

07

Le point sur l'épidémie de sida



ONUSIDA
PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA

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



**Organisation
mondiale de la Santé**

ONUSIDA/07.27F / JC1322F (version française, décembre 2007)

Version originale anglaise, UNAIDS/07.27E / JC1322E, décembre 2007 :
AIDS epidemic update: December 2007
Traduction – ONUSIDA

© Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) et Organisation mondiale de la Santé (OMS) 2007.

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 4835 ou par courriel : publicationpermissions@unaids.org.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'ONUSIDA ou de l'OMS aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'ONUSIDA ou l'OMS, de préférence à d'autres. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'ONUSIDA et l'OMS ne garantissent pas que l'information contenue dans la présente publication est complète et correcte et ne pourront être tenus pour responsables des dommages éventuels résultant de son utilisation.

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

ONUSIDA.
Le point sur l'épidémie de sida : rapport spécial sur la prévention du VIH : décembre 2007.

« ONUSIDA/07.27F / JC1322F ».

1.Infection à VIH – épidémiologie. 2.Infection à VIH – prévention et contrôle. 3.Sida – épidémiologie. 4.Sida – prévention et contrôle. 5.Epidémie. I.ONUSIDA. II.Organisation mondiale de la Santé. III.Titre.

ISBN 978 92 9 173622 5

(Classification NLM : WC 503.41)

ONUSIDA
20 avenue Appia
CH-1211 Genève 27
Suisse

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

distribution@unaids.org
www.unaids.org

L'épidémie mondiale de sida

Décembre 2007



ONUSIDA
PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA

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



**Organisation
mondiale de la Santé**

TABLE DES MATIÈRES

APERÇU MONDIAL	3
RÉGIONS : VUE D'ENSEMBLE	15
AFRIQUE SUBSAHARIENNE	15
ASIE	22
EUROPE ORIENTALE ET ASIE CENTRALE	27
CARAÏBES	30
AMÉRIQUE LATINE	32
AMÉRIQUE DU NORD, EUROPE OCCIDENTALE ET EUROPE CENTRALE	34
MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD	36
OCÉANIE	37
CARTES	39

Estimations mondiales en 2007 – enfants et adultes	40
Adultes et enfants vivant avec le VIH – estimations en 2007	41
Nombre estimatif d'adultes et d'enfants nouvellement infectés par le VIH en 2007	42
Nombre estimatif de décès par sida chez l'adulte et l'enfant en 2007	43

BIBLIOGRAPHIE	45
---------------	----

Le point sur l'épidémie de sida : décembre 2007





Tableau récapitulatif de l'épidémie mondiale de sida Décembre 2007

Nombre de personnes vivant avec le VIH en 2007

Total	33,2 millions [30,6–36,1 millions]
Adultes	30,8 millions [28,2–33,6 millions]
Femmes	15,4 millions [13,9–16,6 millions]
Enfants, moins de 15 ans	2,5 millions [2,2–2,6 millions]

Nouvelles infections à VIH en 2007

Total	2,5 millions [1,8–4,1 millions]
Adultes	2,1 millions [1,4–3,6 millions]
Enfants, moins de 15 ans	420 000 [350 000–540 000]

Décès dus au sida en 2007

Total	2,1 millions [1,9–2,4 millions]
Adultes	1,7 million [1,6–2,1 millions]
Enfants, moins de 15 ans	330 000 [310 000–380 000]

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



APERÇU MONDIAL

Généralités

En 2007, les progrès méthodologiques relatifs aux estimations des épidémies de VIH, appliqués à une gamme élargie de données nationales, ont conduit à des modifications importantes du nombre estimé de personnes vivant avec le VIH à travers le monde. L'interprétation de la gravité et des conséquences de la pandémie a néanmoins fort peu changé. On estime à 33,2 millions [30,6 millions-36,1 millions] le nombre de personnes vivant avec le VIH dans le monde en 2007, soit 16% de moins que l'estimation de 39,5 millions [34,7 millions-47,1 millions] publiée en 2006 (ONUSIDA/OMS, 2006). La contribution la plus importante à cette réduction a été l'effort considérable visant à estimer l'épidémie de VIH en **Inde**, qui a entraîné une révision majeure à la baisse des estimations pour ce pays. D'autres révisions des estimations, notamment en **Afrique subsaharienne**, ont aussi eu leur importance. Six pays (**Angola, Inde, Kenya, Mozambique, Nigéria et Zimbabwe**) contribuent pour 70% à la différence entre les estimations publiées en 2006 et celles de 2007. Au **Kenya** et au **Zimbabwe**, il y a des signes croissants qu'une partie de cette différence est due à une diminution du nombre de nouvelles infections – elle-même attribuable à une diminution des comportements à risque.

Parce que les estimations du nombre de nouvelles infections et du nombre de décès liés au VIH sont tirées de modèles mathématiques appliqués aux estimations de la prévalence du VIH, les nouvelles estimations pour l'incidence du VIH et de la mortalité qui y est associée en 2007 diffèrent aussi notablement des estimations antérieures. Il faut souligner que les différences entre les estimations données en 2006 et celles de 2007 sont pour l'essentiel liées à des améliorations de la méthodologie plutôt qu'aux tendances de la pandémie elle-même. Il convient donc de ne pas tirer de conclusions des comparaisons entre les estimations de 2007 et celles de 2006. Les révisions méthodologiques ont néanmoins été appliquées de façon rétroactive aux données de prévalence du VIH plus anciennes, afin

qu'il soit possible d'évaluer les tendances au cours du temps pour les estimations d'incidence, de prévalence et de mortalité reprises pour les années antérieures dans le présent rapport.

Le point sur l'épidémie de sida, publié chaque année depuis 1998, couvre les dernières tendances de la pandémie. L'édition 2007 apporte les estimations les plus récentes en ce qui concerne l'étendue de l'épidémie et son coût humain, en même temps qu'elle étudie les nouvelles tendances évolutives de l'épidémie. Il s'agit d'un rapport conjoint de l'ONUSIDA et de l'OMS ; les estimations préparées par le Groupe de travail OMS/ONUSIDA sur la surveillance mondiale du VIH/sida et des IST sont fondées sur les méthodes et les paramètres fournis par le Groupe de référence de l'ONUSIDA sur les estimations, modèles et projections en matière de VIH/sida. Ces estimations se fondent aussi sur le travail effectué par les analystes au niveau des pays au cours d'une série de 11 ateliers régionaux sur l'estimation du VIH, organisés par l'ONUSIDA et l'OMS en 2007. Le Secrétariat de l'ONUSIDA et l'OMS ont par ailleurs procédé à une Consultation internationale sur les estimations épidémiologiques du sida à Genève les 14 et 15 novembre 2007, laquelle a passé en revue et approuvé la méthodologie et le processus utilisés.

Parmi les principaux éléments concernant les améliorations méthodologiques en 2007, on compte une compréhension accrue de l'épidémiologie du VIH grâce à des enquêtes démographiques, l'extension de la surveillance sentinelle à un plus grand nombre de sites dans les pays concernés et les ajustements apportés aux modèles mathématiques grâce à une meilleure perception de l'évolution naturelle de l'infection à VIH non traitée dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. On trouvera une explication plus détaillée de ces adaptations méthodologiques dans l'encadré « De nouvelles données conduisent à modifier les hypothèses et améliorer les estimations ». L'ONUSIDA et l'OMS continueront à modifier leurs estimations relatives aux

infections à VIH et aux décès attribuables au sida en fonction des données et analyses scientifiques nouvelles ainsi que des résultats de la recherche.

Ce rapport contient plusieurs comparaisons entre les estimations relatives au VIH obtenues par des méthodes révisées et uniformes pour 2007 et 2001. C'est en 2001 que s'est tenue la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida (UNGASS) qui a pour la première fois fixé des objectifs d'intervention – il s'est écoulé suffisamment de temps depuis lors pour justifier l'examen significatif des tendances par une analyse uniformisée.

Le point sur l'épidémie 2007 – Eléments essentiels

Chaque jour, le VIH infecte plus de 6800 personnes et plus de 5700 personnes meurent du sida, essentiellement parce qu'elles n'ont pas un accès correct aux services de prévention et de traitement de l'infection à VIH. La pandémie de VIH reste le défi infectieux le plus grave en matière de santé publique. L'évaluation épidémiologique de la pandémie comporte néanmoins des éléments encourageants, car elle suggère :

- une stabilisation de la prévalence mondiale de l'infection à VIH (pourcentage de personnes infectées par le VIH), même si le nombre de personnes vivant avec le VIH dans le monde augmente à cause tant

de l'accumulation de nouvelles infections que de la survie prolongée des personnes infectées, au sein d'une population qui elle-même continue de croître ;

- une diminution localisée de la prévalence dans certains pays ;
- une diminution du nombre de décès liés au VIH, attribuable en partie à l'extension récente de l'accès au traitement ; et
- une diminution du nombre annuel de nouvelles infections à VIH au niveau mondial.

L'examen des tendances mondiales et régionales laisse à penser que l'épidémie comporte deux grands schémas :

- des épidémies généralisées qui persistent au sein de la population générale de nombreux pays d'Afrique subsaharienne, en particulier dans la partie australe du continent ; et
- dans le reste du monde, des épidémies affectant essentiellement les populations les plus exposées au risque d'infection, notamment les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, les consommateurs de drogues injectables, les professionnel(le)s du sexe et leurs partenaires sexuels.

L'**Afrique subsaharienne** reste la région la plus gravement touchée et le sida y est toujours la principale cause de mortalité.

Figure 1

Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH dans le monde, 1990–2007

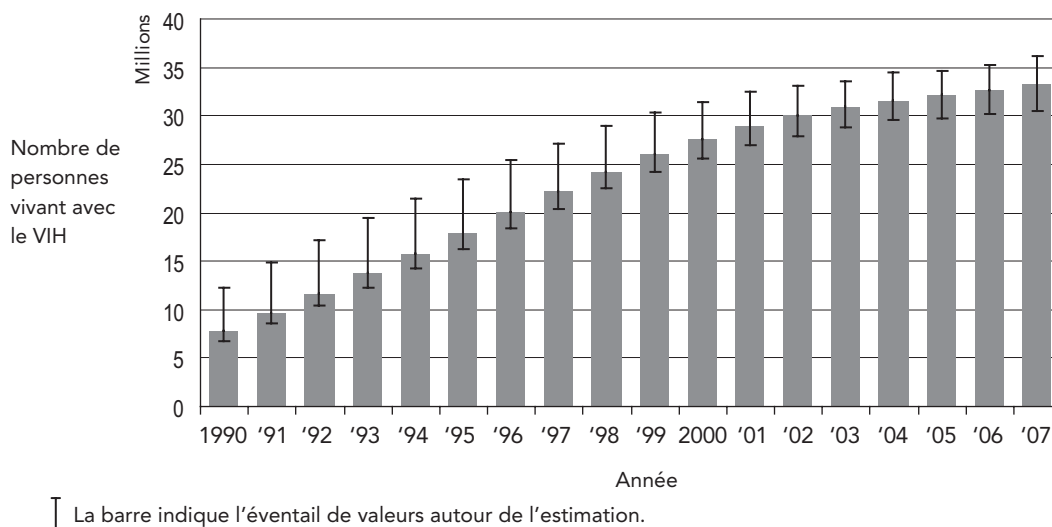
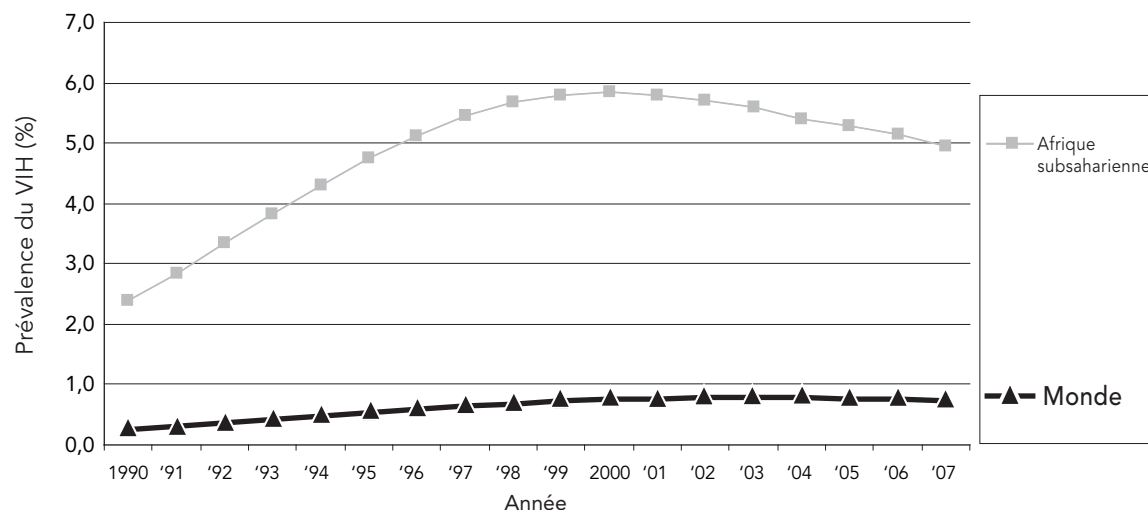


Figure 2

Estimation de la prévalence (%) du VIH chez les adultes (15-49 ans) vivant avec le VIH dans le monde et en Afrique subsaharienne, 1990–2007

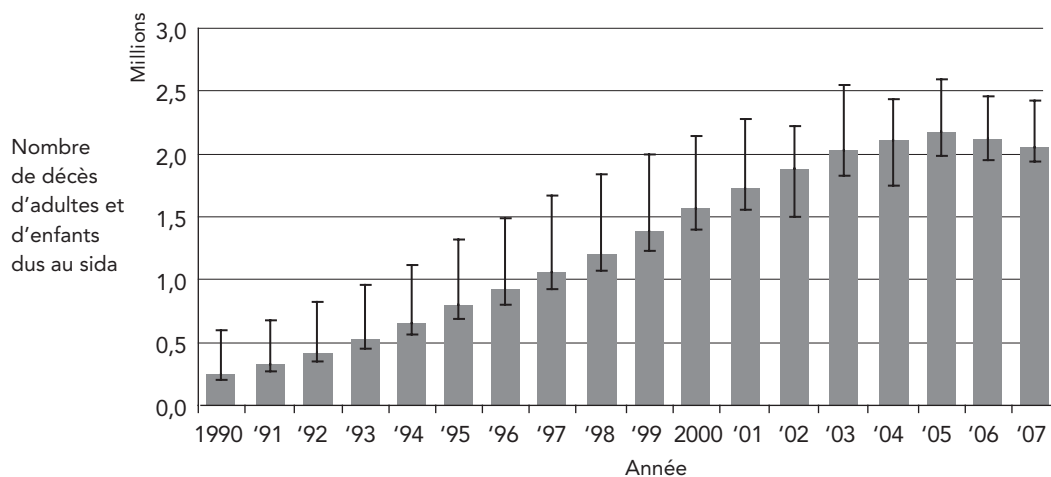


Alors que la prévalence en termes de pourcentage est stabilisée, la persistance de nouvelles infections (même à un rythme moindre) fait que le nombre de personnes vivant avec le VIH – soit 33,2 millions (30,6 millions–36,1 millions) – est plus élevé que jamais (Figure 1). La prévalence du VIH tend à décroître lentement en même temps que diminuent les nouvelles infections et que meurent les personnes infectées par le VIH ; elle peut augmenter si les

nouveaux cas persistent à survenir et si les personnes infectées sous traitement antirétroviral meurent moins rapidement. Les analyses du présent rapport ne peuvent mesurer spécifiquement les influences divergentes qu'exercent sur la prévalence du VIH tant les efforts de prévention – qui diminuent le nombre de nouvelles infections – que l'extension des programmes de traitement – qui réduit le nombre de décès parmi les personnes infectées par le VIH.

Figure 3

Estimation du nombre de décès d'adultes et d'enfants dus au sida dans le monde, 1990–2007



┌ La barre indique l'éventail de valeurs autour de l'estimation.

Estimation du nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH dans le monde, 1990–2007

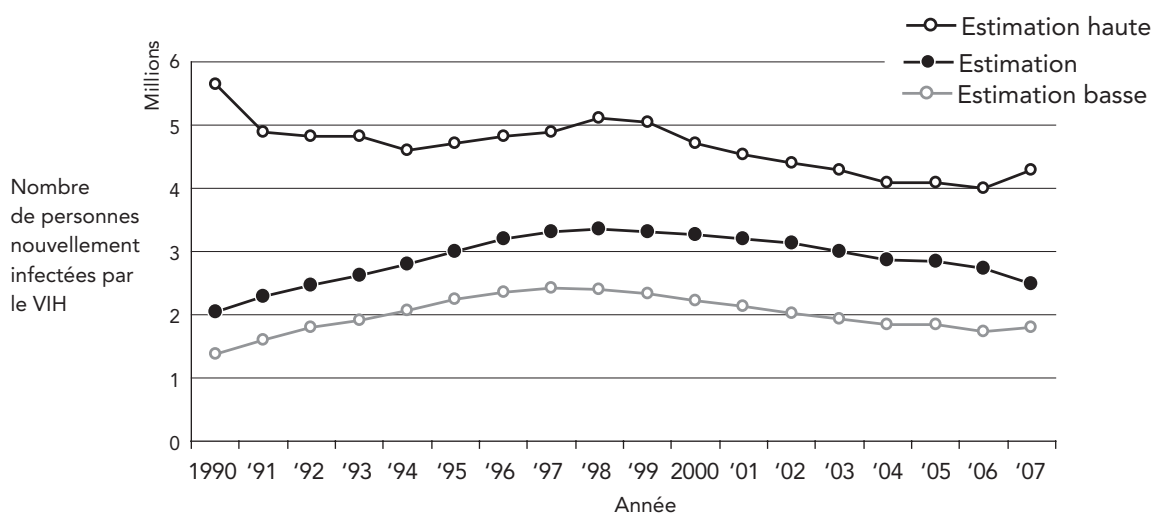


Figure 4

On estime que la prévalence du VIH au niveau mondial – le pourcentage des adultes vivant avec le VIH dans le monde – est stable depuis 2001 (Figure 2). La prévalence du VIH en termes de pourcentage tend à diminuer dans un certain nombre de pays où, depuis 2000 et 2001, les efforts de prévention visant à réduire le nombre de nouvelles infections ont porté leurs fruits. La prévalence au niveau des pays est restée stable ou même a diminué dans une grande partie de l’**Afrique subsaharienne** (Figure 2). La **Côte d’Ivoire**, le **Kenya** et le **Zimbabwe** ont vu leur prévalence diminuer au niveau du pays, conformément à leur évolution précédente. En **Asie du Sud-Est**, les épidémies au **Cambodge**, au **Myanmar** et en **Thaïlande** montrent toutes une diminution de la prévalence du VIH.

En 2007, on estime à 2,1 millions [1,9 million- 2,4 millions] le nombre de décès dus au sida dans le monde (Figure 3) – 76% d’entre eux sont survenus en Afrique subsaharienne. La diminution observée au cours des deux dernières années est en partie due à l’extension des services de traitement antirétroviral. Le sida reste une des principales causes de mortalité dans le monde et la première cause de décès en Afrique subsaharienne : il représente à long terme un énorme défi en ce qui concerne la mise en place de services de traitement – et son impact disproportionné sur l’Afrique subsaharienne n’en est que plus évident.

Les infections récentes contribuent au nombre total de personnes vivant avec le VIH ; évoluent vers la maladie et la mort au cours du temps et constituent une source potentielle de nouvelles contaminations. L’incidence annuelle du VIH (le nombre de nouvelles

infections à VIH par an au sein d’une population) est donc un paramètre clé que s’efforcent de réduire les efforts de prévention. L’incidence mondiale de l’infection à VIH a probablement atteint un sommet à la fin des années 1990 (Figure 4) avec plus de 3 millions de nouvelles infections par an : on l’estime à 2,5 millions [1,8 million- 4,1 millions] en 2007, dont plus des deux tiers (68%) en Afrique subsaharienne. Cette diminution de l’incidence du VIH correspond vraisemblablement à l’évolution naturelle de l’épidémie ainsi qu’aux efforts de prévention qui ont entraîné des modifications de comportement dans divers contextes.

Un dernier point à prendre en compte concerne la qualité et la nature des informations stratégiques relatives à la pandémie et aux conséquences de nos programmes. Les investissements accrus en matière de prévention, de traitement et de prise en charge des infections à VIH donnent des résultats positifs mais en même temps compliquent considérablement tant l’évolution de l’épidémie que l’analyse de ses tendances. Les analyses que nous apportons ici ne peuvent définir de façon adéquate l’impact d’interventions ou de programmes donnés. Il faut pour cela des études particulières et localisées, notamment des évaluations immédiates de l’incidence du VIH, de sa mortalité spécifique, de l’efficacité des programmes, ainsi que du fardeau de l’infection, de la morbidité et de la mortalité liées au VIH chez les enfants.

Au fur et à mesure que croissent les ressources consacrées au sida et aux autres grands problèmes de santé, il faudra mettre l’accent sur le renforcement des systèmes de collecte et d’analyse des données et sur l’amélioration

ration de ces données au service des programmes. Quelles qu'en soient les limites et les contraintes, notre compréhension de la pandémie de VIH et la qualité

de l'information restent supérieures à celles qui sous-tendent les estimations de nombreuses autres maladies d'importance mondiale.

Tableau 1 Statistiques régionales VIH et sida, 2001 et 2007

	Adultes et enfants vivant avec le VIH	Adultes et enfants nouvellement infectés par le VIH	Prévalence chez l'adulte (%)	Adultes et enfants : décès dus au sida
Afrique subsaharienne				
2007	22,5 millions [20,9–24,3 millions]	1,7 million [1,4–2,4 millions]	5,0% [4,6%–5,5%]	1,6 million [1,5–2,0 millions]
2001	20,9 millions [19,7–23,6 millions]	2,2 millions [1,7–2,7 millions]	5,8% [5,5%–6,6%]	1,4 million [1,3–1,9 million]
Moyen-Orient et Afrique du Nord				
2007	380 000 [270 000–500 000]	35 000 [16 000–65 000]	0,3% [0,2%–0,4%]	25 000 [20 000–34 000]
2001	300 000 [220 000–400 000]	41 000 [17 000–58 000]	0,3% [0,2%–0,4%]	22 000 [11 000–39 000]
Asie du Sud et du Sud-Est				
2007	4,0 millions [3,3–5,1 millions]	340 000 [180 000–740 000]	0,3% [0,2%–0,4%]	270 000 [230 000–380 000]
2001	3,5 millions [2,9–4,5 millions]	450 000 [150 000–800 000]	0,3% [0,2%–0,4%]	170 000 [120 000–220 000]
Asie de l'Est				
2007	800 000 [620 000–960 000]	92 000 [21 000–220 000]	0,1% [<0,2%]	32 000 [28 000–49 000]
2001	420 000 [350 000–510 000]	77 000 [4900–130 000]	<0,1% [<0,2%]	12 000 [8200–17 000]
Océanie				
2007	75 000 [53 000–120 000]	14 000 [11 000–26 000]	0,4% [0,3%–0,7%]	1200 [<500–2700]
2001	26 000 [19 000–39 000]	3800 [3000–5600]	0,2% [0,1%–0,3%]	<500 [1100]
Amérique latine				
2007	1,6 million [1,4–1,9 million]	100 000 [47 000–220 000]	0,5% [0,4%–0,6%]	58 000 [49 000–91 000]
2001	1,3 million [1,2–1,6 million]	130 000 [56 000–220 000]	0,4% [0,3%–0,5%]	51 000 [44 000–100 000]
Caraïbes				
2007	230 000 [210 000–270 000]	17 000 [15 000–23 000]	1,0% [0,9%–1,2%]	11 000 [9800–18 000]
2001	190 000 [180 000–250 000]	20 000 [17 000–25 000]	1,0% [0,9%–1,2%]	14 000 [13 000–21 000]
Europe orientale et Asie centrale				
2007	1,6 million [1,2–2,1 millions]	150 000 [70 000–290 000]	0,9% [0,7%–1,2%]	55 000 [42 000–88 000]
2001	630 000 [490 000–1,1 million]	230 000 [98 000–340 000]	0,4% [0,3%–0,6%]	8000 [5500–14 000]
Europe occidentale et centrale				
2007	760 000 [600 000–1,1 million]	31 000 [19 000–86 000]	0,3% [0,2%–0,4%]	12 000 [<15 000]
2001	620 000 [500 000–870 000]	32 000 [19 000–76 000]	0,2% [0,1%–0,3%]	10 000 [<15 000]
Amérique du Nord				
2007	1,3 million [480 000–1,9 million]	46 000 [38 000–68 000]	0,6% [0,5%–0,9%]	21 000 [18 000–31 000]
2001	1,1 million [390 000–1,6 million]	44 000 [40 000–63 000]	0,6% [0,4%–0,8%]	21 000 [18 000–31 000]
TOTAL				
2007	33,2 millions [30,6–36,1 millions]	2,5 millions [1,8–4,1 millions]	0,8% [0,7%–0,9%]	2,1 millions [1,9–2,4 millions]
2001	29,0 millions [26,9–32,4 millions]	3,2 millions [2,1–4,4 millions]	0,8% [0,7%–0,9%]	1,7 million [1,6–2,3 millions]

Résumés par région

Le Tableau 1 montre les données par région. L'**Afrique subsaharienne** continue d'être la région la plus gravement touchée par la pandémie de sida. Parmi les personnes infectées, plus de deux adultes sur trois (68%) et presque 90% des enfants vivent dans cette région ; plus de trois décès dus au sida sur quatre (76%) y surviennent, tragique illustration des besoins non assurés en matière de traitement antirétroviral en Afrique subsaharienne. Les épidémies de la région varient néanmoins de façon marquée, la prévalence du VIH chez l'adulte (15-49 ans) au niveau des pays allant de moins de 2% dans certains pays du Sahel à plus de 15% dans la plus grande part de l'**Afrique australe**. A elle seule, cette dernière sous-région compte près du tiers (32%) de toutes les nouvelles infections à VIH et des décès liés au sida dans le monde en 2007.

En tout, 1,7 million [1,4 million-2,4 millions] de personnes ont été infectées par le VIH en **Afrique subsaharienne** au cours de l'année écoulée, contre 2,2 millions [1,7 million-2,7 millions] de nouvelles infections en 2001. On y estime à l'heure actuelle que 22,5 millions [20,9 millions-24,3 millions] de personnes vivent avec le VIH – à comparer aux 20,9 millions [19,7 millions-23,6 millions] de 2001. Le taux de prévalence du VIH chez l'adulte (15 à 49 ans) est passé en Afrique subsaharienne de 5,8% [5,5%-6,6%] en 2001 à 5,0% [4,6%-5,5%] en 2007. Le sida constitue toujours la cause de mortalité la plus importante en Afrique subsaharienne (OMS, 2003) ; sur un total mondial de 2,1 millions [1,9 million-2,4 millions] de décès (adultes et enfants) en 2007, 1,6 million [1,5 million-2,0 millions] sont survenus en **Afrique subsaharienne**. On estime à 11,4 millions [10,5 millions-14,6 millions] le nombre d'enfants rendus orphelins par le sida¹ dans la région.

Outre la diminution du nombre de nouvelles infections observée en **Afrique subsaharienne** de 2001 à 2007, le nombre estimé de nouvelles infections a chuté en **Asie du Sud** et **du Sud-Est**, passant de 450 000 [150 000-800 000] en 2001 à 340 000 [180 000-740 000] en 2007, et en **Europe orientale** de 230 000 [98 000-340 000] en 2001 à 150 000 [70 000-290 000] en 2007. La différence du nombre de nouvelles infections en **Europe orientale** tient surtout à la croissance ralentie de l'épidémie de VIH en **Fédération de Russie**, le pays où sévit l'épidémie la plus importante de la région et où le nombre de nouvelles infections a augmenté rapidement à la fin des années 1990 avant de culminer en 2001. Le nombre de

nouvelles infections signalées (plutôt que leur estimation) pour la **Fédération de Russie** a recommencé à croître ces dernières années, mais à un taux plus faible qu'au tournant de ce siècle.

Les 92 000 [21 000-220 000] adultes et enfants que l'on estime avoir été nouvellement infectés par le VIH en **Asie de l'Est** en 2007 représentent une augmentation de près de 20% par rapport aux 77 000 [4900 à 130 000] personnes nouvellement infectées en 2001. L'**Océanie** a elle aussi connu une augmentation du nombre estimé de nouvelles infections – de 3800 [3000-5600] en 2001 à 14 000 [11 000-26 000] en 2007. Le nombre de nouvelles infections à VIH est resté à peu près stable pour 2007 dans les **Caraïbes**, en **Amérique latine**, au **Moyen-Orient** et en **Afrique du Nord**, en **Amérique du Nord** et en **Europe occidentale**.

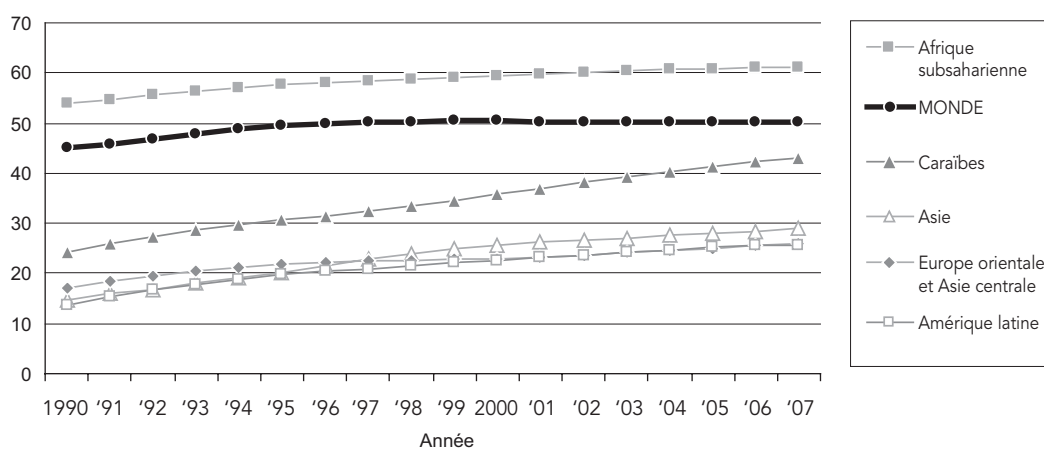
Ces chiffres d'incidence régionale peuvent masquer le fait que le nombre effectif de personnes vivant avec le VIH peut être en augmentation ; en Europe orientale, par exemple, le nombre total de personnes vivant avec le VIH a augmenté de près de 150% entre 2001 et 2007. De même, la prévalence du VIH continue d'augmenter dans certains pays, comme l'**Indonésie** et le **Viet Nam**.

Les femmes vivant avec le VIH

Les estimations du nombre de femmes et d'hommes infectés par le VIH ont connu le même taux d'accroissement entre 2001 et 2007 et le ratio hommes/femmes est donc resté le même au niveau mondial parmi les personnes infectées. L'estimation de 13,8 millions [12,7 millions-15,2 millions] de femmes vivant avec le VIH en 2001 a augmenté de 1,6 million pour atteindre 15,4 millions [13,9 millions-16,6 millions] en 2007 ; les chiffres correspondants pour les hommes sont de 13,7 millions [12,6 millions-15,2 millions] en 2001 et 15,4 millions [14,3 millions-17,0 millions] en 2007. En **Afrique subsaharienne**, près de 61% des adultes vivant avec le VIH en 2007 étaient des femmes (Figure 5), et 43% dans les **Caraïbes** (à comparer aux 37% de 2001). En **Amérique latine**, en **Asie** et en **Europe orientale**, la proportion de femmes vivant avec le VIH croît progressivement, le VIH passant aux partenaires féminines des hommes qui ont vraisemblablement été infectés lors de l'injection de drogues, ou au cours de rapports sexuels tarifés non protégés ou de rapports sexuels avec des hommes. En **Europe orientale** et en **Asie centrale**, on estime que les femmes représentaient 26% des adultes infectés par le VIH in 2007 (comparé aux 23% de 2001) ; en **Asie** ce pourcentage était de 29% en 2007 (26% en 2001).

¹ On définit comme enfants rendus orphelins par le sida (0-17 ans) le nombre estimé d'enfants en vie en 2007 qui ont perdu au moins un parent à cause du sida.

Pourcentage des adultes (15+) vivant avec le VIH qui sont des femmes, 1990–2007

Figure 5²

Enfants (moins de 15 ans) vivant avec le VIH

Au niveau mondial, le nombre d'enfants vivant avec le VIH est passé de 1,5 million [1,3 million-1,9 million] en 2001 à 2,5 millions [2,2 millions-2,6 millions] en 2007. Le nombre estimé de nouvelles infections chez les enfants a toutefois diminué, passant de 460 000

[420 000-510 000] en 2001 à 420 000 [390 000-470 000] en 2007. Les décès attribuables au sida parmi les enfants avaient augmenté, de 330 000 [380 000-560 000] en 2001 à 360 000 [350 000-540 000] en 2005, mais ont commencé à diminuer, l'estimation pour 2007 étant de 330 000 [310 000-380 000]. Près de 90% de l'ensemble des enfants séropositifs vivent en Afrique subsaharienne.

DE NOUVELLES DONNÉES CONDUISENT À MODIFIER LES HYPOTHÈSES ET AMÉLIORER LES ESTIMATIONS

Afin d'améliorer sans cesse leurs estimations VIH, l'ONUSIDA et l'OMS mettent régulièrement à jour leur méthodologie, comme le recommande le Groupe de référence de l'ONUSIDA sur les estimations, modèles et projections en matière de VIH/sida, en se fondant sur les derniers acquis scientifiques.³ En outre, une Consultation internationale sur les estimations épidémiologiques du sida, organisée conjointement à Genève les 14 et 15 novembre 2007 par le Secrétariat de l'ONUSIDA et par l'OMS, a examiné les processus et méthodologies en cours d'utilisation par ces deux organismes pour fournir des estimations du VIH aux niveaux national, régional et mondial.

Les outils mis en place sur les conseils du Groupe de référence de l'ONUSIDA comprennent le logiciel Estimations et Projections Pays (EPP), WORKBOOK et Spectrum. Ces instruments engendrent une courbe de prévalence du VIH et projettent l'impact démographique spécifique de la mortalité due au sida selon les groupes d'âge. Les résultats incluent l'évolution de la prévalence du VIH dans le temps, le nombre de personnes vivant avec le VIH, les nouvelles infections, les décès attribuables au sida, le nombre d'orphelins et la somme de traitements requise. Les estimations de la prévalence du VIH dans le temps chez les adultes, elles-mêmes fondées sur des données de surveillance sentinelle, d'enquêtes et d'études ad hoc, permettent de calculer des estimations de l'incidence et de la mortalité.

Les systèmes de surveillance du VIH ont pris de l'ampleur et se sont considérablement améliorés ces dernières années, surtout en **Afrique subsaharienne** et en **Asie**. La qualité des données de surveillance



² Depuis la fin des années 1990, la proportion de femmes et d'hommes infectés reste sensiblement la même (50% pour l'un et l'autre groupe). Même si, comme le montre ce graphique, la proportion de femmes infectées augmente dans chaque région par rapport à celle des hommes, le nombre d'hommes infectés dépasse de loin celui des femmes infectées dans la plupart des régions.

³ Le Groupe de référence de l'ONUSIDA sur les estimations, modèles et projections en matière de VIH/sida est constitué de chercheurs de haut niveau dans les domaines du VIH, de l'épidémiologie, de la démographie et des domaines connexes. Le Groupe de référence évalue les travaux les plus récents (publiés ou non) émanant des études de recherche dans divers pays. Il examine également les progrès dans la compréhension des épidémies de VIH, et suggère des méthodes destinées à améliorer la qualité et l'exactitude des estimations.

sentinelle pour le VIH s'est améliorée en même temps que le nombre de cycles de surveillance et la couverture géographique et de la population ont augmenté. En **Inde**, par exemple, le nombre de sites de surveillance sentinelle est passé de 155 en 1998 à plus de 1100 en 2006 et couvre maintenant de façon étendue les populations les plus exposées au risque d'infection. Pour certains pays d'Afrique qui ne disposaient par le passé que de données de prévalence limitées pour le VIH (notamment l'**Angola**, le **Libéria** et le **Soudan**), les récents cycles de surveillance sentinelle ont apporté des données plus représentatives.

L'amélioration des données recueillies au cours des enquêtes nationales au sein de la population a accru la précision des estimations relatives au VIH et au sida. Tandis que la surveillance sentinelle de la prévalence du VIH continuera de fournir une information fiable concernant la tendance des épidémies, la prévalence du VIH mesurée lors des enquêtes de population – en tenant compte des ajustements liés aux non-réponses et autres biais – permettra d'appréhender le niveau national des épidémies. Les enquêtes de population dans les pays à épidémies concentrées peuvent néanmoins ne pas inclure les populations éventuellement exposées à un risque accru pour l'infection à VIH et il faudra procéder à d'autres ajustements. Depuis 2001, 30 pays d'Afrique subsaharienne, d'Asie et des Caraïbes ont mené des enquêtes de population comportant des mesures de la prévalence du VIH, comme l'indique le Tableau 2. Les résultats de ces enquêtes au sein de la population ont en règle générale fourni des estimations plus faibles de la prévalence nationale VIH au niveau des pays que les extrapolations à partir de données émanant de la surveillance sentinelle.

En ce qui concerne les estimations régionales et mondiales du présent rapport, on a utilisé la prévalence du VIH chez les adultes fournie par ces enquêtes pour ajuster la prévalence du VIH au cours de l'année d'enquête dans le pays respectif. Là où l'on disposait des résultats d'enquêtes nationales récentes (notamment le **Bénin**, le **Cambodge**, **Haïti**, l'**Inde**, le **Libéria**, le **Malawi**, le **Mali**, la **République centrafricaine** et le **Swaziland**), cette utilisation a entraîné une baisse des estimations ainsi obtenues par comparaison aux estimations régionales et mondiale telles qu'elles avaient été publiées dans *Le point sur l'épidémie de sida 2006*.

Plusieurs nouvelles hypothèses ont en outre été incorporées dans la version 2007 des outils d'estimation, Estimations et Projections Pays (EPP) 2007 et Spectrum 3. Une hypothèse majeure concerne les pays à épidémies de VIH généralisées qui n'ont pas mis en place d'enquête nationale de population. En comparant la prévalence du VIH parmi les femmes qui fréquentent les consultations prénatales et la prévalence tirée d'enquêtes de population, on constate que la prévalence du VIH chez l'adulte au cours de ces dernières enquêtes équivaut à peu près à 80% de la prévalence en consultation prénatale, tant en milieu rural qu'en milieu urbain (ONUSIDA, 2007). A partir de cette observation, on recommande, pour les pays à épidémie généralisée qui n'ont pas mené d'enquête de population, de recourir à la valeur de prévalence en consultation prénatale en minorant celle-ci d'un facteur de 0,8 en moyenne (Groupe de référence ONUSIDA sur les estimations, modèles et projections, 2006). Jusqu'ici on n'ajustait que pour la prévalence observée dans les consultations prénatales en milieu rural.

Une deuxième hypothèse majeure concerne l'estimation de l'incidence et de la mortalité. On calculera l'incidence de l'infection à VIH et la mortalité due au sida en combinant la prévalence de l'infection au cours du temps et une hypothèse sur la durée moyenne de survie entre l'infection à VIH et le décès en l'absence de traitement antirétroviral – on tiendra compte de la survie plus longue chez les personnes sous traitement antirétroviral (Stover, 2006). En l'absence d'un tel traitement, la valeur médiane nette de survie après infection est actuellement estimée à 11 ans (Groupe de référence ONUSIDA sur les estimations, modèles et projections, 2006) au lieu du chiffre de neuf ans retenu précédemment (Groupe de référence ONUSIDA sur les estimations, modèles et projections, 2002). Ceci s'applique à tous les pays sauf ceux où le sous-type E du VIH représente la majorité des infections. Dans ces pays-là, le temps de survie médian est encore à l'étude mais quelques chercheurs lui attribuent une valeur estimée à neuf ans (Groupe de référence ONUSIDA sur les estimations, modèles et projections, 2006). Ces nouvelles recommandations sont fondées sur des données récentes issues d'études longitudinales (Todd et al, 2007 ; Marston et al, 2007). Pour un même niveau de prévalence, cet allongement de la période de survie a entraîné de plus faibles estimations du nombre de nouvelles infections et de décès dus au sida.

Outre les changements dans la prévalence du VIH pour certains pays, dus à l'ajustement aux résultats de prévalence résultant des enquêtes spécifiques par pays (voir ci-dessus), d'autres pays présentent une prévalence corrigée à la baisse parce que l'extension de leur système de surveillance a fourni des données plus représentatives (par exemple en **Angola** et à **Madagascar**). En outre, dans certains pays à épidémie généralisée et qui n'ont pas procédé à une enquête au sein de leur population, c'est l'ajustement supplémentaire aux données en provenance des consultations prénatales en milieu urbain (voir ci-dessus) qui a entraîné un abaissement des estimations de prévalence nationale, par exemple en **Angola**, au **Congo**, en **Erythrée**, en **Gambie**, en **Guinée-Bissau**, au **Mozambique**, en **Namibie**, au **Nigéria**, en **Somalie** et au **Soudan**.



Tableau 2

Prévalence du VIH chez les adultes (15-49 ans) dans les pays ayant conduit ces dernières années une enquête démographique sur le VIH

Pays	Prévalence selon enquête démographique (%) (année)	Prévalence du VIH (%) en 2001 notée en 2002 dans le Rapport sur l'épidémie mondiale de sida	Prévalence du VIH (%) en 2003 notée en 2004 dans le Rapport sur l'épidémie mondiale de sida	Prévalence du VIH (%) en 2005 notée en 2006 dans le Rapport sur l'épidémie mondiale de sida
Afrique subsaharienne				
Afrique du Sud	16,2 (2005) 15,6 (2002)	20,1	20,9	18,8
Bénin	1,2 (2006)	3,6	1,9	1,8
Botswana	25,2 (2004)	38,8	38,0	24,1
Burkina Faso	1,8 (2003)	6,5	4,2	2,0
Burundi	3,6 (2002)	8,3	6,0	3,3
Cameroun	5,5 (2004)	11,8	7,0	5,4
Côte d'Ivoire	4,7 (2005)	9,7	7,0	7,1
Ethiopie	1,4 (2005)	6,4	4,4	(0,9-3,5)
Ghana	2,2 (2003)	3,0	3,1	2,3
Guinée	1,5 (2005)	NA	2,8	1,5
Guinée équatoriale	3,2 (2004)	3,4	NA	3,2
Kenya	6,7 (2003)	15,0	6,7	6,1
Lesotho	23,5 (2004)	31,0	29,3	23,2
Malawi	12,7 (2004)	15,0	14,2	14,1
Mali	1,3 (2006) 1,7 (2001)*	1,7	1,9	1,7
Niger	0,7 (2006) 0,9 (2002)	NA	1,2	1,1
Ouganda	7,1 (2004-5)	5,0	4,1	6,7
République centrafricaine	6,2 (2006)	12,9	13,5	10,7
République-Unie de Tanzanie	7,0 (2004)	7,8	9,0	6,5
Rwanda	3,0 (2005)	8,9	5,1	3,1
Sénégal	0,7 (2005)	0,5	0,8	0,9
Sierra Leone	1,5 (2005)	7,0	NA	1,6
Swaziland	25,9 (2006-7)	33,4	38,8	33,4
Tchad	3,3 (2005)	3,6	4,8	3,5
Zambie	15,6 (2001-2)	21,5	16,5	17,0
Zimbabwe	18,1 (2005-6)	33,7	24,6	20,1
Asie				
Cambodge	0,6 (2005)	2,7	2,6	1,6
Inde	0,28 (2005-6)	0,8	0,9	0,9
Amérique latine et Caraïbes				
Haïti	2,2 (2005-6)	6,1	5,6	3,8
République dominicaine	1,0 (2002)	2,5	1,7	1,1

* inclut les hommes de 15 à 59 ans.

La modification des hypothèses concernant la survie (voir ci-dessus) a entraîné une baisse des estimations pour la mortalité et l'incidence dans tous les pays sauf ceux où domine le sous-type E. Elle n'a pas eu d'effet majeur sur le moment où les nouvelles infections ont atteint un pic. Tous ces changements ont donné lieu à de meilleures estimations du nombre de personnes vivant avec le VIH, de la mortalité liée au sida et du nombre de nouvelles infections à VIH. La plupart des estimations contenues dans le présent document sont plus faibles que les estimations publiées antérieurement – non seulement pour 2007 mais aussi pour les années précédentes. Il ne convient donc pas de comparer directement les unes et les autres. Contrairement aux rapports précédents, qui présentaient des données relatives à la période de deux ans la plus récente, ce rapport-ci compare les données pour 2001 et pour 2007, ce qui permet de



mieux apprécier les tendances. Les données de surveillance pour 2007 ne sont pas encore disponibles pour un grand nombre de pays et les estimations de tendance pour 2005-2007 risqueraient d'être moins précises que celles qui concernent la période plus longue de 2001 à 2007.

Ces modifications d'hypothèses, ainsi que les données récentes émanant de recherches et d'examen, auront des conséquences en ce qui concerne l'estimation du nombre de personnes qui doivent recevoir un traitement antirétroviral, mis nous n'aborderons pas ce sujet ici.

Les systèmes de surveillance du VIH présentent encore des lacunes importantes dans certains pays, ce qui rend difficile d'y évaluer avec précision le statut actuel de l'épidémie. L'ONUSIDA et l'OMS poursuivront leurs efforts pour améliorer leurs estimations relatives au VIH et au sida en fonction des nouvelles données provenant de la surveillance et de la recherche scientifique.

Tendances récentes du comportement sexuel et VIH parmi les jeunes

En 2001, la *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida* des Nations Unies a fixé comme objectif de diminuer de 25% la prévalence du VIH parmi les jeunes (15 à 24 ans) d'ici à 2005 dans les pays les plus touchés, en suivant l'évolution des nouvelles infections. Le suivi des tendances de l'incidence du VIH en temps réel (et celui de l'impact des programmes de prévention du VIH sur cette incidence) exigeraient idéalement des études longitudinales sur un grand nombre de personnes. Vu les difficultés pratiques que rencontrent ces études, il a été suggéré de recourir à la prévalence du VIH chez les jeunes femmes (15 à 24 ans) vues en consultation prénatale comme mesure de remplacement pour l'incidence.

Le Groupe de travail OMS/ONUSIDA sur la surveillance mondiale du VIH/sida et des IST a donc prié les 35 pays où la prévalence nationale du VIH dépassait 3% de participer à cet effort en 2006 et à nouveau en 2007 (Tableau 3).

L'observation des tendances du VIH et celle des comportements sexuels parmi les jeunes peut apporter une fenêtre d'observation sur les changements récents des épidémies nationales de VIH et leur évolution probable. Plus spécifiquement, les tendances de la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans, chez lesquelles l'infection à VIH sera vraisemblablement récente, seront moins influencées que les tendances de la prévalence chez l'adulte ou dans la totalité des groupes d'âge par la mortalité spécifique et les traitements antirétroviraux. L'évolution de la prévalence du VIH dans le groupe d'âge de 15 à 24 ans est ainsi censée refléter l'évolution de l'incidence du VIH.

L'examen des données disponibles les plus récentes montre que, pour 11 des 15 pays les plus touchés disposant de données suffisantes (données de préva-

lence pour trois années différentes) pour leur permettre d'analyser l'évolution récente du VIH parmi les jeunes, la prévalence du VIH chez les jeunes femmes enceintes de 15 à 24 ans vues en consultation prénatale a diminué depuis 2000-2001 (Tableau 3).

Au **Kenya**, la prévalence du VIH chez les jeunes femmes enceintes a chuté de façon significative (plus de 25%) tant en milieu urbain qu'en milieu rural ; on observe une évolution du même type en milieu urbain en **Côte d'Ivoire**, au **Malawi** et au **Zimbabwe**, ainsi que dans les zones rurales du **Botswana**. Des différences moins frappantes et non significatives sur le plan statistique ont été observées tant en milieu urbain qu'en milieu rural au **Burkina Faso**, en **Namibie** et au **Swaziland**, en milieu urbain aux **Bahamas**, au **Botswana**, au **Burundi** et au **Rwanda**, ainsi que dans les zones rurales de la **République-Unie de Tanzanie**. L'**Afrique du Sud**, le **Mozambique** et la **Zambie** ne montrent aucun signe que l'infection à VIH parmi les jeunes ait diminué.

Les enquêtes nationales menées dans neuf de ces 35 pays entre 1994 et 2006 ont apporté suffisamment de données comparables pour évaluer les tendances du comportement sexuel chez les jeunes. Dans certains pays, les données de tendance indiquent une nette diminution pour certains comportements sexuels à risque. La proportion de jeunes qui signalent avoir eu des rapports sexuels avec des partenaires occasionnel(le)s au cours de l'année écoulée a diminué tant chez les hommes que chez les femmes au **Kenya**, au **Malawi** et au **Zimbabwe** et uniquement chez les femmes en **Haïti** et en **Zambie**. Par contre la proportion de jeunes hommes et femmes qui signalent des rapports sexuels avec des partenaires occasionnel(le)s a augmenté au **Cameroun**, en **Ouganda** et au **Rwanda**.

Le recours au préservatif à l'occasion de rapports sexuels avec des partenaires occasionnel(le)s a montré des variations frappantes. La proportion de jeunes

Tableau 3

Analyse 2006–2007 des tendances chez les jeunes de 15 à 24 ans dans les pays à prévalence élevée : prévalence du VIH chez les femmes enceintes (2000–2006) pour les systèmes de surveillance sentinelle ; comportements sexuels spécifiques chez les hommes et chez les femmes (1994–2006) émanant d'enquêtes nationales

Pays	Analyse en 2006–2007	Tendance de la prévalence*		Âge lors des premiers rapports sexuels**		Rapports avec partenaires occasionnel(le)s***		Recours au préservatif lors de rapports avec partenaires occasionnel(le)s****	
		Urbaine	Rurale	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Afrique du Sud [§]	2006	↔							
Angola*	2006								
Bahamas	2007	∇NS							
Bénin**									
Botswana	2007	∇NS	∇≥ 25%						
Burkina Faso	2007	∇NS	∇NS						
Burundi	2006/2007	∇NS	↔						
Cameroun*	2006			∇	∇	▲	▲	▲	▲
Congo*	2007								
Côte d'Ivoire	2006	∇≥ 25%	ID	∇	↔	↔	↔	▲	∇
Djibouti**									
Ethiopie**									
Gabon**									
Gambie**									
Ghana**									
Haïti**				▲	▲	∇	▲	▲	▲
Kenya	2006	∇≥ 25%	∇≥ 25%	↔	↔	∇	∇	▲	↔
Lesotho*	2006								
Libéria**									
Malawi [#]	2006	∇≥ 25%	↔	∇	∇	∇	∇	▲	▲
Mozambique [‡]	2006	↔		↔	▲				
Namibie	2007	∇NS	∇NS						
Nigéria*	2007			↔	↔				
Ouganda**				∇	↔	▲	▲	▲	↔
République centrafricaine**									
République démocratique du Congo*	2006								
République-Unie de Tanzanie	2006	↔	∇NS	↔	∇	↔	↔	▲	▲
Rwanda	2006	∇NS	ND	▲	▲	▲	▲	▲	∇
Sierra Leone*	2007								
Soudan*	2007								
Swaziland	2007	∇NS	∇NS						
Tchad*	2006			∇	↔				
Togo*	2006			∇				▲	
Zambie [¶]	2006	↔		↔		∇	↔	↔	↔
Zimbabwe	2006	∇≥ 25%	∇NS	↔	↔	∇	∇	↔	↔

Notes: [1] Cellules surlignées : tendances positives (prévalence ou comportement).

Légendes: [2] Année d'analyse : année où l'analyse a été effectuée, pas nécessairement la dernière année de collecte des données.

* Sites pertinents utilisés pour l'analyse de la prévalence annuelle médiane pour un minimum de trois ans. Test de signification basé sur H_0 ; pente = 0. Analyse de pays avec plus de trois ans de données fondée sur les nombres suivants de sites pertinents urbains/ruraux : Botswana (10,10), Burundi (3,3), Côte d'Ivoire (9 urbains), Kenya (20,13), Malawi (11,8), Mozambique (5 Sud, 8 Centre, 7 Nord), Rwanda (6 urbains), République-Unie de Tanzanie (11,8), Zimbabwe (7,6).

** Parmi les 15 à 19 ans, proportion ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans. Analyses fondées sur enquêtes démographiques et de santé (DHS) et enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS) ou enquêtes nationales entre 1995 et 2005.

*** Parmi les 15 à 24 ans, proportion ayant signalé des rapports avec un(e) partenaire occasionnel(le) au cours de l'année écoulée. En Afrique du Sud, proportion des 15 à 24 ans signalant plus d'un(e) partenaire au cours des 12 mois écoulés. Analyses fondées sur enquêtes DHS et enquêtes nationales sud-africaines 1995-2005.

**** Parmi les 15 à 24 ans, proportion ayant signalé un recours au préservatif lors du dernier rapport occasionnel. Analyses fondées sur enquêtes EDS, MICS ou nationales entre 1995 et 2005.

▲ Accroissement statistiquement significatif.

∇ Diminution statistiquement significative.

∇≥25% Diminution statistiquement significative de plus de 25%.

∇NS Diminution statistiquement non significative.

↔ Aucune indication de diminution.

*ID Insuffisance de données (moins de trois années).

**ND Données de prévalence non reçues.

Zones urbaines/semi-urbaines combinées pour analyse des données urbaines.

‡ Mozambique Nord, Sud et Centre.

§ Le Groupe de travail n'a pas reçu de données ; analyse fondée sur les données de surveillance en Afrique du Sud.

¶ Le Groupe de travail n'a pas reçu de données ; analyse fondée sur les données de surveillance en Zambie, 2005, zones urbaines et rurales combinées.

déclarant avoir eu recours au préservatif lors du dernier rapport de ce type a augmenté tant pour les hommes que pour les femmes au **Cameroun** en **Haïti**, au **Malawi** et en **République-Unie de Tanzanie** et uniquement chez les femmes en **Côte d'Ivoire**, au **Kenya**, en **Ouganda**, au **Rwanda** et au **Togo**. Par contre cette proportion a diminué chez les hommes uniquement en **Côte d'Ivoire** et au **Rwanda**.

Parmi les 35 pays en question, près de deux douzaines ne disposaient malheureusement pas de données – ou de données suffisantes – pour analyser l'évolution de la prévalence du VIH et/ou celle des comportements sexuels parmi les jeunes ; plusieurs de ces pays, en Afrique australe, présentent une prévalence du VIH exceptionnellement élevée.

Ces tendances en matière de comportements parmi les jeunes font état de changements récents et encourageants dans certains pays (**Cameroun, Haïti, Kenya, Malawi, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Togo, Zambie** et **Zimbabwe**). Ces tendances, à examiner en même temps que les témoignages d'une diminution significative de la prévalence du VIH chez les femmes enceintes jeunes dans les zones urbaines et/ou rurales de cinq pays (**Botswana, Côte d'Ivoire, Kenya, Malawi** et **Zimbabwe**), permettent de penser que les efforts de prévention commencent à avoir un impact dans plusieurs pays parmi les plus touchés.



RÉGIONS : VUE D'ENSEMBLE

AFRIQUE SUBSAHARIENNE

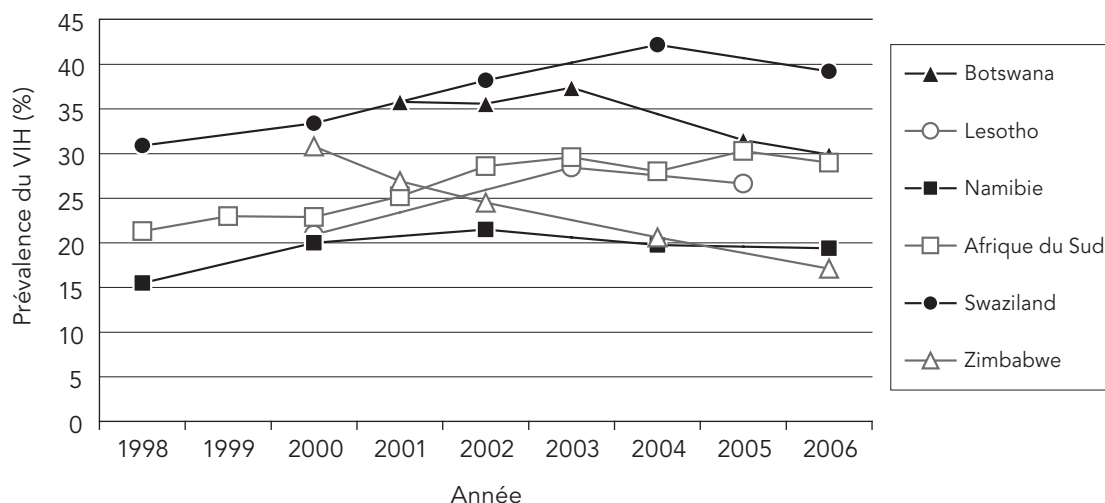
L'Afrique subsaharienne reste la région du monde la plus touchée par l'épidémie de sida. Plus de deux tiers (68%) de toutes les personnes infectées par le VIH vivent dans cette région où se sont produits plus de trois quarts (76%) de tous les décès dus au sida en 2007. On estime que 1,7 million [1,4 million-2,4 millions] de personnes ont été nouvellement infectées par le VIH en 2007, ce qui porte à 22,5 millions [20,9 millions-24,3 millions] le nombre total de personnes vivant avec le virus. Contrairement à ce qui se passe dans d'autres régions, la majorité des personnes vivant avec le VIH en Afrique subsaharienne (61%) sont des femmes.

Afrique australe

L'ampleur et les tendances des épidémies de cette région sont très variables et l'Afrique australe est la plus gravement touchée. Cette sous-région compte 35% de toutes les personnes vivant avec le VIH et presque un tiers (32%) de toutes les nouvelles infections à VIH et de tous les décès dus au sida à l'échelle mondiale en 2007. La prévalence nationale du VIH chez l'adulte était supérieure à 15% dans huit pays en 2005 (Afrique du Sud, Botswana, Lesotho, Mozambique, Namibie, Swaziland, Zambie et Zimbabwe). S'il semble avéré que la prévalence nationale du VIH marque une baisse significative au Zimbabwe, les épidémies d'une bonne partie du reste de la sous-région ont soit atteint un plateau soit s'en approchent. Ce n'est qu'au Mozambique que les données les plus récentes sur le VIH (2005) ont montré une augmentation de la prévalence par rapport à la période de surveillance précédente.

Figure 6

Prévalence médiane du VIH parmi les femmes (15-49 ans) qui fréquentent les consultations prénatales dans des sites de surveillance systématique dans les pays d'Afrique australe, 1998-2006



Sources : Plusieurs enquêtes dans des consultations prénatales.

Au Zimbabwe, la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes qui fréquentent les consultations prénatales a considérablement baissé au cours de ces dernières années, passant de 26% en 2002 à 18% en 2006. Parmi les femmes enceintes jeunes (15-24 ans) la prévalence a baissé de 21% à 13% au cours de la même période. La prévalence la plus élevée a été notée parmi les femmes enceintes en consultations prénatales dans les zones minières (26%) et les grandes entreprises agricoles (22%) (Ministère de la Santé et du Bien-être de l'enfant du Zimbabwe, 2007).

La tendance à la baisse observée dans les données de surveillance du Zimbabwe est confirmée par plusieurs études (ONUSIDA, 2005 ; Mahomva et al., 2006 ; Hargrove et al., 2005 ; Mugurungi et al., 2005 ; Ministère de la Santé et du Bien-être de l'enfant du Zimbabwe, 2007) et un déclin de la prévalence chez les hommes comme chez les femmes a également été relevé dans les régions rurales du Manicaland (Gregson et al., 2006). La tendance est le reflet d'une part d'une très forte mortalité et d'autre part d'une baisse de l'incidence du VIH liée dans une certaine mesure à des changements des comportements (ONUSIDA, 2005). Des données en provenance de l'est du Zimbabwe montrent qu'un nombre accru de femmes et d'hommes évitent maintenant les rapports sexuels avec des partenaires non réguliers et que le recours systématique au préservatif avec des partenaires non réguliers a augmenté chez les femmes (passant de 26% en 1998-2000 à 37% en 2001-2003), mais pas chez les hommes (Gregson et al., 2006). Les modèles mathématiques eux aussi suggèrent que la baisse de la prévalence du VIH ne peut pas être imputée uniquement à l'évolution naturelle de l'épidémie de sida au Zimbabwe mais est partiellement due aux changements de comportements (Hallet et al., 2006).

L'**Afrique du Sud** est le pays du monde qui compte le plus grand nombre d'infections à VIH. Les données de prévalence du VIH recueillies au cours du dernier cycle de surveillance dans les consultations prénatales suggèrent que les niveaux d'infection à VIH pourraient bien se stabiliser, la prévalence parmi les femmes enceintes se situant à 30% en 2005 et 29% en 2006 (Département de la Santé de l'Afrique du Sud, 2007). De plus, la baisse de la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes jeunes (15-24 ans) suggère un déclin possible du nombre annuel de nouvelles infections. L'épidémie varie considérablement selon les provinces, de 15% au Cap-Ouest à 39% au KwaZulu-Natal (Département de la Santé de l'Afrique du Sud, 2007).

Selon les données préliminaires d'une nouvelle enquête démographique au **Swaziland**, un adulte sur

quatre environ (26%) entre 15 et 49 ans est infecté par le VIH. Les données des consultations prénatales comme celles de l'enquête démographique ne montrent que peu de différences dans la prévalence du VIH entre les régions, mais une importante différence dans les niveaux d'infection entre hommes et femmes : 20% des hommes adultes ont présenté un test VIH positif par rapport à 31% des femmes (Ministère de la Santé et du Bien-être social du Swaziland, 2007 ; Bureau central de la Statistique du Swaziland, Macro International, 2007).

La prévalence du VIH au **Lesotho** reste élevée, avec une prévalence de 38% chez les femmes enceintes de 25 à 29 ans qui fréquentaient les consultations prénatales en 2005 (Ministère de la Santé et du Bien-être social du Lesotho, 2005). Les femmes représentent environ 57% des personnes vivant avec le VIH. Les données de surveillance du VIH les plus récentes montrent une diminution du niveau d'infection parmi les femmes enceintes jeunes (15-24 ans) de 25% environ en 2003 à 21% en 2005, mais cette baisse apparente pourrait être imputable à l'addition de nouveaux sites de surveillance sentinelle pour la plus récente enquête (Ministère de la Santé et du Bien-être social du Lesotho, 2005).

Globalement, l'épidémie semble s'être stabilisée en **Namibie**, où une femme sur cinq (20%) fréquentant les consultations prénatales était infectée par le VIH en 2006 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2007). La tendance relativement stable de la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes jeunes (15-24 ans) que l'on observe depuis le milieu des années 1990 et la tendance à la hausse parmi les femmes dans la trentaine suggèrent que les actions de prévention doivent s'intensifier (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2007).

La baisse de la prévalence du VIH observée ces dernières années chez les femmes enceintes qui fréquentent les consultations prénatales au **Botswana** (de 36% en 2001 à 32% en 2006) suggère que l'épidémie a atteint son pic et pourrait amorcer un déclin. La prévalence est étonnamment élevée même parmi les adolescentes enceintes, dont 18% ont présenté un test VIH positif en 2005. Toutefois, les niveaux d'infection parmi les femmes enceintes jeunes sont en baisse depuis quelques années (Ministère de la Santé du Botswana, 2006). Parmi les femmes de 15 à 19 ans fréquentant les consultations prénatales, la prévalence a passé de 25% à 18% entre 2001 et 2006, alors que chez leurs homologues de 20 à 24 ans, elle baissait de 39% à 29% au cours de la même période (Ministère de la Santé du Botswana, 2006).

Les données les plus récentes recueillies dans les consultations prénatales de l'**Angola** indiquent que la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes n'a guère évolué entre 2004 et 2005. La prévalence nationale médiane du VIH était estimée à 2,5% en 2005, par rapport à 2,4% en 2004 (Ministère de la Santé de l'Angola, US Centers for Disease Control and Prevention, 2006).

Dans l'autre pays lusophone de cette sous-région, le **Mozambique**, l'épidémie est à nouveau à la hausse dans les trois zones alors qu'elle semblait stabilisée depuis le début des années 2000. C'est dans le nord que la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes en consultations prénatales est la plus faible (9% en moyenne en 2004), mais dans les zones du centre et du sud, des prévalences de 20% et davantage ont été relevées, y compris dans la capitale Maputo, et dans les provinces de Gaza, Inhambane, Manica et Sofala (où elles ont atteint presque 27% en 2004) (Conseil national de lutte contre le VIH/sida, 2006).

L'épidémie du **Malawi** semble s'être stabilisée avec des baisses dans certaines zones et des signes d'une évolution vers des comportements susceptibles de réduire le risque d'infection à VIH (Heaton, Fowler, Palamuleni, 2006). La prévalence médiane du VIH parmi les femmes enceintes dans les sites de surveillance sentinelle est restée entre 15% et 17% depuis le tournant du siècle (Commission nationale du sida du Malawi, 2005).

S'il n'y a guère de signes de déclin dans la prévalence du VIH à l'échelle nationale en **Zambie**, l'épidémie semble être en baisse dans certaines régions du pays. Les plus récentes données de surveillance dans les consultations prénatales ont montré des niveaux de prévalence du VIH parmi les femmes enceintes deux fois plus élevés dans les zones urbaines que dans les zones rurales (25% contre 12%) (Ministère de la Santé de la Zambie, 2005), comme l'avaient montré les chiffres précédents d'une enquête démographique (23% contre 11%) (Bureau central de la Statistique de Zambie et al., 2003). La prévalence du VIH a baissé parmi les femmes enceintes de 20 à 24 ans dans les zones urbaines (où elle a chuté de 30% en 1994 à 24% en 2004) ainsi que parmi les femmes enceintes de 15 à 19 ans (de 20% en 1994 à 14% en 2004) (Ministère de la Santé de la Zambie, 2005).

Les épidémies de VIH des nations insulaires d'Afrique australe sont beaucoup plus modestes. Les récentes données recueillies auprès des femmes enceintes fréquentant les services prénatals de **Madagascar** montrent une prévalence nationale du VIH de 0,2%, mais la prévalence a atteint 1,1% à Sainte Marie

et 0,8% à Morondava (Ministère de la Santé et du Planning familial de Madagascar, 2005). L'exposition à du matériel non stérile d'injection de drogues constitue le principal facteur de risque d'infection à VIH dans l'épidémie de **Maurice**, où trois quarts environ des infections à VIH diagnostiquées dans les six premiers mois de 2004 s'étaient produites parmi des consommateurs de drogues injectables (Sulliman, Ameerberg, 2004).

Afrique de l'Est

Dans la plupart des pays d'Afrique de l'Est, la prévalence du VIH chez les adultes est stable ou a commencé à baisser. C'est au Kenya, où l'épidémie de VIH est en déclin et s'accompagne de preuves de modification des comportements, que cette dernière tendance est la plus évidente. Outre les changements de comportements, la mortalité parmi les personnes infectées par le VIH il y a plusieurs années contribue aussi aux baisses de la prévalence.

L'**Ouganda** a été le premier pays d'Afrique subsaharienne à enregistrer une baisse de la prévalence nationale du VIH chez les adultes. L'épidémie y reste néanmoins grave et une enquête nationale effectuée en 2004-2005 (Ministère de la Santé de l'Ouganda, ORC Macro, 2006) montre des niveaux d'infection très élevés chez les femmes (7,5% comparés à 5,0% parmi les hommes) et les résidents des zones urbaines (10% par rapport à 5,7% chez les résidents des zones rurales).

La prévalence du VIH a amorcé sa baisse en 1992 en Ouganda, en s'accompagnant de changements importants dans les comportements qui font obstacle à la propagation du VIH (Asamoah-Odei, Garcia-Calleja, Boerma, 2004). Néanmoins, cette tendance semble s'être stabilisée au début des années 2000. Si la baisse de la prévalence du VIH relevée parmi les femmes enceintes qui fréquentent les consultations prénatales à Kampala et dans quelques autres zones urbaines semble s'être poursuivie jusqu'à 2005, d'autres sites de surveillance en zones urbaines et la plupart des sites des zones rurales indiquent une stabilisation générale au cours de la présente décennie (Kirungi et al., 2006 ; Shafer et al., 2006). De même, une étude de cohorte dans une zone rurale du sud de l'Ouganda a montré que la prévalence et l'incidence du VIH s'étaient stabilisées dès 2000 environ chez les hommes comme chez les femmes (Shafer et al., 2006). Il importe de noter que dans une population à la croissance aussi rapide que celle de l'Ouganda (qui connaît un taux global de fécondité de 6,7, selon l'Enquête démographique et de santé 2006), un taux stable d'incidence du VIH signifie qu'un nombre croissant de personnes contractent le VIH chaque année.

Cette stabilisation des tendances du VIH se produit en parallèle avec ce qui semble être une augmentation récente des comportements sexuels moins sûrs. Dans les enquêtes démographiques nationales effectuées en 1995, 2000, 2004–2005, et 2006, des comportements sexuels moins sûrs ont été notifiés par 12%, 14%, 15% et 16% des femmes adultes respectivement et par 29%, 28%, 37% et 36% des hommes adultes respectivement (Kirungi et al 2006 ; Ministère de la Santé de l'Ouganda, ORC Macro, 2006 ; Bureau ougandais de la Statistique, Macro International Inc., 2007). Dans les mêmes enquêtes, le recours au préservatif lors de ces rapports sexuels a été signalé par 20%, 39%, 47% et 35% des femmes respectivement et par 35%, 59%, 53% et 57% des hommes respectivement, ce qui indique une absence de progrès dans l'adoption de comportements sexuels à moindre risque ces dernières années. Il est urgent de relancer et d'adapter les activités de prévention qui avaient contribué à maîtriser l'épidémie de VIH de l'Ouganda dans les années 1990.

La prévalence nationale du VIH au **Kenya** a baissé d'un pic d'environ 14% au milieu des années 1990 à 5% en 2006 (Ministère de la Santé du Kenya, 2005 ; Conseil national de lutte contre le sida du Kenya, 2007). Cette tendance à la baisse est particulièrement marquée dans les sites des villes de Busia, Meru, Nakuru et Thika, où la prévalence médiane a baissé de 28% en 1999 à 9% en 2003 parmi les femmes de 15 à 49 ans qui fréquentaient les consultations prénatales et de 29% en 1998 à 9% en 2002 parmi celles qui ont entre 15 et 24 ans (Hallett et al., 2006).

La prévalence du VIH a également baissé en **République-Unie de Tanzanie**. L'information la plus récente fait état d'une prévalence du VIH allant de 0,7% à Unguja à 1,4% à Pemba (Salum et al., 2003) chez les femmes en consultations prénatales à Zanzibar, alors qu'en Tanzanie continentale, elle était de 8,7% parmi les femmes enceintes ayant recouru aux services prénatals en 2003–2004, par rapport à 9,6% en 2001–2002 (Swai et al., 2006). Sur le continent, une enquête démographique nationale sur le VIH effectuée en 2003–2004 a relevé une prévalence du VIH chez les adultes de 7% en 2003–2004 (Commission du sida, Bureau national de la Statistique de Tanzanie, ORC Macro, 2005).

Au **Burundi**, de récentes données de surveillance du VIH parmi les femmes qui fréquentent les consultations prénatales indiquent que la tendance à la baisse qui avait été observée dès la fin des années 1990 ne s'est pas poursuivie au-delà de 2005, date à laquelle la prévalence du VIH est repartie à la hausse dans la plupart des sites de surveillance (Ministère de la Santé publique du Burundi, 2005).

Au **Rwanda**, la surveillance dans les consultations prénatales en 2005 a montré que 4,1% des femmes enceintes étaient séropositives au VIH, Kigali enregistrant la prévalence la plus élevée (13%) et qu'elles étaient en moyenne 5% environ dans les autres zones urbaines et un peu plus de 2% dans les zones rurales. Des baisses importantes de la prévalence du VIH ont été observées à Rwamagana (de 13% à 4% entre 1998 et 2005) et à Gikondo en ville de Kigali (14% à 8%) (Ministère de la Santé du Rwanda, 2005). C'est vers la fin des années 1990 que les baisses de la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes des zones urbaines du Rwanda ont été les plus marquées et les taux d'infection semblent s'être stabilisés depuis (Kayirangwa et al., 2006).

En **Ethiopie**, l'Enquête démographique et de santé 2005 a estimé que la prévalence nationale du VIH chez l'adulte était de 1,4%, avec les taux d'infection les plus élevés dans les régions de Gambela (6%) et d'Addis-Abeba (4,7%) (Bureau central de la Statistique d'Ethiopie, ORC Macro, 2006). L'épidémie en Ethiopie s'est stabilisée dans les zones urbaines en 1996–2000, après quoi les niveaux d'infection du VIH ont baissé lentement, notamment dans certains quartiers de la capitale, Addis-Abeba. Dans les campagnes d'Ethiopie, où vit la majorité de la population, l'épidémie est restée relativement stable après avoir connu un pic de prévalence du VIH en 1999–2001 (Ministère fédéral de la Santé de l'Ethiopie, 2006).

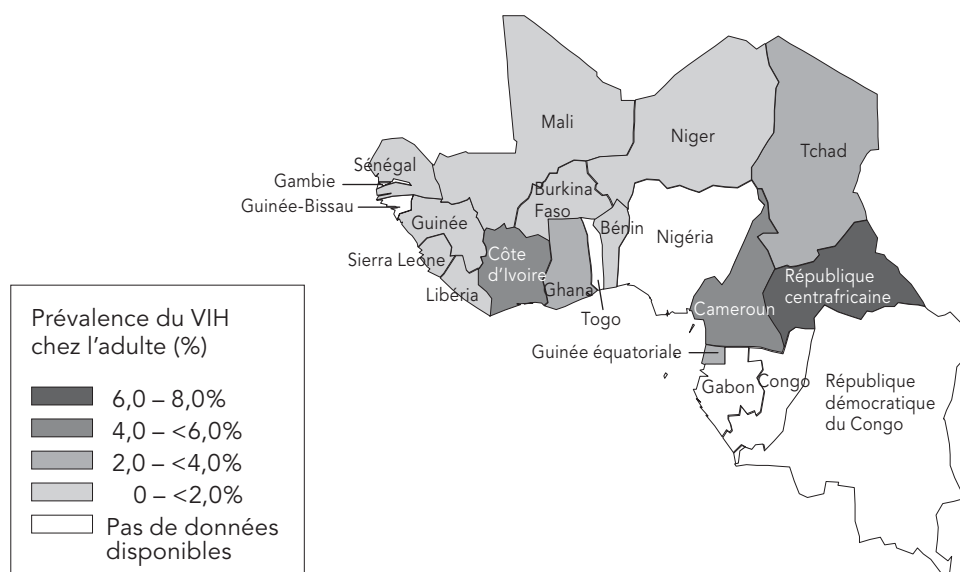
En **Erythrée**, la prévalence du VIH parmi les femmes en consultations prénatales était de 2,4% en 2005 comme en 2003. La prévalence la plus élevée du VIH en 2005 a été observée dans les zones urbaines (3% par rapport à 0,9% dans les zones rurales) et elle allait d'un maximum de 7,4% dans la ville portuaire d'Assab tout au sud du pays, à 4,2% dans la capitale, Asmara, et à 3,3% à Massawa, autre ville portuaire (Ministère de la Santé de l'Erythrée, 2006).

En **Somalie**, des enquêtes parmi les femmes qui fréquentent les consultations prénatales ont relevé une prévalence du VIH pouvant atteindre 2,3% à Berbera (OMS, 2005). Toutefois, la surveillance sentinelle est limitée dans ce pays en raison de la situation de conflit.

Afrique de l'Ouest et Afrique centrale

Dans la plupart des épidémies comparativement moins graves d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale, la prévalence nationale du VIH chez les adultes est restée globalement stable. Toutefois, des signes d'une baisse de la prévalence du VIH sont apparents dans un nombre croissant de pays, notamment en Côte d'Ivoire, au Mali et dans les zones urbaines du Burkina Faso. Dans ces pays, tout comme au Bénin, certains indices évoquent une évolution vers des comportements plus sûrs.

Prévalence du VIH observée dans des enquêtes démographiques nationales dans les pays d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale, 2003–2007



Sources : (République centrafricaine) [1] Institut centrafricain de la Statistique et des Etudes économiques et sociales ; [2] Fonds des Nations Unies pour la Population ; [3] MEASURE DHS, Macro International Inc. Enquête de sérologie VIH en République centrafricaine, 2006. (Cameroun) [1] Institut National de la Statistique, Ministère de la Planification, de la Programmation, de l'Aménagement du Territoire ; [2] ORC Macro. Enquête démographique et de Santé. Cameroun 2004. (Côte d'Ivoire) [1] Projet RETRO-CI, Institut National de la Statistique, Ministère de la Lutte contre le sida ; [2] ORC Macro. Enquête sur les Indicateurs du Sida. Côte d'Ivoire 2005. (Tchad) [1] Institut National de la Statistique, des Etudes économiques et démographiques ; [2] ORC Macro. Enquête démographique et de Santé. Tchad 2004. (Guinée équatoriale) Programme national de lutte contre le sida, Projet du centre de référence pour la lutte contre les endémies en Guinée équatoriale 2004. (Ghana) [1] Service statistique du Ghana ; [2] Institut commémoratif Noguchi pour la recherche médicale ; [3] ORC Macro. Ghana Enquête démographique et de Santé 2003. (Burkina Faso) [1] Institut national de la Statistique et de la Démographie ; [2] ORC Macro Burkina Faso Enquête démographique et de Santé 2003. (Libéria) [1] Institut de la Statistique et Services de géo-information du Libéria ; [2] Ministère de la Santé et de l'Hygiène ; [3] Programme national de lutte contre le sida ; [4] MEASURE DHS, Macro International. Enquête démographique et de Santé du Libéria 2007. (Guinée) [1] Direction nationale de la Statistique ; [2] ORC Macro. Enquête démographique et de Santé Guinée 2005. (Sierra Leone) [1] Nimba Research and Consulting Company ; [2] Office de la Statistique de Sierra Leone ; [3] Ministère de la Santé et de l'Hygiène ; [4] Secrétariat national du VIH/sida. Enquête nationale démographique sur la séroprévalence du VIH de Sierra Leone 2005. (Mali) [1] Cellule de Planification et de Statistique, Ministère de la Santé ; [2] Direction nationale de la Statistique et de l'Informatique, Ministère du Plan et de l'Aménagement du Territoire ; [3] MEASURE DHS. Enquête démographique et de Santé EDSM-IV, Mali 2006. Rapport Préliminaire. (Bénin) [1] Institut national de la Statistique et de l'Analyse économique ; [2] Programme national de Lutte contre le sida ; [3] Enquêtes démographiques et de Santé, Macro International, Inc. Enquête démographique et de Santé (EDSB-III) Bénin 2006. Rapport Préliminaire. (Niger) [1] Institut national de la Statistique, Ministère de l'Economie et des Finances ; [2] Macro International Inc. Enquête démographique et de Santé et à Indicateurs multiples 2006. (Sénégal) [1] Ministère de la Santé et de la Prévention médicale, Centre de Recherche pour le Développement humain ; [2] ORC Macro. Enquête démographique et de Santé du Sénégal 2005. Prévalence du VIH relevée dans des enquêtes nationales démographiques dans les pays d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale, 2003–2007

Figure 7

C'est toujours le **Nigéria** qui connaît la plus forte épidémie de cette sous-région. La prévalence nationale du VIH parmi les femmes en consultations prénatales au **Nigéria** semble stable, mais on note de grandes variations entre les différentes régions et Etats (Utulu, Lawoyin, 2007). Au niveau des Etats, la prévalence du VIH chez les femmes enceintes, par exemple, varie d'un minimum de 1,6% pour Ekiti (à l'ouest) à 8% pour Akwa Ibom (au sud) et à 10% pour Benue dans le sud-est (Ministère fédéral de la Santé du Nigéria, 2006).

Au **Bénin**, des enquêtes sentinelles chez les femmes enceintes fréquentant les consultations prénatales suggèrent une épidémie nationale relativement stable, la prévalence du VIH se situant autour de 2% depuis 2003. Selon l'Enquête démographique et de santé 2006, 1,2% des adultes étaient infectés par le VIH à l'échelle nationale, la prévalence chez les femmes

(1,5%) étant presque deux fois supérieure à celle des hommes (0,8%) (Institut national de la Statistique et de l'Analyse économique, ORC Macro, 2007).

La prévalence du VIH au **Togo** figure parmi les plus élevées d'Afrique de l'Ouest : la prévalence parmi les femmes enceintes testées pour le VIH dans les consultations prénatales en 2006 était de 4,2%, ce qui représente une baisse dans les niveaux nationaux d'infection. (En 2003, 4,8% des femmes en consultations prénatales s'étaient révélées positives pour le VIH, chiffre abaissé à 4,6% en 2004.) (Ministère de la Santé du Togo, 2007 et 2006).

L'épidémie de VIH poursuit son déclin dans les zones urbaines du **Burkina Faso**. Parmi les femmes enceintes jeunes qui fréquentent les consultations prénatales des zones urbaines, la prévalence du VIH a chuté de moitié entre 2001 et 2003 (passant à un peu moins de 2%) (Présidence du Faso, 2005 ; Institut

national de la Statistique et de la Démographie, ORC Macro, 2004).

Les données les plus récentes pour le **Mali**, recueillies au cours d'une Enquête démographique et de santé en 2006, pourraient aussi indiquer un recul de l'épidémie. La prévalence nationale du VIH chez l'adulte y est estimée à 1,2% en 2006 (Ministère de la Santé du Mali, ORC Macro, 2007), ce qui est inférieur aux chiffres enregistrés lors d'une enquête analogue en 2001, qui avait estimé la prévalence nationale du VIH chez les adultes à 1,7% (2% parmi les femmes et 1,3% parmi les hommes) (Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé et al., 2002). Ici encore, la mortalité pourrait contribuer au déclin de la prévalence. Parmi les femmes enceintes qui fréquentent les consultations prénatales, la prévalence était de 3,4% en 2005, soit analogue à celle relevée les années précédentes (Ministère de la Santé du Mali, 2005).

La prévalence médiane du VIH chez les femmes qui fréquentent les consultations prénatales au **Ghana** a passé de 2,3% à 3,6% entre 2000 et 2006 (Ministère de la Santé du Ghana, 2007).

En **Côte d'Ivoire**, la dernière Enquête démographique et de santé a estimé la prévalence nationale du VIH chez les adultes à 4,7% (Institut national de la Statistique, Ministère de la Lutte contre le sida de Côte d'Ivoire, ORC Macro, 2006). La surveillance du VIH parmi les femmes enceintes suggère que la prévalence est en baisse, tout au moins dans les zones urbaines, où elle a chuté de 10% en 2001 à 6,9% en 2005 (Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique de Côte d'Ivoire et al., 2007).

Au **Sénégal**, la prévalence du VIH dans la population générale était de 0,7% en 2005 (Ndiaye, Ayad, 2006). Toutefois, on estime que la plus grande part de la transmission du VIH reste associée aux rapports sexuels tarifés non protégés : à Ziguinchor, par exemple, une prévalence du VIH atteignant 30% a été relevée parmi les professionnelles du sexe (Gomes do Espírito Santo et al., 2005).

La prévalence du VIH-1 chez les femmes enceintes en **Gambie** a également augmenté de 0,7% à 1,0% entre 1994 et 2000, alors que la prévalence du VIH-2 baissait de 1,0% à 0,8% au cours de la même période (van der Loeff et al., 2003).

La prévalence du VIH en **Guinée** varie peu selon les régions du pays et semble avoir atteint un pic de 2,1% dans la capitale, Conakry, selon une enquête démographique nationale effectuée en 2005 (Direction nationale de la Statistique, ORC Macro, 2006).

Au **Libéria**, les résultats préliminaires de l'Enquête démographique et de santé 2007 montrent une prévalence nationale du VIH chez les adultes (15-49 ans) de 1,5%, avec des niveaux d'infection qui varient de 2,5% dans les zones urbaines à 0,8% dans les zones rurales. C'est dans la région de Monrovia que la prévalence chez les adultes est la plus élevée, soit 2,6% (Institut de la Statistique et Services de géo-information du Libéria, Macro International, 2007).

En **Sierra Leone**, le deuxième cycle de surveillance sentinelle à l'échelle nationale a montré une prévalence du VIH de 4,1% chez les femmes enceintes qui fréquentaient les consultations prénatales (principalement urbaines) en 2006. Si on les compare à la prévalence du VIH de 3% relevée parmi les femmes enceintes lors d'une enquête analogue en 2003, ces dernières données suggèrent que l'épidémie de Sierra Leone pourrait être en expansion (Ministère de la Santé et de l'Assainissement de la Sierra Leone, 2007). Une enquête démographique de 2005 a relevé une prévalence nationale du VIH de 1,5% chez les adultes (Secrétariat national du sida, Nimba Research Consultancy, 2005).

Au **Tchad**, une enquête démographique nationale a révélé que 3,3% des adultes vivaient avec le VIH en 2005. L'épidémie semble surtout concentrée dans les zones urbaines où la prévalence moyenne du VIH était de 7%, soit plus de trois fois supérieure à celle des zones rurales (Institut national de la Statistique, des Etudes économiques et démographiques, Programme national de Lutte contre le sida, 2006).

La prévalence du VIH est considérablement plus faible au **Niger** voisin, où une Enquête démographique et de santé a estimé en 2006 que 0,7% des adultes étaient infectés par le VIH. C'est dans les régions d'Agadez et de Diffa que la prévalence était la plus élevée, soit 1,6% et 1,7%, respectivement (Institut national de la Statistique, Macro International Inc., 2007).

Au **Cameroun**, une enquête démographique nationale effectuée en 2004 a révélé d'importantes variations géographiques dans la prévalence, de 1,7% dans le nord

et 2,0% dans l'extrême nord, jusqu'à des niveaux considérablement plus élevés d'infection dans la capitale Yaoundé (8,3%) et dans les provinces du sud-ouest (8%), de l'est (8,6%) et du nord-ouest (8,7%) (Institut national de la Statistique, ORC Macro, 2005). Il n'y a pas eu d'étude de surveillance parmi les femmes enceintes ces dernières années, ce qui rend difficile l'évaluation des tendances de l'épidémie.

En **République démocratique du Congo**, la prévalence du VIH parmi les femmes en consultations prénatales est restée relativement stable dans la capitale, Kinshasa (entre 3,8% en 1995 et 4,2% en 2005), mais elle a augmenté dans la deuxième ville du pays, Lubumbashi (de 4,7% à 6,6% entre 1997 et 2005), ainsi qu'à Mikalayi (de 0,6% à 2,2% entre 1999 et 2005) (Kayembe et al., 2007). La prévalence est également

élevée dans les villes de Matadi, Kisangani et Mbandaka (où 6% des femmes fréquentant les services prénatales étaient séropositives au VIH en 2005), ainsi qu'à Tshikapa (où la prévalence était de 8%) (Programme national de Lutte contre le sida, 2005).

La prévalence nationale du VIH chez l'adulte en **République centrafricaine** figure parmi les plus élevées de l'Afrique de l'Ouest et de l'Afrique centrale et a été estimée à 6,2% par une enquête démographique nationale en 2006 (Ministère de l'Economie, du Plan et de la Coopération internationale de la République centrafricaine, 2007). A l'échelle nationale, la prévalence parmi les femmes était presque deux fois supérieure à celle des hommes (7,8% par rapport à 4,3%) et on relève d'importantes variations régionales dans la prévalence du VIH.



ASIE

C'est en Asie du Sud-Est que la prévalence du VIH est la plus élevée d'Asie et que la variation des tendances épidémiques entre les différents pays est la plus évidente. Alors que les épidémies du Cambodge, du Myanmar et de la Thaïlande affichent toutes un déclin de la prévalence du VIH, celles de l'Indonésie (en particulier dans sa province de Papua) et du Viet Nam sont en augmentation. Bien que la proportion des personnes vivant avec le VIH en Inde soit plus faible qu'on ne l'avait pensé jusqu'ici, l'épidémie continue de frapper un nombre important de personnes. Dans l'ensemble de l'Asie, on estime que 4,9 millions [3,7 millions-6,7 millions] de personnes vivent avec le VIH en 2007, y compris les 440 000 [210 000-1,0 million] personnes qui ont été nouvellement infectées au cours de l'année écoulée. Environ 300 000 [250 000-470 000] personnes sont décédées de maladies liées au sida en 2007.

Des infections à VIH ont été notifiées dans chacune des provinces de la **Chine** ; cependant on estime que la plupart des personnes vivant avec le VIH en Chine se trouvent dans les provinces du Henan, du Guangdong, du Guangxi, du Xinjiang et du Yunnan (Ministère de la Santé de la Chine, 2006). On estime qu'un peu moins de la moitié de toutes les personnes vivant avec le VIH en Chine en 2006 ont été infectées alors qu'elles s'injectaient des drogues avec du matériel contaminé et qu'une proportion analogue ont contracté le virus au cours de rapports sexuels non protégés (Ministère de la Santé de la Chine, 2006 ; Lu et al., 2006).

Bien que l'épidémie reste dominée par la consommation de drogues injectables, de récentes données indiquent l'apparition dans les grandes villes d'une épidémie parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes et on estime que 7% au moins des infections à VIH pourraient être imputables aux rapports sexuels non protégés entre hommes (Lu et al., 2006). Des études ont relevé une prévalence du VIH parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes se situant à 1,5% à Shanghai (Choi et al., 2007), 1,7% dans le sud (Tao et al., 2004 ; Zhu et al., 2005) et 3,1%-4,6% à Beijing (Choi et al., 2003 ; Ma et al., 2006). Le chevauchement de la consommation de drogues injectables et du commerce du sexe constitue un facteur important dans l'épidémie de VIH en Chine. Un nombre croissant de femmes consomment des drogues injectables et, à certains endroits, la moitié au moins d'entre elles vendent aussi des services sexuels. De nombreux hommes consommateurs de drogues

injectables achètent aussi des services sexuels souvent sans recourir aux préservatifs (Hesketh et al., 2006).

De nouvelles estimations du VIH plus précises indiquent que 2,5 millions (2 millions-3,1 millions) environ de personnes vivaient avec le VIH en **Inde** en 2006 et que la prévalence nationale du VIH chez les adultes était de 0,36%. Bien que la proportion de personnes vivant avec le VIH soit plus faible qu'on ne l'avait estimé jusqu'ici, l'épidémie en **Inde** continue de toucher un grand nombre de personnes.

Ces estimations révisées sont fondées sur un système élargi et amélioré de surveillance et sur l'application d'une méthodologie plus robuste et plus appropriée. L'intégration des résultats de la récente enquête nationale auprès des ménages (Enquête nationale sur la santé de la famille 3 (NFHS-3), effectuée en 2005-2006) dans le processus d'estimation a considérablement contribué à la révision de ces chiffres. Plus de 100 000 personnes ont été testées pour le VIH au cours de cette enquête qui a été la première enquête démographique nationale comportant un volet VIH (NFHS-3, 2007).

L'Inde a également élargi son système de surveillance sentinelle du VIH au cours de ces dernières années et le nombre de sites de surveillance a passé de 155 en 1998 à 1120 en 2006. Des données recueillies auprès des femmes enceintes qui fréquentent les consultations prénatales, des personnes qui fréquentent les dispensaires de prise en charge des infections sexuellement transmissibles et des groupes de la population qui

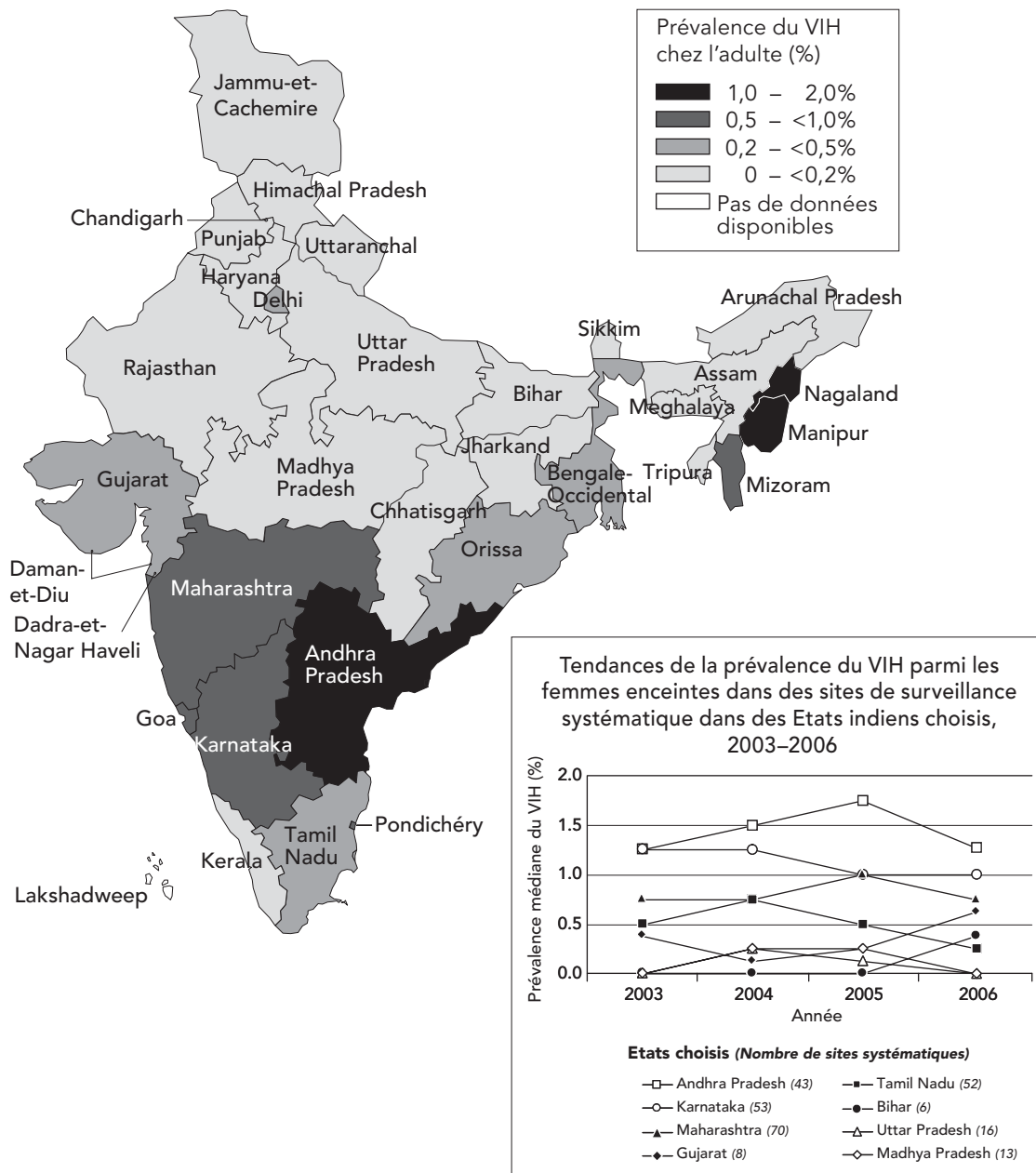
sont exposés à un risque accru d'infection par le VIH figurent dans la surveillance.

Les tendances de la prévalence en Inde varient considérablement selon les Etats et les régions. Même dans les quatre Etats du sud (Andhra Pradesh, Karnataka, Maharashtra et Tamil Nadu) où réside la vaste majorité des personnes vivant avec le VIH, la prévalence du VIH est variable et l'épidémie a tendance à se concentrer dans certains districts (NACO, 2005a ; Banque mondiale, 2005). La prévalence du VIH chez les adultes

notifié dans les Etats compris dans la récente enquête démographique nationale (NFHS-3, 2007) allait de 0,07% en Uttar Pradesh, à 0,34% au Tamil Nadu, 0,62% au Maharashtra, 0,69% au Karnataka, 0,97% en Andhra Pradesh et 1,13% au Manipur. La prévalence dans l'ensemble des autres Etats était de 0,13%. Une analyse précédente des données de la surveillance sentinelle a aussi montré que la prévalence du VIH dans les Etats du sud était globalement environ cinq fois plus élevée que dans les Etats du nord en 2000-2004

Figure 8

Estimation de la prévalence du VIH chez les adultes (15-49 ans) dans les Etats de l'Inde, 2006



Source : Organisation nationale de lutte contre le sida, 2007.

(Kumar R et al., 2006). Cependant, des poches à forte prévalence du VIH (principalement dans les groupes de la population exposés à un risque élevé de VIH) ont aussi été identifiées dans des Etats à la prévalence globalement faible, rappelant que l'autosatisfaction n'est pas de mise.

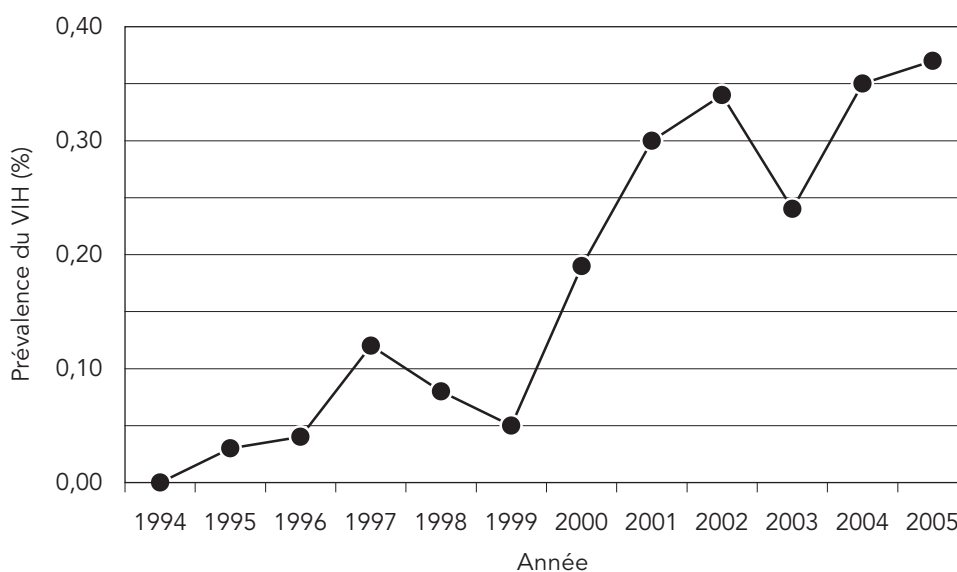
Les données de la surveillance sentinelle élargie 2006 montrent une prévalence stable ou en baisse parmi les femmes enceintes du Tamil Nadu, du Maharashtra, du Karnataka et de l'Andhra Pradesh, mais une prévalence élevée du VIH parmi les professionnel(le)s du sexe ainsi qu'une prévalence du VIH à la hausse parmi les consommateurs de drogues injectables et les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes dans plusieurs Etats. A l'exception du nord-est du pays, où le matériel d'injection de drogues contaminé est un facteur de risque essentiel, le VIH semble se propager surtout lors de rapports sexuels non protégés entre les professionnel(le)s du sexe et leurs clients, et leurs partenaires sexuels respectifs (Kumar et al., 2005). Certains programmes de prévention axés sur les professionnel(le)s du sexe semblent être efficaces et la prévalence du VIH serait en baisse parmi les professionnel(le)s du sexe dans les régions qui ont fait l'objet d'activités ciblées de prévention, en particulier au Tamil Nadu et dans les autres Etats du sud. Toutefois, les efforts de prévention sont parfois compliqués par la nature très diverse du commerce du sexe (Char, Piller, Shirke, 2003).

Au **Pakistan**, la prévalence du VIH est en hausse parmi les consommateurs de drogues injectables. Une étude effectuée à Karachi a montré une augmentation de la prévalence du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables de moins de 1% début 2004 à 26% en mars 2005 (Emmanuel, Archibal, Altaf, 2006), alors que d'autres études ont relevé que la prévalence du VIH avait atteint 24% à Quetta (à la frontière avec l'Afghanistan) (Achakzai, Kassi, Kasi, 2007), 12% à Sargodha, près de 10% à Faisalabad (Nai Zindagi and Associates, 2006) et 8% à Larkana (Abbasi, 2006). La prévalence du VIH reste faible dans d'autres populations exposées à un risque accru d'infection. Parmi les professionnelles du sexe de Karachi, la prévalence du VIH en 2005 était de 2% alors qu'elle était inférieure à 1% à Lahore et Rawalpindi (Ministère de la Santé du Pakistan, 2005 ; Programme national de lutte contre le sida du Pakistan, 2005).

On estime que le nombre de personnes vivant avec le VIH au **Viet Nam** a plus que doublé entre 2000 et 2005, passant de 120 000 à 260 000 (Ministère de la Santé du Viet Nam, 2005). Les principaux facteurs de risque associés à l'infection par le VIH sont l'utilisation de matériel d'injection contaminé et les rapports sexuels non protégés avec des partenaires non réguliers ou des professionnel(le)s du sexe (Tuang et al., 2007). Parmi les consommateurs de drogues injectables du Viet Nam, la prévalence a passé de 9% en 1996 à quelque 34% en 2005 (Ministère de la Santé du Viet

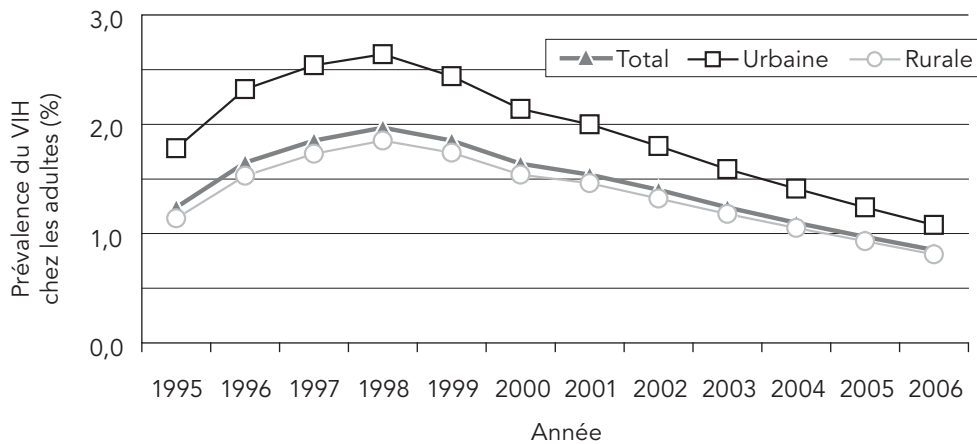
Figure 9

Prévalence du VIH parmi les femmes enceintes au Viet Nam, 1994–2005



Source : Ministère de la Santé, Données des enquêtes de surveillance sentinelle.

Prévalence du VIH dans la population générale du Cambodge, 1995–2006



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

Figure 10

Nam, 2006 et 2005). Au fur et à mesure de l'évolution de l'épidémie, de plus en plus de femmes contractent le VIH auprès d'hommes infectés lors de rapports sexuels tarifés non protégés et par la consommation de drogues injectables, comme le montre l'augmentation dans le temps de la prévalence parmi les femmes enceintes qui fréquentent les consultations prénatales (Figure 9). En 2006, on estimait qu'un tiers des personnes vivant avec le VIH étaient des femmes (Commission pour la Population du Viet Nam et al., 2006). Cependant, la majorité des infections à VIH restent directement ou indirectement liées à la consommation de drogues injectables.

L'épidémie de VIH en **Indonésie** est une de celles dont la croissance est la plus rapide en Asie. La majorité des infections à VIH seraient imputables à l'utilisation de matériel d'injection contaminé, aux rapports sexuels tarifés non protégés et, dans une moindre mesure, aux rapports sexuels non protégés entre hommes (Ministère de la Santé de l'Indonésie, Statistiques d'Indonésie, 2006). Lors d'une enquête en 2005, plus de 40% des consommateurs de drogues injectables de Djakarta ont présenté un test VIH positif (OMS, Ministère de la Santé de l'Indonésie, 2007), tout comme quelque 13% à Java Ouest (Ministère de la Santé de l'Indonésie, 2006). En outre, de nombreux consommateurs de drogues injectables vendent ou achètent des services sexuels (Ministère de la Santé de l'Indonésie, Statistiques d'Indonésie, 2006). En 2005, environ un quart des consommateurs de drogues injectables à Bandung, Djakarta et Medan ont déclaré

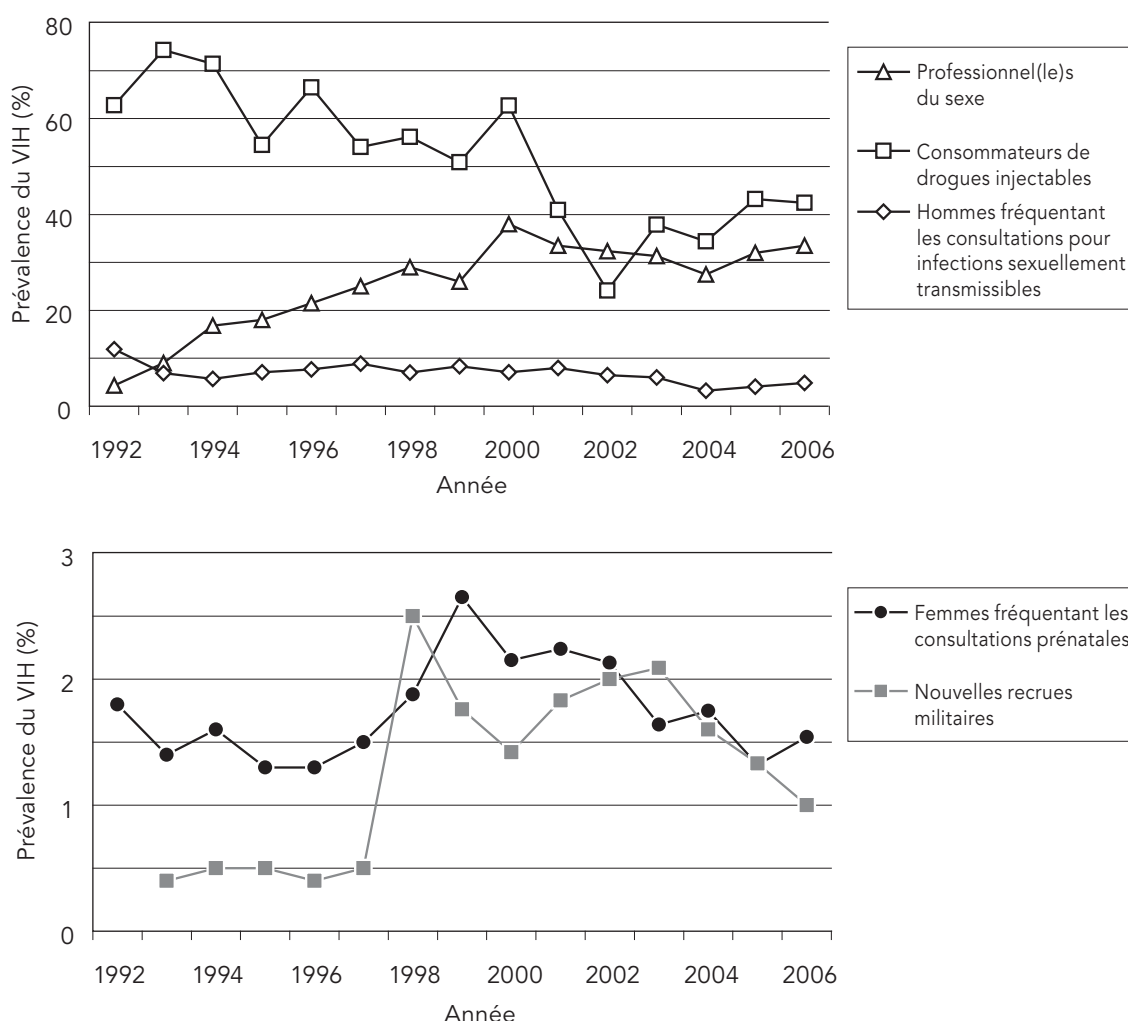
avoir eu des rapports sexuels tarifés non protégés dans l'année écoulée (Ministère de la Santé de l'Indonésie, Statistiques d'Indonésie, 2006).

Dans la province de Papua (à la frontière avec la Papouasie-Nouvelle-Guinée) l'épidémie est plus grave et les rapports sexuels non protégés y constituent le principal mode de transmission. Lors d'une enquête démographique effectuée dans l'ensemble de la province de Papua en 2006, la prévalence du VIH chez les adultes a été estimée à 2,4%, atteignant même 3,2% dans les régions montagneuses reculées et 2,9% dans les régions basses les moins faciles d'accès. Parmi les 15-24 ans, la prévalence du VIH était de 3% (Ministère de la Santé de l'Indonésie, Statistiques d'Indonésie, 2007).

Au **Cambodge**, tout indique que des actions soutenues et bien ciblées de prévention ont contribué à inverser le cours de l'épidémie de VIH. A l'échelle nationale, la prévalence du VIH est tombée à 0,9% environ dans la population adulte (15–49 ans) en 2006, après avoir atteint un pic de 2% en 1998 (Centre national pour le VIH/sida, la dermatologie et les IST, 2007).

Le nombre annuel de nouvelles infections à VIH en **Thaïlande** continue à décliner, même si la baisse de la prévalence du VIH a ralenti ces dernières années en raison du nombre croissant de personnes sous thérapie antirétrovirale. Les schémas de transmission du VIH en Thaïlande ont changé avec le temps, le virus se propageant de plus en plus parmi les personnes considérées comme étant exposées à un risque plus faible d'infec-

Prévalence du VIH dans divers groupes au Myanmar, 1992–2006



Source : Progress of HIV Epidemic in Myanmar, Congrès international sur le sida en Asie et dans le Pacifique. Colombo, Sri Lanka, août 2007.

Figure 11

tion. Plus de quatre nouvelles infections sur 10 (43%) en 2005 sont survenues parmi des femmes, dont une majorité ont probablement contracté le VIH auprès de leurs époux et partenaires qui avaient été infectés soit lors de rapports sexuels tarifés non protégés soit par la consommation de drogues injectables (OMS, 2007).

En dépit des succès enregistrés globalement par la Thaïlande pour inverser son épidémie de VIH, la prévalence parmi les consommateurs de drogues injectables est demeurée élevée durant les 15 dernières années, se situant entre 30% et 50% (OMS, 2007). De même, des études récentes montrent une augmentation

de la prévalence du VIH parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (p. ex. à Bangkok, de 17% en 2003 à 28% en 2005) (van Griensven, 2006).

L'épidémie au Myanmar montre aussi des signes de déclin, avec une prévalence du VIH qui a baissé de 2,2% en 2000 à 1,5% en 2006 parmi les femmes enceintes en consultations prénatales (Programme national de lutte contre le sida du Myanmar, 2006). En dépit d'une baisse globale de la prévalence, les niveaux élevés de prévalence du VIH observés parmi certaines populations exposées à un risque accru sont préoccupants (voir Figure 11).



EUROPE ORIENTALE ET ASIE CENTRALE

On estime à 150 000 [70 000-290 000] le nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH en 2007, ce qui porte le nombre de personnes vivant avec le virus dans cette région à 1,6 million [1,2 million-2,1 millions], un accroissement de 150% par rapport au chiffre de 2001 (630 000 [490 000-1,1 million]).

Près de 90% des nouvelles infections diagnostiquées dans la région l'ont été dans deux pays, la Fédération de Russie (66%) et l'Ukraine (21%). Le nombre de nouveaux diagnostics d'infection à VIH signalés augmente aussi en Azerbaïdjan, en Géorgie, au Kazakhstan, au Kirghizistan, en République de Moldova, en Ouzbékistan (où l'on rencontre actuellement l'épidémie la plus importante d'Asie centrale) et au Tadjikistan. Parmi les nouveaux cas signalés en 2006 en Europe orientale et en Asie centrale pour lesquels on connaît le mode de transmission, près des deux tiers (62%) étaient attribuables à la consommation de drogues injectables et plus du tiers (37%) à des rapports hétérosexuels non protégés.

L'épidémie de VIH en **Fédération de Russie** continue de croître, bien que moins rapidement qu'à la fin des années 1990. Le nombre annuel de nouveaux cas d'infection à VIH enregistrés a diminué entre 2001 (pic de 87 000) et 2003 (34 000), mais a augmenté à nouveau par la suite. En 2006, 39 000 nouveaux diagnostics ont été officiellement signalés, ce qui mène à un total d'environ 370 000 cas de VIH enregistrés pour la Fédération de Russie (Fondation Sida Est-Ouest, 2007 ; EuroHIV, 2007). Ces cas officiellement déclarés ne représentent que les personnes qui ont été en contact direct avec le système d'enregistrement de la Fédération de Russie pour le VIH.

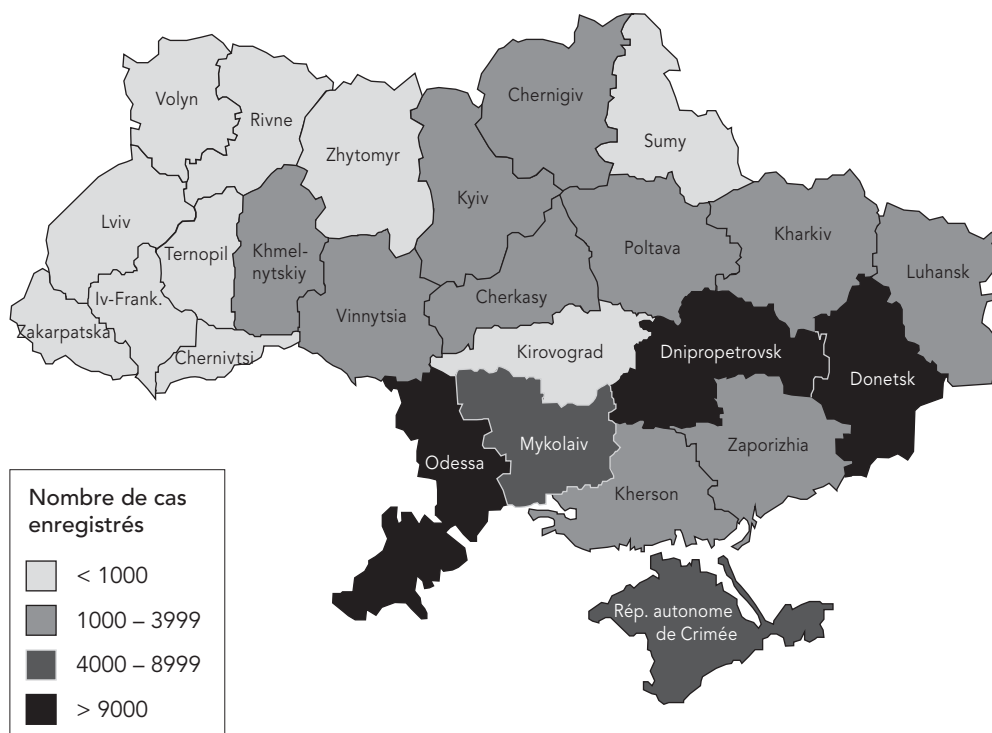
La consommation de drogues injectables reste le principal mode de transmission du VIH en **Fédération de Russie**. Parmi les cas d'infection à VIH nouvellement enregistrés en 2006 pour lesquels on connaît le mode de transmission, les deux tiers (66%) sont attribuables à l'injection de drogues et un tiers environ (32%) à des rapports hétérosexuels non protégés (Ladnaya, 2007). Ce dernier taux a néanmoins augmenté de façon constante depuis la fin des années 1990, surtout dans les zones où l'épidémie pourrait être arrivée à maturité. Moins de 1% des nouvelles infections enregistrées en 2006 étaient attribuées aux rapports sexuels non protégés entre hommes (EuroHIV, 2007).

Dans l'ensemble, environ 44% des cas d'infection à VIH nouvellement enregistrés en 2006 concernaient des femmes (Centre fédéral russe contre le sida, 2007). La prévalence nationale du VIH parmi les femmes enceintes était de 0,4% en 2005 et en 2006 (Ladnaya, 2007), même si l'on a enregistré des prévalences de 1% ou plus dans certaines régions, notamment Saint-Petersbourg et Orenbourg (Lazutkina, 2007 ; Volkova, 2007).

En **Ukraine**, le nombre de diagnostics de VIH posés chaque année a plus que doublé depuis 2001, passant à 16 094 en 2006 et dépassant 8700 pour le premier semestre 2007 (Ministère de la Santé de l'Ukraine, 2007).

Le sud-est de l'Ukraine reste la région la plus atteinte, en particulier les régions de Dnipropetrovsk, Donetsk, Mykolaiv et Odessa, ainsi que la république autonome de Crimée. Avec la capitale Kiev, ces régions regroupent plus de 70% de l'ensemble des cas enregistrés en Ukraine à l'heure actuelle (Ministère de la Santé de l'Ukraine, 2007). Des enquêtes sentinelles récentes dans six villes menées en 2007 ont montré que la prévalence parmi les consommateurs de drogues injectables allait de 10% pour Lougansk à 13% pour Kiev et 89% pour Krivoi Rog (Institut ukrainien pour la recherche sociale et al., 2007). La prévalence de l'infection à

Infection à VIH dans les régions de l'Ukraine*, 2007



* Nombre de cas d'infection à VIH enregistrés officiellement et actuellement en cours de traitement au niveau régional en Ukraine au 1^{er} juillet 2007

Source : Centre ukrainien pour le Sida, 2007.

Figure 12

VIH parmi les professionnel(le)s du sexe va de 4% pour Kiev à 24% pour Donetsk et 27% pour Mykolaiv (Booth, Kwiatkowski, Brewster, 2006 ; Ministère de la Santé de l'Ukraine, 2007).

Des études récentes ont mis en évidence l'étendue de cette épidémie (jusqu'ici cachée) en Ukraine parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes. Une étude dans quatre villes a trouvé des taux de prévalence allant de 4% pour la capitale (Kiev) à 23% pour la ville d'Odessa. Seuls 34% des hommes séropositifs participant à l'étude ont signalé avoir eu recours au préservatif au cours de leur plus récent rapport sexuel avec un partenaire masculin (Institut ukrainien pour la recherche sociale et al., 2007).

L'épidémie de VIH pourrait s'être stabilisée au **Bélarus** où le nombre annuel de nouveaux cas enregistrés n'a varié que légèrement (entre 713 et 778) depuis 2003 (EuroHIV, 2007). La plupart des nouvelles infections sont signalées dans la capitale, Minsk, et

ses environs ainsi que dans les provinces de Brest et Vitebsk (Ministère de la Santé du Bélarus, 2007). Ici aussi, l'épidémie est largement concentrée chez les consommateurs de drogues injectables, population dans laquelle on a noté une prévalence élevée du VIH : 34% à Zhlobine, 31% à Minsk, 23% à Soligorsk, 20% à Réchitsa et 17% à Gomel (OMS, 2006a).

Le nombre d'infections à VIH nouvellement signalées en **République de Moldova** a plus que doublé depuis 2003, passant à 621 en 2006 (EuroHIV, 2007). Plus de la moitié (59%) des infections à VIH déclarées en 2006 ont été attribuées à des rapports sexuels non protégés (EuroHIV, 2007).

Un nombre croissant de nouvelles infections à VIH a été signalé dans chacune des républiques du Caucase. En **Géorgie**, plus de la moitié (60%) des 1156 infections enregistrées à ce jour sont survenues au cours des trois dernières années (2004-2006) et le nombre de nouvelles infections à VIH enregistrées dans l'année n'a cessé d'augmenter (EuroHIV, 2007).

On observe des schémas semblables pour l'épidémie plus modeste de l'**Arménie** (EuroHIV, 2007), où la plupart des infections à VIH signalées l'ont été parmi les consommateurs de drogues injectables (presque tous des hommes). On a trouvé dans ce groupe une prévalence du VIH d'environ 9%, alors que cette prévalence est inférieure à 2% chez les professionnelles du sexe (Fondation nationale sida de l'Arménie, 2006).

Près de la moitié (47%) de toutes les infections à VIH enregistrées au cours de l'épidémie relativement récente de l'**Azerbaïdjan** l'ont été en 2005–2006 (EuroHIV, 2007). Près de la moitié des cas de VIH enregistrés jusqu'en 2006 proviennent de la capitale, Bakou, où 13% des consommateurs de drogues injectables se sont avérés séropositifs lors d'une enquête menée en 2003 (OMS, 2006b). En outre, les professionnel(le)s du sexe montrent une prévalence élevée pour le VIH (9%) et pour d'autres infections sexuellement transmissibles (syphilis 9% et chlamydia 63%) et elles semblent rarement recourir au préservatif (OMS, 2006b).

En **Ouzbékistan** pays qui connaît actuellement l'épidémie la plus importante d'Asie centrale, le nombre de nouveaux cas d'infection à VIH notifiés s'est élevé de façon exponentielle entre 1999 et 2003, passant de 28 à 1836. Depuis lors, le rythme de survenue de nouvelles infections s'est ralenti, et celles-ci ont atteint 2205 en 2006 (EuroHIV, 2007). Près du tiers (30%) des consommateurs de drogues injectables se sont révélés séropositifs lors d'une étude conduite à Tachkent entre 2003 et 2004 (Sanchez et al., 2006).

Au **Kazakhstan**, le nombre d'infections à VIH nouvellement enregistrées est passé de 699 en 2004 à 1745 en

2006 (EuroHIV, 2007). Cet accroissement peut être dû en partie à l'extension des tests VIH (y compris les tests en milieu carcéral, parmi les femmes enceintes et parmi les groupes les plus exposés au risque d'infection) et sans doute aussi à une flambée nosocomiale signalée en 2006 et qui a atteint plus de 130 enfants dans le sud du pays (Centre Sida de l'Oblast du Kazakhstan méridional, 2007). Lors d'une étude à Temirtaou en 2005, 17% des consommateurs de drogues injectables se sont avérés séropositifs au VIH (Ministère de la Santé du Kazakhstan et al., 2005). La surveillance sentinelle dans 23 villes à travers le pays en 2005 a montré qu'au niveau national un peu plus de 3% des consommateurs de drogues injectables présentaient une infection à VIH (Centre républicain pour la prévention et la lutte contre le sida, 2005).

Au **Tadjikistan**, la prévalence de l'infection à VIH chez les consommateurs de drogues injectables a augmenté, passant de 16% en 2005 à 24% en 2006 dans les villes de Douchanbé (la capitale) et Khodjent. La brutale ascension de la prévalence parmi les professionnel(le)s du sexe (de 0,7% à 3,7% pour la même période) est aussi un motif d'inquiétude (Ministère de la Santé du Tadjikistan, 2007).

Au **Kirghizistan** aussi, l'épidémie de VIH se concentre fortement parmi les consommateurs de drogues injectables. Des enquêtes sentinelles à Bishkek et à Osh ont trouvé en 2006 une prévalence du VIH dans cette dernière population de 0,8%, de 3,5% dans la population carcérale, de 1,3% parmi les professionnelles du sexe et de 1% parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (Ministère de la Santé du Kirghizistan, 2007).



CARAÏBES

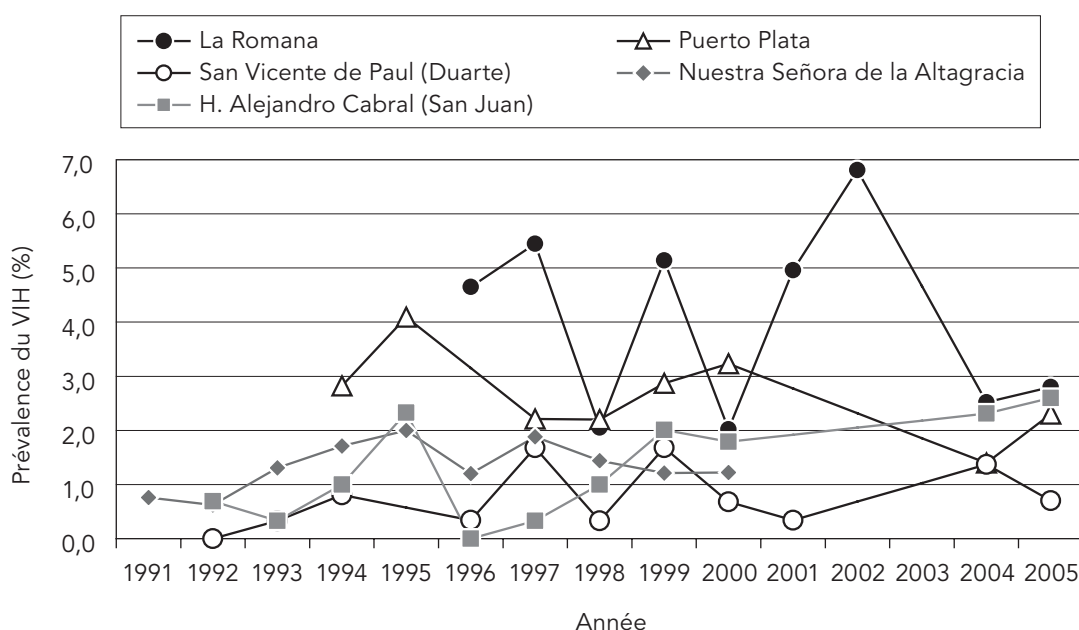
Dans les Caraïbes, la prévalence du VIH chez les adultes est estimée à 1,0% [0,9%-1,2%] en 2007. La prévalence la plus élevée de la région est observée en République dominicaine et en Haïti où se trouvent près des trois quarts des 230 000 [210 000-270 000] personnes vivant avec le VIH dans la région, y compris les 17 000 [15 000-23 000] personnes nouvellement infectées en 2007. On estime à 11 000 [9800-18 000] le nombre de décès dus au sida dans la région cette année et le sida y reste une des principales causes de décès chez les personnes de 25 à 44 ans.

Les rapports sexuels constituent le principal mode de transmission du VIH dans la région ; les rapports sexuels non protégés entre professionnel(le)s du sexe et leur clientèle sont un facteur décisif de la propagation du VIH. Chez les professionnelles du sexe on a noté une prévalence du VIH de 3,5% en **République dominicaine**, de 9% en **Jamaïque**, et de 31% au **Guyana** (Gupta et al., 2006 ; Secrétariat d'Etat à la Santé publique et à l'Assistance sociale de la République dominicaine, 2005 ; OPS, 2007 ; Gebre et al., 2006 ; Allen et al., 2006).

L'injection de drogues sans respect de l'hygiène n'est responsable que d'une minorité des infections à VIH et elle ne contribue à la propagation du virus qu'aux **Bermudes** et à **Porto Rico**. Les rapports sexuels non protégés entre hommes sont un facteur de risque significatif dans la région mais ce fait est largement masqué par la stigmatisation qui leur est associée. On a mené peu de recherches dans les Caraïbes parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes mais les données disponibles indiquent que 12% environ des nouvelles infections enregistrées seraient survenues dans cette population (Commission Santé et Développement des Caraïbes, 2005 ; Inciardi, Syvertsen, Surratt, 2005).

Haïti reste le pays des Caraïbes le plus sévèrement affecté. Chez les femmes enceintes vues en consultation prénatale, la prévalence du VIH a baissé, passant de 5,9% en 1996 à 3,1% en 2004 (Gaillard et al., 2006). Toutefois les résultats de la surveillance sentinelle auprès des femmes enceintes en 2006 indiquent une stabilisation de la prévalence du VIH (Ministère de la Santé publique et de la Population, 2007). Une enquête nationale au sein de la population estime la prévalence nationale du VIH chez les adultes à 2,2% en 2005 (Cayemittes et al., 2006). Cette tendance à la baisse est étroitement liée à la baisse du niveau d'infection dans la capitale, Port-au-Prince, et dans d'autres villes, où la prévalence du VIH chez les femmes âgées de 15 à 44 ans a chuté, passant de 5,5% à 3% entre 2000 et 2005 – la modélisation de l'épidémie indique que, outre la mortalité, les modifications de comportement en matière de protection sont au moins en partie responsables de ces baisses (Gaillard et al., 2006). Des études comportementales ont montré une diminution de 20% du nombre moyen de partenaires sexuels entre 1994 et 2000 tandis que le recours au préservatif augmentait, surtout lors des rapports occasionnels (Cayemittes et al., 2006 ; Hallet et al., 2006 ; Gaillard et al., 2006).

Prévalence du VIH chez les femmes enceintes en République dominicaine, 1991–2005



Source : Rapports de surveillance du Ministère de la Santé, 1991–2006.

Figure 13

L'épidémie de la **République dominicaine** semble s'être stabilisée (voir Figure 13) (Secrétariat d'Etat à la Santé publique et à l'Assistance sociale de la République dominicaine, 2007). Comme dans la plupart des autres pays des Caraïbes, le commerce du sexe est un facteur important de l'épidémie. Une enquête en particulier a montré que l'emploi du préservatif est passé de 75% à 94% en 12 mois chez des professionnel(le)s du sexe ayant participé à un programme communautaire de solidarité organisé dans la capitale Saint-Domingue (Kerrigan et al., 2006).

Les épidémies de la **Jamaïque**, des **Bahamas** et de la **Trinité-et-Tobago** sont stables depuis quelques années (Ministère de la Santé de la Jamaïque, 2007 ; Ministère de la Santé des Bahamas, 2006 ; OPS et OMS, 2006 ; Ministère de la Santé de la Trinité-et-Tobago, 2007).

A la **Barbade**, le nombre annuel de nouvelles infections à VIH diagnostiquées est resté relativement stable depuis la fin des années 1990 (Ministère de la Santé de la Barbade, 2007).

La transmission du VIH au **Guyana** s'effectue principalement lors de rapports sexuels non protégés. La dernière enquête auprès des consultations prénatales montre une prévalence de 1,6% chez les femmes enceintes. C'est là un pourcentage inférieur à celui de 2,3% qu'indiquait en 2004 une enquête analogue mais des différences méthodologiques peuvent fausser la comparaison des deux ensembles de données (Ministère de la Santé du Guyana, 2007).

Contrairement à ce qui se passe dans le reste de la région, la consommation de drogues injectables est le principal facteur de transmission du VIH aux **Bermudes** et à **Porto Rico**. On observe encore une prévalence très élevée chez les consommateurs de drogues injectables à Porto Rico où le taux d'infection à VIH (26 pour 100 000) est le double de celui des Etats-Unis continentaux et où plus des deux tiers des infections sont diagnostiquées chez des hommes (AIDS Action, 2007).



AMÉRIQUE LATINE

Les épidémies de VIH en Amérique latine restent en général stables et la transmission du VIH se poursuit parmi les populations exposées à un risque de transmission accru. Celles-ci comprennent les professionnel(le)s du sexe et les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes. En 2007, on estime le nombre de nouvelles infections à VIH en Amérique latine à 100 000 [47 000-220 000], ce qui porte le nombre total de personnes vivant avec le VIH dans la région à 1,6 million [1,4 million-1,9 million]. Le nombre de décès dus au sida dans l'année écoulée est estimé à 58 000 [49 000-91 000].

Les rapports sexuels non protégés entre hommes constituent un important facteur de risque dans les épidémies de la Bolivie, du Chili, de l'Équateur et du Pérou en Amérique du Sud ainsi que dans plusieurs pays d'Amérique centrale, comme El Salvador, le Guatemala, le Honduras, le Mexique, le Nicaragua et le Panama.

Un tiers environ du nombre total de personnes vivant avec le VIH en Amérique latine réside au **Brésil**. On estimait en 2005 le nombre de personnes vivant avec le VIH dans ce pays à 620 000 [370 000-1 million]. Initialement concentrée chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, l'épidémie s'est ensuite étendue aux consommateurs de drogues injectables et finalement à la population générale, avec un nombre croissant de femmes infectées (Dourado et al., 2007). On estime qu'une forte proportion des infections parmi les femmes sont dues au comportement de leurs partenaires sexuels masculins (Silva, Barone, 2006). Les rapports sexuels non protégés entre hommes restent néanmoins un facteur important et sont considérés comme responsables de près de la moitié des infections à VIH sexuellement transmises au Brésil. La prévalence du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables a décliné dans certaines villes du fait des programmes de réduction des risques, du passage de l'injection à l'inhalation de drogues et de la mortalité parmi les consommateurs de drogues (ONUSIDA/OMS, 2006).

Ces dernières années, les rapports sexuels non protégés sont devenus le principal mode de transmission du VIH en **Argentine** (Cohen, 2006). On a estimé que quatre cinquièmes des nouvelles infections diagnostiquées en 2005 étaient dues à des rapports (principalement hétérosexuels) non protégés (Programme national sida de l'Argentine, 2005). Comme dans plusieurs autres pays d'Amérique du Sud, la prévalence la plus élevée a néanmoins été observée chez des hommes qui ont des

rapports sexuels avec des hommes. La consommation de drogues injectables ainsi que l'usage de matériel d'injection non stérile, qui étaient auparavant un facteur important de l'épidémie, ont décliné au cours de la dernière décennie. L'injection de drogues n'aurait par exemple provoqué que 5% environ des nouvelles infections à VIH dans la capitale, Buenos Aires, entre 2003 et 2006 (Cohen, 2006).

L'épidémie de l'**Uruguay** se concentre surtout dans la capitale Montevideo et ses alentours (plus des trois quarts du nombre total des cas de sida y ont été déclarés) et dans les districts de Canelones, de Maldonado et de Rivera. Les rapports sexuels non protégés (le plus souvent hétérosexuels) sont responsables des deux tiers environ des infections à VIH enregistrées. Les rapports sexuels non protégés entre hommes et l'utilisation de matériel d'injection non stérile sont également responsables d'une forte proportion des infections à VIH (Montano et al., 2005 ; Programme national sida de l'Uruguay, 2007 ; IDES et al., 2005).

L'épidémie du **Paraguay** se concentre essentiellement dans la capitale, Asunción, et le département du Centre ainsi que dans certaines zones limitrophes de l'**Argentine** et du **Brésil** (Programme national sida du Paraguay, 2007). La majorité des personnes vivant avec le VIH à la fin de l'année 2005 étaient des hommes. La prévalence nationale du VIH chez les femmes enceintes était de 0,3% en 2005 (Programme national sida du Paraguay, 2006).

En **Bolivie**, au **Chili**, en **Colombie**, en **Equateur** et au **Pérou**, les infections à VIH continuent d'affecter principalement les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (Martínez, Elea, Chiu, 2006 ; Ministère de la Santé et des Sports ; ONUSIDA, 2007a,b).

Au **Pérou**, on estime que la prévalence nationale du VIH est faible et que les cas surviennent surtout parmi certaines populations. La prévalence chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes est restée stable, de 18% à 22% selon diverses études menées entre 1996 et 2002 (Sanchez et al., 2007 ; Ministère de la Santé du Pérou, 2006).

Dans le contexte d'une homophobie très présente, on a observé une prévalence élevée parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes dans plusieurs pays d'Amérique centrale, notamment le **Belize**, le **Costa Rica**, **El Salvador**, le **Guatemala**, le **Nicaragua** et le **Panama**. Des études menées en 2002 ont montré que, comparé à la prévalence du VIH dans la population nationale adulte, le niveau d'infection chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes est sept fois plus élevé au Honduras, 10 fois plus au Guatemala et au Panama, 22 fois en El Salvador et 38 fois au Nicaragua (Soto et al., 2007).

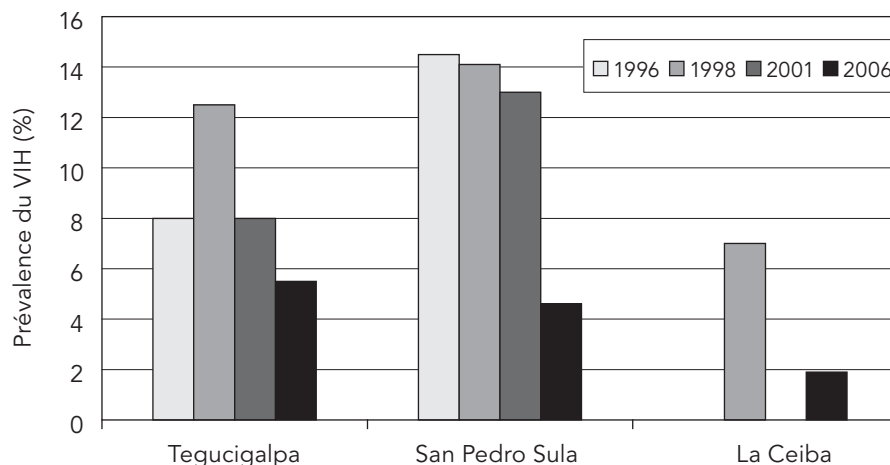
Des niveaux de prévalence élevés chez les professionnelles du sexe ont également été enregistrés au

Honduras (10%), au Guatemala (4%) et en El Salvador (3%) avec néanmoins une faible prévalence de 0,2% au Nicaragua et au Panama (Soto et al., 2007).

De récentes enquêtes de surveillance sentinelle du VIH ont fait mieux connaître l'épidémie du **Honduras** où la transmission du VIH survient le plus souvent lors de rapports non protégés – rapports tarifés avec des professionnel(le)s du sexe ou rapports entre hommes (Ministère de la Santé du Honduras, 2006). On a néanmoins enregistré une baisse de la prévalence et une augmentation du recours au préservatif dans ces groupes de population (Secrétariat à la Santé du Honduras et al., 2007a,b). Les résultats préliminaires d'une étude menée en 2006 indiquent une prévalence du VIH de 5,7% à Tegucigalpa chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (elle atteignait 8,2% en 2001 et 10% en 1998) et de 9,7% à San Pedro Sula, où elle était de 16% en 2001 (Secrétariat à la Santé du Honduras, 2007a). On a également noté une forte baisse de la prévalence du VIH chez les professionnelles du sexe dans trois grandes villes du Honduras (voir Figure 14). Le recours régulier au préservatif est élevé dans ces trois villes (>80% à Tegucigalpa et San Pedro Sula, 98% à La Ceiba avec les clients et 87% au moins avec les partenaires occasionnels), ce qui montre que la promotion du préservatif et d'autres efforts de prévention ont été fructueux (Secrétariat à la Santé du Honduras, 2007a).

Figure 14

Prévalence du VIH chez les professionnelles du sexe dans plusieurs villes du Honduras, 1996–2006



Source : Secretaria de salud de Honduras et al. (2007a). Estudio Centroamericano de vigilancia de comportamiento sexual y prevalencia de VIH/ITS en poblaciones vulnerables : Trabajadoras Sexuales. Août. Tegucigalpa, Secrétariat à la Santé du Honduras.



AMÉRIQUE DU NORD, EUROPE OCCIDENTALE ET EUROPE CENTRALE

Dans ces régions, le nombre total de personnes vivant avec le VIH est en augmentation. Cette hausse est principalement imputable à l'allongement de la survie apporté par la thérapie antirétrovirale et à une augmentation du nombre de nouveaux diagnostics de VIH en Europe occidentale depuis 2002, ainsi qu'au nombre relativement stable de nouvelles infections à VIH relevées chaque année en Amérique du Nord. Globalement, quelque 2,1 millions [1,1 million–3,0 millions] de personnes vivent avec le VIH en Amérique du Nord et en Europe occidentale et centrale en 2007, y compris les 78 000 [19 000–86 000] qui ont contracté une infection à VIH au cours de l'année écoulée. Etant donné l'accès généralisé à des traitements antirétroviraux efficaces, un nombre relativement limité de personnes, soit 32 000 [20 000–84 000], sont décédées du sida en 2007.

Les **Etats-Unis d'Amérique** sont l'un des pays comptant le plus grand nombre d'infections à VIH au monde. Sur la base des données fournies par les 33 Etats et quatre territoires dépendants disposant d'un système à long terme de notification confidentielle par nom du VIH, les hommes constituaient la plupart des diagnostics de VIH ou de sida (74%) parmi les adultes et les adolescents du pays en 2005. En 2005, plus de la moitié des nouveaux diagnostics d'infection à VIH (53%) ont été posés parmi des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Les personnes exposées au VIH lors de rapports hétérosexuels avec un partenaire non régulier représentaient un peu moins d'un tiers (32%) des nouveaux cas d'infection à VIH et de sida diagnostiqués, alors que 18% environ s'étaient produits parmi des consommateurs de drogues injectables (US Centers for Disease Control and Prevention, 2007a).

Les minorités ethniques restent touchées de manière disproportionnée par l'épidémie de VIH aux Etats-Unis. Bien que les Africains-Américains constituent quelque 13% de la population seulement (US Census Bureau, 2006), ils ont représenté 48% des nouveaux diagnostics de VIH ou de sida en 2005. En 2004, le sida était la quatrième cause de décès parmi les Africains-Américains entre 25 et 44 ans aux Etats-

Unis (Anderson, Mosher, Chandra, 2006 ; US Centers for Disease Control and Prevention, 2006). Les Hispaniques, qui constituent environ 14% de la population, représentaient 18% des nouveaux diagnostics (US Centers for Disease Control and Prevention, 2007b).

Après une stabilisation au milieu des années 1990, le nombre total estimé de personnes vivant avec le VIH au **Canada** est reparti à la hausse à la fin de la décennie, en raison surtout des effets des traitements antirétroviraux qui prolongent la vie. Le nombre annuel des infections à VIH nouvellement notifiées est resté à peu près le même au cours de cette période, entre 2495 et 2538 (Agence de la Santé publique du Canada, 2006).

Les rapports sexuels non protégés entre hommes continuent de représenter la plus grande proportion des nouvelles infections à VIH (45% en 2005 contre 42% en 2002) (Boulos et al., 2006).

On estime que 37% des nouvelles infections à VIH en 2005 étaient imputables aux rapports hétérosexuels non protégés, une proportion importante d'entre elles se produisant chez des personnes nées dans des pays où le VIH est endémique (surtout en Afrique subsaharienne et aux Caraïbes).

Les infections à VIH contractées par la voie hétérosexuelle, principalement chez des immigrants et des migrants, ont constitué la plus grande proportion (42%) des nouveaux diagnostics de VIH en **Europe occidentale** en 2006. Un peu moins d'un tiers (29%) des infections à VIH nouvellement diagnostiquées étaient imputables aux rapports sexuels non protégés entre hommes, et 6% seulement à la consommation de drogues injectables (EuroHIV, 2007).

Les épidémies de VIH en **Espagne**, en **France**, en **Italie** et au **Royaume-Uni** restent les plus importantes d'Europe occidentale et centrale. Le nombre de nouvelles infections à VIH diagnostiquées chaque année a plus que doublé au Royaume-Uni, passant de 4152 en 2001 à 8925 en 2006 (EuroHIV, 2007). L'augmentation des diagnostics de VIH notifiés au Royaume-Uni est due principalement aux niveaux soutenus des nouvelles infections chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, à une augmentation des diagnostics parmi des hommes et femmes hétérosexuels qui ont contracté leur infection dans un pays à forte prévalence (principalement en Afrique subsaharienne et aux Caraïbes) et à l'amélioration de la notification due notamment à une expansion des services de dépistage du VIH (Agence de Protection de la Santé, 2007 ; EuroHIV, 2007).

En Europe occidentale (hors du Royaume-Uni), le nombre annuel de nouveaux diagnostics de VIH notifiés a presque triplé entre 1999 et 2005 (passant de 7497 à 19 476), mais a marqué une baisse significative en 2006 (16 316). C'est en **France** que le plus grand nombre de diagnostics a été notifié (la notification systématique n'a commencé qu'en 2003 dans ce pays et 5750 infections à VIH ont été nouvellement diagnostiquées en 2006), ainsi qu'en **Allemagne** (2718) et au **Portugal** (2162). En **Espagne** et en **Italie**, seules quelques régions contribuent au système de notification. Ailleurs, le nombre de diagnostics est plus faible et les nouvelles

infections en 2006 n'ont dépassé un millier qu'aux **Pays-Bas** (1017) (EuroHIV, 2007).

Dans cette région, le VIH est principalement transmis par les rapports sexuels non protégés et, dans une bien moindre mesure (sauf dans des pays comme le Portugal et l'Espagne), par l'utilisation de matériel contaminé chez les consommateurs de drogues injectables. La plupart des cas de VIH transmis par la voie hétérosexuelle trouvent leur origine dans des pays à forte prévalence de VIH ; dans ce groupe, plus de 50% des nouveaux diagnostics de VIH sont des femmes (EuroHIV, 2007).

Deux tendances épidémiques divergentes ont été observées en Europe occidentale. Alors que le nombre de nouveaux diagnostics de VIH attribués aux rapports sexuels non protégés entre hommes avait presque doublé entre 1999 et 2006 (passant de 2538 à 5016), ceux qui sont imputables à la consommation de drogues injectables baissait au cours de la même période (de 661 à 581).

En Europe centrale, le nombre de nouveaux diagnostics d'infection à VIH en 2006 a dépassé 100 dans trois pays seulement : la **Pologne** (750), la **Turquie** (290) et la **Roumanie** (180). Ailleurs, les épidémies sont de taille relativement modeste et seuls la **Hongrie**, le **Monténégro** et la **Serbie** ont notifié un total supérieur à 1000 infections à VIH depuis le début de l'épidémie (EuroHIV, 2007).

La consommation de drogues injectables est le mode le plus fréquemment mentionné de transmission du VIH dans les trois Etats baltes (**Estonie**, **Lettonie**, **Lituanie**) dont les épidémies semblent s'être stabilisées (Hamers, 2006 ; EuroHIV, 2007). Toutefois, l'**Estonie** gardait en 2005 le taux le plus élevé de nouveaux diagnostics de VIH notifiés (504 par million d'habitants) et la prévalence nationale estimée du VIH chez les adultes la plus élevée de toute l'Europe (1,3% [0,6%-4,3%]) (ONUSIDA, 2006 ; EuroHIV, 2007).



MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD

Malgré de récentes améliorations relevées dans certains pays, la surveillance épidémiologique dans cette région reste limitée (Obermeyer, 2006). Toutefois, en se fondant sur l'information disponible concernant le VIH, on estime que 35 000 [16 000–65 000] personnes ont contracté le VIH en 2007, ce qui porte à 380 000 [270 000–500 000] le nombre total de personnes vivant avec le VIH dans la région. Quelque 25 000 [20 000–34 000] personnes sont décédées de maladies liées au sida en 2007.

Le nombre de cas de VIH notifiés dans la région reste modeste. La plupart des infections à VIH se produisent chez des hommes et dans les zones urbaines, à l'exception du **Soudan**, pays qui connaît la plus forte prévalence de la région et où les rapports hétérosexuels non protégés constituent le plus important facteur de risque d'infection à VIH.

Si les rapports sexuels tarifés non protégés sont un facteur clé des épidémies de VIH dans l'ensemble de la région, l'exposition à du matériel d'injection de drogues contaminé est la principale voie de transmission en **Afghanistan**, en **République islamique d'Iran**, en **Jamahiriya arabe libyenne** et en **Tunisie** et elle contribue aussi aux épidémies de l'**Algérie**, du **Maroc** et de la **République arabe syrienne**.



OCÉANIE

En 2007, on estime à 14 000 [11 000-26 000] le nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH en Océanie, ce qui porte à 75 000 [53 000-120 000] le nombre total de personnes vivant avec le virus dans cette région.

Plus de 70% d'entre elles vivent en **Papouasie-Nouvelle-Guinée** où l'épidémie se propage encore, même si les taux d'infection sont légèrement inférieurs à ce que l'on avait pensé. La plupart des nouvelles infections enregistrées l'ont été dans les zones rurales où vit plus de 80% de la population du pays (Secrétariat du Conseil national sida de la Papouasie-Nouvelle-Guinée, 2007). Les rapports hétérosexuels non protégés semblent être le mode principal de transmission du VIH.

En **Australie**, le VIH se transmet toujours principalement lors de rapports sexuels non protégés entre hommes (Centre national d'épidémiologie et de recherche clinique pour le VIH, 2007). Alors que des efforts concertés de prévention avaient permis de

maîtriser l'épidémie dans les années 1990, les nouveaux diagnostics d'infection à VIH ont augmenté de 41% entre 2000 et 2005 (Centre national d'épidémiologie et de recherche clinique pour le VIH, 2006), parallèlement à un accroissement des rapports sexuels non protégés entre hommes (Prestage et al., 2006).

En **Nouvelle-Zélande** les rapports sexuels entre hommes restent le principal mode de transmission à l'intérieur du pays. Le nombre de personnes testées séropositives au VIH suite à des rapports hétérosexuels est néanmoins en augmentation, la majorité des infections survenant hors du pays, principalement en Asie et en Afrique subsaharienne (Ministère de la Santé de la Nouvelle Zélande, 2007)

CARTES

Estimations mondiales en 2007 – enfants et adultes

Adultes et enfants vivant avec le VIH – estimations en 2007

Nombre estimatif d'adultes et d'enfants nouvellement infectés par le VIH en 2007

Nombre estimatif de décès par sida chez l'adulte et l'enfant en 2007

ESTIMATIONS MONDIALES EN 2007

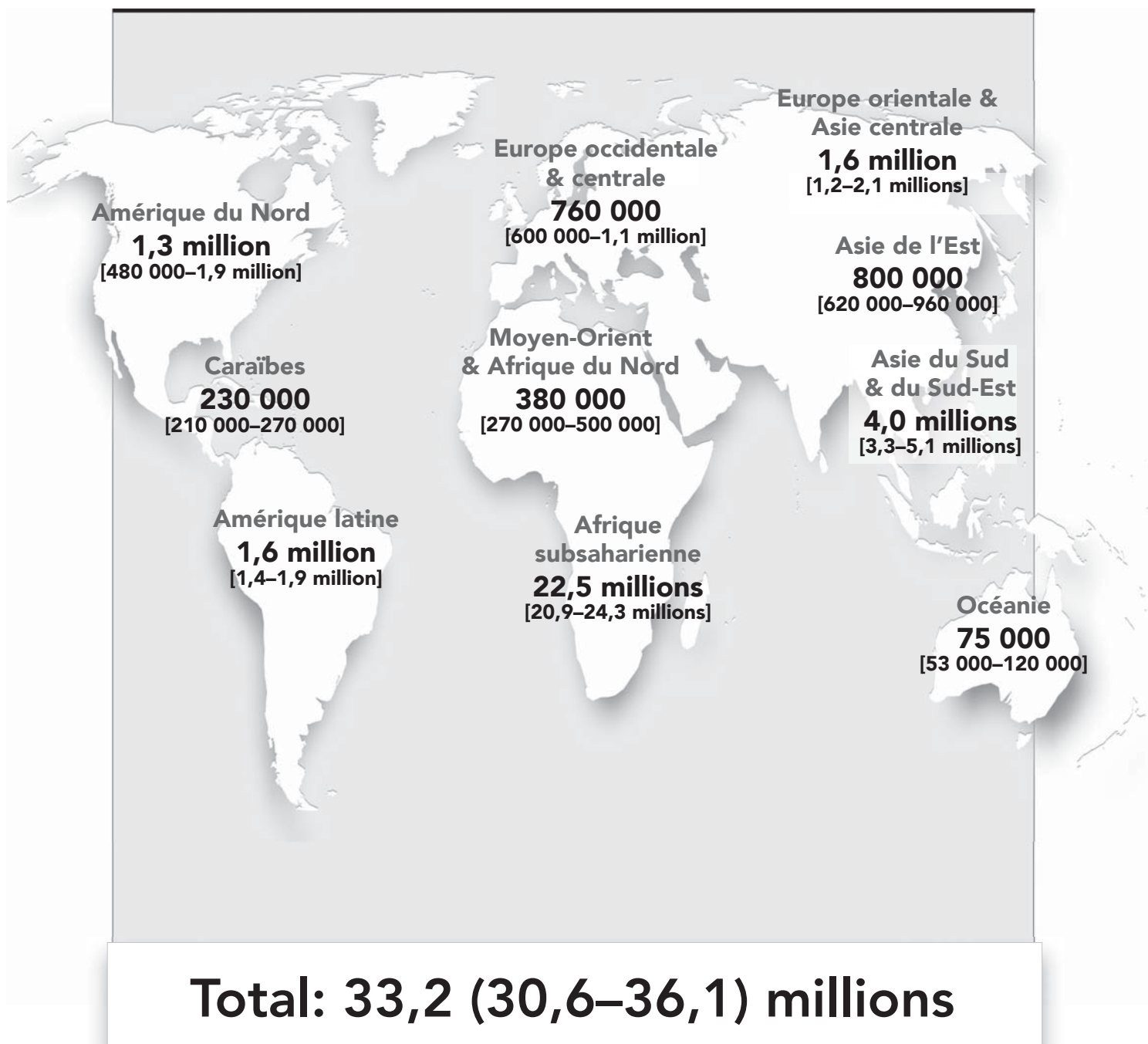
ENFANTS ET ADULTES



Personnes vivant avec le VIH	33,2 millions [30,6–36,1 millions]
Nouveaux cas d'infection à VIH en 2007.....	2,5 millions [1,8–4.1 millions]
Décès dus au sida en 2007	2,1 millions [1,9–2,4 millions]

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

ADULTES ET ENFANTS VIVANT AVEC LE VIH ESTIMATIONS EN 2007



ONUSIDA
PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA

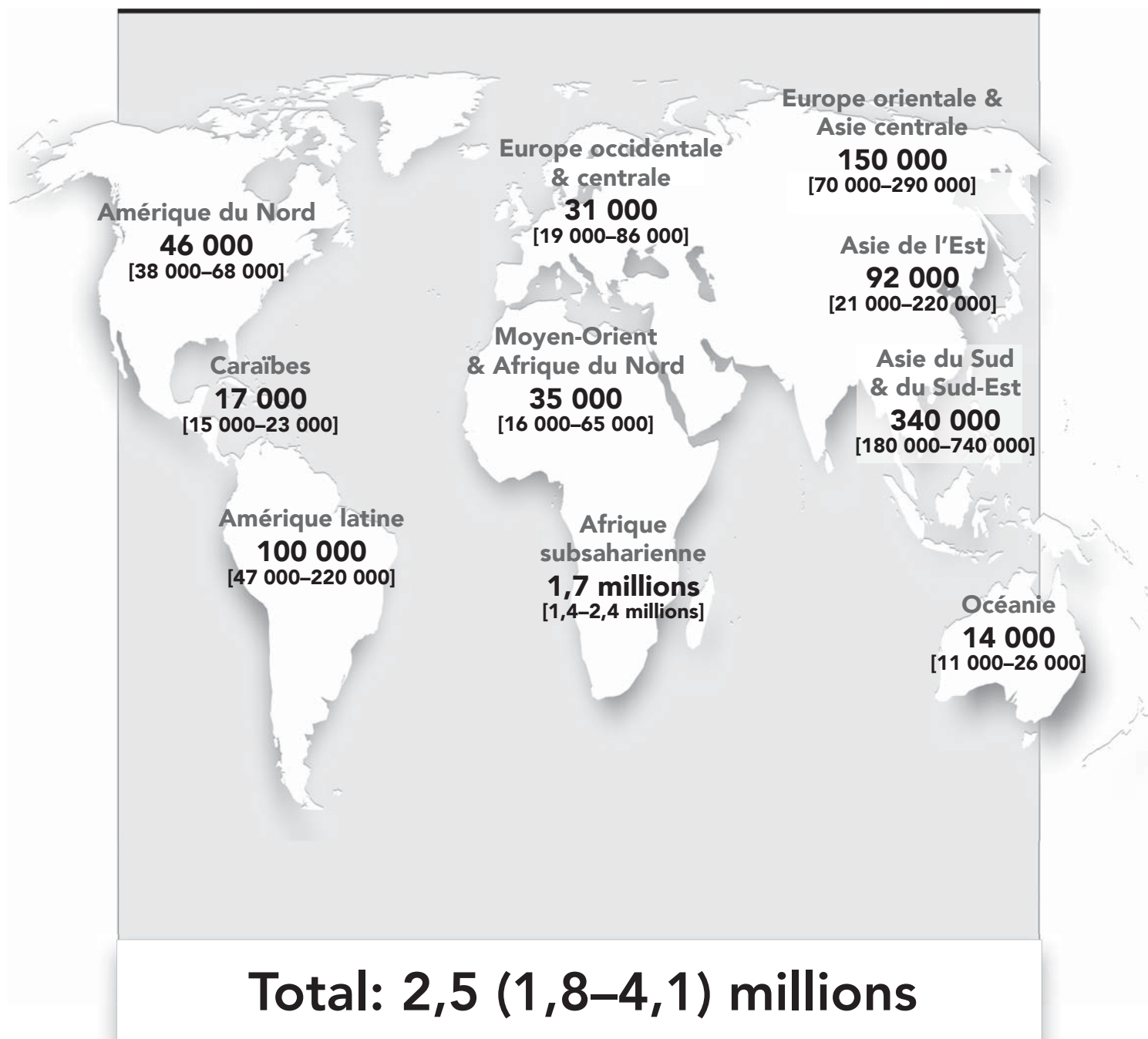
HCR
UNICEF
PAM
PNUD
UNFPA

ONU DC
OIT
UNESCO
OMS
BANQUE MONDIALE



**Organisation
mondiale de la Santé**

NOMBRE ESTIMATIF D'ADULTES ET D'ENFANTS NOUVELLEMENT INFECTÉS PAR LE VIH EN 2007



ONUSIDA
PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA

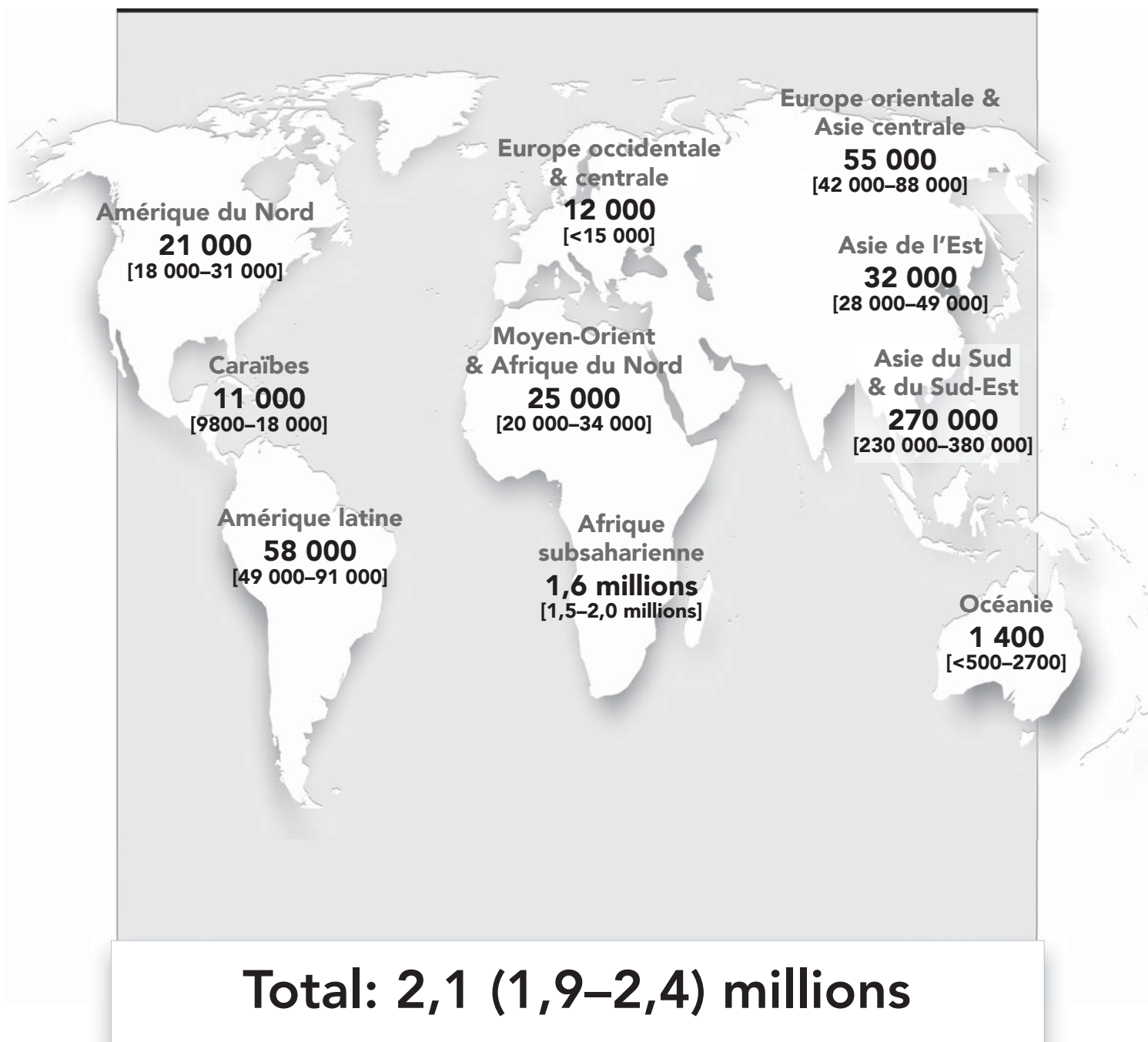
HCR
UNICEF
PAM
PNUD
UNFPA

ONU DC
OIT
UNESCO
OMS
BANQUE MONDIALE



Organisation mondiale de la Santé

NOMBRE ESTIMATIF DE DÉCÈS PAR SIDA CHEZ L'ADULTE ET L'ENFANT EN 2007



ONUSIDA
PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA

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



**Organisation
mondiale de la Santé**



BIBLIOGRAPHIE

APERÇU MONDIAL

Groupe de référence ONUSIDA sur les estimations, modèles et projections (2002). Improved methods and assumptions for the estimation of the HIV/AIDS epidemic and its impact: recommendations of the UNAIDS Reference Group on Estimates, Modelling and Projections. *AIDS*, 16: W1–W16.

Groupe de référence ONUSIDA sur les estimations, modèles et projections (2006). *Improving parameter estimation, projection methods, uncertainty estimation, and epidemic classification. Report of a meeting of the UNAIDS Reference Group on Estimates, Modelling, and Projections, Prague, Czech Republic, 29 Nov—1 Dec.* http://data.unaids.org/pub/Report/2007/2006prague_report_en.pdf.

Marston M, *et al* (2007). Estimating 'net' HIV-related mortality and the importance of background mortality rates. *AIDS* 2007, 21 (suppl 6): S65–S71.

OMS, ONUSIDA, UNICEF (2007). *Vers un accès universel : Etendre les interventions prioritaires liées au VIH/sida dans le secteur de la santé – Rapport de situation*, Avril. Genève. ISBN 978 92 4 259539 0.

OMS (2003). *Rapport sur la santé dans le monde, 2003 – façonner l'avenir*. Genève. ISBN 92 4 256243 2.

ONUSIDA (2007). *Comparing adult antenatal-clinic based HIV prevalence with prevalence from national population based surveys in sub-Saharan Africa*. Présentation de l'ONUSIDA. Consulté le 17 novembre sur http://data.unaids.org/pub/Presentation/2007/survey_anc_2007_en.pdf.

ONUSIDA/OMS (2006). *Le point sur l'épidémie de sida : décembre 2006*. ONUSIDA, Genève 2006. ONUSIDA/06.29F. ISBN 92 9 173543 4.

Stover J, Walker N, Grassly NC, Marston M (2006). Projecting the demographic impact of AIDS and the number of people in need of treatment: updates to the Spectrum projection package. *Sex Transm Inf*, 82 (Suppl. III):iii45–iii50.

Todd J, *et al* (2007). Time from HIV seroconversion to death: a collaborative analysis of eight studies in six low and middle-income countries before highly active antiretroviral therapy. *AIDS* 2007, 21 (suppl 6): S55–S63.

AFRIQUE SUBSAHARIENNE

Asamoah-Odei E, Garcia-Calleja JM & Boerma T (2004). HIV prevalence and trends in sub-Saharan: no decline and large subregional differences. *Lancet*, 364:35–40.

Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé, Direction nationale de la Statistique et de l'Informatique/ORC Macro (2002). *Enquête démographique et de santé au Mali 2001*. Juin. Calverton.

Central Statistical Agency, ORC Macro (2006). *Ethiopia Demographic and Health Survey 2005*. Addis-Abeba & Calverton.

Central Statistical Office, Macro International Inc. (2007). *Swaziland Demographic and Health Survey 2006-2007: preliminary report*. Juin. Calverton.

Central Statistical Office Zambia *et al.* (2003). *Zambia Demographic and Health Survey 2001-2002*. Calverton.

Conselho Nacional de Combate ao HIV/sida (2006). *Relatório de atividades por 2005*. Ministério de Saúde. Maputo.

- Department of Health South Africa (2006). National HIV and syphilis antenatal prevalence survey, South Africa 2005. Pretoria.
- Department of Health South Africa (2007). National HIV and syphilis antenatal prevalence survey, South Africa 2006. Pretoria.
- Direction nationale de la Statistique, ORC Macro (2006). *Enquête démographique et de santé, Guinée 2005*. Calverton.
- Federal Ministry of Health Ethiopia (2006). *AIDS in Ethiopia: 6th report*. September. Addis-Abeba.
- Federal Ministry of Health Nigeria (2006). *The 2005 national HIV seroprevalence sentinel survey among pregnant women attending antenatal clinics in Nigeria: summary position paper*. Avril. Abuja.
- Gomes do Espirito Santo ME, Etheredge GD (2005). Male clients of brothel prostitutes as a bridge for HIV infection between high risk and low risk groups of women in Senegal. *Sexually Transmitted Infections*, 81:342–4.
- Gregson S et al. (2006). HIV decline associated with behaviour change in eastern Zimbabwe. *Science*, 311(5761):664–6.
- Hallett TB et al. (2006). Declines in HIV prevalence can be associated with changing sexual behaviour in Uganda, urban Kenya, Zimbabwe, and urban Haiti. *Sexually Transmitted Infections*, 82(Suppl 1): i1–i8.
- Hargrove JW et al. (2005). Declining HIV prevalence and incidence in women attending maternity clinics in greater Harare, Zimbabwe. (soumis pour publication)
- Heaton L, Fowler T, Palamuleni M (2006). The HIV/AIDS epidemic in Malawi – putting the epidemic in context. Abstract CDC0062. XVIe Conférence internationale sur le sida. 13–18 août. Toronto.
- Institut national de la Statistique du Cameroun, ORC Macro (2005). *Enquête démographique et de santé Cameroun 2004*. Juin. Yaoundé et Calverton.
- Institut national de la Statistique du Niger, Macro International Inc (2007). *Enquête démographique et de santé et à Indicateurs multiples du Niger 2006*. Février. Calverton.
- Institut national de la Statistique et de l'Analyse économique, ORC Macro (2007). *Enquête démographique et de santé EDSB-III Bénin 2006—Rapport préliminaire*. Calverton.
- Institut national de la Statistique, des Etudes économiques et démographiques et Programme national de Lutte contre le Sida (2006). *Rapport de l'enquête nationale de séroprévalence du VIH/sida au Tchad 2005*. Décembre. N'Djamena.
- Institut national de la Statistique et de la Démographie, ORC Macro (2004). *Enquête démographique et de santé Burkina Faso 2003*. Calverton.
- Institut national de la Statistique et Ministère de la Lutte contre le Sida Côte d'Ivoire/ORC Macro (2006). *Enquête sur les indicateurs du sida, Côte d'Ivoire 2005*. Calverton.
- Kayembe PK et al. (2007). Evolution de la prévalence du VIH en République démocratique du Congo (1985–2005): évidence de plusieurs épidémies à différentes vitesses. Sous presse.
- Kayirangwa E et al. (2006). Current trends in Rwanda's HIV/AIDS epidemic. *Sexually Transmitted Infections*, 82(Suppl 1): i27–31.
- Kirungi WL et al. (2006). Trends in antenatal HIV prevalence in urban Uganda associated with uptake of preventive sexual behaviour. *Sexually Transmitted Infections*, 82(Suppl 1):136–41.
- Liberia Institute of Statistics and Geo-Information Services/Macro International (2007). *Liberia demographic and health survey 2007: preliminary report*. Monrovia et Calverton.
- Mahomva A et al. (2006). HIV prevalence and trends from data in Zimbabwe, 1997–2004. *Sexually Transmitted Infections*, 82(Suppl 1):i42–7.
- Ministère de l'Economie, du Plan et de la Coopération internationale de la République centrafricaine (2007). *Suivi de la situation des enfants et des femmes, MICS-3: Résultats de l'enquête à indicateurs multiples couplée avec la sérologie VIH et anémie en RCA 2006*. Mars. Bangui.
- Ministère de la Santé du Bénin (2006). *Rapport de surveillance de l'infection à VIH et de la syphilis au Bénin—Année 2006*. Ministère de la Santé. Cotonou.
- Ministère de la Santé publique du Burundi (2005). *Bulletin épidémiologique annuel de surveillance du VIH/sida en 2005*. Septembre. Bujumbura.
- Ministère de la Santé du Mali (2005). *Rapport: Surveillance sentinelle du VIH et de la syphilis chez les femmes enceintes*. Novembre. Bamako.
- Ministère de la Santé du Mali, ORC Macro (2007). *Enquête démographique et de santé, EDSM-IV: rapport préliminaire*. Avril. Calverton.

- Ministère de la Santé du Rwanda (2005). *Surveillance de l'infection à VIH par sites sentinelles chez les femmes enceintes fréquentant les services de consultation prénatale*. Kigali, Centre de Traitement et de Recherche sur le sida, CDC.
- Ministère de la Santé du Togo (2006). *Surveillance sentinelle de l'infection au VIH/sida chez les femmes en consultation prénatale au Togo, avril-juin*. Lomé.
- Ministère de la Santé du Togo (2007). *Rapport annuel des activités du programme national de lutte contre le sida et les infections sexuellement transmissibles, année 2006*. Lomé.
- Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique de la Côte d'Ivoire, CDC/RETRO-CI/MEASURE Evaluation, (2007). *Enquête de surveillance sentinelle du VIH de 2005*. Abidjan.
- Ministère de la Santé et du Planning Familial « de Madagascar » (2005). Résultats de l'enquête de surveillance biologique du VIH/sida et de la syphilis, année 2005. Décembre. Ministère de la Santé et du Planning familial. Antananarivo.
- Ministério da Saúde, CDC USA (2006). *Relatório Final I-II estudos de seroprevalencia em mulheres grávidas em consultas pré-natal (2004-2005)*. Luanda.
- Ministry of Health and Sanitation. Sierra Leone (2007). *Antenatal HIV and syphilis sentinel surveillance (2006)*. Freetown.
- Ministry of Health and Social Services Namibia, ORC Macro (2007). *2006 Namibian Demographic and Health Survey: Preliminary Tables*. Juillet. Calverton.
- Ministry of Health and Social Services Namibia (2007). *Results of the 2006 national sentinel survey among pregnant women*. Windhoek.
- Ministry of Health Botswana (2006). *2006 Botswana Second-Generation HIV/AIDS Surveillance Technical Report*. Gaborone.
- Ministry of Health Eritrea (2006). *Report of the 2005 round of HIV sentinel surveillance survey in ANC attendee women*. Mars. Asmara.
- Ministry of Health Ghana (2007). *HIV sentinel survey 2006 report*. Mars. Accra.
- Ministry of Health Kenya (2005). *AIDS in Kenya, 7th edition*. National AIDS and STI Control Programme (NASCOPI), Nairobi.
- Ministry of Health Uganda, ORC Macro (2006). *Uganda HIV/AIDS Sero-behavioural Survey 2004/2005*. Mars. Kampala et Calverton.
- Ministry of Health Zambia (2005). *Zambia Antenatal Clinic Sentinel Surveillance Report, 1994-2004*. November. Ministry of Health Zambia. Lusaka.
- Ministry of Health and Child Welfare Zimbabwe (2007). *2006 ANC Preliminary Report*.
- Ministry of Health and Social Welfare Lesotho (2005). *Report of the sentinel HIV/syphilis survey 2005*. Septembre. Maseru.
- Ministry of Health and Social Welfare Lesotho, ORC Macro (2004). *2004 Lesotho Demographic and Health Survey*. Maseru et Calverton, Ministry of Health & Social Welfare et ORC Macro.
- Ministry of Health and Social Welfare Swaziland (2006) *10th Round of the national HIV Serosurveillance in women attending antenatal care, sexually transmitted infections clients and tuberculosis patients*. Janvier. Mbabane.
- Mugurungi O et al. (2005). HIV in Zimbabwe. In: Glynn JR, Carael M (eds.) *HIV, Resurgent Infections and Population Change in Africa*. Springer.
- National AIDS Commission Malawi (2005). *HIV and Syphilis Sero-Survey and National HIV Prevalence Estimates Report 2005*. Lilongwe.
- National AIDS Control Council Kenya (2007). *National HIV Prevalence in Kenya*. Juillet. Nairobi.
- National AIDS Secretariat, Nimba Research Consultancy (2005). *National population-based HIV seroprevalence survey of Sierra Leone*. Freetown. Disponible sur http://www.hivaidssierraleone.org/docs/pdfs/Policy_Program_Coordination/National_Population_Based_HIV_Seroprevalence_Survey_2005.pdf
- Ndiaye S, Ayad M (2006). *Enquête démographique et de santé au Sénégal 2005*. Calverton, Centre de Recherche pour le Développement humain/ORC Macro.
- OMS (2005). *The 2004 First national second generation HIV/AIDS/STI sentinel surveillance survey among antenatal care women attending maternity and child health clinics, tuberculosis and STD patients in Central South, Puntland and Somaliland*. A technical report. Juillet. Nairobi.
- ONUSIDA (2005). *Evidence for HIV decline in Zimbabwe: a comprehensive review of the epidemiological data*. Novembre. Genève.
- Présidence du Faso (2005). Suivi de la déclaration d'engagement sur le VIH/sida (UNGASS): cadre pour la présentation des rapports pays—période concernée janvier-décembre 2004. Ouagadougou.

Programme national de Lutte contre le sida (PNLS) (2005). *Rapport de passage de la surveillance sentinelle du VIH chez les femmes enceintes*. Août. Kinshasa, Ministère de la Santé de la République démocratique du Congo.

Salum A et al. (2003). *Report on the population-based survey to estimate HIV prevalence in Zanzibar*. January. Revolutionary Government of Zanzibar. Ministry of Health and Social Welfare.

Shafer LA et al. (2006). HIV prevalence and incidence are no longer falling in Uganda – a case for renewed prevention efforts: Evidence from a rural population cohort 1989–2005, and from ANC surveillance. Abstract C10. XVIe Conférence internationale sur le sida. 13–18 août. Toronto.

Sulliman FT, Ameerberg SAG (2004a). *Mauritius epidemiology network on drug use report: January–June 2004*. Port Louis.

Swai RO et al. (2006). Surveillance of HIV and syphilis infections among antenatal clinic attendees in Tanzania–2003/2004. *BMC Public Health*, 6(91). Apr 10.

Tanzania Commission for AIDS, National Bureau of Statistics, ORC Macro (2005). *Tanzania HIV/AIDS Indicator Survey 2003-04*. Calverton.

Uganda Bureau of Statistics, Macro International Inc. (2007). *Uganda Demographic and Health Survey 2006*. Calverton.

Uganda Bureau of Statistics, ORC Macro (2001). *Uganda Demographic and Health Survey 2000-2001*. Calverton.

Utulu SN, Lawoyin TO (2007). Epidemiological features of HIV infection among pregnant women in Makurdi, Benue State, Nigeria. *Journal of Biosocial Science*, 39(3):397–408.

van der Loeff MF et al. (2003). Regional differences in HIV trends in the Gambia: results from sentinel surveillance among pregnant women. *AIDS*, 17:1841–46.

ASIE

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

Achakzai M, Kassi M, Kasi PM (2007). Seroprevalences and co-infections of HIV, hepatitis C virus and hepatitis B virus in injecting drug users in Quetta, Pakistan. *Tropical Doctor*, 37(1):43–5.

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

Char A, Pillar A, Shirke S (2003). HIV/AIDS intervention among women working in bars and lodges in Thane district of Maharashtra, India. Abstract 1168. 2^{ème} Conférence internationale de la Société internationale du sida sur la pathogénèse et le traitement du VIH. 13–16 juillet. Paris.

Choi K et al. (2003) Emerging HIV-1 epidemic in China in men who have sex with men. *Lancet*, 361(9375):2125–6.

Choi KH et al. (2007). The influence of social and sexual networks in the spread of HIV and syphilis among men who have sex with men in Shanghai, China. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 45(1):77–84.

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

Hesketh T et al. (2006). Risk behaviours in injecting drug users in Yunnan province, China: lessons for policy. Abstract CDD0591 XVIe Conférence internationale sur le sida. 13–18 août. Toronto.

Kumar R et al. (2005). *HIV-1 trends, risk factors and growth in India*. National Commission on Macroeconomics and Health (NCMH) Background Papers—Burden of Disease in India. September. New Delhi, Ministry of Health and Family Welfare.

Kumar R et al. (2006). Trends in HIV-1 in young adults in south India from 2000 to 2004: a prevalence study. *Lancet*, 367(9517):1164–72.

Lu F et al. (2006). HIV/AIDS epidemic in China: Increasing or decreasing? Abstract MOPE0462. XVIe Conférence internationale sur le sida. 13–18 août. Toronto.

Ma X et al. (2006). Possible rise in HIV prevalence among men who have sex with men (MSM) in Beijing. Abstract MOPE0526. XVIe Conférence internationale sur le sida. 13–18 août. Toronto.

Ministry of Health China (2006). *2005 update on the HIV/AIDS epidemic and response in China*. Beijing, Ministry of Health China, ONUSIDA, OMS.

Ministry of Health Indonesia (2006). *HIV/AIDS surveillance report*. Djakarta.

Ministry of Health Indonesia, Statistics Indonesia (2006). *Situation of risk behaviour for HIV in Indonesia. Results of BSS 2004–2005*. Djakarta.

- Ministry of Health Indonesia, Statistics Indonesia (2007). *Risk behavior and HIV prevalence in Tanah Papua, 2006*. Djakarta.
- Ministry of Health Pakistan (2005). *National study of reproductive tract and sexually transmitted infections: Survey of high risk groups in Lahore and Karachi, March–August 2004*. Islamabad.
- Ministry of Health Viet Nam (2005). HIV/AIDS estimates and projections 2005–2010. Hanoi, General Department of Preventive Medicine and HIV/AIDS Control, Ministry of Health.
- Ministry of Health Viet Nam (2006). *Results from the HIV/STI integrated biological and behavioural surveillance (IBBS) in Viet Nam, 2005–2006*. Hanoi.
- NACO (2005a). An overview of the spread and prevalence of HIV/AIDS in India. New Delhi. http://www.nacoonline.org/facts_overview.htm
- NACO, Ministry of Health and Family Welfare. <http://www.nacoonline.org>
- Nai Zindagi and Associates (2006). *Baseline study on HIV and STIs risks among IDUs in Lahore, Sargodha, Faisalabad and Sialkot, June–July*. Islamabad.
- National AIDS Control Program Pakistan (2005). Pilot study under the HIV/AIDS surveillance project. Mars. Islamabad.
- National AIDS Programme Myanmar (2007). *Sentinel Survey Data for March–April 2006*. Yangon.
- National Center for HIV/AIDS, Dermatology and STIs (2007). *HIV sentinel surveillance (HSS) 2006/2007: results, trends and estimates*. Phnom Penh.
- NFHS-3 (2007). National Family Health Survey 3, India. Disponible sur http://www.nfhsindia.org/nfhs3_national_report.html. Consulté le 19 octobre 2007.
- OMS (2007). *HIV/AIDS in the South-East Asia region*. Mars. New Delhi, Bureau régional de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est. <http://www.searo.who.int/hiv-aids>
- OMS, Ministry of Health Indonesia (2007). *Review of the health sector response to HIV and AIDS in Indonesia, 2007*. New Delhi, Bureau régional de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est. http://www.searo.who.int/LinkFiles/Publications_REVIEW_HIV_AIDS_Indonesia_2007.PDF
- Tao X et al. (2004) Survey of related high risk behaviors of MSM in Shenzhen city. *Modern Preventive Medicine*, 31:247–8.
- Tuang NA et al. (2007). Human immunodeficiency virus (HIV) infection patterns and risk behaviours in different population groups and provinces in Viet Nam. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 85(1):35–41.
- Van Griensven F et al. (2006). HIV prevalence among populations of men who have sex with men—Thailand, 2003 and 2005. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 55(31):844–8. August 11.
- Viet Nam Commission for Population et al. (2006). *HIV/AIDS in Viet Nam*. Hanoi, Ministry of Health, Population Reference Bureau.
- Zhu TF et al. (2005). High risk populations and HIV-1 infection in China. *Cell Research*, 15(11–12):852–7.

EUROPE ORIENTALE ET ASIE CENTRALE

- AIDS Center of the South-Kazakhstan Oblast (2007). Presentation to the national meeting on universal access to ART treatment and testing services. 3–4 septembre. Astana.
- AIDS Foundation East-West (2007). *Officially registered HIV cases by region of the Russian Federation—1 January 1987 through 30 June 2007*. Moscou. Disponible sur <http://www.afew.org/english/statistics/HIVinRFregions.htm>
- Armenian National AIDS Foundation (2006). *Results of biological and behavioural HIV surveillance in the Republic of Armenia, 2002 and 2005*. Erevan.
- Booth RE, Kwiatkowski CF, Brewster JT (2006). Predictors of HIV sero-status among drug injectors at three Ukraine sites. *AIDS*, 20(17):2217–2223.
- EuroHIV (2007). *HIV/AIDS surveillance in Europe: end-year report 2006, No. 75*. Saint-Maurice, Institut de Veille Sanitaire.
- Ladnaya NN (2007). The national HIV and AIDS epidemic and HIV surveillance in the Russian Federation. Présentation à la réunion “Mapping the AIDS Pandemic”. 30 juin. Moscou.
- Lazutkina I (2007). *Vertical transmission and medical-social support to women and children born to HIV-positive mothers in Orenburg oblast. Presentation to regional monitoring and evaluation workshop*. 5–7 June. Regional Centre for Preventing and Combating AIDS and Infectious Diseases. Orenburg.

- Ministry of Health Belarus (2007). HIV epidemic situation in the Republic of Belarus in 2006. *Information Bulletin*, 24. Minsk.
- Ministry of Health Kazakhstan et al. (2005). Results of investigation of the real situation with drug abuse in Kazakhstan. Almaty (en russe).
- Ministry of Health Kyrgyzstan (2007). *Report of the Republican AIDS Centre for 2006*. Bishkek.
- Ministry of Health Tajikistan (2007). Situation on HIV epidemic in the Republic of Tajikistan, according to the results of sentinel survey for 2006. Presentation to National Conference. 21–22 May. Duchanbe. Disponible sur <http://www.caftar.com/clientzone/aids/> (en russe).
- Ministry of Health of Ukraine (2007). *HIV-infection in Ukraine: information bulletin no. 27*. Kiev. Ministry of Health of Ukraine, Ukrainian AIDS Centre, L.V. Gromashevskogo.
- OMS (2006a). *Belarus—HIV/AIDS country profile*. Disponible sur http://www.euro.who.int/aids/ctryinfo/overview/20060118_5
- OMS (2006b). *Republic of Moldova—HIV/AIDS country profile*. Disponible sur http://www.euro.who.int/aids/ctryinfo/overview/20060118_34
- Republican Centre for AIDS Prevention and Control (2005). *Sentinel surveillance for HIV in Kazakhstan*. Almaty.
- Russian Federal AIDS Centre (2007). *Officially registered HIV cases in Russian Federation: 1 January 1987—31 December 2006*. 14 février. Moscou, AIDS Foundation East West.
- Sanchez JL et al. (2006). High HIV prevalence and risk factors among injection drug users in Tashkent, Uzbekistan, 2003–2004. *Drug and Alcohol Dependency*, 82(Suppl. 1):S15–22.
- Ukrainian Institute for Social Research (2007). Linked surveillance Among IDU and MSM, 3rd National Conference on Monitoring and Evaluation in Ukraine, September. Ukrainian Institute for Social Research named after O Yaremko, Ukrainian AIDS Centre, International HIV/AIDS Alliance in Ukraine.
- Volkova GV (2007). *Trends of the HIV epidemic in St. Petersburg*. Presentation to Regional Monitoring and Evaluation Workshop. 18–20 avril. Saint-Petersbourg, City AIDS Center.

CARAÏBES

- AIDS Action (2007). *State facts: HIV/AIDS in Puerto Rico*. Washington.
- Allen CF et al. (2006). Sexually transmitted infection use and risk factors for HIV infection among female sex workers in Georgetown, Guyana. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 43(1):96–101.
- Caribbean Commission on Health and Development (2005). *Report of the Caribbean Commission on Health and Development for the 26th Meeting of the CARICOM Heads of Government: Overview*. 3–6 juillet. Sainte-Lucie. Disponible sur <http://www.cpc-paho.org/publications/publication.aspx?id=59>.
- Cayemittes M et al. (2006). *Enquête mortalité, morbidité et utilisation des services EMMUS–IV: Haïti 2005–2006*. July. Pétienville et Calverton, Institut Haïtien de l'Enfance, ORC Macro.
- Gaillard EM et al. (2006). Understanding the reasons for decline of HIV prevalence in Haiti. *Sexually Transmitted Infections*, 82(2). Avril.
- Gebre Y et al. (2006). Tracking the course of the HIV epidemic through second generation surveillance in Jamaica: survey of female sex workers. Abstract CDC0313. XVIe Conférence internationale sur le sida. 13–18 août. Toronto.
- Gupta S et al. (2006). Comparison of three methods to detect recent HIV-1 infection in specimens collected cross-sectionally in a cohort of female sex workers in the Dominican Republic. Abstract MOPE0439. XVIe Conférence internationale sur le sida. 13–18 août. Toronto.
- Hallett TB et al. (2006). Declines in HIV prevalence can be associated with changing sexual behaviour in Uganda, urban Kenya, Zimbabwe and urban Haiti. *Sexually Transmitted Infections*, 82(Suppl. 1):i1–i8.
- Inciardi JA, Syvertsen JL, Surratt HL (2005). HIV/AIDS in the Caribbean Basin. *AIDS Care*, 17(Suppl. 1):S9–S25.
- Kerrigan D et al. (2006). Environmental-structural interventions to reduce HIV/STI risk among female sex workers in the Dominican Republic. *American Journal of Public Health*, 96(1):120–125.
- Ministère de la Santé publique et de la Population (2007). Etude de sérosurveillance par méthode sentinelle de la prévalence du VIH, de la syphilis, de l'hépatite B et de l'hépatite C chez les femmes enceintes en Haïti, 2006/2007. Juillet. Port-au-Prince.
- Ministry of Health The Bahamas (2006). Follow-up to the Declaration of Commitment on HIV/AIDS (UNGASS) Country Report. Avril. Nassau.

Ministry of Health Barbados (2007). *The 2006 epidemiological overview of HIV in Barbados*. Projet de document de travail. Juillet. Bridgetown.

Ministry of Health Guyana (2007). *Guyana HIV antenatal care seroprevalence survey, 2006*. Georgetown.

Ministry of Health Jamaica (2007a). *HIV and AIDS in Jamaica National Strategic Plan 2007–12*. Juillet. Kingston, National HIV/STI Programme, Ministry of Health.

Ministry of Health Trinidad and Tobago (2007). *HIV/AIDS morbidity and mortality report, Quarter 1 Report*. 22 mai.

OPS (2007). *AIDS in the Americas: the evolving epidemic, response and challenges ahead*. Washington, DC.

OPS, OMS (2006). Assessment report for the evaluation of national services for the prevention of mother to child transmission of HIV and syphilis, 2000–2005. Washington, DC.

Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de República Dominicana (2005). *Encuestas de vigilancia del comportamiento sobre VIH/sida/ ITS en RSX y HSH del Área V de Salud*. Janvier. Saint-Domingue.

Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de República Dominicana (2007). *Resultados Preliminares de las Estimaciones de VIH/sida Nacionales de la República Dominicana 2006*. Juin. Saint-Domingue.

AMÉRIQUE LATINE

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

Dourado I et al. (2007). HIV-1 seroprevalence in the general population of Salvador, Bahia State, Northeast Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(1):25–32.

IDES, et al. (2005). *HIV, HBV, HCV prevalence related to sexual behavior and drug use in 200 injecting drug users in Montevideo, Uruguay*. Ministry of Health. Montevideo.

Martínez GP, Elea NA, Chiu AM (2006). Epidemiology of HIV infection and acquired immune deficiency disease syndrome in Chile. *Revista Chilena Infectología*, 23(4):321–329.

Ministerio de Salud del Perú (2006). *Análisis de la situación epidemiológica del VIH/sida en el Perú – Bases Epidemiológicas para la Prevención y el Control*. Lima.

Ministerio de Salud y Deportes, ONUSIDA (2007a). *Diagnóstico situacional, monitoreo y evaluación de la implementación del compromiso UNGASS sobre el VIH/sida*. La Paz.

Ministerio de Salud y Deportes, ONUSIDA (2007b). *Plan para Alcanzar el Acceso Universal a la Prevención, Atención y Tratamiento del VIH/Sida en Bolivia 2006–2010*. La Paz.

Ministry of Health Honduras (2006). *Honduras: follow-up report to the Commitment on HIV/AIDS*. Tegucigalpa.

Montano SM et al. (2005). Prevalences, genotypes and risk factors for HIV transmission in South America. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 40(1):57–64.

National AIDS Program Argentina (2005). *Epidemiological surveillance report. December*. Buenos Aires.

National AIDS Program Paraguay (2006). *HIV/STI sentinel prevalence and behavioral study on women after delivery*. Asunción.

National AIDS Program Paraguay (2007). *Epidemiological surveillance report. February*. Asunción.

National AIDS Program Uruguay (2007). *Epidemiological surveillance report. February*. Montevideo.

ONUSIDA, OMS (2006). *Le point sur l'épidémie de sida*. Genève.

Sanchez J et al. (2007). HIV-1, sexually transmitted infections, and sexual behavior trends among men who have sex with men in Lima, Peru. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 44(5):578–585.

Secretaria de salud de Honduras et al. (2007a). *Estudio Centroamericano de vigilancia de comportamiento sexual y prevalencia de VIH/ITS en poblaciones vulnerables: Trabajadoras Sexuales, Agosto*. Tegucigalpa.

Secretaria de salud de Honduras et al. (2007b). *Estudio Centroamericano de vigilancia de comportamiento sexual y prevalencia de VIH/ITS en poblaciones vulnerables: Hombres que tienen sexo con hombres (HSH), Julio*. Tegucigalpa.

Silva ACM, Barone AA (2006). Risk factors for HIV infection among patients infected with hepatitis C virus. *Revista de Saúde Pública*, 40(3):482–488.

Soto RJ et al. (2007). Sentinel surveillance of sexually transmitted infection/HIV and risk behaviours in vulnerable populations in five Central American countries. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. Préimpression.

AMÉRIQUE DU NORD, EUROPE OCCIDENTALE ET EUROPE CENTRALE

Agence de la santé publique du Canada (2006). *Le VIH et le sida au Canada – Rapport de surveillance en date du 30 juin 2006*. Ottawa. Disponible sur http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/aids-sida/haic-vsac0606/index_f.html.

Anderson JE, Mosher WD, Chandra A (2006). Percentage of persons aged 22–44 years at increased risk for human immunodeficiency virus (HIV) infection, by race/ethnicity and education – National Survey of Family Growth, United States, 2002. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 55(46):1255.

Boulos D et al. (2006) *Estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH au Canada, 2005*. Relevé des maladies transmissibles au Canada, 32:165–174.

EuroHIV (2007). *HIV/AIDS surveillance in Europe: end-year report 2006, No 76*. Saint-Maurice, Institut de Veille Sanitaire. Disponible sur <http://www.eurohiv.org>.

Hamers FF (2006). HIV/AIDS in Europe: trends in EU-wide priorities. *Eurosurveillance*, 11(11).

Health Protection Agency (2007). HIV and AIDS in the United Kingdom update: data to the end of March 2007. *Health Protection Report*, 1(17).

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

US Centers for Disease Control and Prevention (2007a). *HIV/AIDS surveillance report: cases of HIV infection and AIDS in the United States and dependent areas, 2005*. Vol. 17. Revised June 2007. Atlanta.

US Centers for Disease Control and Prevention (2007b). HIV/AIDS among blacks—Florida, 1999–2004. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 56:69–73.

US Centers for Disease Control (2006). Revised Recommendations for HIV Testing of Adults, Adolescents, and Pregnant Women in Health-Care Settings. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 55 (14):1–17.

MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD

Obermeyer CM (2006). HIV in the Middle East. *British Medical Journal*, 333:851–854.

OCÉANIE

Ministry of Health New Zealand (2007). *AIDS—New Zealand*. Issue 59. Auckland. Disponible sur <http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/indexmh/aids-nz-issue59>

National AIDS Council Secretariat Papua New Guinea (2007). *The 2007 consensus report on the HIV epidemic in Papua New Guinea*. Port Moresby.

National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research (2006). *HIV/AIDS, viral hepatitis and sexually transmissible infections in Australia: annual surveillance report 2006*. Sydney.

National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research (2007). *Australian HIV Surveillance Report*, 23(1). Janvier.

Prestage G et al. (2006). Trends in unprotected anal intercourse among Sydney gay men. Abstract WEPE0721. XVIe Conférence internationale sur le sida. 13–18 août. Toronto.

L'ONUSIDA, le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, rassemble les efforts et les ressources de 10 organismes des Nations Unies dans la riposte mondiale au sida. Les organismes coparrainants sont les suivants : le HCR, l'UNICEF, le PAM, le PNUD, l'UNFPA, l'ONUDC, l'OIT, l'UNESCO, l'OMS et la Banque mondiale. Basé à Genève, le Secrétariat de l'ONUSIDA est présent sur le terrain dans plus de 80 pays à travers le monde.

Le rapport annuel *Le point sur l'épidémie de sida* relate les faits les plus récents sur l'épidémie de VIH/sida dans le monde. Agrémentée de cartes et de résumés régionaux, l'édition 2007 présente les plus récentes estimations relatives à l'ampleur et au bilan humain de l'épidémie et examine les nouvelles tendances de l'évolution de l'épidémie.



ONUSIDA
PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA

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

ONUSIDA
20 AVENUE APPIA
CH-1211 GENEVE 27
SUISSE

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

www.unaids.org