensaires prénatals montrent que plusieurs régions de l'Afrique australe ont maintenant rejoint le Botswana, avec des taux de prévalence chez les femmes enceintes dépassant 30%. En Afrique de l'Ouest, cinq pays au moins connaissent des épidémies graves, avec des taux de prévalence chez l'adulte supérieurs à 5%. Cependant la prévalence du VIH chez les adultes en Ouganda continue de baisser, et il y a lieu de penser que la prévalence chez les jeunes (en particulier les femmes) est en baisse dans certaines parties du continent.

LE MOYEN-ORIENT ET L'AFRIQUE DU NORD — PROGRESSION LENTE MAIS MARQUÉE

Au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, le nombre total des personnes vivant avec le VIH

Statistiques et caractéristiques de l'épidémie de VIH/SIDA par région, fin 2001

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	28,1 millions	3,4 millions	8,4%	55%	Hétéro
Afrique du Nord et Moyen-Orient	fin années 80	440 000	80 000	0,2%	40%	Hétéro, ID
Asie du Sud et du Sud-Est	fin années 80	6,1 millions	800 000	0,6%	35%	Hétéro, ID
Asie de l'Est et Pacifique	fin années 80	1 million	270 000	0,1%	20%	ID, Hétéro, Homo
Amérique latine	fin années 70 début années 80	1,4 million	130 000	0,5%	30%	Homo, ID, Hétéro
Caraïbes	fin années 70 début années 80	420 000	60 000	2,2%	50%	Hétéro, Homo
Europe orientale et Asie centrale	début années 90	1 million	250 000	0,5%	20%	ID
Europe occidentale	fin années 70 début années 80	560 000	30 000	0,3%	25%	Homo, ID
Amérique du Nord	fin années 70 début années 80	940 000	45 000	0,6%	20%	Homo, ID, Hétéro
Australie et Nouvelle-Zélande	fin années 70 début années 80	15 000	500	0,1%	10%	Homo
TOTAL		40 millions	5 millions	1,2%	48%	

* Proportion d'adultes (âgés de 15 à 49 ans) vivant avec le VIH/SIDA en 2001, d'après les statistiques démographiques de 2001.

[#] Hétéro : transmission hétérosexuelle; homo : transmission entre hommes homosexuels; ID : transmission par l'injection de drogue.

est de 440 000. La progression de l'épidémie est la plus marquée dans des pays (tels que Djibouti, la Somalie et le Soudan) qui connaissent déjà des urgences complexes. Si la prévalence du VIH reste faible dans la plupart des pays de la région, un nombre croissant d'infections à VIH est relevé dans plusieurs pays, notamment la République islamique d'Iran, la Jamahiriya arabe libyenne et le Pakistan.

PAYS NANTIS — MENACE D'UNE RÉAPPARITION DE L'ÉPIDÉMIE

Une épidémie de plus grande ampleur menace aussi de se produire dans les pays riches où plus de 75 000 personnes ont été infectées par le VIH en 2001, ce qui porte à 1,5 million le

nombre total des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Les récentes améliorations réalisées dans le traitement et la prise en charge dans ces pays ne sont pas systématiquement accompagnées de progrès équivalents dans le domaine de la prévention. En Amérique du Nord, dans certaines parties d'Europe et d'Australie, de nouvelles données font état d'une augmentation des taux d'infection à VIH. Les rapports sexuels non protégés, qui se traduisent par des flambées d'infections sexuellement transmissibles, ainsi que la consommation de drogues injectables qui est très répandue, sont le moteur de ces épidémies qui, parallèlement, se déplacent toujours davantage vers les communautés défavorisées.

AMÉRIQUE LATINE ET CARAÏBES — DIVERSITÉ DES ÉPIDÉMIES

On estime à 1,8 million le nombre d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH en Amérique latine et aux Caraïbes — région qui connaît des épidémies très diverses. Les Caraïbes, où la prévalence moyenne du VIH chez l'adulte est d'environ 2%, sont la deuxième région du monde la plus touchée. Mais des taux de prévalence du VIH relativement faibles au niveau national dans la plupart des pays d'Amérique du Sud et d'Amérique centrale masquent le fait que l'épidémie est déjà solidement implantée dans des groupes particuliers de la population. Ces pays pourraient éviter des épidémies plus importantes en intensifiant dès maintenant leur riposte.

ENGAGEMENT INTENSIFIÉ

Des efforts plus importants et plus efficaces en matière de prévention, de traitement et de prise en charge doivent être déployés. L'année 2001 a connu une intensification sans précédent de cette détermination à l'action.

La Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA en juin 2001 a été un moment historique, avec la mise en place d'un cadre de responsabilité nationale et internationale dans la lutte contre l'épidémie. Chaque gouvernement s'est engagé à réaliser une série d'objectifs de base concernant la prévention, la prise en charge, le soutien et le traitement, l'atténuation de l'impact et les enfants rendus orphelins et vulnérables à cause du VIH/SIDA, dans le cadre d'une riposte globale au SIDA. Parmi ces objectifs, on peut noter :

- Réduire l'infection à VIH parmi les jeunes de 15 à 24 ans, de 25% d'ici à 2005 dans les pays les plus touchés et de 25% à l'échelle mondiale d'ici à 2010 ;
- D'ici à 2005, réduire de 20%, et d'ici à 2010, de 50%, la proportion de nourrissons infectés par le VIH ;
- D'ici à 2003, mettre au point des stratégies nationales, afin de renforcer les systèmes de soins de santé et de s'attaquer aux

facteurs affectant la fourniture de médicaments contre le VIH, notamment leur accessibilité et leur prix. S'efforcer également, à titre prioritaire, d'assurer le niveau de traitement du VIH/SIDA le plus élevé possible, y compris les thérapies antirétrovirales, de manière judicieuse et sous supervision, afin de réduire le risque de résistance ;

- Elaborer, d'ici à 2003, et mettre en œuvre, d'ici à 2005, des stratégies nationales visant à assurer un environnement favorable aux orphelins et aux enfants infectés et affectés par le VIH/SIDA ;
- D'ici à 2003, établir des stratégies visant à commencer à examiner les facteurs qui rendent les individus particulièrement vulnérables à l'infection à VIH, notamment le sous-développement, l'insécurité économique, la pauvreté, la marginalisation des femmes, l'absence d'éducation, l'exclusion sociale, l'analphabétisme, la discrimination, le manque d'information et/ou d'articles permettant de se protéger, et tous les types d'exploitation sexuelle des femmes, des filles et des garçons ;
- D'ici à 2003, établir des stratégies multisectorielles pour lutter contre les effets de l'épidémie de VIH/SIDA aux niveaux individuel, familial, communautaire et national.

De plus en plus, d'autres parties prenantes, y compris des organisations non gouvernementales et des entreprises privées partout dans le monde, affirment leur détermination à accroître ces efforts. De nouvelles ressources sont réunies pour amener les fonds aux niveaux nécessaires, estimés par l'ONUSIDA à 7-10 milliards de dollars par année dans les pays à faible et moyen revenus. Le fonds mondial, dont la création a été demandée par le Secrétaire général des Nations Unies, Kofi Annan, a réuni des promesses de contributions pour un montant de 1,5 milliard. En outre, la Banque mondiale prévoit de nouveaux prêts importants en 2002 et 2003 dans le domaine du VIH/SIDA, équivalant à plus de 400 millions de dollars par année. Parallèlement, un nombre accru de pays

augmentent leurs allocations budgétaires nationales en faveur de la lutte contre le SIDA. Plusieurs des 'pays les moins avancés' ont bénéficié, ou bénéficieront sous peu, d'un allègement de la dette susceptible de les aider à accroître leurs dépenses dans le domaine du VIH/SIDA.

Un nombre croissant d'entreprises privées intensifient également leurs efforts. Pour guider certaines de leurs interventions, un nouveau code international de conduite sur le SIDA et le lieu de travail a été élaboré et ratifié dans le courant de l'année par les membres de l'Organisation internationale du Travail (nouveau et huitième Coparrainant de l'ONUSIDA).

Il s'agira maintenant de s'appuyer sur cet engagement renouvelé et de le traduire en actions durables, tant dans les pays et régions déjà fortement touchés que dans ceux où l'épidémie a commencé plus tard mais prend aujourd'hui de l'ampleur.

AU-DELÀ DE L'AUTOSATISFACTION

La diversité de la progression du VIH dans le monde est saisissante. Mais dans de nombreuses régions, l'épidémie de VIH/SIDA n'en est encore qu'à ses débuts. Si 16 pays d'Afrique subsaharienne ont annoncé une prévalence globale du VIH chez l'adulte supérieure à 10% à la fin de 1999, il restait dans le monde 119 pays dans lesquels la prévalence du VIH chez l'adulte était inférieure à 1%.

Néanmoins, des taux nationaux de prévalence peu élevés peuvent être trompeurs. Il arrive souvent qu'ils cachent des épidémies graves, qui sont, dans un premier temps, limitées à certaines localités ou groupes particuliers de la population, mais qui menacent de se répandre dans la population générale.

La prévalence pour l'ensemble du pays au Myanmar, par exemple, a été notifiée à 2%. Pourtant, des taux nationaux de VIH atteignant 60% ont été observés parmi les consommateurs de drogues injectables et près de 40% parmi les professionnel(le)s du sexe. De plus, dans les grands pays très peuplés comme la Chine, l'Inde et l'Indonésie (où des provinces ou des états comptent souvent davantage d'habitants que la

plupart des pays), la notion de prévalence nationale n'a plus guère de sens. Les états indiens du Maharashtra, de l'Andhra Pradesh et du Tamil Nadu (qui comptent chacun au moins 55 millions d'habitants) ont enregistré des taux de prévalence du VIH supérieurs à 2% parmi les femmes enceintes dans un ou deux sites sentinelles et supérieurs à 10% parmi les patients atteints d'infections sexuellement transmissibles — taux nettement supérieurs à la moyenne nationale, qui est inférieure à 1%. En l'absence d'actions énergiques de prévention, le risque d'une propagation accrue du VIH est considérable. Même des taux de prévalence du VIH aussi faibles que 1% ou 2% en Asie et dans le Pacifique (qui abritent environ 60% de la population mondiale) entraîneraient une montée en flèche du nombre des personnes vivant avec le VIH/SIDA.

Tous les pays, à un moment ou un autre de l'évolution de leur épidémie, ont été des pays à faible prévalence. En 1990, la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes en consultations prénatales en Afrique du Sud était inférieure à 1% (près d'une décennie après le premier diagnostic de VIH dans ce pays en 1982). Pourtant, dix ans plus tard, le pays connaissait une épidémie dont la croissance était la plus rapide du monde, avec une prévalence parmi les femmes enceintes de 24,5% à la fin de 2000.

Les situations de faible prévalence présentent des difficultés particulières. Mais elles sont aussi l'occasion d'éviter de nombreuses infections dans l'avenir. Aujourd'hui, nous pouvons observer l'émergence rapide d'épidémies dans plusieurs pays qui jusqu'ici avaient enregistré de faibles taux d'infection à VIH — preuve qu'une épidémie peut surgir rapidement et de manière imprévue et qu'aucune société n'est à l'abri. En Indonésie, où les taux notifiés d'infection étaient, récemment encore, négligeables (même dans certains groupes à haut risque), des données récentes indiquent une augmentation saisissante des taux d'infection à VIH. La prévalence s'est considérablement accrue parmi les professionnelles du sexe dans trois villes situées à des extrémités opposées de l'archipel indonésien, des augmentations analogues se produisant également dans d'autres sites. Parmi les femmes travaillant dans les salons de massage de la capitale, Djakarta, la prévalence

du VIH atteignait 18% en 2000. Les données concernant les donneurs de sang montrent aujourd'hui une prévalence du VIH décuplée depuis 1998 (voir Figure 1). Ailleurs, des épidémies implantées depuis plus longtemps pourraient être sur le point de s'élargir très rapidement. Le Népal et le Viet Nam, par exemple, ont enregistré des augmentations marquées de l'infection à VIH au cours des dernières années, alors qu'en Chine — qui abrite un cinquième de la population mondiale — le virus semble s'introduire dans de nouveaux groupes de la population.

Dans d'autres régions du monde aussi, il ne reste guère de temps pour éviter des épidémies de SIDA beaucoup plus importantes. En Fédération de Russie par exemple, 523 infections à VIH seulement avaient été diagnostiquées en 1991. Dix ans plus tard, ce chiffre avait grimpé à plus de 129 000. Dans un pays où la consommation de drogues injectables parmi les jeunes est très répandue (et où l'on observe des taux élevés d'infections sexuellement transmissibles dans la population générale), il faut agir de toute urgence pour éviter un nombre encore plus grand de nouvelles infections.

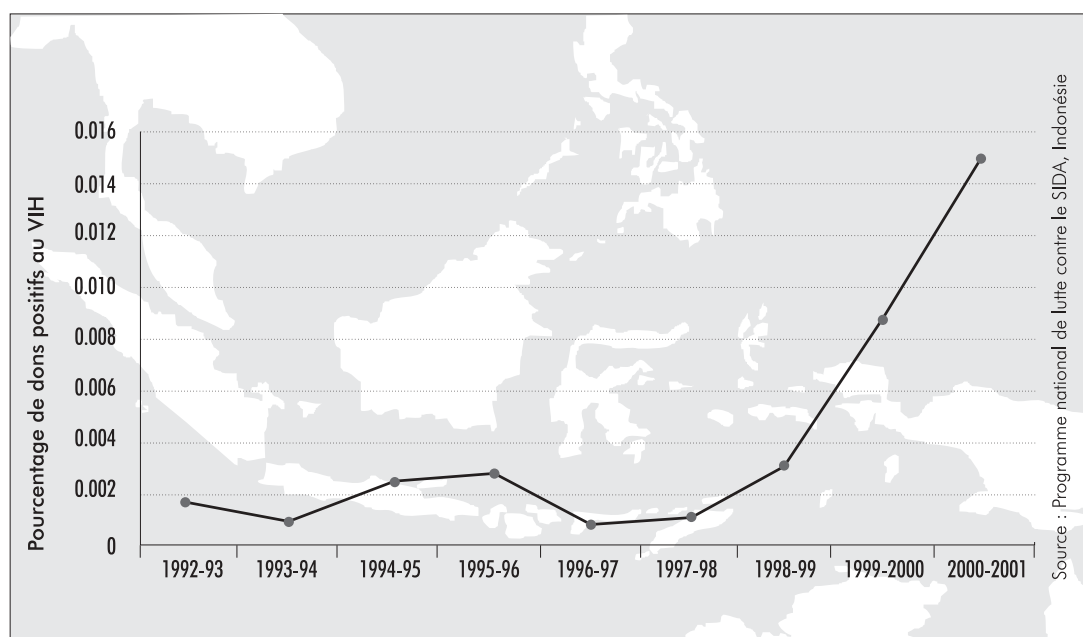
PRÉVENTION RAPIDE ET CIBLÉE

Les pays dont les niveaux d'infection à VIH sont encore bas devraient éviter la possibilité d'une propagation de l'épidémie, plutôt que de se réjouir des taux actuels d'infection. La clé du succès dans les situations à faible prévalence dans lesquelles le VIH ne constitue pas encore un risque pour la population générale est de permettre aux groupes les plus vulnérables d'adopter des comportements sexuels et des pratiques d'injection à moindre risque, d'interrompre la propagation du virus dans ces groupes et entre eux et de gagner du temps pour renforcer la capacité de la population générale à se protéger du virus.

Pour cela, il faut tout d'abord définir dans quels groupes de la population le risque d'infection est le plus important puis il faut rallier les volontés politiques nécessaires pour les protéger de l'épidémie. Dans le même temps, il est crucial de désamorcer la stigmatisation et les reproches si souvent associés aux groupes vulnérables et d'améliorer les connaissances et la compréhension de l'épidémie dans le grand public.

Les jeunes constituent une priorité à cet

Figure 1. Prévalence du VIH dans les dons de sang en Indonésie, 1992-2001



égard. Vingt ans après le début de l'épidémie, des millions de jeunes ne savent pas grand-chose, ou même rien, du VIH/SIDA. Selon l'UNICEF, plus de 50% des jeunes (entre 15 et 24 ans) dans plus d'une douzaine de pays comprenant la Bolivie, le Botswana, la Côte d'Ivoire, l'Ouzbékistan, la République dominicaine, l'Ukraine et le Viet Nam, n'ont jamais entendu parler du SIDA ou entretiennent de dangereuses idées fausses concernant la transmission du VIH. Fournir aux jeunes des informations franches et les compétences nécessaires est une condition préalable au succès de toute riposte au SIDA.

RECONQUÉRIR L'AVENIR

L'impact de l'épidémie de SIDA se ressent de manière croissante dans de nombreux pays de par le monde. L'Afrique australe continue d'être la région la plus touchée, avec des taux de prévalence chez l'adulte qui sont toujours à la hausse. Mais ailleurs aussi, dans des pays déjà accablés par des problèmes socio-économiques énormes, le SIDA menace le bien-être, le développement et la stabilité sociale à une échelle sans précédent.

L'épidémie de SIDA a un profond impact sur la croissance, les revenus et la pauvreté. On estime que la croissance annuelle par habitant de la moitié des pays d'Afrique subsaharienne baisse de 0,5% à 1,2% à cause du SIDA. D'ici à 2010, le PIB par habitant dans certains des pays les plus touchés pourrait chuter de 8% et la consommation par habitant tomber plus bas encore. Des calculs montrent que les pays très affectés pourraient perdre plus de 20% de leur PIB d'ici à 2020. Des entreprises dans tous les domaines sont confrontées à des coûts accrus de formation, d'assurance, d'allocations, d'absentéisme et de maladie. Une enquête conduite dans 15 entreprises en Ethiopie a montré que, sur cinq ans, 53% de toutes les maladies parmi le personnel étaient liées au SIDA.

CYCLES DÉVASTATEURS

Indice des injustices sociales et économiques existantes, l'épidémie entraîne un cycle impitoyable d'appauvrissement. Des individus de toutes les classes de revenus sont vulnérables à l'impact économique du VIH/SIDA, mais les pauvres sont ceux qui souffrent le plus.

Un quart des ménages du Botswana, où la prévalence du VIH parmi les adultes est supérieure à 35%, peuvent s'attendre à perdre leur soutien économique au cours des 10 prochaines années. On prévoit une augmentation rapide du nombre des familles très pauvres et indigentes. Le revenu des ménages par habitant dans le quart le plus pauvre des familles pourrait chuter de 13%, et chaque personne salariée dans cette catégorie peut s'attendre à devoir s'occuper de quatre personnes à charge supplémentaires en raison du VIH/SIDA.

En Afrique subsaharienne, trois quarts de la population du continent doivent survivre avec moins de 2 dollars par jour du fait des difficultés économiques des deux dernières décennies. L'épidémie aggrave cette situation dramatique. Généralement, cette majorité appauvrie n'a guère accès aux services sociaux et sanitaires, en particulier dans les pays qui ont réduit les services publics et où les services privatisés sont hors de sa portée.

Dans les régions les plus touchées, les ménages font face en réduisant leur consommation alimentaire et les autres dépenses de base et ont tendance à vendre leurs biens pour couvrir les coûts des soins et des funérailles. Des études conduites au Rwanda ont montré que les ménages abritant un malade du SIDA dépensent chaque année en moyenne 20 fois plus pour les soins de santé que les ménages qui ne comptent pas de malade du SIDA. Un tiers seulement de ces familles peuvent supporter ces coûts supplémentaires.

Selon un nouveau rapport de l'Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture (FAO), 7 millions de travailleurs agricoles sont morts de causes liées au SIDA depuis 1985 et 16 millions de plus pourraient mourir dans les 20 prochaines années. La production agricole — en particulier les produits de base — ne pourra être maintenue dans de telles circonstances. Les risques de pénuries alimentaires et de famine à grande échelle sont réels. On estime que quelque 20% des familles dans les campagnes du Burkina Faso ont réduit leur travail agricole ou même quitté leurs fermes à cause du SIDA. Les ménages ruraux en Thaïlande voient leur production agricole diminuer de moitié. Dans 15% de ces cas, les enfants sont retirés de l'école pour prendre soin des membres de la famille qui sont

malades et pour regagner les revenus perdus. Presque partout, le fardeau supplémentaire des soins et du travail tombe sur les femmes, en particulier les jeunes et les femmes âgées.

Les familles retirent souvent les filles de l'école pour qu'elles s'occupent des parents malades ou assument d'autres responsabilités familiales, ce qui compromet l'éducation et les perspectives d'avenir de ces jeunes filles. Au Swaziland, l'inscription à l'école a chuté de 36% en raison du SIDA, et les filles sont les plus concernées. Il est essentiel de permettre aux jeunes et en particulier aux filles de suivre l'école et, si possible, d'achever leur éducation. Les systèmes d'éducation primaire universelle et gratuite de l'Afrique du Sud et du Malawi montrent l'exemple. Les programmes qui offrent aux filles une deuxième chance de suivre l'école constituent une autre option possible.

MENACES POUR LE DÉVELOPPEMENT ET LA STABILITÉ

En attendant, l'épidémie tue en grands nombres des enseignants, des médecins, des animateurs et d'autres ressources humaines. Dans certains pays, les systèmes de soins de santé perdent jusqu'à un quart de leur personnel à cause de l'épidémie. Au Malawi et en Zambie, par exemple, la multiplication par cinq et même six des taux de morbidité et de mortalité parmi les agents de santé ont réduit le personnel, accroissant le niveau du stress et la charge de travail des employés restants.

Les enseignants et les étudiants meurent ou quittent l'école, ce qui réduit la qualité comme l'efficacité des systèmes d'enseignement. En 1999 seulement, on estime que 860 000 enfants ont perdu leurs enseignants à cause du SIDA en Afrique subsaharienne. En République centrafricaine, le SIDA a entraîné 85% des 300 décès d'enseignants qui se sont produits en 2000. A la fin des années 1990 déjà, ce phénomène avait entraîné la fermeture de plus de 100 établissements scolaires dans ce pays. Au Guatemala, des études ont montré que plus d'un tiers des enfants rendus orphelins par le VIH/SIDA quittent l'école. En Zambie, les décès dus au SIDA parmi les enseignants correspondent à la moitié environ du nombre total des nouveaux

enseignants que le pays parvient à former chaque année.

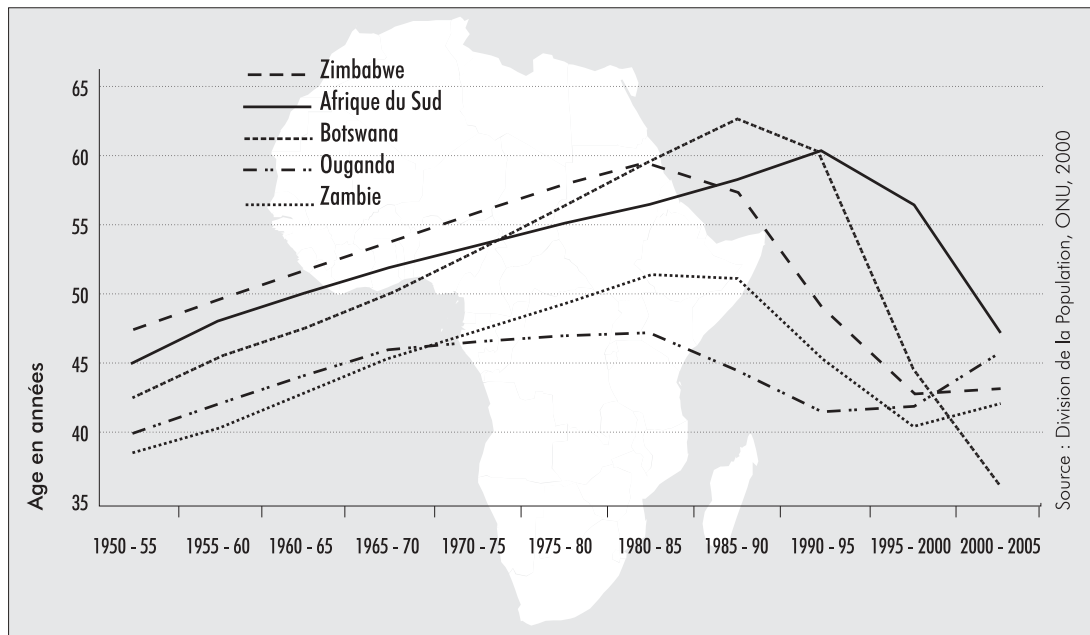
Le remplacement de professionnels qualifiés constitue une priorité absolue, en particulier dans les pays à faible revenu, où les pouvoirs publics dépendent fortement d'un nombre réduit de responsables et de gestionnaires pour l'administration publique et les services sociaux fondamentaux. Dans les pays fortement touchés, la perte de ces personnels réduit la capacité, tout en augmentant les coûts du recrutement, de la formation, des allocations et du remplacement. Une riposte efficace au SIDA exige que les services publics essentiels, tels que l'enseignement, la santé, la sécurité, la justice et les institutions démocratiques, soient maintenus. Chaque secteur doit tenir compte du VIH/SIDA dans ses propres plans de développement et introduire des mesures susceptibles de soutenir les fonctions du secteur public. Parmi ces mesures, on peut noter la formation rapide, ainsi que le recrutement de fonctionnaires clés et la redistribution des budgets vers les services les plus essentiels.

Les pays qui examinent des moyens novateurs pour maintenir et reconstruire leur capacité à gouverner seront mieux préparés à contenir l'épidémie. Les modifications de la législation du travail et des lois sociales qui améliorent les droits de la personne, des moyens plus efficaces et plus équitables de fournir les services sociaux, ainsi que des programmes élargis qui profitent à ceux qui sont les plus touchés par l'épidémie (et en particulier les femmes et les orphelins) sont également très utiles.

FAIRE FACE À LA CRISE

Dans les pays les plus touchés, de fortes baisses de l'espérance de vie commencent à se produire, notamment en Afrique subsaharienne, où quatre pays (Botswana, Malawi, Mozambique et Swaziland) ont maintenant une espérance de vie inférieure à 40 ans. Si le VIH/SIDA n'existait pas, l'espérance de vie moyenne en Afrique subsaharienne serait d'environ 62 ans ; au lieu de cela, elle est d'environ 47 ans. En Afrique du Sud, on estime que l'espérance de vie n'est plus que de 47 ans au lieu de 66 sans le SIDA (voir Figure 2). En Haïti, elle est tombée à 53 ans (par rapport à 59 ans). Le nombre d'enfants

Figure 2. Evolution de l'espérance de vie dans certains pays africains à forte prévalence du VIH, 1950-2005



africains qui, à la fin de 2000, avaient perdu leur mère ou leurs deux parents — 12,1 millions — devrait plus que doubler au cours de la prochaine décennie. Ces orphelins sont particulièrement vulnérables à l'épidémie ainsi qu'à l'appauvrissement et à la précarité qui l'accompagne.

Avec l'accroissement du nombre des nourrissons nés positifs au VIH dans les pays fortement touchés, les taux de mortalité infantile sont également en hausse. Aux Bahamas, on estime que 60% environ des décès chez les enfants de moins de 5 ans sont dus au SIDA, alors qu'au Zimbabwe, cette proportion est de 70%.

L'inégalité d'accès à des traitements abordables et à des services de santé adéquats constitue l'un des principaux facteurs expliquant les différences considérables dans les taux de survie des personnes vivant avec le VIH/SIDA dans les pays et communautés riches et pauvres. La pression populaire et les engagements pris sous les auspices des Nations Unies avec les compagnies pharmaceutiques (par le biais de l'Initiative Accélérer l'Accès), ainsi que la concurrence des fabricants de médicaments génériques, ont contribué à réduire les prix des

médicaments antirétroviraux. Mais ces prix demeurent beaucoup trop élevés pour les budgets du secteur public dans les pays à faible revenu où, de plus, les infrastructures sanitaires sont trop fragiles pour distribuer aux millions de personnes qui en ont besoin des traitements indispensables.

Appuyés par un fort mouvement social, les pouvoirs publics du Brésil ont montré que ces obstacles ne sont pas infranchissables et que l'utilisation de médicaments moins coûteux peut être un élément important d'une riposte efficace. Tout comme le Brésil, des pays comme l'Argentine et l'Uruguay garantissent également des antirétroviraux gratuits aux malades du SIDA. En Afrique, plusieurs gouvernements lancent des programmes visant à fournir des médicaments analogues par l'intermédiaire de leurs systèmes de santé publique, dans un premier temps, à une échelle limitée.

Dans tous ces cas pourtant, franchir l'obstacle des prix est essentiel, mais n'est pas suffisant. Il est aussi indispensable de disposer de systèmes de santé fonctionnels et financièrement abordables. Un soutien international massif est nécessaire pour aider les pays à résoudre ce problème.

EUROPE ORIENTALE ET ASIE CENTRALE

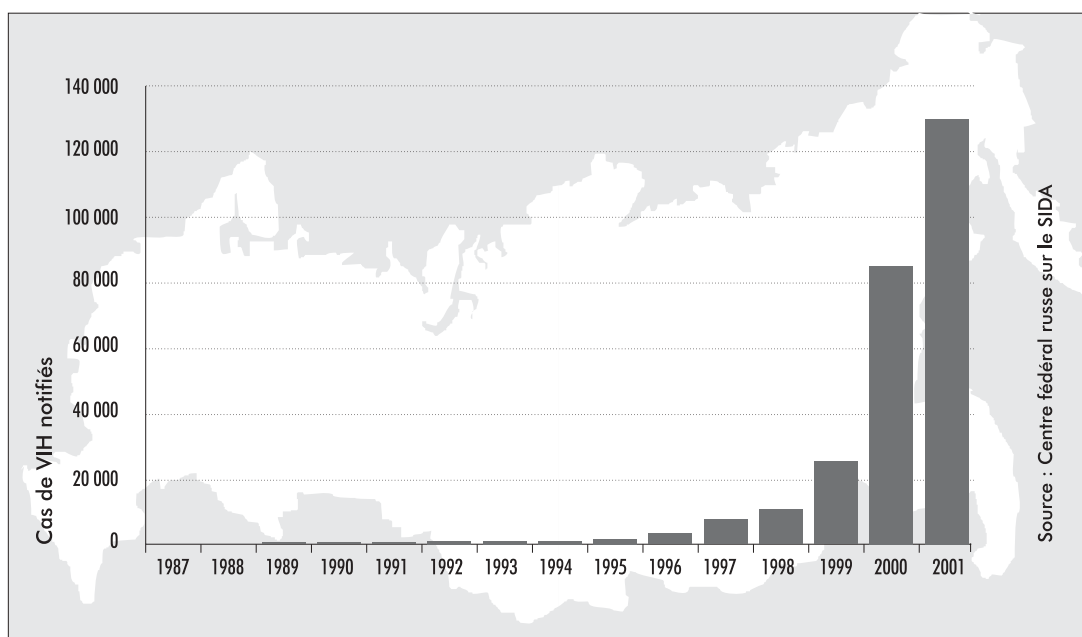
L'incidence du VIH augmente plus rapidement dans cette région que dans n'importe quelle autre partie du monde. On estime à 250 000 le nombre des nouvelles infections en 2001, ce qui porte à 1 million le nombre des personnes vivant avec le VIH.

En Fédération de Russie, l'augmentation stupéfiante des infections à VIH au cours des dernières années se poursuit, les nouveaux diagnostics notifiés doublant chaque année depuis 1998. En 2001, plus de 40 000 nouveaux cas de diagnostics positifs au VIH ont été annoncés au cours des six premiers mois. Le nombre total des infections à VIH notifiées depuis le début de l'épidémie se montait à plus de 129 000 en juillet 2001 — par rapport à 10 993 cas notifiés à la fin de 1998 (voir Figure 3). On estime que le nombre réel des personnes vivant actuellement avec le VIH en Fédération de Russie est plusieurs fois supérieur aux chiffres notifiés.

Le taux de prévalence du VIH chez l'adulte en Ukraine — 1% — est le plus élevé de la région. Si la consommation de drogues injectables est actuellement responsable des trois quarts des infections à VIH en Ukraine, la proportion des infections à VIH sexuellement transmises est en hausse. En Estonie, les infections à VIH notifiées ont passé de 12 en 1999 à 1112 dans les neuf premiers mois de 2001. Des flambées de VIH liées à la consommation de drogues injectables sont également annoncées par plusieurs républiques d'Asie centrale, notamment le Kazakhstan et, plus récemment, le Kirghizistan, le Tadjikistan et l'Ouzbékistan.

Si l'on considère les données actuelles, la menace d'une épidémie beaucoup plus importante et plus généralisée est réelle. Cependant l'épidémie est encore à un stade précoce dans la région et des efforts de prévention massifs permettraient de réduire et

Figure 3. Nombre cumulé des cas de VIH notifiés en Fédération de Russie, 1987-2000 (en juin 2001)



sa portée et son ampleur. De tels efforts impliquent une riposte globale visant à réduire les comportements sexuels et les pratiques d'injection à risque parmi les jeunes, et à s'attaquer aux facteurs socio-économiques et autres qui favorisent la propagation du virus.

En Fédération de Russie ainsi que dans d'autres parties de l'ex-Union soviétique, la vaste majorité des infections à VIH notifiées sont associées à la consommation de drogues injectables, qui est devenue exceptionnellement courante parmi les jeunes, en particulier les jeunes hommes. On estime à 1% de la population de ces pays la proportion de consommateurs de drogues injectables. Etant donné l'importance du risque de transmission par l'utilisation commune des seringues, le fait que les jeunes sont également sexuellement actifs et les niveaux élevés d'infections sexuellement transmissibles dans la population générale, une épidémie colossale pourrait être imminente. En outre, le rapport homme:femme dans les cas de VIH récemment détectés s'est réduit de 4:1 à 2:1, signalant que les jeunes femmes sont de plus en plus exposées au risque d'infection à VIH.

Plusieurs facteurs créent un milieu fertile pour l'épidémie : un chômage massif et l'insécurité économique ont envahi une bonne partie de la région ; les normes sociales et culturelles sont de plus en plus libéralisées ; et les services de santé publique se désintègrent progressivement.

Les taux notifiés des autres infections sexuellement transmissibles sont très élevés et aggravent les risques de transmission du VIH par les rapports sexuels non protégés. L'incidence de la syphilis (nombre notifié des infections au cours d'une année donnée) en Fédération de Russie en 2000 était de 157 pour 100 000 personnes, par rapport à 4,2 pour 100 000 en 1987. Des tendances générales analogues sont observées dans les Etats baltes, au Bélarus, dans les républiques d'Asie centrale, en République de Moldova et en Ukraine.

Un nombre sans précédent de jeunes ne terminent pas leur scolarité secondaire. Etant donné que les emplois sont rares, nombreux sont ceux qui risquent de rejoindre des populations vulnérables, de se tourner vers la consommation de drogues injectables et le commerce du sexe

(régulier ou occasionnel). Parmi les jeunes de la Fédération de Russie par exemple, la consommation de drogues est presque trois fois plus élevée aujourd'hui qu'il y a cinq ans. La consommation de drogues devient progressivement une pratique courante dans les écoles secondaires de nombreuses villes. L'utilisation commune des seringues est courante parmi les consommateurs de drogues injectables et elle est une cause fréquente de transmission du VIH. Des enquêtes conduites dans quelques villes de la Fédération de Russie montrent que la plupart des professionnel(le)s du sexe ont entre 17 et 23 ans et que l'utilisation du préservatif dans le commerce du sexe est, au mieux, irrégulière.

Le risque d'infection à VIH est élevé parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, car les partenaires multiples et les rapports sexuels non protégés sont très courants. Si les lois punissant d'emprisonnement les activités homosexuelles ont été rayées des textes de loi en Fédération de Russie et dans la plupart des autres pays (mais pas tous) de l'ex-Union soviétique, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sont encore soumis à une forte stigmatisation sociale. Il n'existe actuellement que peu d'exemples d'activités de prévention du VIH à l'intention de ce groupe.

Dans le sud-est de l'Europe, les taux d'infections sexuellement transmissibles et la consommation de drogues injectables sont également en hausse, bien qu'ils soient encore à des niveaux bien inférieurs à ceux du reste de la région. Le trafic de drogues, ainsi que les conséquences économiques et psychologiques des récents conflits, augmentent la probabilité de l'apparition d'épidémies de VIH dans cette région.

En Europe centrale, on peut afficher un optimisme modéré. Il existe actuellement peu de signes d'une augmentation potentielle des infections à VIH. En mettant en place une riposte nationale énergique, le Gouvernement polonais est parvenu à réduire l'épidémie parmi les consommateurs de drogues injectables et à éviter qu'elle ne prenne pied dans la population générale. La prévalence reste faible dans des pays comme la Hongrie, la République tchèque et la Slovaquie, où des programmes nationaux de lutte contre le VIH/SIDA bien conçus sont en cours.

Plus de 150 projets de prévention du VIH/SIDA parmi les consommateurs de drogues injectables ont été mis en place dans la région au cours des cinq dernières années, ainsi que des projets ciblant d'autres populations vulnérables, telles que les détenus, les professionnel(le)s du sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Si ces projets ne sont comparativement pas très nombreux, plusieurs d'entre eux jettent les bases d'un effort de prévention élargi.

Dans le même temps, l'engagement politique dans la région semble aller croissant. A la suite de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA, les pays de la Communauté des nouveaux Etats indépendants élaborent une déclaration spéciale sur l'épidémie et préparent un plan de travail régional destiné à piloter une riposte coordonnée. Dans des pays tels que la Bulgarie, la Fédération de Russie, la Roumanie et l'Ukraine, les budgets des programmes nationaux sur le SIDA se sont accrus de manière substantielle. Les partenariats solides qui ont été forgés entre le gouvernement, le secteur privé et les organisations non gouvernementales en Ukraine constituent un exemple positif pour l'ensemble de la région. En juin 2001, le Président de l'Ukraine a déclaré 2002 'Année de lutte contre le SIDA'.

Des efforts de prévention vigoureux sont nécessaires pour donner aux jeunes les connaissances et les services (p. ex. information sur le VIH/SIDA, promotion du préservatif, formation aux compétences essentielles) dont ils ont besoin pour se protéger du virus. Sachant que les jeunes (et en particulier les femmes) portent l'essentiel du fardeau de la transition économique dans la région, il est également indispensable de créer des programmes socio-économiques susceptibles de réduire la vulnérabilité des jeunes, hommes et femmes.

Il faut prendre des mesures spéciales pour intégrer l'éducation en matière de compétences sur le VIH dans les programmes scolaires et élargir l'éducation par les pairs aux jeunes vulnérables, qui se trouvent dans des institutions ou ont quitté l'école et se retrouvent sans emploi. Des efforts beaucoup plus complets sont nécessaires pour s'attaquer aux problèmes complexes liés au VIH et à la consommation de drogues injectables parmi les jeunes.

ASIE ET PACIFIQUE

Le VIH/SIDA a fait son apparition assez tardivement en Asie. Jusqu'à la fin des années 1980, aucun pays de la région n'avait connu d'épidémie à grande échelle et, en 1999, seuls le Cambodge, le Myanmar et la Thaïlande avaient documenté des épidémies importantes. Actuellement, cette situation évolue rapidement. En 2001, 1,07 million d'adultes et d'enfants ont été infectés par le VIH en Asie et dans le Pacifique, ce qui porte à 7,1 millions le nombre total des personnes vivant avec le VIH/SIDA dans cette région. Les augmentations marquées observées dans certains des pays les plus peuplés du monde sont particulièrement préoccupantes.

Les données de surveillance portant sur l'énorme population de la Chine sont incomplètes, mais le ministère de la santé du pays estime que 600 000 Chinois environ vivaient avec le VIH/SIDA en 2000. Etant donné les augmentations récemment observées dans les infections à VIH notifiées et les taux d'infection dans de nombreux sous-groupes de la population dans plusieurs parties du pays, il se pourrait bien que le nombre total des personnes vivant avec le VIH/SIDA en Chine dépasse 1 million à la fin de 2001. Les infections à VIH notifiées ont augmenté de 67,4% dans les six mois premiers mois de 2001 par rapport à l'année précédente, selon le ministère chinois de la santé. Des données de plus en plus nombreuses font état de graves épidémies dans la province de Henan en Chine centrale, où plusieurs dizaines de milliers (et peut-être davantage) de villageois ont été contaminés depuis le début des années 1990 en vendant leur sang dans des centres de collecte qui n'appliquaient pas les méthodes de sécurité essentielles relatives aux dons de sang.

On sait que les niveaux de VIH dans des groupes particuliers sont à la hausse dans plusieurs autres régions. En 2001, sept provinces chinoises ont connu de graves épidémies locales, avec des taux de prévalence supérieurs à 70% parmi les consommateurs de drogues injectables

dans plusieurs régions, par exemple la préfecture de Yili dans le Xinjiang et le comté de Ruili dans le Yunnan. Neuf autres provinces sont peut-être au seuil d'épidémies de VIH parmi les consommateurs de drogues injectables en raison des hauts niveaux d'utilisation commune des seringues. On note aussi des signes d'épidémies de VIH transmises par la voie hétérosexuelle dans trois provinces au moins (Yunnan, Guangxi et Guangdong), avec des taux de VIH atteignant 4,6% au Yunnan (par rapport à 1,6% en 1999) et de 10,7% au Guangxi (par rapport à 6%) dans des populations sentinelles de professionnel(le)s du sexe en 2000.

L'Inde vaste et peuplée est confrontée à des difficultés analogues. A la fin de 2000, le taux national de prévalence du VIH chez l'adulte était inférieur à 1%, et pourtant on estimait à 3,86 millions le nombre des Indiens vivant avec le VIH/SIDA — chiffre supérieur à ceux de tous les autres pays à l'exception de l'Afrique du Sud. En fait, la médiane de la prévalence du VIH parmi les femmes en consultations prénatales était supérieure à 2% dans l'Andhra Pradesh et supérieure à 1% dans cinq autres états (Karnataka, Maharashtra, Manipur, Nagaland et Tamil Nadu) et dans plusieurs grandes villes (y compris Bangalore, Chennai, Hyderabad et Mumbai). L'épidémie en Inde montre aussi une diversité saisissante entre les différents états et au sein même des états.

L'Indonésie, quatrième pays le plus peuplé du monde, offre un exemple de l'apparition soudaine d'une épidémie de VIH/SIDA. Après plus d'une décennie de taux de VIH négligeables, le pays connaît aujourd'hui une augmentation rapide des taux d'infection parmi les consommateurs de drogues injectables et les professionnel(le)s du sexe dans certaines régions, ainsi qu'une augmentation exponentielle des infections parmi les donneurs de sang (indication de la propagation du VIH dans la population générale). L'infection à VIH parmi les

consommateurs de drogues injectables n'a pas semblé mériter d'être mesurée jusqu'à 1999/2000, alors qu'elle avait déjà atteint 15%. En une année de plus, 40% des consommateurs de drogues injectables en traitement à Djakarta étaient déjà infectés. A Bogor, dans la province de Java Ouest, 25% des consommateurs de drogues injectables testés étaient infectés par le VIH, alors que, parmi les détenus utilisateurs de drogues testés à Bali, la prévalence était de 53%.

Les comportements entraînant le plus fort risque d'infection en Asie et dans le Pacifique sont les rapports sexuels non protégés entre clients et professionnel(le)s du sexe, l'utilisation commune des seringues et les rapports sexuels non protégés entre hommes. Mais les infections ne sont pas limitées aux personnes ayant un comportement à risque. Un grand nombre de pays ont connu des épidémies importantes avec des taux d'infection initialement assez bien contenus dans ces populations. L'épidémie dans le nord de la Thaïlande à la fin des années 1980 et au début des années 1990 a été amorcée de cette manière. Près de 10% des jeunes hommes avaient été infectés avant que des efforts de prévention nationaux et locaux énergiques, y compris le programme «Préservatif à 100%» (pour l'usage systématique du préservatif), ne réduisent les comportements à risque, encourageant la sexualité à moindre risque et abaissent la prévalence du VIH.

Le commerce du sexe offre au virus la possibilité d'étendre considérablement sa propagation. Les données comportementales limitées recueillies jusqu'ici dans les pays de la région montrent que, au cours de la décennie écoulée, le pourcentage des hommes adultes questionnés qui indiquent avoir visité un(e) professionnel(le) du sexe au cours d'une année donnée se situe entre 5% dans certains pays et 20% dans d'autres. L'Inde et le Viet Nam sont des pays où les niveaux d'infection parmi les clients et les professionnel(le)s du sexe sont à la hausse. A Hô Chi Minh-Ville, le pourcentage des professionnel(le)s du sexe infecté(e)s par le VIH est monté en flèche depuis 1998, atteignant plus de 20% en 2000.

Peu de pays agissent avec assez d'énergie pour protéger les professionnel(le)s du sexe et leurs clients du VIH. Pourtant, c'est à partir du groupe relativement restreint des

professionnel(le)s du sexe infecté(e)s par leurs clients que le VIH s'infiltré dans le groupe élargi des clients encore non infectés qui, par la suite, finissent par transmettre le virus à leurs épouses et partenaires. Bien que de récentes enquêtes de surveillance du comportement montrent que, dans 11 pays d'Asie et états indiens sur 15, plus de deux tiers des professionnel(le)s du sexe indiquent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client, il est nécessaire de poursuivre la promotion de l'utilisation du préservatif. Au Bangladesh, en Indonésie, au Népal et aux Philippines, par exemple, moins de la moitié des professionnel(le)s du sexe déclarent utiliser des préservatifs avec chaque client.

L'utilisation commune du matériel d'injection constitue une méthode très efficace de propagation du VIH et fait des programmes de prévention parmi les consommateurs de drogues injectables une autre priorité absolue. Jusqu'à 50% des consommateurs de drogues injectables ont contracté le virus au Myanmar, au Népal, en Thaïlande, dans la province du Yunnan en Chine et dans l'état de Manipur en Inde. Des enquêtes récentes ont montré qu'un tiers des consommateurs de drogues injectables au Viet Nam disaient avoir récemment partagé leurs seringues avec d'autres consommateurs, alors que 55% des consommateurs de drogues injectables de sexe masculin dans le nord du Bangladesh et 75% au centre de ce pays indiquaient avoir utilisé du matériel d'injection en commun avec d'autres au moins une fois dans la semaine précédant l'entretien.

Les programmes élargis de réduction des risques peuvent être efficaces et l'ont prouvé. A la fin des années 1980, l'Australie est parvenue à éviter une épidémie majeure parmi les consommateurs de drogues injectables et, très probablement, à éviter une propagation plus générale. Cet exemple est suivi par plusieurs autres pays, mais de manière isolée. Le projet SHAKTI à Dhaka, Bangladesh, offre aux consommateurs de drogues injectables un programme d'échange des seringues, des options moins dangereuses d'injection et un programme d'éducation à la sexualité à moindre risque, ainsi que des préservatifs. A Kuala Lumpur, capitale de la Malaisie, IKHLAS fournit des services de soutien par les pairs, mais les quelque 5000 consommateurs de drogues injectables touchés par le programme ne représentent qu'une

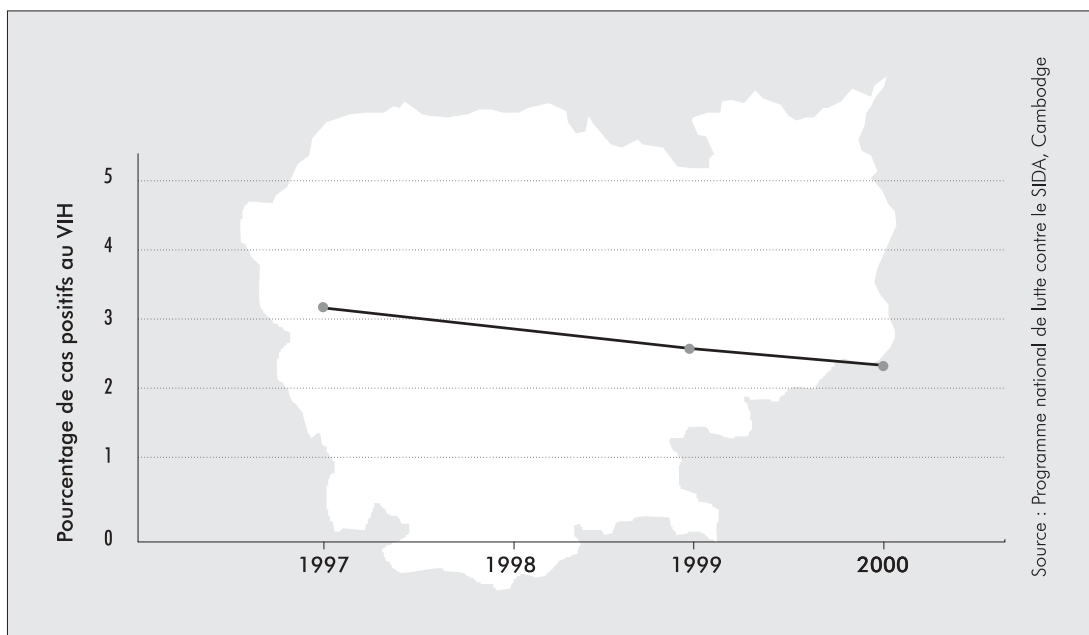
fraction de la population de consommateurs de drogues du pays.

L'importance d'un élargissement de ces programmes à l'échelle des pays est manifeste si l'on souhaite contrôler ces épidémies localisées avant qu'elles ne se répandent dans la population plus générale. Un grand nombre des consommateurs de drogues injectables sont des hommes jeunes sexuellement actifs. Ils ont souvent des partenaires stables ; d'autres achètent leurs rapports sexuels. Le chevauchement entre consommateurs de drogues injectables et commerce du sexe est frappant. Dans certaines villes du Viet Nam, 17% des consommateurs de drogues injectables de sexe masculin indiquaient avoir récemment payé pour des rapports non protégés. Entre la moitié et les trois quarts des consommateurs de drogues injectables de sexe masculin dans plusieurs villes du Bangladesh ont déclaré avoir payé pour des rapports sexuels avec des femmes au cours de l'année écoulée, et moins d'un quart d'entre eux disaient avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport rémunéré. En outre, il y a lieu de penser qu'un nombre croissant de professionnelles du sexe au Viet Nam se mettent à consommer des drogues injectables.

Il existe quelques communautés se reconnaissant comme 'gay' dans la région, mais dans la majeure partie de l'Asie, bien d'autres catégories d'hommes ont des relations homosexuelles. Un grand nombre d'hommes préférant les rapports avec les hommes ont aussi des relations avec des femmes. En fait ils sont souvent mariés et élèvent une famille. Le risque est donc considérable que ces hommes ayant des rapports non protégés avec des hommes deviennent une passerelle pour la transmission du virus à la population plus générale. Au Cambodge, par exemple, environ 40% des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes indiquent avoir aussi eu des rapports sexuels avec des femmes dans le mois précédant l'enquête.

Parallèlement, il est largement prouvé que des programmes de prévention précoces, à grande échelle et ciblés, comprenant des activités destinées aux personnes qui ont des comportements à risque comme à la population plus générale, sont à même de maintenir des taux plus faibles d'infection dans les groupes particuliers et de réduire le risque d'une propagation élargie du VIH dans la population générale. Les mesures de prévention au

Figure 4. Prévalence du VIH parmi les femmes enceintes au Cambodge, 1997-2000



Cambodge, qui ont vraiment commencé en 1994-1995, ont permis la baisse des comportements à risque parmi les hommes et l'augmentation régulière de l'utilisation du préservatif à la fin des années 1990. En conséquence, la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes a baissé de 3,2% en 1997 à 2,3% à fin 2000, signe que le pays commence à contrôler son épidémie (voir Figure 4).

Les programmes polyvalents de prévention en Thaïlande, bien financés et bénéficiant de l'appui politique nécessaire, se sont accélérés au début des années 1990 et ont permis de réduire le nombre annuel des nouvelles infections à 30 000 environ, par rapport au maximum de 140 000 relevé il y a une décennie. Bien que le nombre des Thaïlandais vivant avec le VIH soit estimé à 700 000 aujourd'hui, les efforts de prévention de ce pays ont probablement évité des millions d'infections à VIH. Pourtant, 1 Thaïlandais sur 60 dans ce pays de 62 millions d'habitants est infecté par le VIH, et le SIDA est devenu la première cause de décès, malgré les succès rencontrés par la prévention. Il semblerait que plus de la moitié des nouvelles infections aujourd'hui soient imputables à la transmission entre conjoints — ce qui nous rappelle qu'il ne suffit pas de cibler les programmes sur les groupes à haut risque et que les pays doivent suivre avec attention les caractéristiques de la propagation du VIH et adapter leur riposte en conséquence. De plus, les taux d'infection à VIH qui demeurent élevés en raison de l'utilisation commune des seringues en Thaïlande soulignent la nécessité de poursuivre les efforts de prévention au fur et à mesure de l'évolution de l'épidémie.

Dans de vastes régions de l'Asie et du Pacifique, les programmes de prévention manquent de fonds et de ressources. En général, des projets à petite échelle sont éparpillés dans les pays et ils n'ont ni l'ampleur ni la cohérence nécessaires pour arrêter la progression de l'épidémie. Les pratiques à haut risque sont désapprouvées et même condamnées, c'est pourquoi la prévention rencontre de sérieux obstacles politiques.

AFRIQUE SUBSAHARIENNE

L'Afrique subsaharienne reste la région la plus touchée par le VIH/SIDA. Quelque 3,4 millions de nouvelles infections se sont produites en 2001, ce qui porte à 28,1 millions le nombre total des personnes vivant avec le VIH/SIDA dans cette région.

La région connaît des épidémies très diverses dans leur ampleur et leur évolution. Les taux de prévalence du VIH se sont élevés à des niveaux alarmants dans certaines parties de l'Afrique australe, où les données les plus récentes recueillies dans les dispensaires prénatals révèlent des niveaux supérieurs à 30% dans plusieurs régions. Au Swaziland, la prévalence du VIH parmi les femmes en consultations prénatals en 2000 se situait entre 32,2% dans les zones urbaines et 34,5% dans les zones rurales ; au Botswana, les chiffres correspondants étaient de 43,9% et 35,5%. Dans certaines zones de l'Afrique du Sud — par exemple dans la province du KwaZulu-Natal — ce chiffre était de 36,2% en 2000.

Au moins 10% des personnes entre 15 et 49 ans sont infectées dans 16 pays africains, y compris plusieurs pays d'Afrique australe, où 20% au moins sont infectées. Dans toute la région, les pays élargissent et améliorent leur action. Mais le haut niveau des taux de prévalence signifie que même des succès exceptionnels sur le front de la prévention ne feront que réduire graduellement le prix humain à payer. En 2001, on estime que 2,3 millions d'Africains sont morts du SIDA.

Malgré cela, dans certains des pays les plus touchés, il y a toujours plus de raisons de penser que les efforts de prévention portent leurs fruits. Dans une nouvelle étude conduite en Zambie, les hommes et les femmes des zones urbaines rapportent une diminution de l'activité sexuelle, moins de partenaires multiples et une utilisation plus régulière du préservatif. Ceci correspond à des données précédemment recueillies montrant que la prévalence du VIH est en baisse parmi les

citadins en Zambie, en particulier parmi les jeunes femmes entre 15 et 24 ans.

Selon le Ministre sud-africain de la santé, la prévalence du VIH parmi les femmes en consultations prénatals a atteint 24,5% en 2000. Environ 1 Sud-Africain sur 9 (soit 4,7 millions de personnes) vit avec le VIH/SIDA. On note pourtant quelques signes encourageants : des tendances positives semblent s'instaurer parmi les adolescents, chez lesquels les taux de prévalence ont légèrement baissé depuis 1998. Des campagnes de prévention à grande échelle et des programmes de distribution de préservatifs semblent porter leurs fruits. En Afrique du Sud par exemple, la distribution gratuite des préservatifs masculins a passé de 6 millions en 1994 à 198 millions cinq ans plus tard. Lors d'enquêtes récentes, environ 55% des adolescentes sexuellement actives indiquaient qu'elles utilisent toujours un préservatif lors de rapports sexuels. Mais ces progrès s'accompagnent d'une augmentation préoccupante de la prévalence parmi les Sud-Africains de 20 à 34 ans, ce qui souligne l'importance d'une intensification des efforts de prévention destinés aux groupes plus âgés ; ces efforts devraient aussi être mieux adaptés à leurs réalités et à leurs préoccupations.

Des progrès sont également accomplis dans le domaine du traitement et de la prise en charge. En Afrique australe, le Botswana relativement prospère est devenu le premier pays à commencer de fournir les médicaments antirétroviraux par l'intermédiaire de son système de santé publique, grâce à une augmentation de son budget de santé et à des réductions du prix des médicaments négociées avec les compagnies pharmaceutiques.

Dans le contexte d'un partenariat secteur public/secteur privé entre cinq compagnies pharmaceutiques basées sur la recherche et le développement, l'accès à la thérapie anti-rétrovirale s'accroît en Afrique. A la fin 2001,

plus de 10 pays africains fournissaient une thérapie antirétrovirale aux personnes vivant avec le VIH/SIDA.

Dans cinq pays d'Afrique de l'Ouest — Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Nigéria et Togo — les taux nationaux de prévalence chez l'adulte avaient déjà dépassé la barre des 5% en 2000. Des pays comme le Nigéria accroissent leurs dépenses en faveur du VIH/SIDA et élargissent leur riposte à l'échelle nationale. Cette année, le Nigéria a lancé un Plan d'action d'urgence sur le VIH/SIDA à hauteur de 240 millions de dollars. Au Sénégal, des efforts de prévention déterminés continuent à porter des fruits, grâce à la promptitude du soutien politique accordé aux programmes.

A l'est du continent, la baisse des taux de prévalence se poursuit en Ouganda — premier pays africain à avoir maîtrisé une épidémie majeure de VIH/SIDA. La prévalence du VIH parmi les femmes enceintes dans les zones urbaines est en baisse pour la huitième année consécutive, passant d'un maximum de 29,5% en 1992 à 11,25% en 2000. Axés principalement sur l'information, l'éducation et la communication, ainsi que sur des programmes décentralisés pour atteindre les villages, les efforts de l'Ouganda ont également permis d'accroître l'utilisation du préservatif dans tout le pays. Dans les districts de Masindi et de Pallisa, par exemple, l'utilisation du préservatif avec des partenaires occasionnels entre 1997 et 2000 est passée de 42% et 31% respectivement à 51% et 53%. Dans la capitale, Kampala, près de 98% des professionnel(le)s du sexe questionné(e)s en 2000 ont déclaré avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel.

Mais en dépit de ces progrès, il reste d'énormes problèmes. De nouvelles infections continuent à se produire à un rythme élevé. La plupart des personnes vivant avec le VIH n'ont pas accès à la thérapie antirétrovirale. A la fin de 1999, 1,7 million d'enfants avaient déjà perdu leur mère ou leurs deux parents à cause du SIDA. Leur fournir nourriture, logement et éducation constituera un fardeau pour les ressources et la détermination du pays pendant de nombreuses années.

L'expérience de l'Ouganda prouve que même une épidémie de VIH/SIDA établie peut

être maîtrisée. L'axe de toute riposte efficace doit être une stratégie de prévention s'appuyant sur l'engagement explicite et déterminé des leaders à tous les niveaux ainsi que sur la mobilisation communautaire, et s'étendant à toutes les régions du pays.

Bien qu'elles soient exceptionnellement vulnérables à l'épidémie, des millions de jeunes Africaines sont dangereusement ignorantes des questions liées au VIH/SIDA. Selon l'UNICEF, plus de 70% des adolescentes (15-19 ans) en Somalie et plus de 40% en Guinée-Bissau et en Sierra Leone, par exemple, n'ont jamais entendu parler du SIDA. Dans des pays comme le Kenya et la République-Unie de Tanzanie, plus de 40% des adolescentes entretiennent de dangereuses idées fausses concernant la manière dont le virus est transmis. L'un des objectifs fixés par la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA en juin 2001 a été de veiller à ce qu'au moins 90% des jeunes hommes et femmes aient, d'ici à 2005, accès à l'information, à l'éducation et aux services nécessaires pour se protéger de l'infection à VIH. Comme d'autres régions du monde, la plupart des pays d'Afrique subsaharienne sont très loin d'avoir réalisé cet objectif.

La vaste majorité des Africains vivant avec le VIH ne savent pas qu'ils ont contracté le virus. Une étude a révélé que 50% des femmes adultes de Tanzanie savent où faire le test VIH, mais que 6% d'entre elles seulement l'ont fait. Au Zimbabwe, 11% seulement des femmes adultes ont été testées. En outre, un grand nombre des personnes qui acceptent le test préfèrent ne pas revenir pour en découvrir le résultat. Mais il y a d'autres obstacles encore. A Abidjan, en Côte d'Ivoire, une étude a montré que 80% des femmes enceintes qui acceptent le test VIH reviennent chercher leurs résultats. Pourtant, parmi celles qui découvrent qu'elles vivent avec le virus, moins de 50% se présentent pour recevoir le traitement nécessaire à la prévention de la transmission du virus de la mère à l'enfant.

Plus de la moitié des femmes qui savent qu'elles ont contracté le VIH, et qui ont été questionnées par le Conseil kényen de la population cette année, ont déclaré qu'elles n'avaient pas divulgué leur sérologie VIH à leurs partenaires car elles craignaient de s'exposer à la violence ou à l'abandon. Non seulement les

services de conseil et de test volontaires sont rares dans la région, mais le rejet et la discrimination continuent à décourager les individus de découvrir leur sérologie VIH.

Un grand nombre de progrès encourageants se sont produits au cours de l'année écoulée. Trente et un pays de la région ont maintenant terminé l'élaboration d'un plan stratégique national sur le VIH/SIDA et 12 autres pays sont en train de formuler un plan de ce type. Plusieurs initiatives régionales visant à faire reculer l'épidémie sont en cours. Certaines d'entre elles, par exemple le regroupement des pays de la Région des Grands Lacs, du Bassin du Lac Tchad et de l'Afrique de l'Ouest, concentrent leurs efforts sur la réduction de la vulnérabilité des réfugiés et des autres populations en mouvement. L'engagement politique pour inverser la tendance de l'épidémie semble plus déterminé que jamais. Des réunions telles que le Forum pour le Développement de l'Afrique 2000 en décembre dernier et le Sommet de l'Organisation de l'Unité africaine sur le VIH/SIDA, la tuberculose et les autres maladies infectieuses en avril 2001, semblent consolider cette détermination. Lors de cette dernière réunion, les chefs d'Etat ont convenu de consacrer 15% au moins de leurs budgets nationaux annuels à l'amélioration du secteur de la santé. Moins de cinq pays avaient atteint ce niveau en 2000.

Le SIDA est devenu la plus sérieuse menace pour le développement du continent et sa quête d'une Renaissance africaine. La plupart des gouvernements d'Afrique subsaharienne dépendent d'un petit nombre de personnels hautement qualifiés dans les domaines importants de l'administration publique et des services sociaux essentiels. Les pays les plus touchés perdent un grand nombre de ces précieux fonctionnaires à cause du SIDA. Les services essentiels perdent leur personnel au moment même où les institutions et les ressources étatiques sont mises à rude épreuve et les dispositifs de protection sociale traditionnels se désintègrent. Dans certains pays, les systèmes de soins de santé perdent jusqu'à un quart de leur personnel à cause de l'épidémie. Des individus à tous les niveaux de revenus sont vulnérables à ces répercussions, mais les pauvres sont les plus durement frappés. Parallèlement, la capacité de l'Etat à garantir la loi et l'ordre

est compromise, car l'épidémie perturbe les institutions telles que les tribunaux et la police. Les risques de troubles sociaux et même d'instabilité sociopolitique ne doivent pas être sous-estimés.

LE MOYEN-ORIENT ET L'AFRIQUE DU NORD

Dans les pays du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord, la tendance apparente est également à la hausse des taux d'infection à VIH, même si ces taux demeurent encore très bas. Les systèmes existants de surveillance sont toujours insuffisants, mais l'on estime que 80 000 personnes ont contracté le virus en 2001, ce qui porte à 440 000 le nombre des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Il devient manifeste que des programmes efficaces et précoces de prévention sont nécessaires dans toute cette région.

Malheureusement, les facteurs qui sont le moteur de l'épidémie sont encore trop rarement analysés dans la plupart des pays de la région. De ce fait, les ripostes au VIH/SIDA sont rarement fondées sur une compréhension claire des schémas d'infection ou sur la connaissance des groupes à haut risque particuliers.

Toutefois, sur la base des connaissances actuelles, les facteurs exposant les individus au risque d'infection sont très divers, même si les rapports sexuels restent la principale voie de transmission. Une étude locale en Algérie a révélé des taux de prévalence de 1% parmi les femmes enceintes. Des flambées semblent se produire maintenant ailleurs, y compris en Jamahiriya arabe libyenne, où les 570 infections notifiées en 2000, à l'exception d'une toute petite proportion, ont eu lieu parmi les consommateurs de drogues injectables. Djibouti et le Soudan sont confrontés à des épidémies croissantes engendrées par une combinaison d'inégalités socio-économiques, de mobilité à grande échelle des populations et d'instabilité politique.

Le taux d'infection à VIH augmente considérablement dans d'autres groupes vulnérables. Parmi les détenus de la République islamique d'Iran, les taux d'infection à VIH ont passé de 1,37% en 1999 à 2,28% en 2000. Outre le Soudan et la République du Yémen, tous les pays de la région ont notifié des cas de transmission du VIH dus à la consommation de

drogues injectables. Si elle n'est pas confrontée rapidement au moyen de programmes de réduction des risques et autres actions de prévention, l'épidémie dans ces sous-groupes de la population que sont les consommateurs de drogues injectables pourrait augmenter de manière dramatique et se répandre dans la population plus générale.

Certains signes indiquent que le double fardeau du VIH et de la tuberculose augmente dans certains pays. Les taux d'infection à VIH parmi les tuberculeux sont en hausse et, au milieu de 2001, se situaient à 8% au Soudan, 4,8% en Oman, 4,2% en République islamique d'Iran et 2,1% au Pakistan.

Parallèlement, la volonté politique de mettre en place une riposte plus énergique à l'épidémie est évidente dans plusieurs pays, dont certains introduisent des approches novatrices. On peut noter la mobilisation des organisations non gouvernementales dans les programmes de prévention au Liban et des activités de réduction des risques parmi les consommateurs de drogues injectables en République islamique d'Iran.

PAYS NANTIS

Si des efforts de prévention renouvelés et plus efficaces ne sont pas entrepris pour les éviter, des épidémies vont continuer à réapparaître et menacer les pays nantis, où plus de 75 000 personnes ont été infectées par le VIH en 2001.

En Australie, au Canada, aux Etats-Unis et dans les pays d'Europe occidentale, une augmentation prononcée des rapports sexuels non protégés provoque des taux accrus d'infections sexuellement transmissibles et, dans certains cas, des niveaux accrus d'incidence du VIH parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. La perspective d'une résurgence des épidémies de VIH/SIDA est imminente à cause du laxisme très répandu dans la population et de la perte de vitesse des efforts de prévention, qui sont parfois inadéquats et ne reflètent pas l'évolution de l'épidémie. Par ailleurs au Japon, les infections à VIH sont également en hausse.

L'augmentation des nouvelles infections à VIH parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes est saisissante. A Vancouver, Canada, l'incidence chez les jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes est passée d'une moyenne de 0,6% entre 1995 et 1999 à 3,7% en 2000. A Londres, Royaume-Uni, les infections à VIH notifiées parmi les hommes gay sont aussi en hausse. A Madrid les infections à VIH notifiées ont presque doublé (de 1,16% à 2,16%) entre 1996 et 2000, alors qu'à San Francisco, elles passaient de 1,1% en 1997 à 1,7% en 2000 et, d'après de récentes études, semblent continuer d'augmenter. Parmi les hommes gay consommateurs de drogues injectables dans cette ville, le taux d'infection est passé de 2% en 1997 à 4,6% en 2000.

L'augmentation de l'incidence des autres infections sexuellement transmissibles parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (à Amsterdam, Sydney, Londres et dans

le sud de la Californie, par exemple) confirme que la prise de risques qui se banalise éclipse l'éthique de la sexualité sans risque si efficacement mise en œuvre dans les années 1980 et 1990. Des tendances analogues sont observées parmi les populations hétérosexuelles de certains pays, notamment parmi les jeunes. Les diagnostics de blennorragie et de syphilis chez les hommes comme chez les femmes ont atteint leur plus haut niveau depuis 13 ans en Angleterre et au Pays de Galles, par exemple.

Ce phénomène peut s'expliquer en partie par les effets visiblement salvateurs de la thérapie antirétrovirale, introduite dans les pays à haut revenu en 1996. Les décès attribués au VIH aux Etats-Unis d'Amérique, par exemple, ont chuté de 42% en 1996-1997, après quoi, la baisse s'est stabilisée. Malheureusement, cet accès élargi aux antirétroviraux a encouragé les idées fausses selon lesquelles il existe un remède contre le SIDA et les rapports sexuels non protégés sont maintenant moins dangereux. En conséquence, les comportements à risque sont en hausse.

Les efforts de prévention, tout comme les stratégies de traitement et de soins, sont aussi aux prises avec d'autres développements importants de l'épidémie, notamment son glissement lent mais apparemment inexorable vers d'autres populations vulnérables. Un chevauchement entre la discrimination raciale et le revenu, la santé et d'autres inégalités semble être en cause.

Dans les pays nantis, il y a lieu de penser que le VIH se propage dans les communautés plus pauvres et défavorisées, où les femmes sont particulièrement exposées au risque d'infection. Les jeunes adultes appartenant à des minorités ethniques (y compris parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes) sont confrontés à des risques considérablement plus élevés d'infection que cela n'était le cas il y a cinq ans aux Etats-Unis. Les Africains-Américains, par exemple, ne constituent que 12% de la population

du pays, mais représentaient 47% des cas de SIDA notifiés en 2000. Comme ailleurs dans le monde, les jeunes femmes défavorisées (en particulier les femmes africaines-américaines et hispaniques) aux Etats-Unis sont infectées par le VIH à des taux plus élevés et à des âges plus jeunes que ceux de leurs homologues masculins.

Aux Etats-Unis, les rapports sexuels entre hommes demeurent le principal mode de transmission (représentant environ 53% des nouvelles infections à VIH en 2000), mais dans la même année, près d'un tiers des nouveaux diagnostics positifs pour le VIH ont été établis parmi les femmes. Dans ce dernier groupe, le chevauchement entre la consommation de drogues injectables et les rapports hétérosexuels semble être le moteur de l'épidémie. En fait, la consommation de drogues injectables est devenue une voie plus importante de la transmission du VIH aux Etats-Unis, où l'on estime que 30% des nouveaux cas de SIDA notifiés sont liés à ce mode de transmission. Au Canada, les femmes représentent aujourd'hui 24% des nouvelles infections à VIH, par rapport à 8,5% en 1995.

L'épidémie de VIH en Europe occidentale et centrale est le résultat d'une multitude d'épidémies qui diffèrent dans leur chronologie, leur portée et les populations qu'elles frappent. Le Portugal est confronté à une grave épidémie parmi les consommateurs de drogues injectables. Sur les 3733 nouvelles infections à VIH qui y ont été notifiées en 2000, plus de la moitié étaient dues à la consommation de drogues injectables et un peu moins d'un tiers étaient le résultat de rapports hétérosexuels. Des rapports faisant état de nouvelles infections à VIH indiquent en outre que les rapports sexuels entre hommes sont une importante voie de transmission dans plusieurs pays dont l'Allemagne, la Grèce et le Royaume-Uni. Malheureusement, les données de notification du VIH sont inégales dans plusieurs des pays les plus touchés, y compris certains pays passant pour les plus atteints par l'épidémie parmi les consommateurs de drogues injectables.

Au Japon, le nombre des infections à VIH détectées parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes a fortement augmenté au cours des dernières années, les rapports entre hommes étant responsables de plus de deux fois plus d'infections chez les hommes que les rapports hétérosexuels. Il s'agit là d'une importante

différence par rapport aux schémas précédents : il y a encore deux ans, les nouvelles infections notifiées dans les deux groupes étaient en nombre approximativement égal.

Certains signes indiquent en outre que le comportement sexuel des jeunes au Japon pourrait être en train de changer considérablement, et d'exposer ce groupe à un risque accru d'infection à VIH. Des taux augmentés de *Chlamydia* parmi les jeunes femmes et de blennorragie parmi les hommes, ainsi qu'un doublement du nombre des interruptions volontaires de grossesse chez les adolescentes au cours des cinq dernières années suggèrent un niveau accru de rapports sexuels non protégés. Par ailleurs, les données comportementales indiquent une faible utilisation du préservatif, tant dans la population générale que parmi les professionnel(le)s du sexe.

AMERIQUE LATINE ET CARAIBES

De grandes différences dans les niveaux et les schémas épidémiques de la transmission du VIH sont évidentes en Amérique latine et aux Caraïbes, où l'on estime à 1,8 million, le nombre d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH — y compris les 190 000 personnes qui ont contracté le virus au cours de l'année écoulée. Quelque 1,4 million de personnes vivent avec le VIH/SIDA en Amérique latine et 420 000 aux Caraïbes.

En Amérique centrale et dans les Caraïbes, le VIH est transmis principalement par la voie hétérosexuelle, les rapports non protégés et l'échange fréquent de partenaires parmi les jeunes étant un des principaux moteurs de l'épidémie. D'autres forces favorisent la propagation du VIH, notamment l'association entre les pressions socio-économiques et la forte mobilité de la population (y compris le tourisme).

Les Caraïbes sont la deuxième région du monde la plus touchée, les taux de prévalence du VIH chez l'adulte n'y étant dépassés que par ceux rencontrés en Afrique subsaharienne. Dans plusieurs pays caraïbes, le VIH/SIDA est devenu une des premières causes de décès. Les plus touchés sont Haïti et les Bahamas, où les taux de prévalence chez l'adulte sont supérieurs à 4%. Mais l'épidémie n'est en aucune manière confinée aux Caraïbes.

Comme la Barbade et la République dominicaine, plusieurs pays d'Amérique centrale et des Caraïbes avaient des taux de prévalence du VIH chez l'adulte au moins égaux à 1% à la fin de 1999, y compris le Belize, le Guyana, le Honduras, le Panama et le Suriname. Par contraste, c'est en Bolivie, en Equateur et dans d'autres pays andins que la prévalence est la plus faible.

Près de trois quarts des cas de SIDA notifiés en Amérique centrale sont dus aux rapports sexuels entre hommes et femmes. Sur certaines îles caraïbes, le phénomène des jeunes femmes ayant des rapports avec des hommes plus âgés

est particulièrement important et se traduit par un taux de VIH chez les adolescentes entre 15 et 19 ans jusqu'à cinq fois plus élevé que le taux chez les garçons du même groupe d'âge. Les recherches effectuées parmi les professionnel(le)s du sexe dans la capitale du Guyana, Georgetown, ont montré que 46% des professionnel(le)s du sexe interrogé(e)s vivaient avec le VIH/SIDA, que plus d'un tiers d'entre eux/elles n'avaient jamais utilisé de préservatif avec leurs clients et que près des trois quarts n'utilisaient pas de préservatifs avec leur partenaire régulier. La probabilité d'un passage du virus dans la population générale est donc élevée.

Au Costa Rica, au Mexique, au Nicaragua et dans certaines parties de la région andine, les rapports sexuels entre hommes sont la voie la plus importante de transmission du VIH. Des études récentes parmi des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes au Mexique ont montré qu'un peu plus de 14% étaient positifs au VIH. Par ailleurs, les taux de prévalence parmi les professionnel(le)s du sexe et les patients en consultation pour infections sexuellement transmissibles au Mexique semblent encore faibles. La consommation de drogues injectables est la principale voie de transmission du VIH en Argentine, au Chili et en Uruguay, et joue également un rôle important au Brésil.

Les schémas de transmission peuvent aussi varier considérablement à l'intérieur même des pays — ce qui nous rappelle que les programmes nationaux universels ne sont pas adéquats. Sur les hauts plateaux de la Colombie, par exemple, les rapports sexuels non protégés entre hommes entraînent la plupart des infections à VIH, alors que sur la côte, les rapports hétérosexuels sont la principale voie de transmission.

L'engagement des pays à stopper l'épidémie et à limiter ses effets s'est beaucoup accru. Plusieurs pays ont lancé ou mettent au point des programmes gouvernementaux pour distribuer les médicaments antirétroviraux aux patients atteints de VIH/SIDA. Mais il y a de grandes différences dans la qualité et la portée des programmes de traitement antirétroviral des différents pays. Récemment encore, on notait en Amérique centrale de grandes différences dans l'accès au traitement. Aujourd'hui, cependant, des pays tels que le Costa Rica et le Panama fournissent l'accès au traitement. Les pays caraïbes mettent actuellement au point une stratégie régionale visant à accélérer et à élargir l'accès au traitement et à la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Des pays comme la Barbade et la Trinité-et-Tobago se préparent à mettre en œuvre de nouveaux programmes nationaux.

Au Brésil, on a récemment observé une baisse importante de la prévalence du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables dans plusieurs grandes zones métropolitaines. Ceci suggère que les programmes de prévention du VIH/SIDA et de réduction des risques qui sont conduits dans ces villes ont permis l'instauration de pratiques d'injection à moindre risque dans ces populations.

Les efforts de prévention du Brésil sont équilibrés par un programme élargi de traitement et de prise en charge qui assure aux personnes vivant avec le VIH/SIDA une thérapie antirétrovirale financée par l'Etat. Le nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA au Brésil a atteint quelque 600 000, selon le Ministère de la Santé du pays — par rapport à 540 000 en 1999. On estime que 105 000 Brésiliens reçoivent leurs médicaments antirétroviraux dans le cadre du système de santé publique.

Une nouvelle détermination politique se manifeste également par plusieurs initiatives régionales. Lancé en février 2001, le Partenariat pan-caraïbe contre le VIH/SIDA, par exemple, réunit les ressources des gouvernements et de la communauté internationale et celles de la société civile afin de stimuler les ripostes nationales et régionales. Il est coordonné par le Secrétariat de la Communauté des Caraïbes (CARICOM). S'appuyant sur la Déclaration de Nassau publiée en juin 2001 à la suite de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA, les chefs de

gouvernement des Caraïbes mettent également en place des moyens susceptibles de soutenir les programmes nationaux de lutte contre le VIH/SIDA de chaque pays et de négocier en commun des prix abordables pour les médicaments antirétroviraux.

Par ailleurs, la protection des populations vulnérables en déplacement est aujourd'hui l'axe d'une initiative régionale en Amérique centrale. L'Argentine, le Chili, le Paraguay et l'Uruguay collaborent à un programme de réduction des risques à l'intention des consommateurs de drogues injectables. Les programmes nationaux de lutte contre le SIDA se sont également réunis dans un programme de collaboration destiné à l'échange d'assistance technique dans l'ensemble de l'Amérique latine et des Caraïbes. Connu sous le nom de Groupe de collaboration technique horizontale, il rassemble plus de 20 pays de la région.

Cartes

Estimations mondiales à fin 2001 - Adultes et enfants

Adultes et enfants vivant avec le VIH/SIDA - Estimations à fin 2001

Nombre estimatif d'adultes et d'enfants infectés par le VIH en 2001

Nombre estimatif de décès par SIDA chez l'adulte et l'enfant en 2001

Estimations mondiales à fin 2001

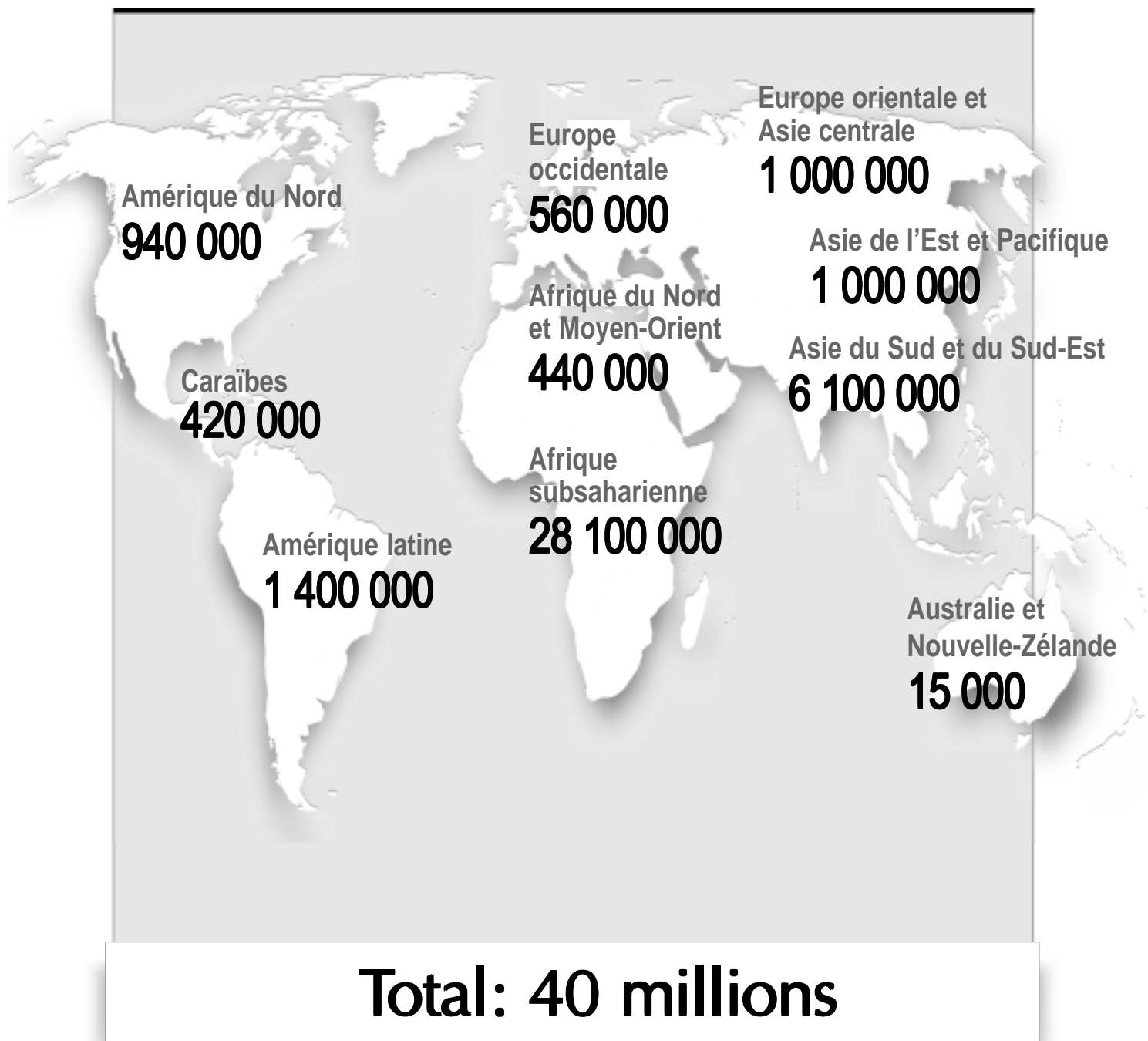
Adultes et enfants



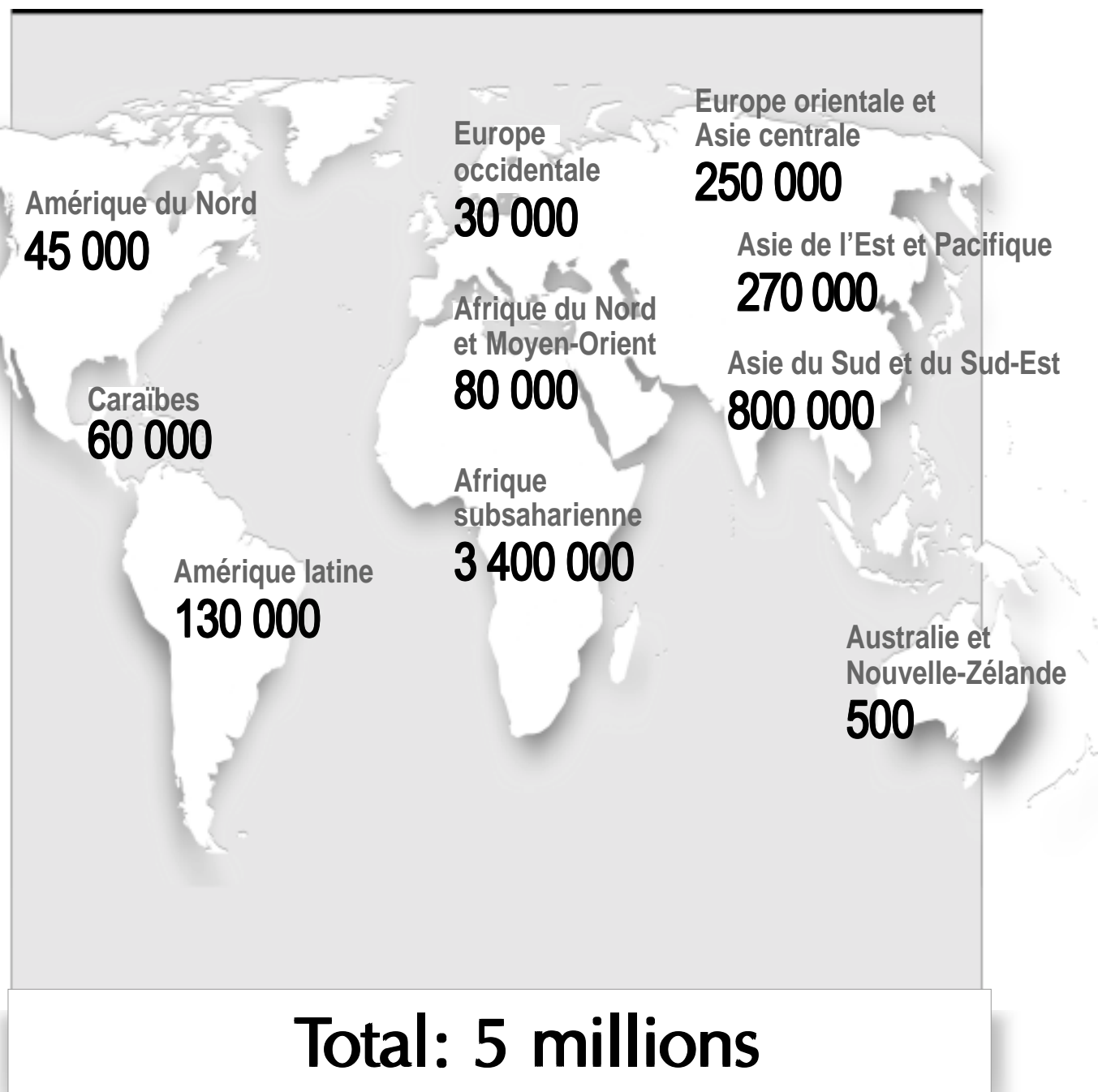
Personnes vivant avec le VIH/SIDA	40 millions
Nouveaux cas d'infection en 2001	5 millions
Décès dus au VIH/SIDA en 2001	3 millions

Adultes et enfants vivant avec le VIH/SIDA

Estimations à fin 2001



Nombre estimatif d'adultes et d'enfants infectés par le VIH en 2001



Nombre estimatif de décès par SIDA chez l'adulte et l'enfant en 2001



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.

Les estimations et données fournies dans les graphiques et les tableaux sont indiquées en chiffres ronds. Toutefois, des chiffres non arrondis ont été utilisés pour le calcul des taux et des totaux régionaux; il peut donc y avoir de faibles écarts entre les totaux mondiaux et la somme des chiffres régionaux.

En 2001, un nouveau logiciel a été mis au point pour modéliser le cours de l'épidémie de VIH/SIDA dans le monde et pour améliorer encore la qualité des estimations concernant la prévalence et l'impact du VIH/SIDA. De ce fait, les estimations de cette année comprennent, en particulier, de nouvelles données et hypothèses relatives au temps de survie des adultes et des enfants vivant avec le VIH/SIDA. Compte tenu de ces facteurs, certaines des nouvelles estimations ne peuvent être comparées directement aux estimations faites au cours des années précédentes.

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.





Pour plus de renseignements, veuillez contacter Anne Winter, ONUSIDA, Genève, (+41 22) 791 4577, téléphone mobile (+41) 79 213 4312, Dominique de Santis, ONUSIDA, Genève, (+41 22) 791 4509 ou Andrew Shih, ONUSIDA, New York, (+1 212) 584 5012. Pour en savoir davantage sur le Programme, consulter l'Internet à l'adresse suivante: <http://www.unaids.org>