

RAPPORT

sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA

Juin 2000



Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

ONUSIDA

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

ONUSIDA/00.13F (version française, juin 2000)
ISBN : 92-9173-002-5

Version originale anglaise, UNAIDS/00.13E, juin 2000 :
Report on the global HIV/AIDS epidemic, June 2000
Traduction – ONUSIDA

© Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) 2000. Tous droits de reproduction réservés.

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

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

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

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

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

Photo de couverture: UNICEF/Pirozzi

RAPPORT

sur l'épidémie
mondiale de
VIH/SIDA

Juin 2000



Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

ONUSIDA

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

Table des matières

6	Tableau récapitulatif de l'épidémie d'infection à VIH/SIDA dans le monde, fin 1999
7	Préface
8	Le SIDA au début d'un nouveau millénaire: un sombre tableau et quelques lueurs d'espoir
8	<i>Afrique: les défis gigantesques d'une longue épidémie</i>
12	<i>L'Asie tient le VIH en échec, mais pour combien de temps ?</i>
15	<i>Amérique latine: l'épidémie aux multiples visages</i>
17	<i>Le VIH dans les Caraïbes: petites îles, vaste épidémie</i>
18	<i>Europe orientale et Asie centrale: l'injection de drogues demeure le risque majeur</i>
19	<i>Pays nantis: survie prolongée mais augmentation des comportements à risque</i>
21	Prendre conscience du désastre
21	<i>L'impact démographique du SIDA</i>
21	<i>La cheminée démographique</i>
23	<i>On enregistre déjà des augmentations dans les taux de mortalité chez l'adulte comme chez l'enfant</i>
25	<i>Dans certains pays, plus d'un tiers des jeunes de 15 ans pourraient mourir du SIDA</i>
26	<i>Effets sociaux et économiques</i>
27	<i>Effets sur les ménages</i>
29	<i>Le tribut payé par les enseignants...</i>
29	<i>...le tribut payé par les écoliers</i>
31	<i>Le secteur de la santé sous pression</i>
32	<i>Impact sur l'agriculture</i>
33	<i>Résultats financiers: le VIH fait du tort au monde des affaires</i>
37	Quelles sont les causes de la vulnérabilité ?
38	<i>La peur, la stigmatisation et les conduites de refus: un cercle vicieux</i>
40	<i>Mal informés, donc vulnérables</i>
42	<i>Le manque d'éducation, un handicap croissant</i>
45	<i>Hommes et femmes en marge</i>
46	<i>Adolescentes: bien des raisons d'être vulnérables</i>
49	<i>Violence à l'égard des femmes</i>
50	<i>Violence au foyer</i>
51	<i>Abus sexuels sur des femmes et des enfants</i>
55	Prévention: de sérieux défis à relever
55	<i>Eviter la transmission hétérosexuelle: les stratégies de prévention actuelles sont-elles efficaces ?</i>
56	<i>Combien de jeunes parviennent-ils à retarder leur première expérience sexuelle ?</i>
56	<i>Combien d'entre eux pratiquent-ils l'abstinence avant le mariage ?</i>
57	<i>Rapports sexuels avant le mariage: les risques d'infection à VIH</i>
58	<i>Qu'en est-il de la fidélité entre des partenaires réguliers ?</i>
59	<i>Utilisation du préservatif en hausse, mais encore insuffisante</i>
65	<i>La sexualité entre hommes</i>
65	<i>La prévention en perte de vitesse dans les pays nantis</i>
67	<i>Le prix de l'indifférence et du déni</i>
68	<i>Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et des femmes</i>
71	<i>Le VIH et les autres infections sexuellement transmissibles: une occasion de renforcer la prévention</i>
72	<i>Transformer les échecs du passé en succès futurs</i>
74	<i>La consommation de drogues injectables: l'autre épidémie de VIH</i>
76	<i>La réduction de la transmission du VIH parmi les consommateurs de drogues: les interventions sont efficaces, mais politiquement impopulaires</i>

78	Le conseil et le test: ouvrir de nouvelles voies
79	<i>Le défi de la prévention dans le couple</i>
81	<i>Prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant</i>
85	La prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA
86	<i>Faire face aux besoins: défis et réussites</i>
87	<i>L'intrication bénéfique de la prise en charge et de la prévention</i>
88	<i>La communauté, un élément clé</i>
88	<i>Participation accrue des personnes vivant avec le VIH/SIDA – le principe GIPA</i>
88	<i>Normes communautaires en matière de soins et de soutien</i>
89	<i>Soins de santé: où sont les lacunes</i>
91	<i>Une stratégie globale de prise en charge</i>
93	<i>Soutien psychosocial et autres mesures destinées à atténuer l'impact du VIH/SIDA</i>
94	<i>Comment atténuer l'impact économique</i>
96	<i>Améliorer la fourniture des soins de santé</i>
97	<i>Ensembles de soins et de soutien</i>
99	<i>Améliorer l'accès aux médicaments</i>
100	<i>Stratégies destinées à diminuer les prix et les coûts</i>
105	<i>De meilleures perspectives pour la prévention des infections chez les personnes vivant avec le VIH</i>
106	<i>Une nouvelle incitation à se faire tester ?</i>
107	Actions nationales contre l'épidémie: les facteurs qui font la différence
108	<i>Caractéristiques communes des actions nationales efficaces</i>
115	<i>Conclusion</i>
116	Annexe 1. Jusqu'à quel point peut-on se fier aux estimations du nombre d'infections par le VIH et de décès dus au SIDA ?
119	Annexe 2. Estimations et données relatives à l'infection à VIH/SIDA, fin 1999
119	<i>A propos des indicateurs spécifiques utilisés dans le tableau</i>
123	<i>Tableau des estimations et données relatives au VIH/SIDA par pays, fin 1999</i>

Encadrés

10	Encadré 1.	<i>Preuve d'un certain succès: la baisse des taux d'infection à VIH chez les jeunes femmes en Zambie</i>
13	Encadré 2.	<i>Preuve d'un certain succès: les comportements changent au Tamil Nadu</i>
16	Encadré 3.	<i>Preuve d'un certain succès: les jeunes Brésiliens rejettent de plus en plus les rapports sexuels non protégés</i>
28	Encadré 4.	<i>Les orphelins laissés pour compte</i>
34	Encadré 5.	<i>Le SIDA sur le lieu de travail: la réaction du monde des affaires</i>
38	Encadré 6.	<i>Rompre le silence en Afrique</i>
41	Encadré 7.	<i>Assistance téléphonique sur le SIDA pour réduire la vulnérabilité en Egypte</i>
49	Encadré 8.	<i>Projet avec les jeunes filles vulnérables au Népal</i>
50	Encadré 9.	<i>Le viol, arme de guerre</i>
53	Encadré 10.	<i>Des tribunaux à l'écoute des enfants au Zimbabwe</i>
59	Encadré 11.	<i>Les préservatifs sont-ils réellement efficaces ?</i>
63	Encadré 12.	<i>Le préservatif féminin</i>
64	Encadré 13.	<i>Faciliter les bons choix</i>
68	Encadré 14.	<i>Un vaccin contre le SIDA est nécessaire</i>
70	Encadré 15.	<i>La circoncision masculine et l'infection à VIH</i>
91	Encadré 16.	<i>Renforcer la collaboration «horizontale» sur l'infection à VIH et les infections sexuellement transmissibles en Amérique latine et dans les Caraïbes</i>
92	Encadré 17.	<i>Réformes sanitaires et VIH: l'expérience de la province de Phayao en Thaïlande du Nord</i>
101	Encadré 18.	<i>L'expérience du Brésil en matière d'alternatives génériques aux antirétroviraux de marque déposée</i>
103	Encadré 19.	<i>Les leçons de l'Initiative ONUSIDA pour l'Accès aux Médicaments</i>
106	Encadré 20.	<i>L'emploi de la prophylaxie par le cotrimoxazole chez les personnes infectées par le VIH/SIDA en Afrique</i>
112	Encadré 21.	<i>Le soutien international aux actions nationales</i>
114	Encadré 22.	<i>Allègement de la dette</i>

Remerciements

Ce rapport a été préparé et produit par Elizabeth Pisani, Bernhard Schwartländer, Suzanne Cherney et Anne Winter, avec l'appui d'une équipe de travail comprenant Neff Walker, Teresa Buerkle, Jos Perriëns, Ryuichi Komatsu, Roeland Monasch, Stefano Lazzari et Peter Ghys.

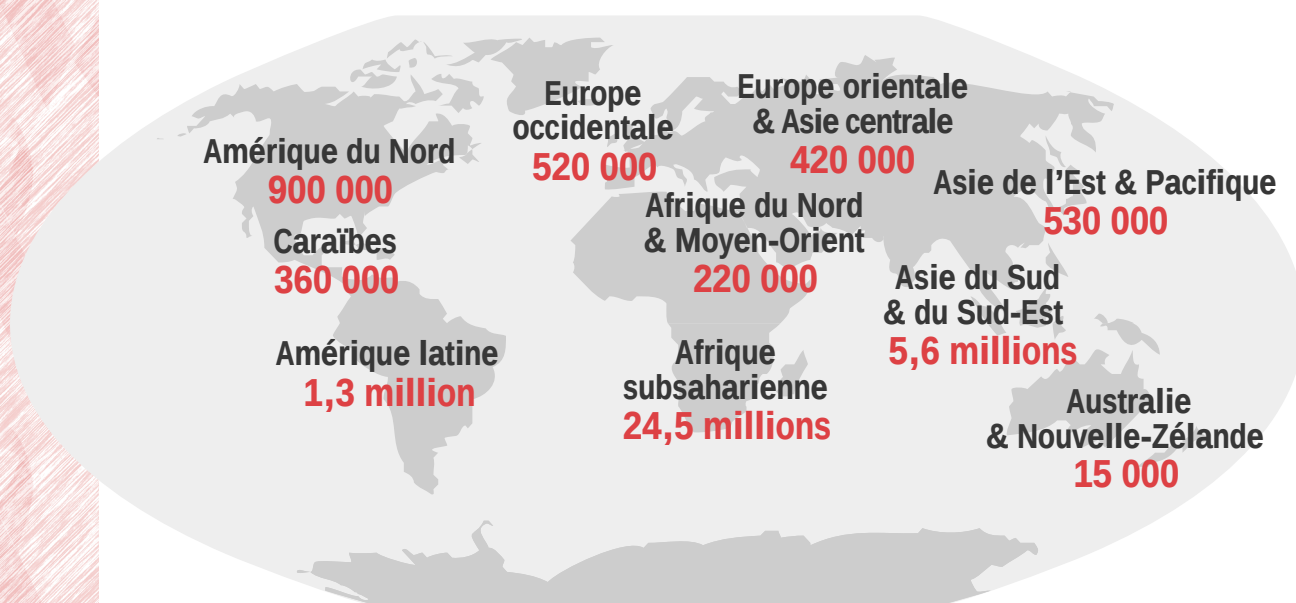
La rédaction de ce rapport n'aurait pas été possible sans le soutien et les contributions précieuses de nos collègues des programmes nationaux de lutte contre le SIDA et des institutions de recherche partout dans le monde. Les personnes et les institutions citées ci-après sont parmi celles qui ont contribué de manière marquante à ce travail et nous tenons à leur exprimer tout particulièrement notre gratitude: Andrew Ball, Ron Ballard, Ann Blanc, Ties Boerma, Botswana Business Coalition on AIDS, Bilali Camara, Paloma Cuchi, Karl Dehne, Pamina Gorbach, Ron Gray, Harare Family Support Trust, Carol Jenkins, Tony Johnston, Sam Kalibala, Anatoli Kamali, Kangemi Women's Empowerment Centre, Willi McFarland, Eric Mercier, Stephen Mills, Sue Parry, Greg Powell, S. Ramasundaram, Joshua Salomon, Laura Shafner, Karen Stanecki, Brian Williams, Regina Winkelmann, Jimmy Withworth, Basia Zaba, Zimbabwe Commercial Farmer's Union.

Tableau récapitulatif de l'épidémie d'infection à VIH/SIDA dans le monde, fin 1999¹

Nouveaux cas d'infection à VIH en 1999	Total	5,4 millions
	Adultes	4,7 millions
	Femmes	2,3 millions
	Enfants <15 ans	620 000
Nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA	Total	34,3 millions
	Adultes	33,0 millions
	Femmes	15,7 millions
	Enfants <15 ans	1,3 million
Décès dus au SIDA en 1999	Total	2,8 millions
	Adultes	2,3 millions
	Femmes	1,2 million
	Enfants <15 ans	500 000
Nombre total de décès dus au SIDA depuis le début de l'épidémie	Total	18,8 millions
	Adultes	15,0 millions
	Femmes	7,7 millions
	Enfants <15 ans	3,8 millions
Nombre total d'orphelins du SIDA² depuis le début de l'épidémie		13,2 millions

¹ Le présent tableau récapitulatif remplace celui qui a été publié dans le document intitulé *Le point sur l'épidémie de SIDA: décembre 1999*. La manière dont les estimations sont produites et actualisées est exposée à l'Annexe 1, pages 116-118.

² C'est-à-dire des enfants qui, avant l'âge de 15 ans, ont perdu leur mère ou leurs deux parents à cause du SIDA.



Adultes et enfants vivant avec le VIH/SIDA – total: 34,3 millions

Préface

Il y a dix ans, le VIH/SIDA était vu avant tout comme une grave crise de santé. En 1991, les estimations prévoyaient que, d'ici à la fin de la décennie, l'Afrique subsaharienne compterait 9 millions de personnes infectées et 5 millions de décès — trois fois moins que la réalité. Aujourd'hui, le SIDA constitue de toute évidence une crise du développement et, dans certaines régions du monde, il est rapidement en train de devenir une crise de la sécurité. Ce rapport présente des données irréfutables démontrant que la tendance de l'infection à VIH aura un énorme impact sur les taux futurs de mortalité infanto-juvénile et de mortalité maternelle, sur l'espérance de vie et sur la croissance économique. Ces effets sans précédent au niveau de la société se retrouvent dans les souffrances endurées par les individus et les familles. L'impact dévastateur du SIDA sur les fondations sociales, économiques et démographiques du développement est sans pareil.

Ce rapport relate aussi une autre histoire. Il montre que 15 années d'action contre l'épidémie nous ont permis de mieux saisir quelles sont les ripostes efficaces. Il démontre que, si le soutien international aux niveaux politique, financier et technique est important, la réduction de l'incidence et l'atténuation de l'impact de l'épidémie doivent être à l'ordre du jour des pays eux-mêmes. Pour être efficaces et crédibles, les actions nationales exigent l'engagement à long terme du gouvernement à l'échelon le plus élevé. Le rapport décrit les autres éléments qui se sont révélés essentiels: un plan national de lutte contre le SIDA unique et solide impliquant tout un éventail d'acteurs; l'ouverture sociale, qui accroît la visibilité de l'épidémie et s'oppose à la stigmatisation; des politiques sociales qui s'attaquent aux vulnérabilités fondamentales; l'engagement de tous les secteurs et pas seulement celui de la santé; une reconnaissance de la synergie existant entre prévention et soins; le soutien à l'action communautaire; et des interventions ciblées sur les plus vulnérables, y compris les jeunes avant qu'ils ne soient sexuellement actifs. Les pays qui ont adopté des stratégies de lutte contre l'épidémie tournées vers l'avenir en récoltent les fruits sous la forme d'une baisse de l'incidence.

C'est une tâche colossale que d'alléger le fardeau que l'épidémie de SIDA fait déjà peser. La prise en charge de ceux qui sont infectés demeure un défi national et international énorme. La prise en charge des orphelins de l'épidémie rend cette tâche encore plus difficile. Eviter à une nouvelle génération de jeunes la maladie et la mort précoces est une responsabilité de la plus haute importance et, pour plusieurs pays, elle constitue aujourd'hui le plus important défi pour les autorités.

Ce rapport présente les connaissances dont nous disposons actuellement sur l'épidémie au début du XXI^e siècle. Il passe en revue les données scientifiques et les succès remportés ainsi que les difficultés auxquelles doivent faire face les pays et la communauté internationale. Il tente ainsi de faire comprendre la réelle gravité de l'épidémie mondiale, mais aussi de garder vivante l'espérance. L'expérience nous prouve que nous ne sommes pas impuissants face à cette épidémie, mais notre action ne représente encore qu'une fraction de ce qui devrait être fait. Aujourd'hui, la véritable tâche consiste à intensifier massivement la volonté politique, les ressources, les systèmes et l'engagement social nécessaires pour inverser le cours de l'épidémie.

Peter Piot

*Directeur exécutif
Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA*

Le SIDA au début d'un nouveau millénaire: un sombre tableau et quelques lueurs d'espoir

Lorsque le SIDA est sorti de l'ombre il y a deux décennies, rares étaient les gens capables de prédire comment l'épidémie allait évoluer, et plus rares encore ceux qui auraient pu décrire avec certitude les meilleurs moyens de la combattre. Aujourd'hui, au début d'un nouveau millénaire, nous n'en sommes plus aux conjectures. Nous savons, pour l'avoir observé, que le SIDA peut ravager des régions entières, réduire à néant des décennies de développement dans un pays, creuser le fossé entre nations riches et pauvres et repousser en marge de la société des groupes déjà stigmatisés.

L'expérience nous montre aussi sans ambiguïté que les stratégies appropriées, lorsqu'elles sont appliquées rapidement avec courage et détermination, peuvent réellement abaisser les taux d'infection à VIH et atténuer les souffrances des personnes touchées par l'épidémie. La croissance continue de l'épidémie de SIDA n'est pas une fatalité; mais si l'action de lutte ne s'intensifie pas de manière radicale, les ravages déjà observés sembleront dérisoires par rapport à ce qui nous attend. Sans vouloir paraître mélodramatique, il est difficile de minimiser les effets d'une maladie qui risque de tuer plus de la moitié des jeunes adultes dans les pays où elle s'est le plus fortement enracinée – la plupart d'entre eux avant qu'ils aient pu élever leurs enfants ou subvenir aux besoins de leurs parents âgés. Déjà, 18,8 millions d'individus de par le monde sont décédés du SIDA, dont 3,8 millions d'enfants. Deux fois plus encore – 34,3 millions – vivent aujourd'hui avec le VIH, le virus responsable du SIDA. A moins d'un miracle, la plupart d'entre eux mourront au cours des dix prochaines années. Les estimations ONUSIDA/OMS les plus récentes indiquent que, en 1999 seulement, 5,4 millions de personnes de plus ont été infectées par le VIH.



Afrique: les défis gigantesques d'une longue épidémie

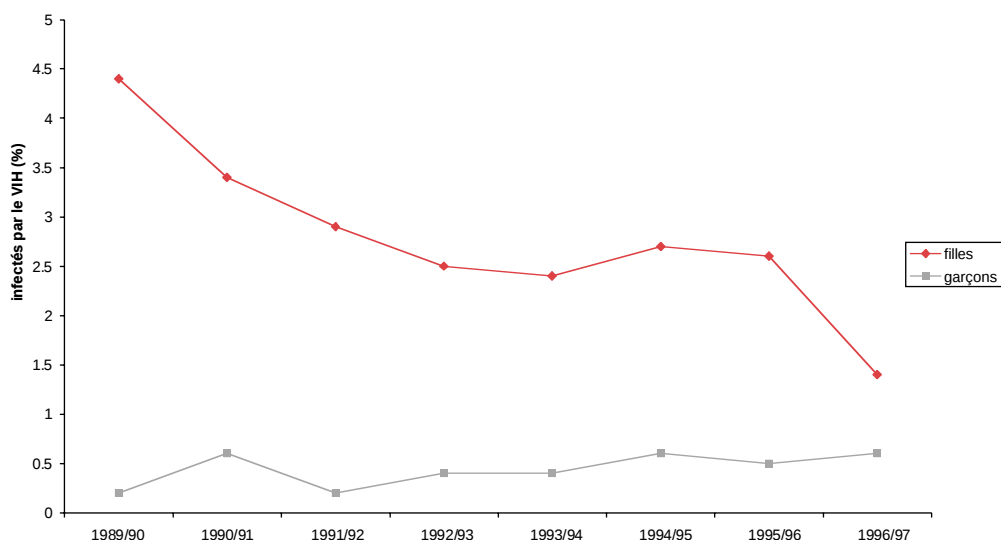
Les systèmes de surveillance du VIH des pays africains au sud du Sahara figurent parmi les meilleurs du monde. Ils montrent de manière tangible que l'infection à VIH s'est stabilisée à un taux assez bas au Sénégal et que les taux excessivement élevés de l'Ouganda se sont abaissés. Mais dans la plupart des pays subsahariens les adultes et les enfants sont infectés par le VIH à un rythme plus soutenu que jamais: au cours de 1999, il s'est produit 4,0 millions de nouvelles infections dans la région. Cet effet d'accélération est un défi de plus posé par cette épidémie de longue durée. Avec l'augmentation du taux d'infection à VIH dans la population générale, les mêmes schémas de risque sexuel entraînent un plus grand nombre de nouvelles infections tout simplement parce que le risque s'accroît de rencontrer un(e) partenaire infecté(e).

On compte aujourd'hui 16 pays dans lesquels plus d'un dixième de la population adulte entre 15 et 49 ans est infectée par le VIH. Dans sept pays, tous situés dans le cône sud du continent, un adulte sur cinq au moins vit avec le virus. Au Botswana, une proportion alarmante de 35,8% des adultes est maintenant infectée, alors qu'en Afrique du Sud, 19,9% de personnes sont infectées (ce pourcentage s'élevait à 12,9% il y a deux ans seulement). Avec 4,2 millions de personnes infectées, l'Afrique du Sud compte le plus grand nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA dans le monde. Si l'Afrique occidentale est relativement moins frappée par l'épidémie, les taux de prévalence de plusieurs grands pays augmentent progressivement. La Côte d'Ivoire figure déjà parmi les 15 pays du monde les plus touchés; au Nigéria, qui est de loin le pays le plus peuplé de l'Afrique subsaharienne, plus de 5% des adultes sont séropositifs. Les taux de prévalence dans les autres pays de l'Afrique occidentale demeurent inférieurs à 3%. Les taux d'infection en Afrique orientale, autrefois les plus élevés du continent, sont aujourd'hui juste au-dessus de ceux de l'Afrique occidentale, mais sont dépassés par les taux que l'on observe maintenant en Afrique australe. En Ethiopie et au Kenya, les taux de prévalence chez l'adulte ont atteint deux chiffres et ils continuent leur progression.

Ces augmentations ne sont pas inexorables. L'Ouganda, par ses campagnes de prévention énergiques, est parvenu à ramener ses estimations de prévalence à environ 8%, après avoir atteint un maximum de 14% au début des années 1990, et il est encourageant de noter que l'épidémie en Zambie pourrait bien suivre la voie tracée par l'Ouganda (voir encadré 1, page 10). Pourtant, même dans ces pays, les souffrances engendrées par des infections à VIH contractées il y a des années continuent de s'accroître, au fur et à mesure que des adultes tombent malades et décèdent et que des familles, des communautés et des secteurs entiers de l'économie s'effondrent sous le fardeau.

Le gouvernement de l'Ouganda a été le premier du continent à reconnaître la menace que le VIH faisait peser sur le développement national. Admettant très tôt la réalité d'une épidémie explosive dans la population générale, le Président Museveni a pris des mesures énergiques pour lutter contre sa propagation, appliquées activement par le gouvernement et d'autres groupes de la société, notamment les responsables religieux et les organisations de développement communautaire, qui ont été encouragés à s'attaquer au VIH et au SIDA en utilisant au mieux leurs compétences respectives. Cette approche élargie de la lutte contre l'épidémie a contribué à la baisse des infections à VIH parmi les jeunes femmes enceintes vivant dans les zones urbaines, comme l'a relevé le *Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA* de 1998. Il est satisfaisant de constater que les données provenant d'une vaste étude à assise communautaire indiquent aujourd'hui une baisse analogue des taux d'infection dans les zones rurales de l'Ouganda. La Figure 1 montre que le taux de prévalence du VIH chez les adolescentes de 13 à 19 ans a chuté de manière spectaculaire sur une période de huit ans. Le taux parmi les adolescents est resté pratiquement stable; il a toujours été plus faible que le taux chez les filles car les garçons ont moins souvent des partenaires plus âgées et donc plus susceptibles de les infecter. Une forte augmentation de l'utilisation du préservatif (voir pages 59-64) a probablement contribué à cette baisse des taux d'infection (et à l'importante diminution des grossesses chez les adolescentes qui l'accompagne).

Figure 1. Taux de prévalence de l'infection à VIH parmi les jeunes de 13 à 19 ans à Masaka, en Ouganda, de 1989 à 1997



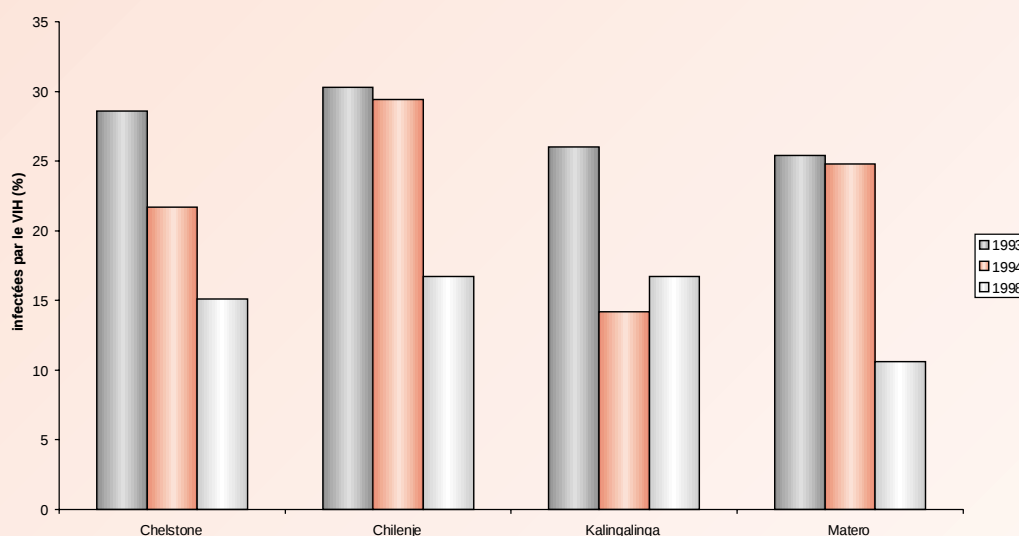
Source : Kamali et al. *AIDS* 2000, 14 : 427-434

Encadré 1. Preuve d'un certain succès: la baisse des taux d'infection à VIH chez les jeunes femmes en Zambie

En Zambie, le gouvernement s'est efforcé d'impliquer tous les secteurs dans la prévention du VIH, de la santé à l'éducation, de l'agriculture à l'industrie. Les responsables religieux et les groupes paroissiaux ont également participé à la prévention. De nouvelles données émanant



Figure 2. Taux de prévalence de l'infection à VIH parmi les femmes enceintes de 15 à 19 ans à Lusaka, en Zambie, de 1993 à 1998



Source : Ministère de la santé, Zambie, 1999

consultation

du système de surveillance sentinelle de la Zambie, présentées à la Figure 2, indiquent que dans la capitale Lusaka, le pourcentage des jeunes filles de 15 à 19 ans enceintes et infectées a chuté en moyenne de près de la moitié au cours des six dernières années.

Des comparaisons entre des études effectuées en 1990, 1992, 1996 et 1998 et portant sur le comportement sexuel suggèrent que cette baisse des taux de VIH est partiellement due à un déclin de la prévalence de certains comportements sexuels à risque dans les zones urbaines. A Lusaka, par exemple, le nombre des jeunes femmes ayant des rapports sexuels avant le mariage était beaucoup moins élevé en 1996 qu'en 1990, et le pourcentage des célibataires sexuellement actives était passé de 52% à 35% pendant la même période. D'après des études à l'échelle nationale, le changement parmi les jeunes gens s'est produit plus tard; en 1998 un peu plus de la moitié des hommes célibataires déclaraient n'avoir pas eu de rapports sexuels au cours de l'année écoulée, alors qu'ils étaient un peu plus d'un tiers deux ans plus tôt; la proportion des hommes déclarant avoir eu deux partenaires occasionnelles ou davantage au cours de l'année écoulée avait également baissé. Au niveau national, cependant, rien n'indiquait que les filles ou les garçons aient retardé le début de leur vie sexuelle.

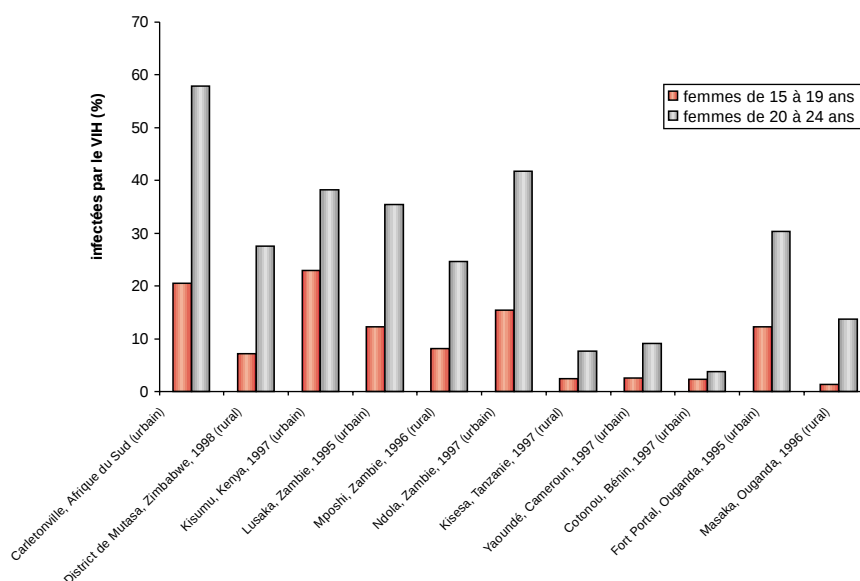
Ailleurs dans la région, il y également des raisons de penser que les jeunes évitent les types de comportement qui ont entraîné, pour leurs parents et leurs frères et sœurs plus âgés, des taux très élevés d'infection à VIH. L'utilisation du préservatif, par exemple, se répand parmi les jeunes (voir pages 59-64) et tout indique que, dans les groupes qui ont un bon niveau d'éducation, les rapports sexuels avec des partenaires occasionnels commenceraient plus tard et seraient moins fréquents (voir pages 43-44). Mais ces changements se produisent dans un contexte de taux d'infection très élevés, en particulier chez les jeunes Africaines.

La Figure 3 montre des taux de prévalence effroyablement élevés parmi les adolescentes et les jeunes femmes entre 20 et 25 ans dans diverses régions urbaines et rurales de l'Afrique. On a peine à croire les niveaux atteints chez les adolescentes et surtout chez les jeunes femmes au début de la vingtaine: dans 7 études sur 11, plus d'une femme sur cinq au début de la vingtaine était infectée par le virus; une vaste proportion d'entre elles ne vivront pas jusqu'à leur trentième anniversaire. Près de 6 femmes sur 10 dans ce groupe d'âge dans la ville sud-africaine de Carletonville sont séropositives au VIH.

Les niveaux d'infection chez les jeunes Africaines sont beaucoup plus élevés que chez les jeunes hommes. Dans les 11 études démographiques présentées ici, les taux moyens chez les adolescentes étaient plus de cinq fois plus élevés que les taux parmi les garçons. Chez les jeunes en début de vingtaine, les taux sont trois fois plus élevés chez les femmes. Cette énorme divergence provient, dans une large mesure, du mélange des âges entre les jeunes femmes et des hommes plus âgés, qui ont eu beaucoup d'expériences sexuelles et risquent donc plus d'exposer les filles au VIH. Mais elle est aussi due au fait que les filles sont plus facilement infectées par un partenaire infecté lors d'un rapport sexuel vaginal que ne le sont les garçons.

Le fait que les taux d'infection chez les femmes en Afrique atteignent un maximum plus tôt que chez les hommes contribue à expliquer pourquoi on compte 12 femmes pour 10 hommes vivant avec le VIH dans cette région du monde. Les jeunes représentent non seulement une plus grande proportion de la population totale, mais les personnes qui sont infectées plus jeunes survivent plus longtemps et continuent à être comptées parmi celles qui vivent avec le VIH.

Figure 3. Taux de prévalence de l'infection à VIH parmi les femmes autour de la vingtaine, diverses études en Afrique entre 1995 et 1998



L'Asie tient le VIH en échec, mais pour combien de temps ?

Si on les compare avec les taux d'infection à VIH en Afrique, les taux observés dans la population générale de l'Asie sont faibles. La prévalence chez les 15 à 49 ans ne dépasse 1% que dans trois pays, le Cambodge, le Myanmar et la Thaïlande; dans les autres pays, la prévalence est souvent encore beaucoup plus faible. En Indonésie, quatrième pays le plus peuplé du monde, moins de 5 personnes sur 10 000 vivent avec le VIH. Aux Philippines, le taux d'infection à VIH est à peine plus élevé, à 7 pour 10 000.

Mais ces moyennes ne disent pas tout. Dans les plus grands pays d'Asie, certaines régions géographiques comptent bien plus d'habitants que la plupart des pays d'Afrique et ont des taux de prévalence bien au-dessus de la moyenne nationale. Dans les pays asiatiques où l'épidémie se concentre dans certains groupes, par exemple les consommateurs de drogues injectables, il est fallacieux de se concentrer exclusivement sur la prévalence dans la population générale.

La Chine et l'Inde comptent entre elles environ 36% de la population mondiale. Avec des populations aussi énormes, même une faible prévalence du VIH signifie qu'un nombre colossal de personnes vivent avec le virus. En fait, en Inde où 7 adultes sur 1000 seulement sont infectés par le VIH, 3,7 millions de personnes vivaient avec le VIH/SIDA au début du millénaire – plus que dans n'importe quel autre pays du monde à l'exception de l'Afrique du Sud. L'épidémie en Inde est extrêmement hétérogène: si certains Etats n'ont pratiquement pas d'infection à VIH, d'autres ont atteint des taux de prévalence chez l'adulte de 2% et plus.

Dans certaines parties du nord-est de l'Inde, la consommation de drogues injectables, très répandue, a donné libre accès au VIH. A Manipur, la prévalence de l'infection à VIH parmi les consommateurs de drogues injectables est montée en flèche, passant de pratiquement zéro en 1988 à plus de 70% à peine quatre ans plus tard et ces niveaux n'ont pas changé depuis. Comme on pouvait le prévoir étant donné que la presque totalité des consommateurs de drogues injectables dans l'Etat sont des hommes, le VIH s'est ensuite propagé à leurs épouses et leurs amies par le biais des rapports sexuels non protégés. Environ 2,2% des femmes enceintes de Manipur étaient séropositives au VIH en 1999. Dans d'autres Etats, des taux encore plus élevés de VIH ont été enregistrés chez les femmes enceintes. La plupart des infections semblent avoir été transmises par des maris qui avaient été infectés par des professionnelles du sexe, elles-mêmes éléments d'une longue chaîne de transmission. Au milieu des années 1990, un quart ou davantage des professionnelles du sexe dans les grandes villes comme New Delhi, Hyderabad, Madurai, Pune, Tirupati et Vellore étaient séropositives au VIH. A Mumbai, la prévalence de l'infection à VIH parmi les professionnelles du sexe avait atteint 71% en 1997.

Le Gouvernement indien et les gouvernements des différents Etats ont lancé des programmes de prévention visant à réduire les rapports sexuels à haut risque, et tout laisse à penser que, dans certains Etats, ces programmes ont entraîné des comportements à moindre risque (voir encadré 2). Si les efforts de prévention actuels peuvent être intensifiés et maintenus, l'Inde pourrait faire tomber les taux d'infection à VIH dans les groupes particulièrement exposés et éviter ainsi une épidémie hétérosexuelle massive.

Encadré 2. Preuve d'un certain succès: les comportements changent au Tamil Nadu

Il est important de rassembler les données concernant les comportements qui propagent le VIH tout comme celles concernant l'évolution du virus lui-même. En effet, il est très difficile de dépister les nouvelles infections car le VIH ne produit généralement aucun symptôme pendant de nombreuses années. La proportion de la population qui est infectée – le taux de prévalence du VIH – n'est pas un indicateur fiable des tendances récentes des comportements à risque; il regroupe toutes les personnes infectées par le VIH, y compris celles qui sont infectées depuis des années déjà. L'information sur les comportements peut constituer un système d'alerte avancée dans les pays où le virus est rare ou limité à des groupes particuliers et elle peut contribuer à expliquer les changements de la prévalence du VIH dans les populations où le virus est déjà bien implanté. L'information sur les comportements contribue également à surveiller les progrès de la promotion de la sexualité à moindre risque, mettant ainsi en évidence l'impact des programmes nationaux de prévention.

Dans les pays où le VIH est répandu, les données sur les comportements sexuels sont recueillies auprès des hommes et des femmes dans des ménages choisis de manière aléatoire pour représenter la population générale. Dans les pays où le VIH est moins répandu, on organise plutôt des enquêtes dans des groupes professionnels – tels que les militaires, les ouvriers d'usine ou les prostitué(e)s – qui caractérisent divers niveaux de risque et qui peuvent être suivis régulièrement dans le temps.

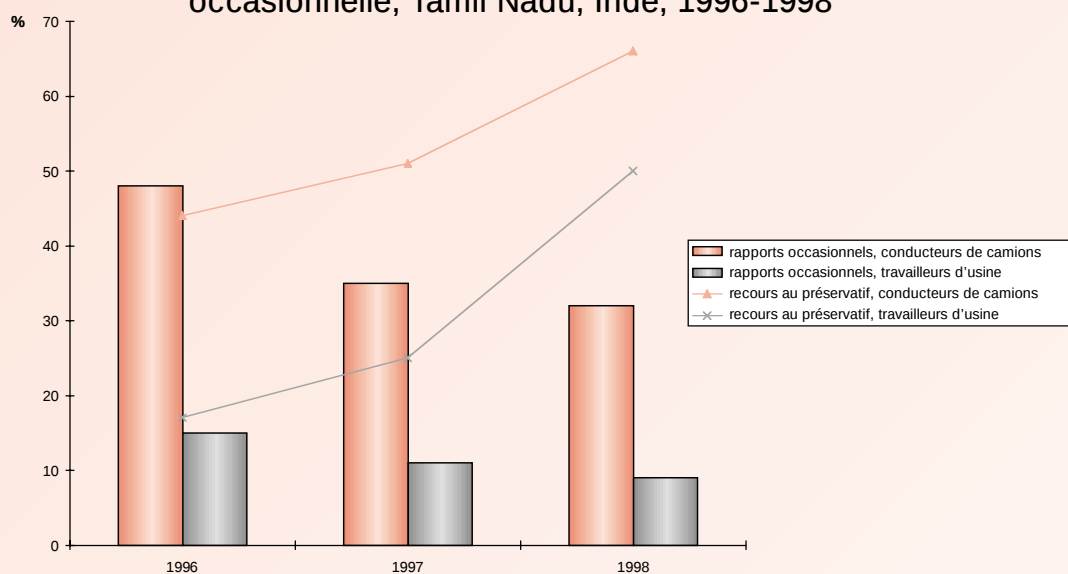
Lorsque les systèmes de surveillance de l'Etat indien du Tamil Nadu – qui compte quelque 60 millions d'habitants – ont indiqué que les taux d'infection à VIH chez les femmes enceintes

—>

étaient en augmentation, triplant à 1,25% entre 1995 et 1997, le Gouvernement de l'Etat a agi avec détermination. Il a créé une Société du SIDA qui a collaboré étroitement avec des organisations non gouvernementales et d'autres partenaires pour élaborer une campagne énergique de prévention du SIDA. Il a recruté une importante agence internationale de publicité pour encourager, avec humour, l'utilisation du préservatif dans les rapports sexuels à risque sans pour autant choquer les nombreuses personnes qui n'ont pas ces comportements. La campagne s'est aussi attaquée à l'ignorance et à la stigmatisation associées à l'infection par le VIH, encourageant la compassion à l'égard des personnes touchées.

Cette campagne audacieuse a connu un franc succès auprès de la population cible – les jeunes hommes sexuellement actifs. Une surveillance comportementale régulière montre que le nombre des rencontres avec des prostituées ainsi que les rapports sexuels avec d'autres partenaires occasionnels a chuté et que l'emploi du préservatif lors de rapports sexuels à risque s'est accru de manière spectaculaire.

Figure 4. Proportion d'hommes mentionnant des rapports sexuels occasionnels au cours de l'année écoulée; recours au préservatif lors du dernier rapport avec une partenaire occasionnelle, Tamil Nadu, Inde, 1996-1998



Source: *Projet de prévention et de lutte contre le SIDA, Tamil Nadu, Inde, 1999*

La Figure 4 montre que le nombre d'hommes ayant choisi d'éviter les rapports sexuels avec des partenaires irréguliers est plus grand qu'auparavant, alors que les hommes qui ont continué d'avoir des rapports sexuels occasionnels sont beaucoup plus enclins à utiliser un préservatif. Les groupes figurant ici – ouvriers d'usine et chauffeurs de camions – sont considérés comme représentatifs d'hommes qui ont respectivement une probabilité modérée et forte de se livrer à des comportements sexuels à risque.

La réussite bien connue de la Thaïlande, qui est parvenue à freiner une épidémie hétérosexuelle galopante, a mis en lumière d'autres voies de transmission contre lesquelles le

programme de prévention thaï a eu beaucoup moins de succès. Le VIH continue à se propager pratiquement sans frein par l'utilisation commune du matériel d'injection de drogues et par les rapports sexuels non protégés entre hommes. Le Myanmar a aussi connu des épidémies simultanées de VIH parmi les consommateurs de drogues injectables, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les hétérosexuels ayant de nombreux partenaires.

Au Cambodge, l'une des causes principales de la propagation du VIH est une norme sociale en vertu de laquelle les hommes ont des rapports sexuels avant le mariage et hors mariage, généralement avec des femmes rémunérées. Comme en Inde, on constate une vague de transmission du VIH aux épouses, suite logique de l'augmentation des niveaux d'infection parmi les prostituées et leurs clients de sexe masculin. Mais, signe encourageant, certains programmes pilotes de prévention semblent avoir pour effet d'augmenter l'utilisation du préservatif chez les hommes ayant des rapports sexuels extraconjugaux (voir pages 45-46). Si des programmes de ce type, menés à grande échelle, s'accompagnent d'une offre acceptable de travail de remplacement pour les femmes démunies, le Cambodge a une réelle chance d'enrayer l'augmentation massive de ses taux d'infection à VIH.

De nombreux autres pays d'Asie n'ont pas encore enregistré de propagation importante du VIH, bien que l'on sache qu'une grande proportion des hommes ont régulièrement des relations sexuelles extraconjugales. Ce n'est peut-être qu'une question de temps, et les infections pourraient atteindre un niveau critique dans les populations ayant le plus de comportements à risque et commencer à se répandre plus largement. A l'évidence, l'autosatisfaction n'est pas de mise.



Amérique latine: l'épidémie aux multiples visages

L'épidémie en Amérique latine est très hétérogène. La plupart des cas de transmission dans les pays de l'Amérique centrale et de la côte caraïbe sont dus aux rapports sexuels entre hommes et femmes. Le Brésil, lui aussi, connaît une importante épidémie hétérosexuelle, mais on y enregistre également des taux très élevés d'infection parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et chez les consommateurs de drogues injectables. Au Mexique, en Argentine et en Colombie, l'infection à VIH se limite principalement à ces groupes de la population. Les pays andins sont actuellement parmi les moins touchés par l'infection à VIH, bien que des comportements à risque aient été notés dans de nombreux groupes.

Les pays dont les taux de prévalence sont les plus élevés dans la région se trouvent plutôt du côté caraïbe du continent. En 1996, plus de 7% des femmes enceintes vivant dans les zones urbaines du Guyana étaient séropositives au VIH. Il est frappant de constater que les taux chez les femmes enceintes étaient analogues à ceux relevés chez les patients fréquentant les services de traitement des infections sexuellement transmissibles, qui sont généralement considérés comme un groupe dont les comportements sont particulièrement à risque. Cela indique qu'un grand nombre de personnes dans la population générale pourraient bien former de vastes réseaux sexuels. Des études portant sur les professionnelles du sexe dans la capitale, Georgetown, ont montré que 46% des femmes travaillant dans la rue ou dans des maisons de passe étaient infectées par le VIH, et plus d'un tiers des femmes déclaraient ne jamais utiliser de préservatif avec leurs clients.

Le Honduras, le Guatemala et le Belize connaissent aussi une épidémie hétérosexuelle en rapide progression, avec des taux de prévalence du VIH entre 1 et 2% parmi les adultes de la population générale. En 1994, moins de 1% des femmes enceintes fréquentant les services prénatals du District de Belize étaient séropositives au VIH, alors qu'un an plus tard, la prévalence était passée à 2,5%, le taux d'un des centres de santé à Port Loyola atteignant même 4,8%. Dans la ville hondurienne de San Pedro Sula, le taux d'infection parmi les femmes enceintes oscille entre 2 et 5% depuis plusieurs années. Une grande partie du problème touche les adolescentes, ce qui laisse supposer que le pire reste à venir. Entre un cinquième et un dixième des professionnelles du sexe sont infectées dans plusieurs villes du Honduras. Dans certains sous-groupes ethniques, en particulier sur la côte caraïbe, le prévalence parmi les hommes et les femmes de 15 à 49 ans dépasse 8% et les niveaux pour les hommes et les femmes dans la vingtaine sont deux fois plus élevés. Au Guatemala, l'infection à VIH suit un schéma analogue, les taux les plus élevés se trouvant parmi les femmes enceintes et les professionnel(le)s du sexe dans les villes côtières et dans la capitale plutôt que dans les villes des hauts plateaux.

La transmission hétérosexuelle est plus rare dans les autres pays de l'Amérique centrale. Au Costa Rica, par exemple, le VIH est surtout transmis au cours des rapports sexuels non protégés entre hommes. Dans ce pays, comme dans bien d'autres régions de l'Amérique latine, la surveillance systématique du VIH est peu répandue dans les groupes ayant des comportements à haut risque, mais des études réalisées auprès d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes au Costa Rica montraient, en 1993 déjà, des taux d'infection de 10 à 16%.

Au Mexique, le VIH a aussi touché principalement les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, dont plus de 14% sont actuellement infectés. Les taux de VIH parmi les femmes enceintes sont par contraste extrêmement bas. Les données d'un programme visant à réduire la transmission du VIH de la mère au nourrisson indiquent que moins de 1 femme sur 1000 en âge de procréer est infectée. Même parmi les professionnelles du sexe au Mexique, le taux de prévalence est bien inférieur à 1%.

Encadré 3. Preuve d'un certain succès: les jeunes Brésiliens rejettent de plus en plus les rapports sexuels non protégés

Au Brésil, où plus d'un demi-million d'adultes vivent aujourd'hui avec le VIH, le Gouvernement a pris l'initiative d'une campagne active de prévention du VIH, de prise en charge et de protection des droits des personnes touchées par l'épidémie. L'engagement peut-être le plus tangible du gouvernement est sa décision de fournir gratuitement une thérapie antirétrovirale à tous ceux qui en ont besoin (voir page 101). En parallèle, le Gouvernement a engagé des ressources considérables dans la lutte contre le VIH au moyen de campagnes d'information et de services de prévention. Pour que ces services ne touchent pas seulement la population générale, mais bénéficient aussi aux groupes marginalisés, dont les membres représentent une proportion croissante des personnes infectées par le VIH, le Gouvernement a forgé des partenariats actifs avec des organisations non gouvernementales et autres.

Une enquête portant sur le comportement sexuel auprès de 3500 adultes montre que les jeunes Brésiliens sont plus que jamais capables et désireux de négocier l'utilisation du préservatif avec leurs partenaires. Si en 1986, moins de 5% des jeunes hommes indiquaient qu'ils utilisaient un préservatif lors de leur premier rapport sexuel, ce chiffre avait décuplé en 1999 pour atteindre presque 50%. En 1999, plus de 70% des hommes dont le

niveau d'éducation était plus élevé, déclaraient utiliser un préservatif lors de leur premier rapport.

Au Brésil comme ailleurs, les hommes ont davantage tendance à utiliser les préservatifs avec des partenaires à risque qu'avec leur épouse ou leurs partenaires de longue durée. Chez les hommes de 16 à 25 ans, 87% indiquaient utiliser systématiquement des préservatifs avec leurs partenaires occasionnels – un chiffre impressionnant qui est corroboré par une augmentation massive des ventes de préservatifs, qui ont passé de 70 millions par an en 1993 à 320 millions par an en 1999.

Dans la région andine, une faible prévalence de l'infection à VIH parmi les hétérosexuels est la norme, tout au moins dans les pays pour lesquels des données sont disponibles. En Colombie, l'infection à VIH est plus répandue dans les régions côtières que dans les montagnes, mais le taux n'est jamais supérieur à 1 sur 250 parmi les femmes enceintes. Même chez les professionnel(le)s du sexe, le chiffre est inférieur à 2%. Des taux analogues ont été relevés au Pérou et en Bolivie. Dans ces pays, la prévalence de l'infection à VIH parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes est analogue à celle observée au Mexique. L'Argentine a aussi des taux élevés d'infection à VIH chez les consommateurs de drogues injectables et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, mais une prévalence moyenne relativement faible de 0,4% chez les femmes enceintes.

L'une des caractéristiques spécifiques à l'épidémie latino-américaine est que plusieurs pays très peuplés, dont l'Argentine, le Brésil et le Mexique, s'efforcent d'offrir une thérapie antirétrovirale à toutes les personnes infectées par le VIH. La couverture est encore très variable (voir page 90), mais ces efforts ont un impact certain. S'ils améliorent la durée comme la qualité de vie des personnes concernées, ils augmentent aussi la proportion des personnes vivant avec le VIH.



Le VIH dans les Caraïbes: petites îles, vaste épidémie

Le VIH est en train de décimer les populations de plusieurs Etats insulaires des Caraïbes. En effet, certains d'entre eux connaissent des épidémies plus graves que n'importe quel autre pays du monde à l'exception des pays de l'Afrique subsaharienne. En Haïti, plus de 5% des adultes vivent avec le VIH et aux Bahamas, le taux de prévalence chez l'adulte est de 4%. En République dominicaine, 1 adulte sur 40 est séropositif au VIH, alors qu'à la Trinité-et-Tobago, le taux est supérieur à 1% chez l'adulte. A l'autre bout de l'échelle se trouvent Sainte-Lucie, les Iles Caïmanes et les Iles Vierges britanniques, où moins d'une femme enceinte sur 500 s'est révélée séropositive au VIH lors de récentes études de surveillance. Dans la plupart des pays les plus touchés des Caraïbes, les rapports sexuels non protégés entre hommes et femmes constituent le moteur de la transmission du virus, bien que les infections associées à la consommation de drogues injectables soient courantes à certains endroits, par exemple à Porto Rico. Des taux élevés ont également été enregistrés dans de petits groupes d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dans plusieurs îles, y compris Haïti et la Jamaïque.

Haïti, où la propagation de l'infection à VIH pourrait bien avoir été alimentée par des décennies de gouvernance défailante et de conflit, est le pays le plus touché de la région.

Dans certaines parties du pays, 13% des femmes enceintes participant à un dépistage anonyme en 1996 se sont révélées séropositives. Globalement, 8% environ des adultes vivant dans les zones urbaines sont infectés et 4% dans les zones rurales. La transmission du VIH en Haïti est principalement hétérosexuelle et les infections comme les décès se produisent surtout parmi les jeunes adultes. A la fin de 1999, on estimait que près de 75 000 enfants haïtiens avaient perdu leur mère à cause du SIDA

La République dominicaine, qui effectue chaque année depuis 1991 une surveillance systématique du VIH parmi les femmes enceintes, les professionnelles du sexe et les personnes atteintes d'infections sexuellement transmissibles, subit également une importante épidémie hétérosexuelle. Dans la capitale Saint-Domingue, le taux de prévalence du VIH chez les jeunes mères a plus que doublé au cours des sept années pour lesquelles on dispose de données de surveillance pour atteindre 1,9% en 1997, alors que le taux moyen chez les professionnelles du sexe et les personnes atteintes d'infections sexuellement transmissibles se situait autour de 6-8%.

Dans les Caraïbes, c'est l'alliage fatal de la sexualité précoce et des fréquents changements de partenaires chez les jeunes qui alimente les épidémies hétérosexuelles d'infection à VIH. A Saint-Vincent-et-Grenadines, où la prévalence des infections sexuellement transmissibles comme la syphilis est élevée pour la région, un quart des hommes et des femmes participant à une enquête nationale récente ont rapporté qu'ils avaient commencé leur vie sexuelle avant l'âge de 14 ans, et la moitié des hommes comme des femmes étaient sexuellement actifs à l'âge de 16 ans. Dans une grande enquête réalisée à la Trinité-et-Tobago auprès des jeunes adolescent(e)s et des hommes et femmes au début de la vingtaine, moins d'un cinquième de ceux qui étaient sexuellement actifs disaient utiliser systématiquement le préservatif et deux tiers ne l'utilisaient pas du tout. Un mélange des âges – qui a contribué à l'importante augmentation des taux de VIH chez les jeunes femmes africaines – est également courant dans cette population: si la plupart des jeunes hommes ont des rapports sexuels avec des femmes de leur âge ou plus jeunes, plus de 28% des jeunes filles déclarent avoir des rapports sexuels avec des hommes plus âgés. Par conséquent à la Trinité-et-Tobago, les taux de VIH chez les filles sont cinq fois plus élevés que chez les garçons entre 15 et 19 ans, et dans un des centres de surveillance destinés aux femmes enceintes à la Jamaïque, les jeunes filles en fin d'adolescence avaient un taux de prévalence presque deux fois plus élevé que les femmes plus âgées.



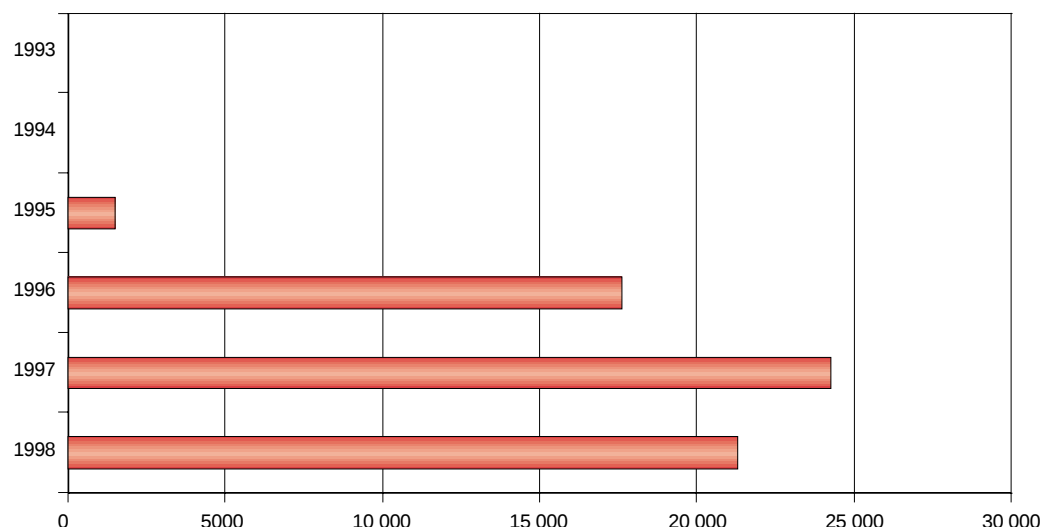
Europe orientale et Asie centrale: l'injection de drogues demeure le risque majeur

Dans les pays de l'ex-Union soviétique, l'épidémie de VIH demeure focalisée sur les consommateurs de drogues injectables. En valeur absolue, jusqu'ici le nombre des cas est resté limité dans plusieurs pays, mais globalement, la croissance a été rapide.

En Ukraine, le nombre des infections à VIH diagnostiquées a passé de presque zéro avant 1995 à environ 20 000 par an à partir de 1996, dont 80% parmi les consommateurs de drogues injectables. Un médecin de santé publique spécialement désigné a vu environ un tiers de ces cas, qui sont ensuite portés au registre officiel des cas de VIH. Si aucun pays ne peut être absolument sûr de repérer toutes les infections, les données concernant les diagnostics d'infection à VIH présentées à la Figure 5 pourraient bien représenter la véritable tendance de l'épidémie en Ukraine. A mesure que le VIH se propage et que de nouvelles infections se produisent, le nombre total des personnes vivant avec le VIH augmente, atteignant 240 000 environ à la fin de 1999, par rapport à 110 000 deux ans plus tôt.

Dans tous les pays où l'injection de drogues se pratique sans hygiène, une nouvelle flambée de VIH peut se produire à tout moment. Cela est particulièrement vrai pour les pays d'Europe orientale où les épidémies de VIH sont encore récentes et ont jusqu'ici épargné certaines villes ou certains groupes de la population. En Fédération de Russie, une nouvelle flambée de VIH parmi les consommateurs de drogues injectables, survenue en 1999 dans la région de Moscou, a provoqué cette année-là un nombre de nouveaux cas équivalent à plus du triple du total enregistré pendant toutes les années précédentes. On estime à environ 130 000 le nombre de Russes déjà infectés par le VIH, mais des estimations récentes chiffrent entre 1 et 2,5 millions le nombre des consommateurs de drogues injectables dans le pays. A l'évidence, un nombre bien plus élevé d'infections pourraient encore se produire dans ce groupe, sans oublier le risque de transmission du VIH à d'autres segments de la population

Figure 5. Nombre de diagnostics d'infection à VIH en Ukraine de 1993 à 1998



Source: Programme national ukrainien de lutte contre le SIDA, 1999



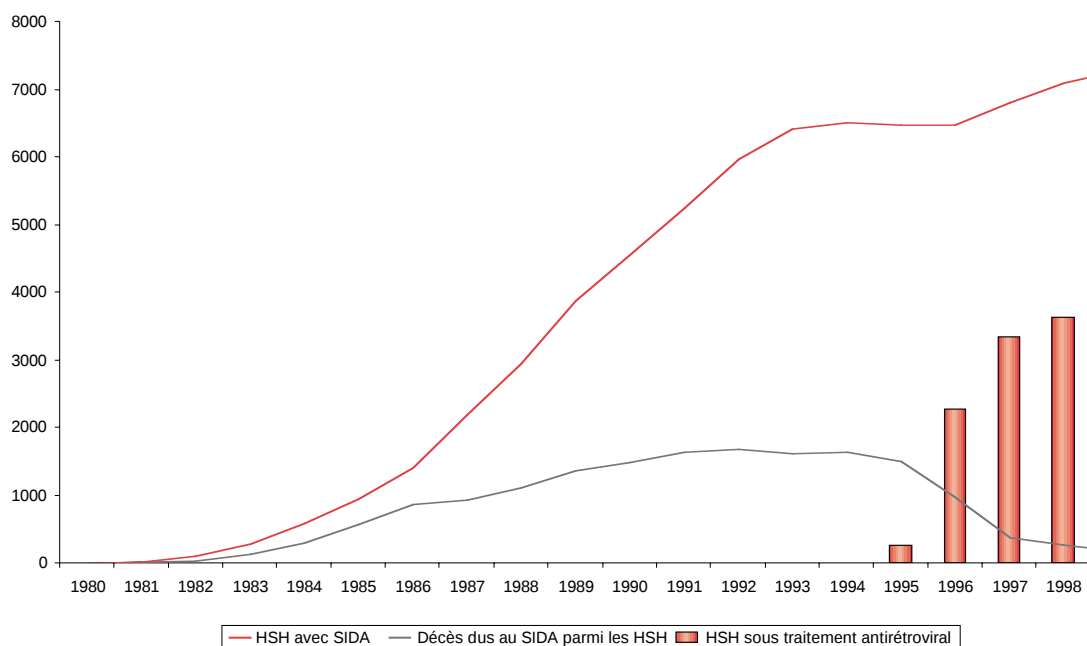
Pays nantis: survie prolongée mais augmentation des comportements à risque

Dans les pays nantis, les infections à VIH se retrouvent principalement parmi les consommateurs de drogues injectables et les hommes gay. Les données disponibles indiquent que les taux d'infection à VIH parmi les hétérosexuels dans la population générale sont extrêmement faibles. En Allemagne au milieu des années 1990, moins de 3 femmes en âge de procréer sur 10 000 étaient infectées. Des taux tout aussi bas ont été relevés dans d'autres pays. Au début de l'épidémie, une fois l'information et les services de prévention mis à la disposition de la majorité de la population, le niveau des rapports sexuels non protégés a chuté dans de nombreux pays et la demande de services de santé reproductive, de conseil et de test VIH et d'autres services de prévention s'est accrue.

La situation est très différente parmi les consommateurs de drogues injectables. Certaines communautés et certains pays ont entrepris des actions énergiques de prévention du VIH dans ce groupe, parvenant à maintenir un taux de prévalence du VIH inférieur à 5%. Mais dans bien des endroits, le coût politique de la mise en œuvre de programmes d'échange des seringues ou autres a été jugé trop élevé pour que de tels programmes soient lancés ou maintenus. En conséquence, les taux de prévalence demeurent élevés parmi les consommateurs de drogues injectables dans de nombreux pays nantis. Au Canada, près de la moitié de toutes les nouvelles infections à VIH se produisent dans ce groupe. En Espagne, une récente étude réalisée à Barcelone a révélé un taux de prévalence de 51% parmi les consommateurs de drogues injectables.

Parmi les hommes *gay* (voir pages 65-70), le virus s'est largement répandu avant même d'être identifié et il était fermement implanté dans cette population dès le début des années 1980. Grâce à des campagnes massives de prévention rapidement entreprises, les comportements à risque ont été considérablement réduits et le taux d'infection a énormément chuté entre le milieu et la fin des années 1980. Pourtant des données récentes suggèrent que la fréquence des comportements à risque pourrait bien être à nouveau en hausse dans certaines communautés. Ce phénomène, couplé aux effets des thérapies qui permettent aux personnes infectées de vivre plus longtemps, a eu pour effet d'augmenter lentement le nombre des personnes vivant avec le VIH – effet illustré par les données portant sur les hommes *gay* de San Francisco, Etats-Unis, présentées à la Figure 6.

Figure 6. Nombre de malades du SIDA, nombre de décès dus au SIDA et nombre de malades sous traitement antirétroviral parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (HSH) - San Francisco, Etats-Unis d'Amérique, de 1980 à 1998



Source: Département de la Santé publique, San Francisco (Californie), Etats-Unis d'Amérique, 1999

Prendre conscience du désastre

Dès le début des années 1990, il est devenu évident que le VIH contribuerait à anéantir les progrès du développement dans les pays les plus touchés par le virus. Les cris d'alarme concernant la baisse de l'espérance de vie, l'augmentation du nombre des orphelins, l'accroissement des coûts pour le milieu des affaires et l'ébranlement des structures familiales et communautaires ne sont pas nouveaux.

Ces effets deviennent de plus en plus tangibles dans la région du monde la durement touchée, l'Afrique subsaharienne, où le VIH est aujourd'hui plus meurtrier que la guerre elle-même: en 1998, la guerre a causé la mort de 200 000 Africains, mais plus de 2 millions sont décédés du SIDA. Le SIDA est devenu une véritable crise du développement. Ses conséquences sociales et économiques sont ressenties non seulement dans le domaine de la santé, mais dans ceux de l'éducation, de l'industrie, de l'agriculture, des transports, des ressources humaines et de l'économie en général. Son effet totalement déstabilisant a également une incidence sur des systèmes géopolitiques déjà fragiles et complexes.

En conséquence, le SIDA est rapidement en train de devenir un problème majeur pour la sécurité des personnes en Afrique subsaharienne. Le Conseil de Sécurité des Nations Unies a choisi le SIDA en Afrique comme thème de sa réunion du 10 janvier 2000: c'était la première fois que cet organisme se penchait sur un problème de développement.



L'impact démographique du SIDA

La cheminée démographique

Il est maintenant évident que les structures démographiques des pays fortement touchés seront radicalement modifiées par le VIH. Et cela ne peut que signifier des changements considérables dans la manière dont les sociétés s'organisent, survivent et prennent en charge les démunis.

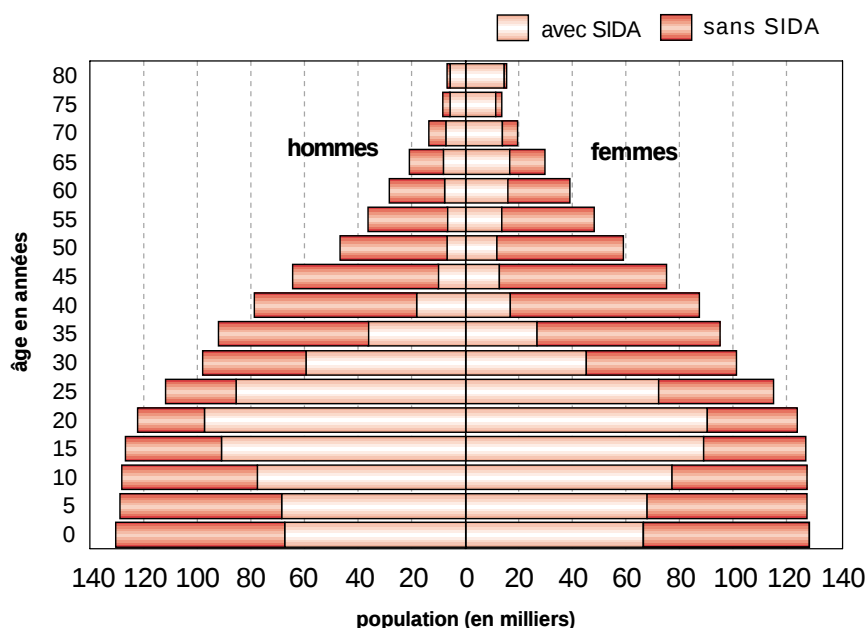
Dans les pays en développement, la structure démographique est généralement décrite comme une pyramide, qui traduit la manière classique dont le démographe dépeint les populations, en fonction des groupes d'âge, avec les hommes d'un côté d'un axe central et les femmes de l'autre. La forme de la pyramide est déterminée par les taux de natalité comme de mortalité. Lorsque ces deux taux sont élevés, la pyramide repose sur une base large et diminue progressivement avec l'augmentation de l'âge. Au fur et à mesure de l'amélioration

de la santé et de la baisse de la fécondité, les groupes plus âgés deviennent plus grands que les groupes plus jeunes et la pyramide se met à ressembler davantage à une colonne.

Avec le SIDA, une forme totalement nouvelle a fait son apparition, la «cheminée démographique». La base de la pyramide est moins large. Un grand nombre de femmes infectées par le VIH meurent ou deviennent infertiles bien avant la fin de leur période de reproduction, ce qui a pour conséquence de réduire le nombre des naissances; en outre, jusqu'à un tiers des nourrissons nés de femmes séropositives au VIH vont être infectés et succomber à leur tour. Mais le changement le plus impressionnant se produit 10 ou 15 ans environ après le début de l'activité sexuelle, lorsque les personnes qui ont été infectées par le VIH au début de leur vie sexuelle se mettent à mourir. Les populations de femmes au milieu de la vingtaine et d'hommes au milieu de la trentaine diminuent de manière radicale. Seuls ceux qui n'ont pas été infectés survivent jusqu'à des âges plus avancés et c'est ainsi que la pyramide devient cheminée.

La cheminée est représentée à la Figure 7, qui montre l'impact terrible que le SIDA devrait avoir sur la structure démographique du Botswana, pays dans lequel plus du tiers des 775 000 adultes sont maintenant infectés par le VIH. La pyramide de couleur rouge montre la structure démographique telle qu'elle se présenterait sans l'épidémie de SIDA. On compterait davantage de naissances (car le nombre de mères survivant et demeurant fertiles pendant toute leur période de fécondité serait plus élevé) et il y aurait moins de décès d'enfants infectés par leur mère. Le nombre des jeunes adultes mourant avant la vieillesse serait considérablement moins important.

Figure 7. Structure de la population au Botswana – prévisions pour l'an 2020, avec et sans épidémie de SIDA



Source: Bureau du recensement des Etats-Unis, World Population Profile 2000

Les implications de ces changements dans la structure démographique sont proprement bouleversantes. D'après le Census Bureau des Etats-Unis, il y aura dans 20 ans au Botswana plus de sexagénaires et de septuagénaires que d'adultes dans la quarantaine et la cinquantaine. Cette projection se fonde sur l'hypothèse que les schémas des nouvelles infections changeront peu au cours de la décennie à venir; pourtant, comme les changements dans les taux d'infection futurs toucheront surtout les hommes et les femmes de moins de 40 ans en 2020, cette hypothèse n'aura guère d'incidence sur la structure de la cheminée démographique pour ce qui est des adultes plus âgés. Les «adultes manquants» – les hommes et les femmes censés avoir atteint la quarantaine et la cinquantaine en 2020 – ont actuellement la vingtaine et la trentaine, et certains d'entre eux sont même déjà décédés. Ils sont bien plus nombreux encore à être déjà infectés par le VIH, qui les tuera avant même qu'ils parviennent à la cinquantaine.

Il est difficile de prévoir ce que tout cela signifie pour la société, car le monde n'a jamais connu des taux de mortalité de cette ampleur parmi les jeunes adultes des deux sexes quelles que soient les classes sociales. Mais une chose est certaine: un petit nombre de jeunes adultes (qui traditionnellement s'occupent des enfants comme des personnes âgées) auront un nombre considérable de personnes, jeunes et moins jeunes, à leur charge. Beaucoup de ces jeunes adultes seront eux-mêmes affaiblis par le SIDA et auront peut-être même besoin des soins de leurs enfants ou de leurs parents âgés, au lieu d'apporter ces soins aux autres.

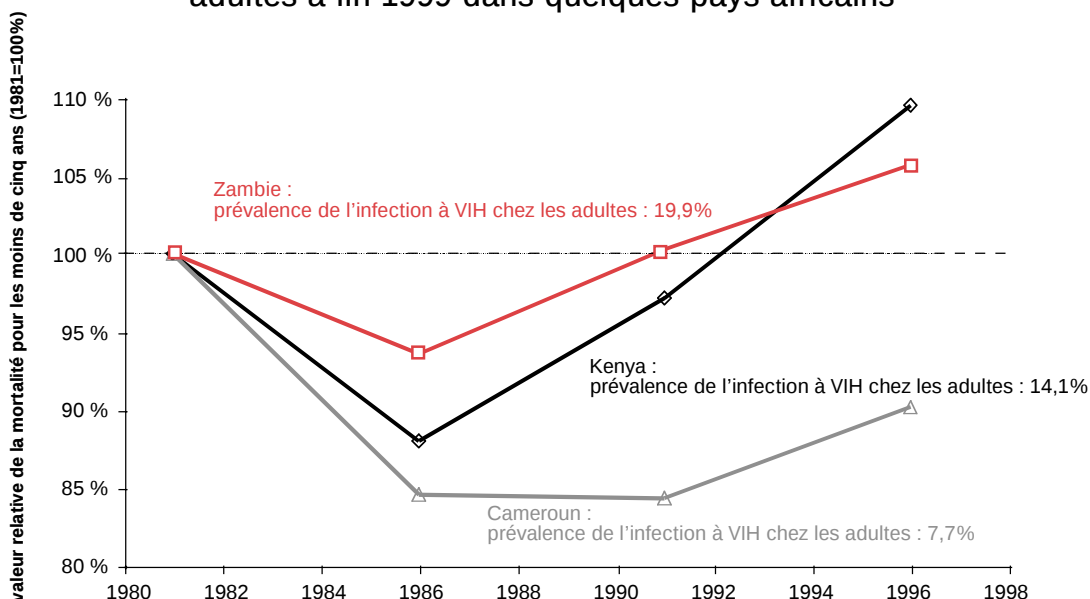
On enregistre déjà des augmentations dans les taux de mortalité chez l'adulte comme chez l'enfant

Sans même analyser les données concernant les taux de mortalité, les pays connaissant des épidémies de VIH de longue date savent, en raison de l'augmentation massive des cérémonies funèbres, que les décès sont à la hausse. Les données montrent la même tendance vers le haut. Les démographes ont mis au point des méthodes permettant de mesurer les taux de mortalité dans les pays en développement en posant des questions sur les décès récents dans les ménages ou en étudiant ce qui a été rapporté par les survivants dans les recensements et les enquêtes à grande échelle. Des analyses récentes de ces données familiales pour les pays à forte prévalence du VIH montrent une nette augmentation des taux de mortalité chez l'adulte comme chez l'enfant, qui, souvent, se produisent après de nombreuses années de baisse régulière des taux de mortalité. Il convient de noter que ces données reflètent un «scénario optimiste» et qu'il se pourrait qu'elles sous-estiment les taux réels. Le SIDA causant parfois la mort de plusieurs membres d'un même foyer, il arrive qu'il détruise complètement les ménages, de telle sorte que certains des décès ne seront pas enregistrés dans des enquêtes domestiques ultérieures.

La Figure 8 montre la réduction de la mortalité chez les enfants de moins de cinq ans que trois pays africains ont obtenue entre 1981 et 1986 et, ensuite, le renversement de cette tendance, attribué au SIDA. Dans presque tous les cas de décès de jeunes enfants dus à cette maladie, on a pu établir que le virus avait été transmis par la mère. C'est pourquoi des pays comme la Zambie ou le Kenya, où l'on observe des prévalences élevées du VIH chez l'adulte, ont connu une augmentation particulièrement forte de la mortalité infantile.

On peut observer des augmentations encore plus saisissantes dans les taux de mortalité des adultes. Au Zimbabwe, une comparaison des estimations fondées sur les décès notifiés et les données recueillies par divers recensements et enquêtes familiales au cours des deux dernières décennies montrent des schémas très systématiques d'augmentation de la mortalité parmi les jeunes hommes (voir Figure 9). Quand bien même les données présentées ici ont été corrigées pour prendre en compte la sous-notification des décès qui est de règle

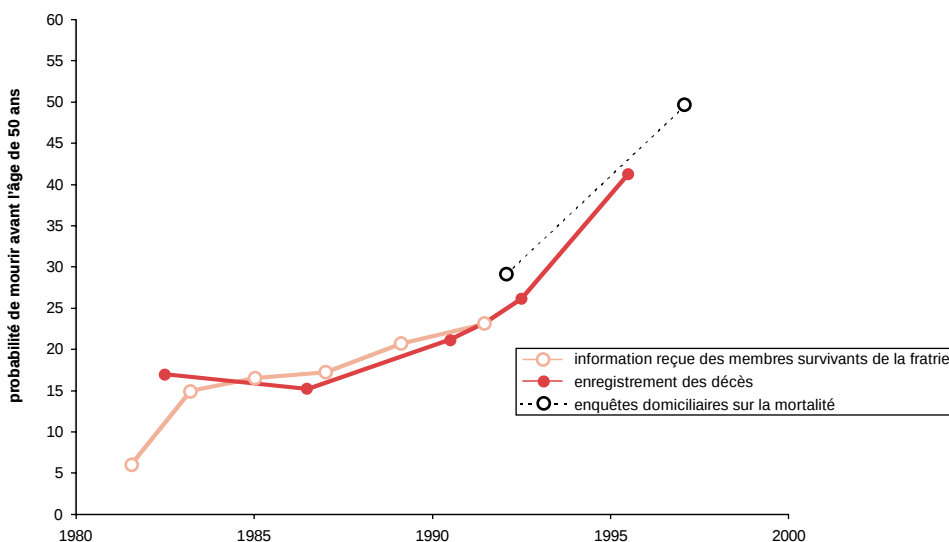
Figure 8. Tendances de la mortalité parmi les enfants de moins de cinq ans (1981-1996) et prévalence de l'infection à VIH parmi les adultes à fin 1999 dans quelques pays africains



Source: Demographic and Health Surveys, Macro International, Etats-Unis d'Amérique

dans les pays en développement, ces corrections sont peut-être en deçà de la réalité, car les familles les plus ravagées par les décès peuvent ne plus exister pour notifier ces événements. Les taux de mortalité réels pourraient donc être encore plus élevés.

Figure 9. Probabilité qu'un garçon zimbabwéen de 15 ans meure avant l'âge de 50 ans, d'après diverses enquêtes nationales



Source: Feeney G, 1999 (données non publiées)

Etant donné les taux de mortalité en cours à chaque période et dans chaque groupe d'âge, un homme qui avait 15 ans en 1983 aurait eu une probabilité de 15% à peine de mourir avant son cinquantième anniversaire. En 1997, les garçons de 15 ans étaient confrontés à des perspectives beaucoup plus sombres: la moitié pouvait s'attendre à mourir avant 50 ans. La situation était tout aussi mauvaise pour les femmes: la probabilité pour une jeune fille de 15 ans de mourir avant la fin de sa période de reproduction avait quadruplé, passant de 11% environ au début des années 1980 à plus de 40% en 1997.

A part l'épidémie de SIDA, aucun autre phénomène ne peut expliquer cette récente augmentation massive de la mortalité après des années de baisse. En fait, plusieurs études communautaires de petite envergure comportant des données sur les causes de décès montrent que dans les pays où un peu moins de 10% de la population adulte est infectée par le VIH, près de 80% de tous les décès chez les jeunes adultes entre 25 et 45 ans sont associés au VIH. La proportion de décès liés au VIH est probablement même plus élevée dans les zones où les taux de prévalence du VIH sont encore plus hauts.

Dans certains pays, plus d'un tiers des jeunes de 15 ans pourraient mourir du SIDA

Des taux élevés et stables de prévalence du VIH sont de mauvais augure. Mais il y a pire. Les taux de prévalence ne traduisent pas l'impact réel de l'épidémie. Le groupe d'âge des 15 à 49 ans comporte des individus qui ne sont pas encore infectés par le VIH, mais qui le deviendront un jour. Et il exclut les hommes et les femmes nés il y a 15 à 49 ans et qui, ayant été infectés par le VIH, sont déjà décédés. La probabilité cumulée pour une personne d'être infectée à un moment quelconque de sa vie est plus élevée que «l'instantané» fourni par les taux actuels de prévalence.

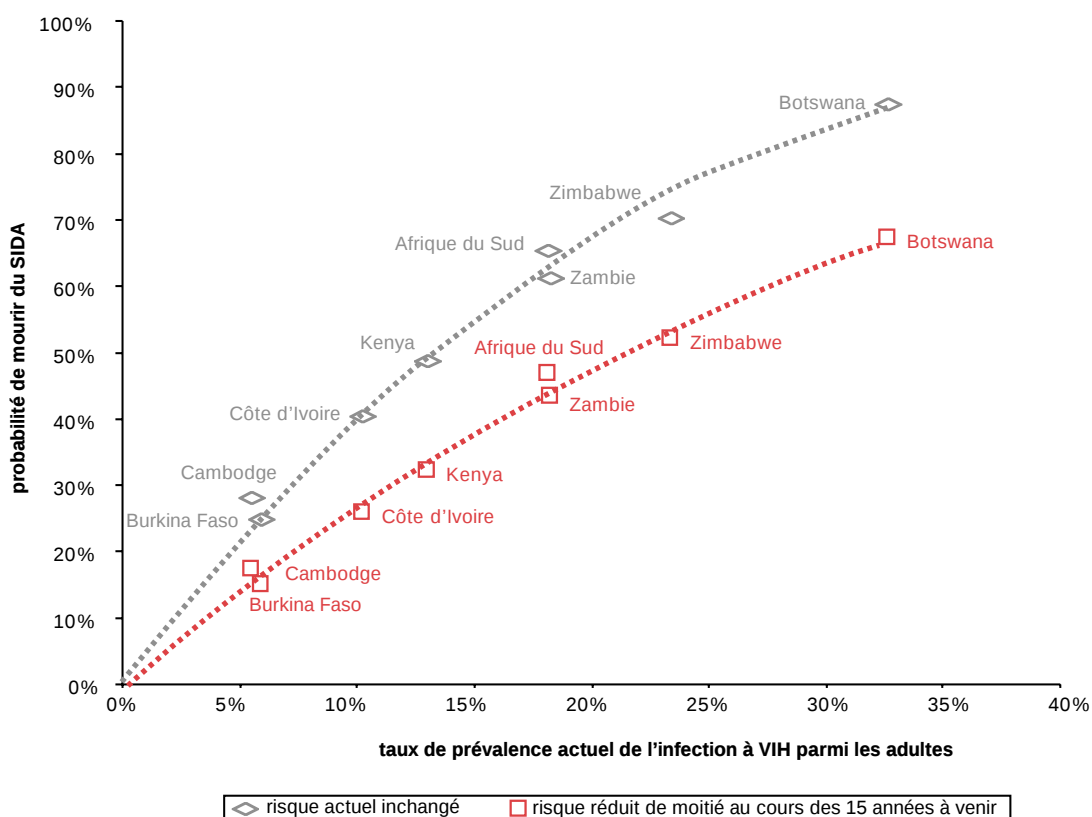
Pour avoir une meilleure idée du risque réel de décéder d'une maladie associée au VIH, les chercheurs ont élaboré des modèles qui permettent de suivre les individus tout au cours de leur vie, en examinant leur exposition aux risques d'infection par le VIH à chaque âge. Les probabilités sont calculées à partir des schémas d'infection observés à chaque âge dans les communautés africaines. En général, le taux d'infections nouvelles atteint son maximum chez la femme au début de la vingtaine, et un peu plus tard chez l'homme, pour diminuer progressivement par la suite. Le taux d'infections nouvelles à chaque âge est déterminé par la phase de l'épidémie de VIH en cours dans un pays donné. Le modèle tient compte du fait que les hommes et les femmes ont toujours un risque concomitant de mourir d'autres causes à des taux qui demeurent analogues à ceux qui étaient enregistrés avant l'épidémie de VIH.

Les résultats de cette modélisation sont présentés, pour les hommes, à la Figure 10. Au bas du graphique se trouve la prévalence actuelle de l'infection à VIH chez les adultes aujourd'hui âgés de 15 à 49 ans. L'axe vertical montre la probabilité de mourir du SIDA pour un jeune qui a 15 ans aujourd'hui. A l'évidence, le risque pour un garçon aujourd'hui âgé de 15 ans de mourir du SIDA un jour ou l'autre est beaucoup plus fort que la probabilité, pour un homme qui a aujourd'hui entre 15 et 49 ans, d'être infecté par le VIH en ce moment. Cette constatation (qui fait réfléchir) restera applicable même si les taux d'infection chutent dans l'avenir. La courbe grise montre le rapport entre la prévalence actuelle chez les adultes âgés de 15 à 49 ans et la probabilité pour un jeune homme de 15 ans de mourir du SIDA si les taux d'infection ne changent pas – un scénario pessimiste. La courbe rouge montre le même rapport dans le cas où la probabilité d'acquérir une infection nouvelle à chaque âge chute de moitié au cours des 15 années à venir – c'est-à-dire si les campagnes de prévention sont très efficaces. Pourtant, même dans ce scénario optimiste, le risque pour ces jeunes de mourir un

jour ou l'autre du SIDA est effroyablement élevé dans de nombreux pays: pratiquement dans tous les pays où au moins 15% de tous les adultes sont aujourd'hui infectés par le VIH, 35% au moins des jeunes hommes qui ont 15 ans cette année mourront du SIDA.

Dans les pays où l'infection à VIH est cantonnée dans des sous-groupes particuliers de la population – par exemple les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes – on observe une relation analogue entre la prévalence actuelle du VIH dans ce groupe et le risque de mourir un jour ou l'autre d'une maladie associée au VIH.

Figure 10. Probabilité pour un garçon âgé de 15 ans de mourir du SIDA un jour ou l'autre si le risque d'être infecté par le VIH reste inchangé ou si ce risque diminue de moitié – divers pays



Source : Zaba B, 2000 (données non publiées)



Effets sociaux et économiques

On peut supposer que le décès prématuré de la moitié de la population adulte, à des âges où ces personnes ont déjà commencé à fonder leur propre famille et sont devenues économiquement productives, aura un effet radical sur la quasi-totalité des aspects de la vie

sociale et économique. S'il est difficile de mesurer l'impact précis du VIH au niveau national dans la plupart des pays les plus touchés, nous disposons d'une grande quantité d'information sur les conséquences de l'épidémie à tous les niveaux, des ménages aux secteurs public et privé de l'économie.

Effets sur les ménages

Les quelques enquêtes portant sur les conséquences pour la famille d'avoir un de ses membres atteint du SIDA indiquent que les ménages subissent une baisse considérable des revenus. Moins de revenus signifie inmanquablement moins d'achats et moins d'économies.

En Thaïlande, une étude a montré qu'un tiers des familles rurales touchées par le SIDA voient leur production agricole diminuer de moitié, ce qui menace leur sécurité alimentaire. Quinze autres pour cent doivent retirer les enfants de l'école et plus de la moitié des personnes âgées doivent se débrouiller seules. Dans les zones urbaines de la Côte d'Ivoire, les dépenses destinées à l'éducation ont été divisées par deux, la consommation alimentaire a baissé de 41% par habitant et les dépenses de santé ont plus que quadruplé. Lorsque des personnes originaires de la campagne tombent malades, elles retournent souvent au village pour être prises en charge par la famille, ajoutant ainsi à la pression sur les maigres ressources et augmentant la probabilité que le conjoint ou d'autres personnes dans la communauté soient infectés.

Les familles font de grands sacrifices pour offrir traitement, soulagement et réconfort au soutien de famille malade. Il ressort de l'étude thaï que les familles dépensent en moyenne US\$ 1000 au cours de la dernière année de vie d'un membre de la famille atteint du SIDA – soit l'équivalent d'un revenu annuel moyen.

Une des stratégies fréquemment appliquées dans les ménages touchés par le SIDA consiste à envoyer un ou plusieurs enfants vivre avec des membres de la famille élargie, pour assurer leur nourriture et leur prise en charge. Les structures de la famille élargie ont permis jusqu'à présent de gérer partiellement la situation de crise générée par le nombre toujours croissant d'orphelins, notamment en Afrique. Mais l'urbanisation et les migrations de main-d'œuvre, souvent au-delà des frontières nationales, détruisent ces structures. A mesure que le nombre des orphelins augmente (voir encadré 4, page 28) et que le nombre des personnes qui peuvent s'en occuper s'amenuise, les mécanismes traditionnels qui permettent de gérer la situation arrivent au point de rupture. Les ménages gérés par des orphelins deviennent courants dans les pays à forte prévalence. Des études réalisées en Ouganda ont montré que dans l'année qui suit le décès de l'un ou des deux parents, les orphelins voient leurs chances de suivre l'école diminuer de moitié et ceux qui vont à l'école y passent beaucoup moins de temps que précédemment. D'autres travaux en Ouganda indiquent que les orphelins ont un risque accru de retard de croissance et de malnutrition.

Un consensus s'est dessiné sur le fait qu'il faut cibler l'assistance aux orphelins sur un soutien aux familles et sur l'amélioration de leur capacité à gérer la situation, plutôt que sur la création d'institutions pour les enfants. Les orphelinats ne sont pas nécessairement une solution à long terme. En outre, dans une économie de subsistance, les enfants qui doivent quitter leur village pourraient perdre leurs droits à la terre et aux autres possessions de leurs parents ainsi que leur sentiment d'appartenance à la famille.

Encadré 4. Les orphelins laissés pour compte

L'épidémie de SIDA a fait jusqu'ici 13,2 millions d'orphelins – des enfants qui, avant l'âge de 15 ans, ont perdu leur mère ou leurs deux parents à cause du SIDA. Un grand nombre de ces enfants sont décédés, mais davantage encore survivent, non seulement en Afrique (qui abrite actuellement 95% d'entre eux) mais dans les pays en développement en Asie et dans les Amériques.

Avant le SIDA, quelque 2% de tous les enfants des pays en développement étaient orphelins. En 1997, la proportion des enfants qui avaient perdu un de leurs parents ou les deux avait grimpé à 7% dans de nombreux pays africains pour atteindre même dans certains cas le chiffre astronomique de 11%.

Dans les pays africains connaissant des épidémies graves et de longue durée, le SIDA génère des orphelins à un tel rythme que les structures familiales ne peuvent plus faire face. Les dispositifs traditionnels de protection sociale se décomposent à mesure que s'accroît le nombre des jeunes adultes qui meurent de cette maladie. Les familles et les communautés peuvent à peine subvenir à leurs propres besoins, sans avoir encore à s'occuper des orphelins. En général, la moitié de toutes les personnes séropositives sont infectées avant l'âge de 25 ans, elles contractent le SIDA et décèdent avant de parvenir à 35 ans, laissant derrière elles une génération d'enfants qui devront être élevés par leurs grands-parents ou seront abandonnés à eux-mêmes dans des familles dont le chef est un enfant.

Où qu'ils se tournent, les enfants qui ont perdu leur mère ou leurs deux parents à cause du SIDA sont confrontés à un avenir encore plus difficile que celui des autres orphelins. Selon un rapport conjoint publié en 1999 par l'UNICEF et le Secrétariat de l'ONUSIDA, les orphelins du SIDA sont plus exposés à la malnutrition, à la maladie, aux abus et à l'exploitation sexuelle que les enfants rendus orphelins pour d'autres raisons. Il leur faut aussi se défendre contre la stigmatisation et la discrimination qui sont si souvent associées au SIDA et qui peuvent même les priver d'instruction ou des services sociaux essentiels.

Certes la crise est considérable et son impact dévastateur, mais les pays et les communautés de toute l'Afrique se rassemblent pour réagir et atténuer certains de ses plus néfastes effets. Au Malawi, le Gouvernement a rapidement décidé de soutenir des programmes à assise communautaire et dispose depuis 1991 d'un Groupe de travail national sur la prise en charge des orphelins. Dans tout le pays, des organisations communautaires mettent en place des crèches afin d'améliorer la prise en charge des enfants et leurs possibilités d'apprentissage. En Zambie, qui a la deuxième plus grande proportion d'orphelins dans le monde après l'Ouganda, les organisations non gouvernementales s'efforcent de combler les lacunes stratégiques en offrant aux orphelins et à leur famille de la nourriture, des vêtements et l'argent nécessaire aux frais de scolarité. Au Zimbabwe, où 7% de tous les enfants de moins de 15 ans sont des orphelins du SIDA, une stratégie nationale de prise en charge et de protection des orphelins a été élaborée; elle préconise la prise en charge des orphelins par la communauté dans toute la mesure du possible et leur placement en institution comme une solution de dernier recours. L'action des femmes ougandaises pour sauver les orphelins (UWESO) a été créée en 1986 par Janet Museveni, épouse du Président Yoweri Museveni, à la suite de l'interminable guerre civile vécue par le pays; elle fonctionnait comme un bureau de secours aidant les orphelins placés dans des camps à retourner dans leur famille élargie. Avec l'extension de l'épidémie de SIDA dans le pays, l'UWESO s'est mise à privilégier l'appui aux orphelins du SIDA; l'organisation et ses 35 antennes réparties dans le pays contribuent à financer l'éducation et la formation des enfants et dirigent un programme de microcrédit pour aider les personnes qui s'occupent des enfants – généralement des parentes – à lancer de petites entreprises et des activités commerciales.

Le tribut payé par les enseignants...

L'éducation est une composante essentielle du développement national. Dans les régions où l'infection à VIH est répandue, les maladies associées au virus prélèvent d'une manière ou d'une autre un lourd tribut sur l'éducation. Tout d'abord, l'infection à VIH diminue le nombre des enseignants et augmente par conséquent la taille des classes, ce qui risque d'affaiblir la qualité de l'éducation. Deuxièmement, elle met à mal le budget des familles, en réduisant les sommes disponibles pour les frais de scolarité et en intensifiant la pression sur les enfants, afin qu'ils quittent l'école pour se marier ou entrer dans la vie active. Troisièmement, elle accroît le nombre des enfants qui grandissent sans soutien parental, ce qui peut avoir une incidence sur leur capacité à poursuivre l'école.

Les enseignants qualifiés sont une denrée rare dans tous les pays, mais dans certaines régions du monde, à cause du VIH, il leur arrive d'être trop malades pour travailler ou de mourir bien avant l'âge de la retraite. La République centrafricaine, où un adulte sur sept environ serait infecté par le VIH, compte déjà un tiers d'enseignants primaires de moins que le nécessaire. Une récente étude de l'impact du VIH sur le secteur de l'éducation a montré qu'entre 1996 et 1998, le nombre de décès parmi les enseignants était presque équivalent à celui des retraites. Sur ceux qui étaient décédés, quelque 85% étaient séropositifs au VIH et ils étaient décédés 10 ans en moyenne avant l'âge minimum de la retraite, soit 52 ans. L'étude indique que 107 écoles ont dû fermer en raison des pénuries d'enseignants et que 66 seulement étaient restées ouvertes. On prévoit que la pénurie d'enseignants s'aggraverait encore et les chercheurs ont calculé que d'ici à 2005, plus de 71 000 enfants entre 6 et 11 ans seront par conséquent privés d'éducation primaire. Un impact tout aussi impressionnant est relevé en Côte d'Ivoire, où les enseignants vivant avec le VIH peuvent manquer jusqu'à six mois de classe avant leur décès (par rapport à 10 jours d'absence pour les maîtres ayant d'autres causes de décès) et où les cas confirmés de VIH/SIDA représentent 7 décès sur 10 parmi les enseignants.

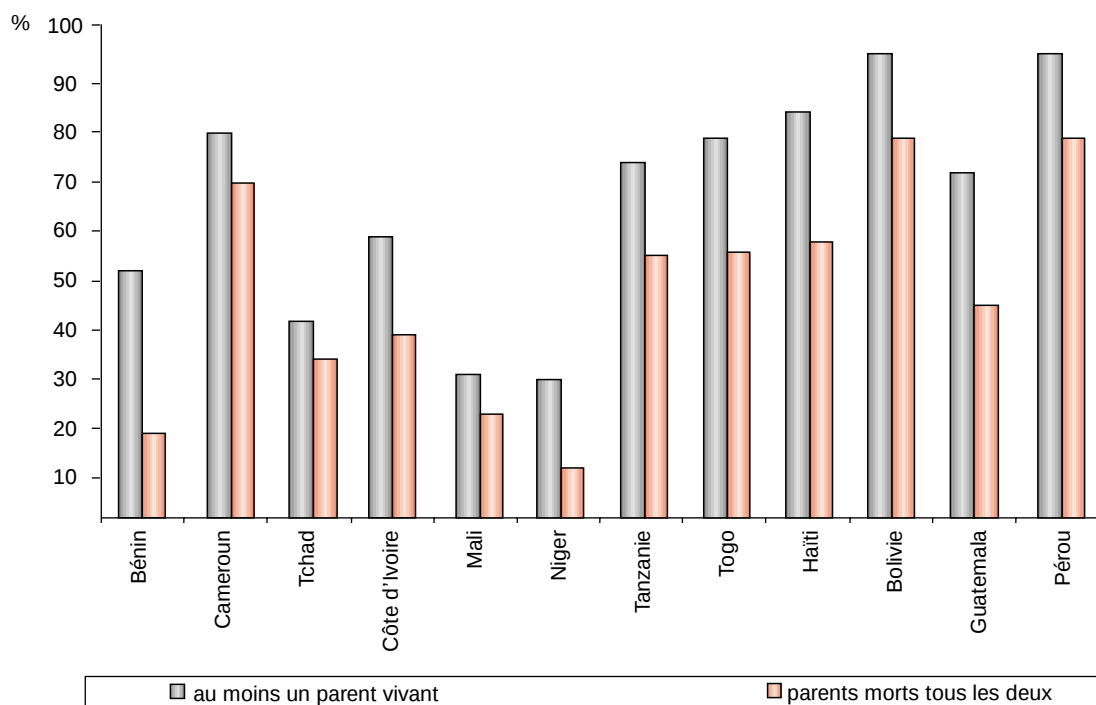
En Zambie, les décès parmi les enseignants sont extrêmement nombreux et augmentent encore rapidement. Au cours des dix premiers mois de 1998, la Zambie a perdu 1300 enseignants – soit l'équivalent de deux tiers de tous les nouveaux enseignants formés chaque année. Le SIDA pourrait encore aggraver les différences actuelles dans l'accès à l'éducation entre la ville et la campagne. Une enquête nationale réalisée en 1996 et portant sur les 6 à 15 ans a révélé que plus de 70% des enfants vivant en ville étaient inscrits à l'école, par rapport à un peu plus de la moitié de ceux vivant dans les zones rurales. Une affectation à la campagne est déjà peu prisée des enseignants dans de nombreux pays et l'étude zambienne laisse entendre que la nécessité de vivre à proximité d'une source de soins de santé – une bourgade ou une ville – est un élément supplémentaire de démotivation pour les enseignants à qui on propose un poste à la campagne.

...le tribut payé par les écoliers

On suppose généralement que les enfants quittent l'école à la mort de leurs parents, qu'ils décèdent du SIDA ou d'autres causes. Il existe peu de recherches rigoureuses, mais quelques études laissent penser que le SIDA dans une famille est une cause directe d'abandon scolaire. Par exemple, dans une étude effectuée dans des entreprises agricoles du Zimbabwe, où la plupart des décès parmi les ouvriers agricoles sont attribués au SIDA, 48% des orphelins en âge de suivre l'école primaire avaient quitté l'école, généralement au moment de la maladie ou du décès de leur parent et aucun des orphelins en âge d'être à l'école secondaire n'était encore scolarisé.

Les données recueillies dans de grandes enquêtes auprès des ménages, représentatives de la population générale, confirment l'hypothèse selon laquelle les enfants dont les deux parents sont décédés ont une probabilité plus faible d'être scolarisés que les enfants vivant avec un ou deux parents (voir Figure 11).

Figure 11. Pourcentage d'enfants de 10 à 14 ans qui sont encore scolarisés selon que leurs parents sont en vie ou non. Enquêtes dans plusieurs pays, 1994-1998



Source: Demographic and Health Surveys, Macro International, Etats-Unis d'Amérique; UNICEF, 2000

Le SIDA des parents n'a pas nécessairement un effet direct ou observé uniquement chez les enfants qui sont déjà orphelins. La scolarité d'un enfant peut être temporairement interrompue parce que l'argent manque en raison de la maladie du parent qui entraîne des dépenses, ou parce que l'enfant doit travailler à la maison pour aider ses parents malades. Au moment où les enfants deviennent effectivement orphelins, ils risquent d'avoir dépassé l'âge de leur classe, même s'ils sont encore scolarisés. Tel était le cas dans les études au Zimbabwe et au Kenya mentionnées ici. Le fait d'être plus âgés que leurs camarades de classe est alors associé à un taux plus important d'abandon scolaire pour plusieurs autres raisons, notamment la grossesse ou la nécessité de trouver un emploi. Un grand nombre des mariages menant à un abandon des études étaient arrangés, ce qui indique peut-être que la parenté ou les parents malades envisagent le mariage de la jeune fille comme un moyen relativement peu conflictuel d'assurer qu'elle serait prise en charge après le décès. Dans une étude au moins portant sur des orphelins au Kenya, les garçons tendaient à avancer des raisons économiques pour expliquer l'interruption de l'école primaire (64% déclaraient ne pas pouvoir payer les frais de scolarité ou

avoir besoin de gagner leur vie en se livrant à la pêche) alors que 28% des filles se disaient enceintes et 41% avaient quitté l'école pour se marier.

Le secteur de la santé sous pression

Depuis le début de l'épidémie, 18,8 millions d'enfants et adultes sont tombés malades et sont décédés et le double vivent actuellement avec le VIH, rejoints en 1999 par quelque 5,4 millions de personnes nouvellement infectées. Par conséquent, l'impact de l'épidémie sur le secteur de la santé au cours de la décennie qui commence sera inévitablement plus important qu'il ne l'a été au cours des deux décennies précédentes prises ensemble.

Pourtant la demande accrue de soins de santé émanant des personnes atteintes de maladies associées au VIH frappe déjà sérieusement les services de santé publique débordés de nombreux pays en développement. Au milieu des années 1990, on estimait que le traitement des personnes infectées par le VIH absorbait 66% du budget de la santé publique au Rwanda et plus d'un quart des dépenses de santé du Zimbabwe. Une récente étude estime qu'en 1997, les dépenses de santé publique imputables au SIDA uniquement dépassaient déjà 2% du produit intérieur brut (PIB) dans 7 des 16 pays africains examinés, soit un chiffre stupéfiant pour des pays dont la totalité des dépenses de santé représentent 3 à 5% du PIB. Ces dernières années, les malades séropositifs au VIH ont occupé la moitié des lits de l'hôpital provincial de Chiang Mai, Thaïlande, 39% des lits de l'hôpital Kenyatta à Nairobi, Kenya, et 70% des lits de l'hôpital du Prince régent à Bujumbura, Burundi. Le fait que les malades souffrant d'autres affections ne puissent trouver de place à l'hôpital est un effet secondaire de l'épidémie. Le secteur hospitalier du Kenya a observé une augmentation de la mortalité chez des malades séronégatifs au VIH car ils sont admis à des stades plus avancés de leur maladie.

L'épidémie de tuberculose explosive qui se produit dans les pays les plus touchés par le VIH illustre bien la modification et l'augmentation de la demande de services de santé. A mesure que le VIH affaiblit le système immunitaire des individus, il les expose très sérieusement à contracter une tuberculose active (voir page 86). La tuberculose est devenue la première cause de décès parmi les personnes infectées par le VIH et représente environ un tiers des décès dus au SIDA dans le monde. Des données recueillies dans des hôpitaux en Afrique montrent que jusqu'à 40% des malades séropositifs au VIH ont une tuberculose active. Si le nombre des séropositifs ayant une tuberculose active augmente, il y a un risque pour que le bacille tuberculeux se transmette à d'autres membres de la communauté. La Banque mondiale estime que 25% des personnes séronégatives qui mourront de la tuberculose au cours des prochaines années n'auraient jamais été infectées par le bacille en l'absence de l'épidémie de VIH. Chacune de ces nouvelles infections tuberculeuses représente des coûts supplémentaires pour le secteur de la santé.

La mise au point des nouvelles thérapies à l'intention des personnes infectées et des vaccins augmentera encore les coûts du secteur de la santé, pour ce qui est de l'infrastructure, des médicaments, de la formation et des dépenses de personnel. Parallèlement, les maladies et les décès prématurés associés au VIH parmi les personnels de santé eux-mêmes continueront d'engendrer des coûts d'une autre nature pour le secteur de la santé. La maladie et les décès dus au SIDA augmentent rapidement au sein des personnels de santé, mais rares sont les pays qui ont réellement compris l'impact de l'épidémie sur les ressources humaines dans leur secteur de la santé. Une étude en Zambie a montré que, dans un hôpital, les décès parmi le personnel de santé s'étaient multipliés par 13 entre 1980 et 1990, principalement en raison du VIH. Comme dans d'autres secteurs de

l'économie, les taux croissants d'infection à VIH parmi les agents de santé vont s'accompagner d'une augmentation de l'absentéisme, d'une baisse de la productivité et d'une augmentation des dépenses liées au traitement, aux allocations de décès, au recrutement de personnel supplémentaire et à la formation de nouveaux agents de santé.

Impact sur l'agriculture

Dans de nombreux pays en développement, l'agriculture constitue l'un des plus importants secteurs, en particulier si on la rapporte au pourcentage des personnes qui en dépendent. Bien que le secteur puisse ne produire que 20% de la richesse d'un pays (en pourcentage du produit national brut), il représente la vie ou la survie pour 80% au moins de la population. Indirectement, il constitue le gagne-pain d'autres segments de la population, par exemple les ouvriers chargés de la transformation de la canne à sucre dans les plantations (voir «Résultats financiers», ci-dessous).

Au niveau de la famille, l'effet du SIDA est dévastateur. A mesure que la maladie d'un paysan infecté s'aggrave, lui-même et les membres de sa famille qui s'occupent de lui passent de moins en moins de temps à travailler aux champs. La famille commence à perdre des revenus car les récoltes ne sont pas vendues ou les cultures de rapport sont mal soignées; elle doit se mettre à acheter la nourriture habituellement produite à la maison et parfois doit vendre du matériel agricole ou des objets ménagers pour survivre. Le cercle vicieux est aggravé par les coûts élevés des soins de santé, que la personne malade se tourne vers un guérisseur traditionnel ou vers les services de santé. En 1997, une étude de l'Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture (FAO) a montré que, dans l'ouest de la Côte d'Ivoire, les soins apportés à un homme malade du SIDA coûtaient environ US\$ 300, ce qui représente entre un quart et la moitié du revenu annuel net de la plupart des petites exploitations agricoles.

Le temps perdu par les membres de la famille doit être également comptabilisé. Par exemple, les absences répétées d'un autre membre de la famille qui laisse le travail agricole pour accompagner le malade chez un guérisseur diminuent aussi la production de l'exploitation. De plus, lorsque les périodes les plus difficiles de la maladie coïncident avec des moments clés de l'agriculture comme les semailles ou le défrichage, le temps passé à s'occuper d'une personne malade et perdu pour le travail des champs constitue une perte réelle. Une récente enquête réalisée dans le district rural de Bukoba en République-Unie de Tanzanie a révélé un changement radical dans la répartition du temps de travail: une femme dont le mari était malade passait 60% moins de temps aux activités agricoles qu'elle ne l'aurait fait normalement.

Dans l'ensemble, les effets sur la production peuvent être graves. En Afrique de l'Ouest, une baisse des cultures vivrières et de rapport a été signalée à de nombreuses reprises. C'est le cas, par exemple, des cultures maraîchères dans les provinces de Sanguié et de Bulkiedmé au Burkina Faso, et des plantations de coton, de café et de cacao dans certaines parties de la Côte d'Ivoire. Une récente étude conduite en Namibie par la FAO a conclu que l'impact sur le bétail est considérable et s'accompagne d'un biais sexospécifique: les ménages composés de femmes et d'enfants perdent généralement leur bétail, compromettant ainsi la sécurité alimentaire des membres survivants. Mais même les ménages pauvres dont le chef est un homme perdent une partie de leur bétail lors du décès de l'épouse. Au Zimbabwe, selon un rapport publié en 1998, la production agricole communale (principalement sous forme d'agriculture de subsistance) a chuté de 50% au cours des cinq dernières années, dans une large mesure, mais pas entièrement à cause

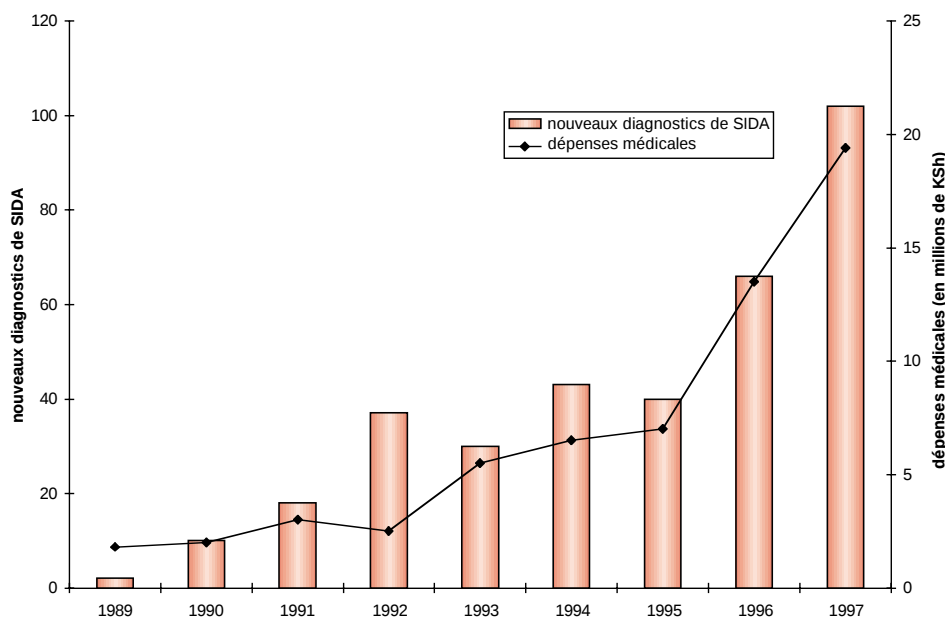
de l'épidémie de SIDA. La production de maïs a enregistré une baisse de 54% des quantités récoltées et une baisse de 61% de plus de la production commercialisée. Le nombre d'hectares en coton a baissé d'environ 34% et la production commercialisée a baissé de 47% de plus. La production d'arachides et de tournesols est tombée de 40%. Le Service de diffusion d'informations sur le SIDA en Afrique australe (SAfAIDS), une organisation non gouvernementale s'occupant du SIDA au Zimbabwe, a averti qu'une crise alimentaire pourrait survenir au Zimbabwe au cours des 20 prochaines années, à mesure que le nombre de personnes en âge de produire diminue et que les surfaces cultivées diminuent en conséquence.

Résultats financiers: le VIH fait du tort au monde des affaires

Connaissant la proportion des adultes infectés par le VIH et qui meurent de maladies associées en Afrique, il est inévitable que le secteur des affaires, tout comme les familles, les écoles et les autres domaines, en ressentent les conséquences. Pourtant un grand nombre d'entreprises (tout comme les gouvernements d'ailleurs) ont négligé les premiers avertissements et n'ont pris aucune mesure contre le VIH avant que la maladie et les décès soient trop répandus pour rester ignorés. Il a fallu du temps pour convaincre les hommes d'affaires, quand bien même l'expérience a montré que c'est en l'introduisant tout au début, avant que le virus se soit implanté et que la population infectée devienne trop importante, que la prévention du VIH est la plus efficace. Des entretiens organisés dans des entreprises de mécanique et de construction à Gaborone, Botswana, ont rencontré bien des résistances à l'idée d'appliquer des mesures de prévention et de planification liées au VIH alors même que l'on estimait en 1998 que 39% des personnes de cette ville en âge de travailler étaient infectées.

Certaines entreprises en Afrique ont déjà ressenti l'effet du VIH sur leurs résultats financiers. Les directeurs d'un domaine sucrier ont déclaré qu'ils avaient plusieurs manières de calculer les coûts de l'infection à VIH: l'absentéisme (8000 jours de travail perdus pour maladie entre 1995 et 1997), une baisse de la productivité (une chute de 50% dans la proportion de sucre extraite de la canne entre 1993 et 1997) et une augmentation des coûts des heures supplémentaires à payer aux employés qui travaillent plus longtemps pour remplacer leurs collègues malades. Dans la même entreprise, les coûts directs en espèces liés à l'infection à VIH ont également augmentés de manière spectaculaire: les dépenses d'obsèques ont quintuplé entre 1989 et 1997, alors que les coûts de la santé ont plus que décuplé au cours de la même période pour atteindre 19,4 millions de shillings du Kenya (US\$ 325 000) en 1997. La compagnie estime que trois quarts au moins de toutes les maladies sont liées à l'infection à VIH. En fait la maladie et le décès ont passé de la dernière à la première place des raisons pour lesquelles les individus quittent une entreprise, alors que la retraite pour raison d'âge a passé de la première cause de départ des employés dans les années 1980 à 2% à peine en 1997. La Figure 12 montre l'augmentation massive des dépenses de santé et des nouveaux cas de SIDA enregistrée dans une autre entreprise agricole du Kenya.

Figure 12. Nouveaux diagnostics de cas de SIDA et dépenses médicales dans une plantation du Kenya, de 1989 à 1997



Source: Rugalema et al., *HIV/AIDS and the commercial agricultural sector of Kenya*, PNUD/FAO, 1999.

Encadré 5. Le SIDA sur le lieu de travail: la réaction du monde des affaires

Au Brésil, Volkswagen, qui emploie 30 000 personnes, a très rapidement évalué l'impact potentiel du VIH. Dès 1996, la compagnie avait réalisé que le SIDA entraînait des coûts élevés de traitement et que les employés subissaient de fréquentes interruptions de travail, des maladies précoces et avaient une espérance de vie écourtée. Elle a mis rapidement en place un Programme de prise en charge du SIDA comprenant les soins médicaux, le soutien clinique, l'information et l'installation d'automates à préservatifs. Volkswagen a en outre adopté un protocole technique détaillant le niveau d'assistance et des soins à fournir. Trois ans plus tard, les hospitalisations avaient chuté de 90% et les coûts liés au VIH/SIDA de 40%.

American International Insurance, la plus grande compagnie d'assurance de la Thaïlande, a entrepris ses activités en organisant une formation sur le VIH et le SIDA dans ses propres bureaux. En 1995, elle a lancé une campagne nationale de collecte de fonds «AIDSathon», qui par la suite a permis l'établissement, en coopération avec la Coalition des entreprises de Thaïlande sur le SIDA, de prestations d'assurance de groupe aux compagnies qui pouvaient prouver qu'elles disposaient de stratégies efficaces pour combattre le VIH et le SIDA.

En Inde, la compagnie Tata Iron and Steel, reconnaissant que la lutte contre l'épidémie ne pouvait pas être du ressort des seuls gouvernements, a élaboré sa propre politique sur le SIDA. Comme le dit la compagnie: «Tata Steel prendra des mesures pour prévenir l'inci-

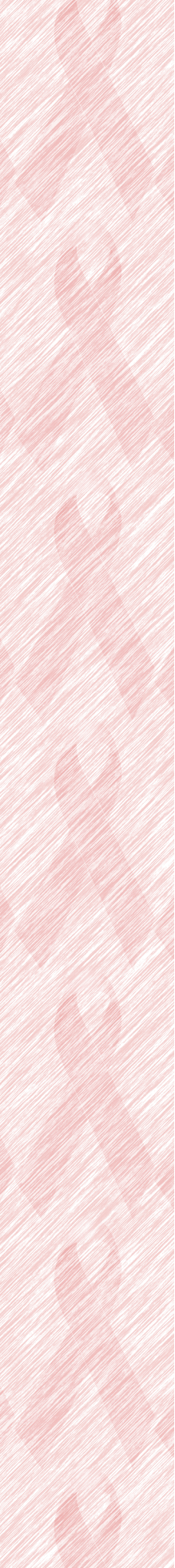


dence et la propagation du VIH/SIDA dans la société. Si besoin est, la compagnie prendra les dispositions qui s'imposent pour offrir un conseil et un appui médical aux personnes atteintes par le VIH/SIDA et à leurs familles.» Elle a donc créé un groupe composé de spécialistes en médecine, services communautaires et éducation. Elle a également ciblé ses programmes d'information et d'éducation sur les jeunes, les travailleurs migrants, les chauffeurs, l'armée et la police. «De ce fait, nos employés en profitent aussi.» Les activités de Tata portent aussi sur la promotion des médias, l'installation d'automates à préservatifs, la collaboration avec les organisations non gouvernementales, les programmes de formation et de sensibilisation à l'hôpital principal Tata, le conseil et l'assistance téléphonique.

Dans l'épidémie de VIH relativement récente du Botswana, le raz-de-marée des décès ne s'est pas encore produit. Reconnaisant qu'une augmentation massive de la morbidité et de la mortalité allait se produire (voir Figure 7, page 22), plusieurs entreprises se sont associées pour financer la Coalition des entreprises du Botswana sur le SIDA, dans le but de partager l'information concernant la prévention et les soins sur le lieu de travail et de se tenir au courant des questions juridiques et éthiques soulevées par l'épidémie. La Coalition collabore aussi étroitement avec le Gouvernement et les syndicats, afin de coordonner les approches stratégiques et les programmes de prévention du VIH sur le lieu de travail. Les services gouvernementaux de la médecine du travail offrent des cours aux compagnies qui souhaitent introduire la prévention du VIH dans leurs entreprises.

L'expérience a prouvé que les entreprises peuvent prendre des mesures efficaces pour agir contre l'épidémie (voir encadré ci-dessus). Une étude, conduite dans 40 usines du Zimbabwe, a montré que des efforts de prévention intensifiés peuvent réduire la transmission du VIH (et les coûts qui lui seraient associés dans l'avenir), par rapport aux compagnies dont les programmes de prévention sont moins énergiques. Dans les 40 usines, une information sur le VIH était offerte aux ouvriers, ainsi que des services de test et de conseil volontaires. Dans la moitié des usines, les ouvriers pouvaient aussi s'entretenir en privé avec des éducateurs pour les pairs; ces derniers sont des employés qui ont été spécialement formés pour aborder la question de la prévention du VIH avec leurs collègues, pour distribuer des préservatifs et donner des informations sur les infections sexuellement transmissibles et sur les lieux de traitement. Malheureusement, le nombre de nouvelles infections à VIH a en fait augmenté au cours des deux ans qu'a duré l'étude dans les deux groupes d'usines et dans tous les groupes d'âge. Mais dans les usines qui disposaient d'éducateurs pour les pairs, l'augmentation a été de 34% inférieure à celle du premier groupe. Ce résultat encourageant a coûté environ US\$ 6 par employé, soit moins qu'un bleu de travail.

Lorsqu'elles ne sont pas soignées, la syphilis, la blennorragie et les autres infections sexuellement transmissibles augmentent le risque de contracter et de transmettre le VIH (voir pages 71-72), c'est pourquoi les entreprises ont intérêt à s'assurer que ces infections sont soignées rapidement et efficacement. Un grand nombre de compagnies ont leurs propres dispensaires qui soignent gratuitement les employés. Les entreprises qui estiment que cette option est trop coûteuse devraient méditer les résultats d'une enquête dans une firme du Botswana qui a montré que les ouvriers perdaient plusieurs heures à attendre dans les dispensaires gouvernementaux qui offrent un traitement gratuit. La perte cumulée de productivité a probablement coûté davantage à l'entreprise que ne l'aurait fait la fourniture d'un traitement sur place.



Certaines études suggèrent en fait que la fourniture de services à la communauté élargie peut avoir autant d'effet sur la santé des employés que la fourniture de ces services aux seuls employés. En Afrique du Sud, un service de traitement des infections sexuellement transmissibles parrainé par une entreprise minière pour soigner les prostituées établies dans les environs a entraîné une diminution importante du nombre des infections chez les mineurs eux-mêmes. Au cours de la même période, les infections sexuellement transmissibles ont augmenté chez les mineurs d'une autre communauté minière ne disposant pas de tels services de prévention.

Par leurs politiques, les gouvernements peuvent encourager les entreprises du secteur privé à investir dans la prévention du VIH sur le lieu de travail, en consentant par exemple un abattement fiscal aux compagnies qui ont des programmes de prévention énergiques. Certaines agences pour le développement exigent maintenant une évaluation de l'impact du SIDA pour chaque projet de développement, et certains gouvernements, par exemple celui du Botswana, envisagent de faire de la prévention du SIDA sur le lieu de travail une obligation pour toutes les soumissions importantes.

Quelles sont les causes de la vulnérabilité ?

Les individus ne vivent pas dans l'isolement et ne prennent pas leurs décisions dans le vide. Au début des années 1990, après s'être orientés pendant des années sur les choix personnels concernant les modes de vie, les programmes de prévention du SIDA se sont penchés avec un nouvel intérêt sur le contexte social et économique entourant la vie des individus – le contexte qui façonne le comportement en matière de sexualité et de drogues.

Il existe en grand nombre des facteurs et des forces qui limitent l'autonomie des individus et les laissent particulièrement vulnérables à l'infection à VIH ou exposés à des souffrances inutiles lorsqu'ils sont infectés. L'intolérance à l'égard des minorités raciales, religieuses ou sexuelles; la discrimination envers les personnes dont on connaît ou soupçonne l'infection à VIH; la faiblesse du statut de la femme; l'abus de pouvoir dont font preuve des individus plus riches ou plus âgés; la pénurie de centres de conseil et de dépistage VIH; le manque de soins et de soutien pour les personnes infectées ou touchées; la pauvreté ou le trafic qui mènent à la prostitution; la violence domestique et le viol; les conflits militaires et le travail migrant qui séparent les familles – la liste est longue et varie d'un endroit à un autre. La reconnaissance des facteurs qui sont le moteur de l'épidémie de VIH a provoqué la mise en place de nouveaux programmes destinés à réduire la vulnérabilité – dans les domaines civil, politique, économique, social et culturel – et à agir en synergie avec les méthodes plus traditionnelles de prévention visant à réduire les comportements à risque.

Il est plus facile de comprendre les nombreux facteurs de vulnérabilité – qui sont les causes fondamentales de l'épidémie – s'ils sont placés dans le contexte des principes universels des droits de la personne. La vulnérabilité face au SIDA est souvent engendrée par un manque de respect pour les droits de la femme et de l'enfant, le droit à l'information et à l'éducation, la liberté d'expression et d'association, les droits à la liberté, à la sécurité, à l'absence de traitement inhumain ou dégradant, et le droit à l'intimité et à la confidentialité. Lorsque ces droits sont bafoués, les personnes exposées à l'infection par le VIH peuvent être dissuadées ou découragées d'obtenir l'information, les biens et les services nécessaires à leur protection. Lorsque les personnes atteintes du SIDA risquent le rejet et la discrimination, ceux qui pensent être séropositifs éviteront de faire le test et de prendre des mesures de protection avec leurs partenaires, de peur de révéler leur infection; ils éviteront même de s'adresser aux services de santé. La promotion des droits de la personne et de la tolérance, importante en elle-même, l'est aussi pour la lutte contre le SIDA.

Paradoxalement, certaines caractéristiques d'ordinaire positives peuvent aussi contribuer à alimenter l'épidémie de VIH dans un pays, par exemple un bon réseau routier qui permet aux habitants des zones de faible et de forte prévalences de se déplacer et de se mélanger facilement. Il est important d'anticiper ces effets imprévus afin d'en tenir pleinement compte dans les plans nationaux de développement et de prévention du SIDA.



La peur, la stigmatisation et les conduites de refus: un cercle vicieux

Les premiers cris d'alarme concernant la menace croissante que fait peser le VIH et le SIDA remontent au début et au milieu des années 1980. Mais bien des gens, membres des communautés touchées ou responsables d'organisations mondiales, ne les ont pas pris au sérieux. Dans certains cas, le déni a été délibéré. Les gens refusaient tout simplement d'admettre qu'une maladie mortelle transmise par des comportements catalogués comme «immoraux» pourrait se répandre dans leur communauté ou dans leur pays.

D'autres caractéristiques uniques au SIDA sont des alliées du déni. Les comportements qui permettent au SIDA de se répandre se passent en privé. Il peut y avoir un décalage d'une décennie ou davantage entre l'infection et les premiers signes visibles de la maladie. Le VIH ne provoque pas une maladie mortelle unique; au contraire, les personnes dont le système immunitaire a été affaibli par le virus deviennent la proie d'infections et de maladies qui peuvent paraître familières dans la communauté. En d'autres termes, ceux qui refusent d'accepter la réalité ou la gravité du SIDA trouveront facilement toutes sortes de moyens pour ne pas admettre que la situation est aussi grave que le suggèrent les données de surveillance.

Un pays où prospèrent ces conduites de refus est un pays dont les citoyens sont exposés à la propagation silencieuse du VIH. Avant que des personnalités politiques et des leaders respectés de la communauté ne s'expriment et rompent le silence, il y a peu d'espoir de lancer une action élargie vigoureuse contre l'épidémie (voir pages 108-109). Par bonheur, au cours de l'année écoulée, d'importants progrès ont été accomplis au niveau le plus élevé du leadership politique (voir encadré ci-après).

Encadré 6. Rompre le silence en Afrique

Il y a près d'une décennie, la chape de silence érigée par les responsables politiques autour du sujet alarmant du SIDA en Afrique a commencé à s'effriter. A ce moment-là, le président ougandais Yoweri Museveni, confronté à la montée de la maladie et de la mort dans son pays, a abandonné son opposition de longue date au préservatif et s'est mis à parler ouvertement du SIDA. L'action qui a suivi sur le plan national a contribué à réduire fortement la prévalence de l'infection à VIH dans le pays (voir pages 9-10).

Au Mozambique l'an dernier, le public a mieux pris conscience de l'existence du SIDA et du danger qu'il représente lors d'un événement qui a électrisé le pays: on a appris que Boaventura Machel, le frère du héros de l'indépendance et premier président du Mozambique, était mort du SIDA. A Blantyre, le président du Malawi, Bakili Muluzi, a invité un large échantillon de la société, dont des militaires, des écoliers, des prostituées et des personnes infectées par le VIH, au lancement d'un nouveau plan quinquennal de lutte contre le SIDA.

Un appel à l'ouverture avait déjà été lancé par le président sud-africain Thabo Mbeki. «En tant que nation, nous avons trop longtemps fermé les yeux, espérant que la réalité n'était pas aussi irréfutable,» a déclaré M. Mbeki, alors vice-président, aux Sud-Africains en 1998.



«Pendant de longues années, nous avons laissé le virus VIH se répandre...[et maintenant] nous sommes confrontés à la possibilité de voir la moitié de notre jeunesse ne pas atteindre l'âge adulte. Leur éducation sera perdue. L'économie va reculer. On comptera en grands nombres des malades que les bien-portants ne seront pas en mesure de prendre en charge. Nos rêves en tant que peuple seront brisés.»

La fin du millénaire a donné à d'autres leaders africains l'occasion de prendre position, et ils l'ont fait. Au Botswana, le président nouvellement élu Festus Mogae a déclaré que son mandat de cinq ans serait consacré à la lutte contre les problèmes prioritaires du pays: le chômage massif, la pauvreté et la propagation du SIDA.

Le Kenya n'est pas en reste. Après s'être longtemps opposé à l'utilisation du préservatif, le président Daniel arap Moi a complètement changé de position lors de son discours de Nouvel An. «Tout ce qui peut être dit ou fait pour interrompre la progression de la maladie doit être dit ou fait,» a-t-il déclaré. Le président de la République-Unie de Tanzanie, Benjamin Mkapa, lui a fait écho dans son discours du millénaire. «Nous devons déclarer ouvertement la guerre à cette maladie meurtrière. N'hésitons pas à en parler et à rechercher les moyens de résoudre le problème,» a-t-il affirmé.

Plus récemment encore, le président du Nigéria, Olusegun Obasanjo, a déclaré lors de l'installation du Comité du programme national d'action sur le VIH/SIDA: «Nous sommes déterminés à ne pas laisser notre pays être envahi par le VIH/SIDA.» Il dirigera lui-même ce comité de haut niveau, qui sera composé du vice-président et des ministres de la santé, de l'éducation, de l'information, de la défense, de la culture, des affaires féminines et du développement de la jeunesse.

Le fait que le SIDA, et plus particulièrement le SIDA en Afrique, ait été choisi comme thème de la réunion du Conseil de sécurité des Nations Unies en janvier 2000 est une preuve supplémentaire de la place centrale qu'il occupe dans l'ordre du jour politique de la planète. Le vice-président des Etats-Unis, Al Gore, qui présidait cette réunion, a déclaré que les gouvernements devaient considérer l'épidémie comme une menace pour la paix et la sécurité sur le continent. Kofi Annan, Secrétaire général des Nations Unies, a déclaré au Conseil que «l'impact du SIDA est non moins destructeur que la guerre elle-même, et d'une certaine manière, il est beaucoup plus grave.»

Un nombre toujours croissant de politiciens font donc face à la réalité du SIDA dans leurs déclarations publiques et affirment leur intention de faire tout ce qui est possible pour réduire la propagation et l'impact de l'épidémie. Comme les leaders de l'Afrique et du reste du monde le savent, les mots sont un bon début, mais par eux-mêmes, ils n'auront aucune incidence sur le cours de l'épidémie. Ils doivent être accompagnés des budgets et des actions nécessaires.

Pourtant, trop souvent encore, l'homme de la rue refuse toujours d'admettre l'importance du SIDA pour sa propre vie, en raison de la honte et de la crainte qui entourent cette maladie mortelle sexuellement transmissible et de la discrimination à laquelle sont soumis ceux qui sont touchés. Les individus qui sont séropositifs ou dont on pense qu'ils sont infectés par le VIH risquent d'être rejetés par les personnels de santé, de se voir refuser des emplois, un logement, une assurance ou l'entrée dans des pays étrangers, ou d'être chassés par leur conjoint ou leur famille et même assassinés.

Il n'est donc pas surprenant que la vaste majorité des personnes qui soupçonnent ou savent qu'elles sont infectées ne souhaitent pas révéler publiquement leur statut sérologique. Sans

soutien pour partager cette nouvelle, la plupart des gens éviteront d'en parler avec leur conjoint ou avec leur partenaire. Les familles protègent les êtres qui leur sont chers des révélations pendant leur maladie et même après leur décès, et ceux qui s'occupent des malades du SIDA s'associent à cette conspiration du silence. Dans une ville d'Afrique du Sud où la prévalence de l'infection à VIH est forte, un hôpital organise un cours de formation à l'intention des prestataires de soins à domicile pour les mourants dans lequel le mot «SIDA» n'est jamais prononcé.

Il n'est pas difficile d'imaginer que ce mur de silence entrave la prévention comme la prise en charge. Si les individus redoutent tellement de reconnaître ou même de découvrir qu'ils sont infectés, ils perdront des occasions précieuses de prévenir ou de soigner les maladies qui accompagnent l'infection (voir pages 105-106). Si les couples sont incapables de parler des risques auxquels l'un ou l'autre pourrait avoir été exposé, il est difficile pour les deux partenaires de soulever la question du préservatif ou du test VIH comme moyen d'éviter de transmettre le virus au partenaire ou à un enfant.

La honte qui entoure le SIDA peut se transmettre à la génération suivante et place un fardeau supplémentaire sur les épaules des orphelins et des autres survivants. Dans l'île de Rusinga, au Kenya, communauté durement touchée, lorsque les enfants dont les parents étaient morts du SIDA étaient questionnés sur la cause de leur décès, la réponse la plus courante était la sorcellerie ou la malédiction. Ils ont fréquemment donné des explications détaillées concernant la nature de cette malédiction, mais aucun d'entre eux n'a parlé du SIDA.

Ce refus de reconnaître la cause du décès n'est pas dû à l'ignorance. Comme le montre la Figure 13, ces enfants étaient tous plus ou moins bien informés sur le SIDA. Beaucoup d'entre eux étaient même prêts à reconnaître que le SIDA avait tué un grand nombre de personnes dans leur communauté. Mais plus les questions devenaient personnelles, moins ils étaient prêts à reconnaître que la maladie avait eu un effet sur leur propre famille. Aucun des 72 orphelins du SIDA participant à l'étude n'a admis que ses parents étaient morts du SIDA.

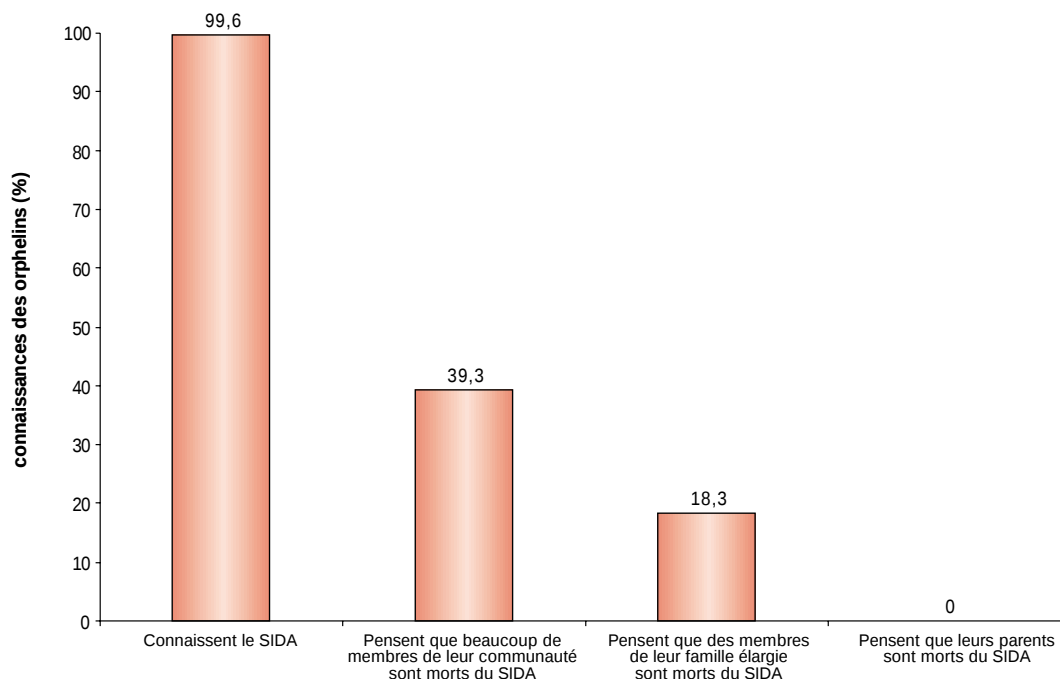


Mal informés, donc vulnérables

Au cours de la dernière décennie, des progrès extraordinaires ont été faits pour communiquer à la population les informations de base sur le VIH: comment il est transmis et comment on peut s'en protéger. Un pourcentage remarquablement élevé de gens de tous les âges et sur tous les continents savent ce que sont le VIH et le SIDA et la plupart d'entre eux sont en mesure d'énumérer les notions de base concernant la transmission et la prévention de l'infection à VIH.

Et pourtant, malgré ces niveaux généralement élevés de connaissance, des millions de personnes de par le monde demeurent vulnérables au VIH car ils ignorent les faits essentiels. Des foyers d'ignorance et de désinformation survivent même dans les populations les plus touchées. Dans la ville sud-africaine de Carletonville, par exemple, 40% seulement des hommes et des femmes savaient qu'une personne peut vivre avec le virus pendant des années sans montrer de signe extérieur d'infection. Près d'un tiers des personnes interrogées étaient à tort convaincues que tous les séropositifs au VIH devaient montrer des symptômes d'infection, alors qu'un quart d'entre elles ne savaient pas à quoi s'attendre.

Figure 13. Connaissances et croyances relatives au SIDA parmi les orphelins du SIDA dans l'île de Rusinga, au Kenya



Source: T. Johnston et al. *Population Communication Africa, Kenya, 1999*

Encadré 7. Assistance téléphonique sur le SIDA pour réduire la vulnérabilité en Egypte

Un service d'assistance téléphonique et de conseil sur le SIDA, doté de personnel et de locaux fournis par le Ministère égyptien de la santé et financé par la Fondation Ford, a été créé en septembre 1996. Il est issu d'un premier essai de service de conseil par téléphone établi en Egypte au début des années 1990, pour offrir à la population un moyen d'aborder les questions de sexe et de sexualité dans une société dans laquelle les tabous culturels empêchent toute discussion publique de ces sujets. Assuré par des conseillers ayant suivi un programme de formation intensif de quatre semaines, le service a pour but d'apporter au grand public, y compris aux jeunes, une information exacte sur le SIDA et de fournir un conseil confidentiel et anonyme. Une équipe de conseillers qualifiés répond à tous les appels et les interlocuteurs peuvent choisir de parler à une femme ou à un homme.

L'évaluation du service a montré que plus de 50% des demandeurs ont entre 13 et 25 ans et que 70% sont célibataires. La plupart d'entre eux ont suivi une éducation secondaire ou universitaire. Moins de 20% sont des femmes. Des publicités pour le service figurent sur des tableaux d'affichage, dans les trains, les métros et les bus, ainsi que dans les journaux en langue arabe. Si à l'origine le projet était axé sur le Grand Caire, aujourd'hui les

—>

gens appellent depuis les zones rurales et même depuis d'autres pays où ces journaux sont distribués.

Entre septembre 1996 et mai 1998, 18 628 appels ont été enregistrés, soit une moyenne de près de 1000 appels par mois – un chiffre qui a dépassé toutes les attentes. L'anonymat du service semble avoir ouvert une voie essentielle vers des services d'information et de conseil qui seraient autrement restés inaccessibles. Grâce à l'assistance téléphonique, les gens peuvent discuter de questions telles que la sexualité, l'utilisation du préservatif, les rapports sexuels avant le mariage et l'homosexualité, qui sont rarement abordées en public. Au moment où elle a été évaluée, la ligne d'assistance téléphonique était le seul service de ce type sous l'égide d'un gouvernement au Moyen-Orient et doté de ressources suffisantes pour un fonctionnement efficace.

Le droit à l'information sur la transmission et la prévention du VIH a parfois été refusé aux jeunes sous prétexte qu'ils s'abstiennent – ou devraient s'abstenir – de tous rapports sexuels (pourtant la réalité de la sexualité des jeunes est autrement complexe – voir pages 56-59). Dans certaines régions, les jeunes sont donc plus vulnérables que leurs aînés car ils ont moins de possibilités d'en savoir assez sur le VIH pour se protéger. Un programme international d'enquêtes démographiques et sanitaires permet de comparer le degré de connaissance sur le VIH chez des adolescents dans plusieurs pays de l'Afrique subsaharienne. La Figure 14 montre la proportion des adolescents qui ne savent pas comment se protéger du VIH. Soit ils n'ont pas entendu parler du SIDA, soit ils pensent que l'on ne peut rien faire pour éviter le virus, soit encore ils estiment qu'il n'est pas inévitable, mais ne sont pas capables de citer un moyen de protection. Dans quatre pays où la prévalence du VIH chez l'adulte est supérieure à 10%, un cinquième ou plus des filles en fin d'adolescence n'ont pas les connaissances nécessaires pour se protéger du virus. Les garçons en savent systématiquement davantage que les filles, et ceci pourrait être une des raisons pour lesquelles ils ont des taux d'infection à VIH plus faibles (voir pages 9-10 et 48).

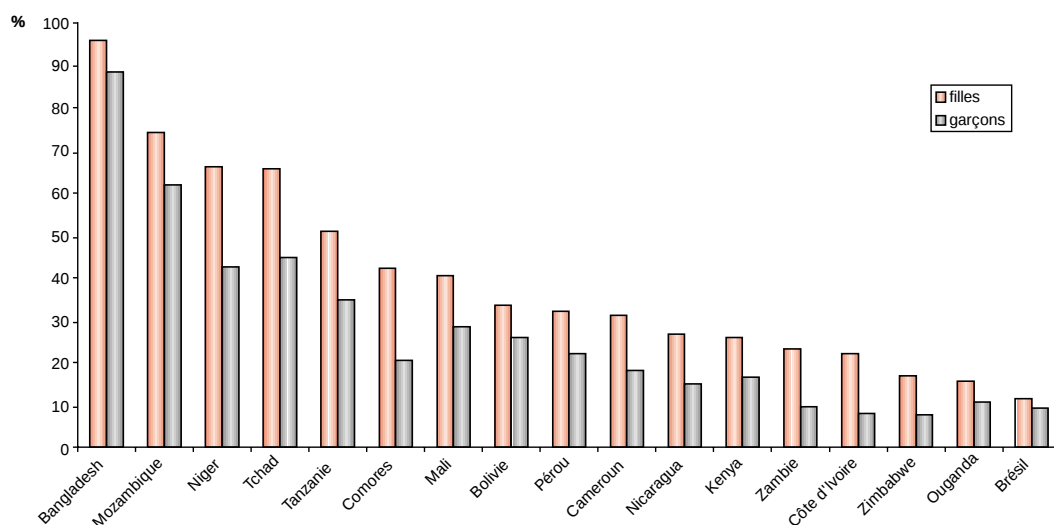


Le manque d'éducation, un handicap croissant

En général, les personnes dont le niveau d'éducation est plus élevé ont des vies plus saines et plus productives. Il y a plusieurs explications à cela: les personnes mieux instruites ont souvent un meilleur accès à l'information que celles qui sont illettrées ou peu instruites et la probabilité qu'elles prennent des décisions éclairées et fondées sur l'information acquise est plus grande. En outre, les personnes instruites ont généralement de meilleurs emplois et un accès plus facile à l'argent et aux ressources leur permettant de vivre plus sainement. Mais ces mêmes ressources permettent également d'adopter des comportements qui augmentent le risque de contracter l'infection, par exemple acheter de l'alcool, des drogues ou des rapports sexuels, ou déménager vers les zones urbaines où l'on trouve de meilleurs emplois, mais où les taux d'infection à VIH sont élevés. Dans le contexte de la prévention du VIH, l'éducation est-elle réellement un atout ?

Pour tenter d'établir des corrélations entre le comportement sexuel et l'éducation, l'ONUSIDA a analysé les résultats d'études réalisées principalement parmi les jeunes de 15 à 19 ans dans 17 pays africains et 4 pays d'Amérique latine. L'analyse a montré que, avec l'augmentation du

Figure 14. Pourcentage des garçons et des filles de 15 à 19 ans qui ne savent pas comment se protéger contre le SIDA, enquêtes en divers pays entre 1994 et 1998



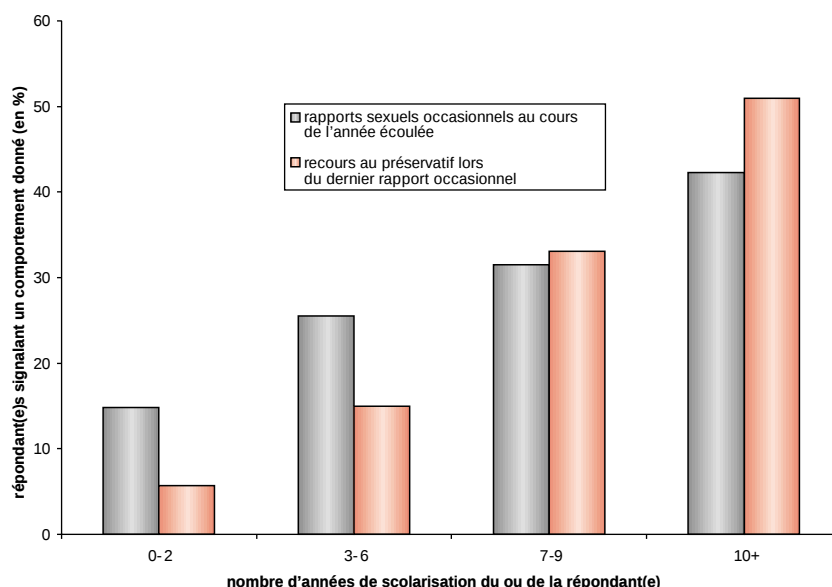
Source: Demographic and Health Surveys, Macro International, Etats-Unis d'Amérique; UNICEF

niveau d'éducation, certains types de comportement à risque deviennent plus fréquents alors que d'autres le deviennent moins. Les filles mieux instruites ont tendance à s'engager plus tardivement dans la vie sexuelle: la proportion des filles ayant une expérience sexuelle à l'âge de 18 ans était plus faible de 24% parmi celles qui avaient bénéficié d'une éducation secondaire que parmi celles qui n'avaient suivi que l'école primaire. Mais c'est l'inverse chez les garçons dans de nombreux pays. Autre mode de risque observé dans les deux sexes, les individus mieux instruits tendent généralement à avoir davantage de partenaires occasionnels.

D'autre part, les personnes ayant davantage d'éducation ont une bien meilleure probabilité de se protéger en utilisant le préservatif lors de rapports sexuels occasionnels. Une augmentation de quelques années de scolarité seulement se traduit par un accroissement de l'utilisation du préservatif, en particulier chez les filles. La Figure 15 illustre ce phénomène relevé dans une étude portant sur plus de 5000 hommes et femmes au Mozambique.

Si toutes les études analysées par l'ONUSIDA ont montré une plus grande utilisation du préservatif chez les personnes mieux instruites, certaines inversions inattendues des risques ont été observées dans les pays où le taux de prévalence du VIH est de 8% ou plus. En Ouganda et en Zambie, par exemple, plus les garçons avaient reçu d'éducation, plus la probabilité qu'ils soient vierges à l'âge de 18 ans était grande. Dans ces mêmes pays ainsi qu'au Kenya et au Malawi, l'éducation n'augmentait pas la probabilité que les hommes aient des partenaires occasionnels. Au Zimbabwe, plus les femmes avaient eu d'éducation, moins elles avaient des rapports sexuels occasionnels. Ces résultats suggèrent que les personnes mieux instruites dans les pays les plus touchés par l'épidémie du SIDA pourraient bien se tourner vers des comportements plus sûrs. Si cela est vrai, les implications pour l'avenir de l'épidémie sont encourageantes.

Figure 15. Mozambique: Rapports sexuels occasionnels et recours au préservatif, par niveau d'éducation

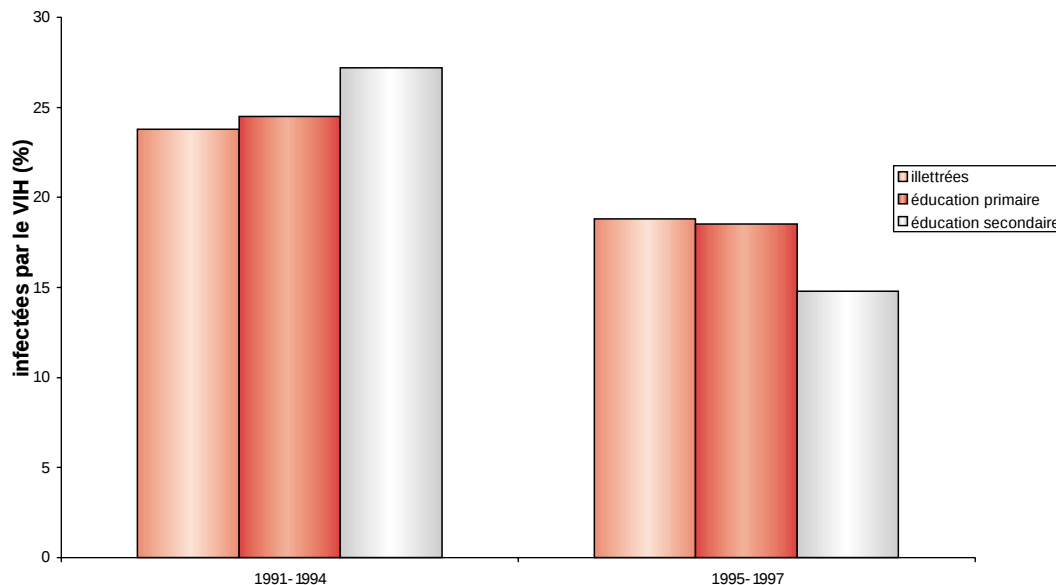


Source: S. Agha et al. *The promotion of safer sex among high-risk individuals in Mozambique*. Population Services International, Etats-Unis d'Amérique, 1999

L'analyse de l'ONUSIDA ne tient pas compte du contenu des programmes scolaires pour ce qui est des compétences essentielles et du VIH. Des études rigoureusement conçues pour évaluer l'effet des programmes d'éducation sexuelle à l'école sur le comportement sexuel et l'exposition au VIH sont actuellement en cours dans plusieurs pays africains. Mais l'expérience a déjà montré que lorsque les programmes de prévention du SIDA comportent une importante composante scolaire de sensibilisation et de formation aux compétences, l'instruction peut encourager des comportements sans risque. En Ouganda, comme le montre la Figure 16, si la prévalence de l'infection à VIH parmi les jeunes femmes enceintes a augmenté avec le niveau d'éducation dans les premières années de l'épidémie, la tendance a été inversée dans les années qui ont suivi. Une baisse des taux d'infection à VIH a été observée chez les jeunes femmes de tous les niveaux d'éducation, mais c'est dans le groupe le mieux instruit que la baisse s'est révélée la plus spectaculaire. Parmi les jeunes femmes ayant eu une éducation secondaire, le taux d'infection en 1995-1997 correspond pratiquement à la moitié du taux enregistré au début des années 1990.

Une chose est certaine: l'éducation et l'information sont des droits fondamentaux de la personne. Lorsque les enfants et les jeunes sont privés de l'information, de l'éducation et des compétences essentielles pour faire face au VIH – que ce soit pour des raisons religieuses, sociales ou de préférence culturelle – leur pouvoir de réduire leur propre risque d'infection est d'autant plus faible.

Figure 16. Taux de prévalence de l'infection à VIH parmi les femmes enceintes de 15-24 ans en Ouganda, par niveau d'éducation



Source: Killian et al. *AIDS* 1999, 13: 391-398



Hommes et femmes en marge

Dans tous les pays, on trouve des groupes de personnes repoussées en marge de la société, bien qu'ils ne soient pas les mêmes partout. Mais ces groupes marginalisés ont une caractéristique en commun: leur vulnérabilité accrue au VIH. Les individus qui montrent des comportements que la société réprouve ont moins de chances d'être pris en compte ou même reconnus par les décideurs, qui ne souhaitent pas gaspiller leur capital politique et financier dans des programmes de lutte contre le SIDA à leur intention. Même lorsqu'il existe des services de prévention et de soins qui leur sont destinés, les individus dont les pratiques ne sont pas conformes à la loi – ou dont la présence dans le pays est illégale – peuvent craindre le risque d'être repérés en y participant.

Que ces personnes soient des immigrants illégaux, des consommateurs de drogues, des professionnel(le)s du sexe ou des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, leur vulnérabilité est proportionnelle au manque d'information et de services dont ils disposent et à leur marge de manœuvre limitée.

Pour réduire cette vulnérabilité, il peut être utile d'encourager la participation des organisations non gouvernementales, dont la crédibilité auprès de certains groupes est meilleure et qui sont mieux à même d'y avoir accès. Par exemple, dans les pays où les rapports sexuels entre hommes sont stigmatisés, les organisations communautaires regroupant ces hommes ont été particulièrement actives dans la prévention comme dans la prise en charge du SIDA et dans certaines régions, elles bénéficient d'un soutien gouvernemental croissant (voir pages 67-68).

Dans d'autres pays, les gouvernements, pragmatiques, ont organisé des campagnes de prévention du SIDA à l'intention des détenus, des consommateurs de drogues ou des professionnel(le)s du sexe et de leurs clients. La Thaïlande en est un bon exemple, avec sa campagne «du préservatif à 100%» dans le commerce du sexe, mais les résultats obtenus par le Cambodge montrent que les pays économiquement faibles peuvent également réduire efficacement la vulnérabilité.

Le Cambodge, l'un des pays les plus pauvres de l'Asie du Sud-Est et celui dont le taux d'infection à VIH chez l'adulte est le plus élevé, est confronté à une foule de problèmes de développement, maintenant qu'il sort de plusieurs décennies de guerre et de troubles politiques. Lorsque les premières tentatives de surveillance de l'infection à VIH ont montré que la prévalence parmi les professionnel(le)s du sexe avait déjà atteint 40%, que les hommes qui étaient des clients fréquents étaient également fortement infectés et qu'ils transmettaient l'infection à leurs épouses, le Gouvernement a mis la prévention du VIH en tête de ses priorités. Un système de surveillance des comportements a été mis en place afin d'identifier les comportements à risque, préparer une action et suivre les progrès accomplis.

Le système de surveillance, qui couvre les cinq centres urbains importants du Cambodge, a révélé que les visites aux prostituées étaient la norme pour les hommes de certaines catégories professionnelles, notamment les militaires, les policiers et les chauffeurs de taxi-motos, qui sont tous relativement mobiles, ont de l'argent et sont souvent mariés. Et pourtant, l'utilisation du préservatif était rare. Les professionnel(le)s du sexe n'ayant souvent pas l'autorité nécessaire pour insister sur l'utilisation du préservatif, il était essentiel de collaborer avec leurs clients pour réduire leur vulnérabilité. En 1998, une campagne pilote «du préservatif à 100%» a été lancée dans la ville portuaire de Sihanoukville. S'inspirant de l'action fructueuse de la Thaïlande, mais adaptée à la situation locale, la campagne a suivi une approche pragmatique du commerce du sexe, qui est illégal, mais largement répandu au Cambodge. Les responsables de la santé publique se sont assuré le concours des autorités locales afin de promouvoir l'utilisation du préservatif dans toutes les situations à risque, collaborant avec les patrons des maisons de passe et les prostituées ainsi qu'avec les clients. Parallèlement, des services renforcés de soins de santé – y compris la prise en charge des infections sexuellement transmissibles – ont été mis à la disposition des professionnel(le)s du sexe et des campagnes d'information du public ont été organisées pour aider la population à comprendre que les rapports sexuels non protégés comportaient un risque d'infection à VIH.

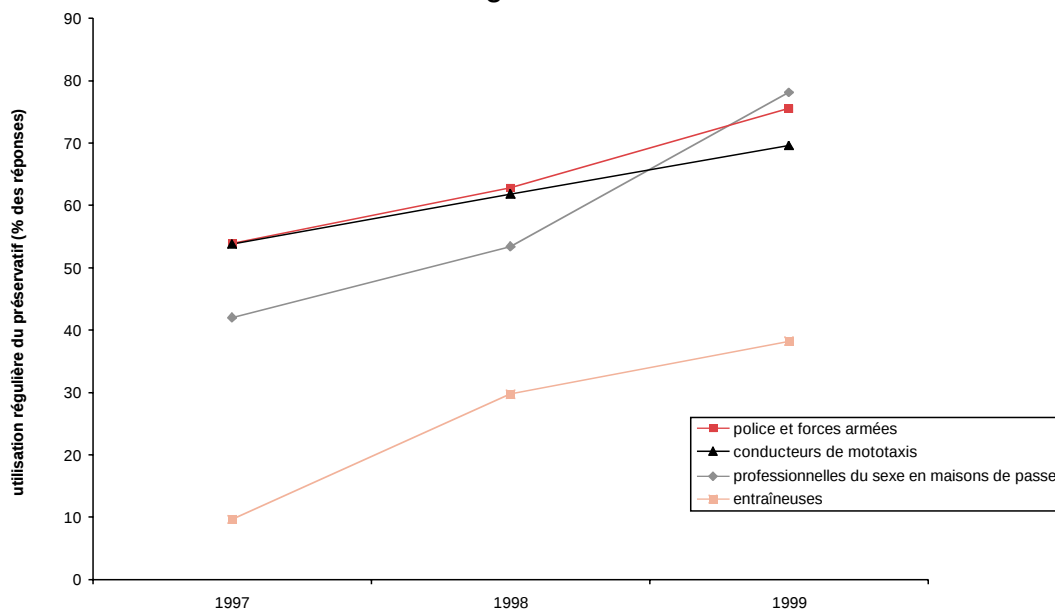
Comme le montre la Figure 17, les hommes déclarent maintenant beaucoup plus souvent qu'ils utilisent un préservatif dans les rapports sexuels rémunérés. Il en va de même pour les prostituées dans les maisons de passe. En 1997, deux cinquièmes d'entre elles seulement déclaraient utiliser un préservatif avec leurs clients, alors qu'en 1999, cette proportion était passée à près de quatre cinquièmes. En outre, les femmes recrutées pour faire la promotion de la bière déclaraient que l'utilisation du préservatif par les hommes qui les paient pour des rapports sexuels avait pratiquement quadruplé entre 1997 et 1999, passant de près de 10% à près de 40%. Ces déclarations sont corroborées par les ventes de préservatifs qui ont flambé au cours des mêmes années.



Adolescentes: bien des raisons d'être vulnérables

Par rapport aux hommes, les femmes de tous âges ont une probabilité plus forte d'être infectées par le VIH au cours d'un rapport sexuel vaginal non protégé. Cette vulnérabilité biolo-

Figure 17. Proportion des professionnelles du sexe et de leur clientèle qui ont toujours recours au préservatif lors de rapports rémunérés – Cambodge, entre 1997 et 1999



Source: Programme national cambodgien contre le SIDA ; Family Health International, 2000

gique est particulièrement marquée chez les adolescentes dont les voies génitales n'ont pas encore atteint leur maturité.

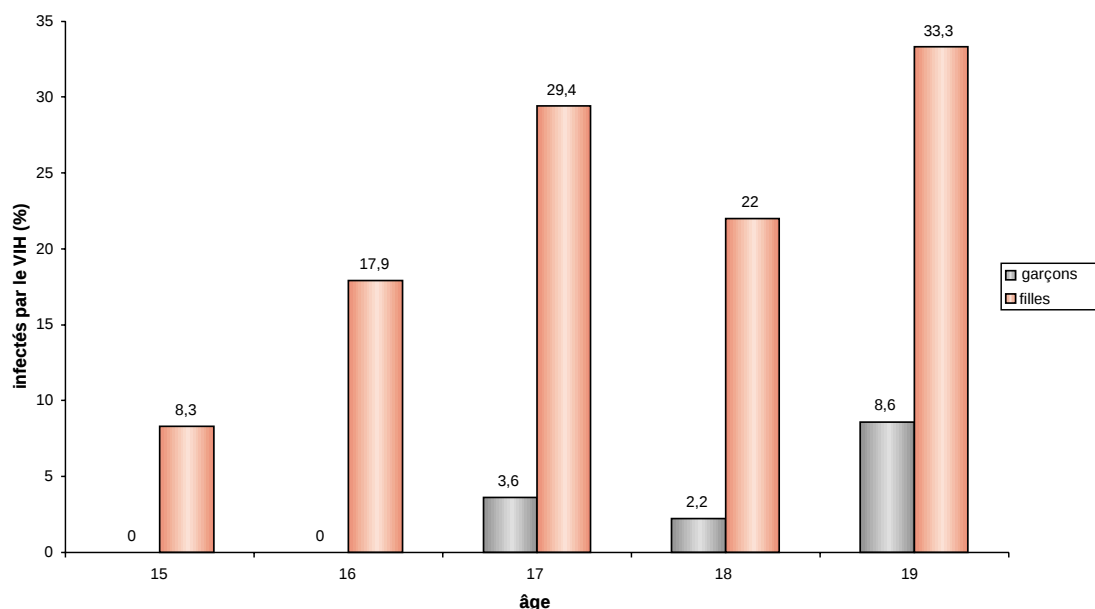
Facteur aggravant de cette vulnérabilité biologique, les femmes ont souvent un statut inférieur à celui des hommes dans la société en général, et dans les rapports sexuels en particulier. Une fois encore, cette vulnérabilité sexospécifique est particulièrement importante chez les jeunes filles.

C'est l'interaction des facteurs biologiques, culturels et économiques qui rend les jeunes filles particulièrement vulnérables à la transmission du VIH par la voie sexuelle. Si les filles comme les garçons ont des rapports sexuels consensuels, les filles ont une probabilité plus élevée de ne rien savoir du VIH (voir pages 40-42), y compris de leur propre vulnérabilité biologique à l'infection si leur vie sexuelle commence très précocement. Les filles risquent en outre davantage d'être forcées ou violées (voir pages 49-54) ou attirées vers une relation sexuelle par un homme plus âgé, plus fort ou plus riche. La domination sous laquelle elles sont maintenues n'est parfois qu'une question de force physique. Mais, il peut aussi s'agir de la pression sociale qui exige la déférence à l'égard des aînés. Parfois, les facteurs se combinent, comme c'est le cas avec les protecteurs âgés qui offrent aux écolières des cadeaux ou de l'argent pour payer l'école, en échange de faveurs sexuelles.

Une récente étude de l'infection à VIH et du comportement qui compare deux villes d'Afrique orientale où la prévalence de l'infection est élevée avec deux villes d'Afrique occidentale où la prévalence est plus faible, n'a pas révélé de différences marquantes dans la fréquence des rapports sexuels en dehors du mariage ou dans l'utilisation du préservatif. Pourtant, on a noté une importante différence dans la proportion des adolescentes entre 15 et 19 ans qui déclaraient avoir eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans – âge auquel pratiquement

aucune n'est mariée. Dans les régions où le VIH est répandu, une forte activité sexuelle au début de l'adolescence se traduit immanquablement par une forte prévalence du VIH parmi les jeunes filles. La Figure 18 présente la prévalence par année d'âge parmi les adolescentes de Kisumu, à l'ouest du Kenya. Plus d'un quart de ce groupe déclare avoir eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans et en fait, 1 adolescente sur 12 était déjà infectée au moment de son quinzième anniversaire. A l'évidence, ces jeunes filles se sont infectées au cours de leurs toutes premières expériences sexuelles.

Figure 18. Taux de prévalence de l'infection à VIH parmi les adolescents à Kisumu, au Kenya, selon l'âge



Source: *Programme national kenyan de lutte contre le SIDA; Population Council, 1999*

Le mélange des âges est l'autre facteur crucial qui fait grimper les taux de VIH chez les jeunes femmes. Si les partenaires sexuels des jeunes filles étaient exclusivement des garçons de leur âge, elles n'auraient que peu de risque d'être infectées; comme le montre la Figure 18, il n'y a que peu ou pas d'infection à VIH chez les garçons avant la fin de l'adolescence. Mais les filles ont aussi des relations sexuelles avec des hommes plus âgés – qui sont sexuellement actifs depuis de nombreuses années et tendent par conséquent à être beaucoup plus souvent infectés que les jeunes hommes.

Dans les zones rurales de la République-Unie de Tanzanie, 17% environ des adolescentes non mariées déclarent avoir eu des rapports sexuels avec des hommes de 10 ans plus âgés au moins. En Zambie, une étude à l'échelle nationale a montré que plus d'un quart des hommes qui avaient des relations extraconjugales, avaient des partenaires occasionnelles leur cadette d'au moins 10 ans. Ces hommes qui ont des rapports avec des femmes plus jeunes ont aussi parfois d'autres partenaires à haut risque. Selon une étude réalisée dans quatre villes africaines, par exemple, un tiers environ des clients des prostituées avaient aussi des relations sexuelles avec des adolescentes.

S'il existe bien des raisons culturelles et économiques à ce type de rapports entre générations, la crainte du VIH semble pousser certains hommes à rechercher des partenaires dont ils pensent qu'elles ont moins de risque d'être infectées – les jeunes filles. Dans ce cas, l'ironie – fatale – est double: les hommes qui ont peur de contracter le VIH sont peut-être eux-mêmes infectés sans le savoir. De plus, étant donné les taux élevés d'infection observés aujourd'hui chez les jeunes filles (voir Figure 18), il est bien imprudent d'imaginer que de jeunes partenaires seront indemnes.

Que l'initiation sexuelle soit consensuelle ou forcée, elle peut se produire à un âge très précoce, notamment dans des communautés marginalisées. Dans une enquête auprès de 1600 enfants et adolescents vivant dans quatre quartiers pauvres de la capitale zambienne Lusaka, plus d'un quart des enfants de 10 ans déclaraient avoir déjà eu des rapports sexuels et cette proportion monte à 60% chez les enfants âgés de 14 ans. En Afrique du Sud, 10% des participants à une étude dans six provinces ont déclaré que leur vie sexuelle avait commencé à l'âge de 11 ans et même avant. L'étude, commandée par le Département sud-africain de la santé, a recommandé l'introduction de l'éducation sexuelle vers l'âge de 12 ans, pour tenter de toucher la majorité des enfants avant qu'ils ne deviennent sexuellement actifs. Mais il semble évident qu'il faudra compléter l'éducation sur le SIDA et les compétences essentielles par une action vigoureuse contre les abus sexuels et le viol et par des campagnes visant à décourager les hommes plus âgés de rechercher des jeunes filles comme partenaires sexuelles.

Encadré 8. **Projet avec les jeunes filles vulnérables au Népal**

Au Népal, le Projet Maiti est destiné aux enfants et aux jeunes femmes qui sont soumis à l'exploitation et aux abus sexuels, y compris les jeunes filles qui risquent d'être vendues comme prostituées en Inde. Le projet a construit des camps dans les zones à haut risque, qui sont autant de refuges pour environ 30 jeunes filles arrachées aux trafiquants ou menacées d'être vendues. Les camps offrent une éducation et une formation professionnelle, ainsi qu'un soutien et un service de conseil. Le projet travaille en collaboration avec des collègues, des groupes locaux de pression, des chefs de villages, des médecins, des juristes et la police. Une évaluation indique que Maiti Népal évite chaque année à quelque 180 jeunes filles d'être vendues dans les maisons de passe de l'Inde. En outre, 105 personnes ont été emprisonnées grâce aux efforts consentis par le projet pour démasquer les trafiquants. En 1997 seulement, 60 jeunes filles ont été rapatriées de l'Inde et trois quarts d'entre elles ont pu retrouver leur famille. Le projet tient compte des problèmes auxquels les jeunes vulnérables doivent faire face chaque jour et intègre les besoins en matière d'asile, de nutrition, d'éducation, de soins de santé, de protection juridique et de réseaux de soutien des adultes.



Violence à l'égard des femmes

La violence à l'égard des jeunes filles et des femmes – en un sens le signe incontournable de la domination masculine – les rend vulnérables à l'infection par le VIH, et ceci de plusieurs manières, directes et indirectes.

Violence au foyer

La violence domestique limite le contrôle que peuvent avoir les femmes sur leur exposition au VIH. Il est évident que dans les situations où la violence est considérée comme une prérogative de l'homme, les femmes sont dans une piètre position pour parler avec leur mari de leurs relations extraconjugales, négocier l'utilisation du préservatif ou refuser les rapports sexuels. Une étude réalisée en Zambie a confirmé à quel point la soumission dans le mariage, souvent renforcée par la violence, peut compromettre la capacité des femmes à se protéger. Moins d'un quart des participantes à l'étude pensaient qu'une femme peut refuser les rapports sexuels avec son mari, même s'il est prouvé qu'il a été infidèle et qu'il est infecté. Et 11% seulement des femmes estimaient qu'une femme est en droit de demander à son mari d'utiliser un préservatif dans ces circonstances.

D'après un grand nombre d'études effectuées dans bien des pays et sur tous les continents, entre un tiers et la moitié des femmes mariées déclarent avoir été battues ou physiquement agressées par leurs partenaires. Du Cambodge à la bande de Gaza, du Chili à la Suisse, les recherches montrent que la violence dans le mariage ou dans des relations régulières est épouvantablement répandue. En Ouganda, 41% des hommes dans deux districts admettent qu'ils battent leurs partenaires.

Souvent, il n'y a pas loin de la violence physique à la contrainte sexuelle. Dans une vaste étude conduite dans l'Etat indien d'Uttar Pradesh, 17% des hommes déclarent battre, gifler, donner des coups de pieds ou mordre leurs épouses et 7% admettent utiliser la force pour les contraindre à avoir des rapports sexuels avec eux. Facteur aggravant pour les épouses, les hommes qui utilisent la force pour obtenir satisfaction à la maison ont une probabilité beaucoup plus forte que les autres de déclarer avoir des relations sexuelles extraconjugales et des infections sexuellement transmissibles.

Encadré 9. Le viol, arme de guerre

Les militaires peuvent avoir un impact important sur l'exposition de la population générale au VIH, soit par le commerce du sexe avec des civils, soit par le viol en période de conflit. Le viol, arme de guerre depuis des temps immémoriaux, est le plus souvent utilisé pour humilier et exercer une autorité sur le comportement des populations civiles ou pour affaiblir un ennemi en détruisant les liens familiaux et sociaux. Il peut se dérouler sous les yeux d'autres membres de la famille.

Au cours du siècle passé, des centaines de milliers de femmes ont été violées pendant les guerres. Selon la Fédération internationale pour la planification familiale, au cours des neuf mois qu'a duré la lutte du Bangladesh pour son indépendance en 1971, 250 000 femmes au moins ont été violées, dont 10% sont tombées enceintes de ce fait. En Asie du Sud-Est, le Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés a rapporté qu'en 1985, 39% des femmes vietnamiennes entre 11 et 40 ans fuyant leur pays dans des embarcations de fortune avaient été enlevées et/ou violées en mer. Sur un échantillon aléatoire de 20 réfugiés éthiopiens dans un camp de Somalie en 1986, 17 connaissaient une femme de leur village et 13 une femme de leur famille qui avaient été violées par la milice éthiopienne. Dans une lettre datée du 13 mars 2000, le rapporteur spécial des Nations Unies sur la violence à l'encontre des femmes a demandé que des enquêtes soient faites concernant des allégations de viols collectifs et d'assassinats de femmes et de jeunes filles de Sri Lanka perpétrés par des soldats. Et la liste est interminable.



Les femmes violées par des militaires ne subissent pas seulement des blessures physiques immédiates et un risque de grossesse, elles sont aussi exposées à un risque beaucoup plus élevé d'infection qu'elles ne le seraient au cours d'un autre rapport sexuel non protégé, non seulement parce que le viol entraîne des déchirures des tissus, qui aggravent encore le risque de contracter le VIH, mais parce que le violeur a un fort risque d'être infecté. Dans la plupart des pays, par exemple, les taux d'infections sexuellement transmissibles dans l'armée sont généralement deux à cinq fois plus élevés que ceux relevés dans des populations civiles comparables, même en temps de paix. En temps de guerre, ces chiffres augmentent considérablement.

Abus sexuels sur des femmes et des enfants

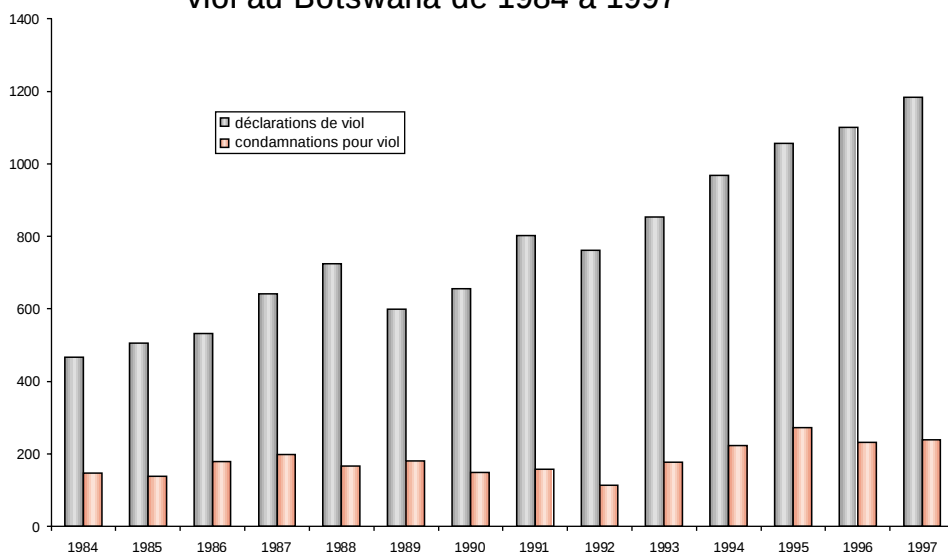
Le rapport entre violence et VIH est souvent indirect: la crainte de la violence rend plus difficile encore pour les femmes de refuser les rapports non protégés. Mais dans le cas de la violence sexuelle, la relation peut être très directe.

Tout comme la violence domestique, la violence sexuelle à l'égard des femmes est tristement répandue partout dans le monde, bien que les statistiques précises demeurent rares. Une étude dans un quartier pauvre de Nairobi, Kenya, montre que les femmes hésitent à dénoncer la violence sexuelle, même quand elle est courante dans la communauté. Environ 30% des femmes de plus de 18 ans déclarent avoir subi des abus sexuels, comme un cinquième des adolescentes, mais la grande majorité n'ont intenté aucune action. Un grand nombre d'entre elles disent être trop timides – certaines ayant été violées par un parent ou un ami de la famille; d'autres estiment qu'elles perdraient leur temps. Celles qui dénoncent un abus en souffrent parfois et sont rarement récompensées par l'arrestation de la personne en question. Sur 16 cas de viols dénoncés à la police et/ou au chef local au cours d'une période de six mois (y compris deux cas d'inceste et deux viols de mineures), une action n'a été intentée que dans cinq cas. Malheureusement, les rapports de police au Kenya tendent à inscrire la plupart des crimes de violence sous l'appellation «agression» et les tendances sont difficiles à suivre.

Au Botswana, où la tenue des registres est plus minutieuse, un examen des dossiers de la police et du tribunal montre une augmentation régulière du nombre des cas de viol dénoncés (voir Figure 19). Un grand nombre des victimes de viol sont très jeunes: plus de deux cinquièmes de tous les cas qui arrivent au tribunal concernent des jeunes filles de moins de 16 ans. En 1997, un cinquième à peine des cas dénoncés ont été suivis d'une condamnation et trois quarts des violeurs condamnés ont eu des sentences de quatre ans ou moins. Sous la pression des groupes de femmes et des militants des droits de la personne, le Botswana a changé ses lois sur le viol en 1998. La condamnation minimum pour les individus reconnus coupables de viol est maintenant de 10 ans et monte à 15 ans si le violeur se révèle infecté par le VIH. S'il est possible de prouver que le violeur se savait probablement infecté, la peine minimum est de 20 ans.

Le Botswana n'est pas le seul pays à prendre des mesures décisives face au nombre inacceptable des abus sexuels, particulièrement à l'encontre des jeunes filles. Le Zimbabwe, par exemple, a modifié son système judiciaire afin d'accroître la probabilité qu'un criminel soit poursuivi avec succès (voir encadré 10, page 53) tout en offrant aux enfants victimes d'abus des services tels que le Family Support Trust. Opérant à partir du principal hôpital de Harare, le Trust offre des soins médicaux et psychologiques gratuits aux jeunes filles (et plus rarement aux garçons) de moins de 16 ans qui ont été l'objet d'abus sexuels. En 1998, 77 enfants en moyenne se sont présentés chaque mois au dispensaire. D'ici à 1999, le dispensaire étant mieux connu, le nombre est passé à 94 enfants par mois, avec un maximum autour des périodes de fêtes.

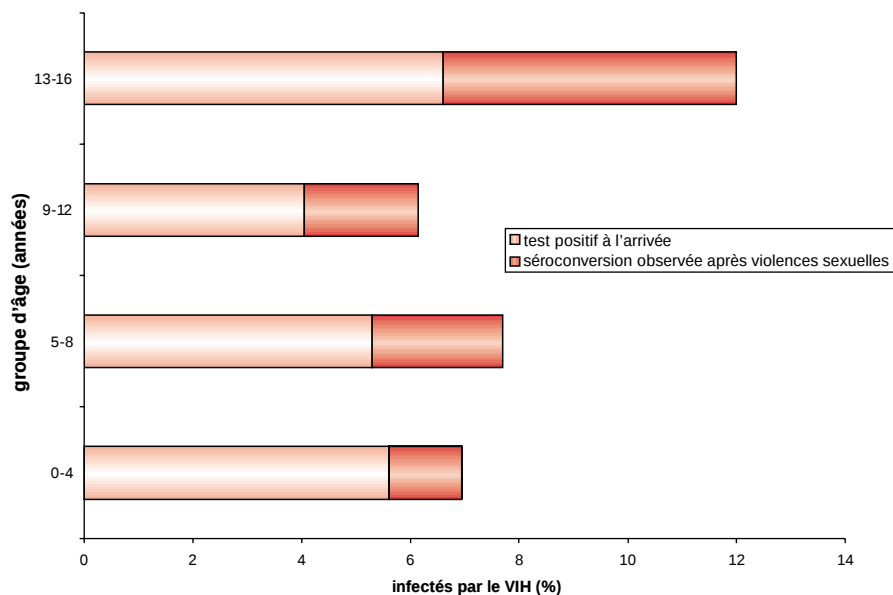
Figure 19. Nombre de déclarations de viol et de condamnations pour viol au Botswana de 1984 à 1997



Source: Association de femmes Emang Basadi, Botswana, 1998

Plus de la moitié des enfants reçus au cours des deux premières années de fonctionnement du dispensaire avaient moins de 12 ans et plus de 300 d'entre eux avaient moins de cinq ans, le plus jeune n'ayant que quelques mois. Pratiquement aucun d'entre eux n'a déclaré que la personne qui l'avait maltraité était un inconnu, bien que plusieurs des victimes aient été trop jeunes pour identifier leur agresseur.

Figure 20. Proportion d'enfants avec un test VIH positif dans une consultation pour violences sexuelles à Harare, au Zimbabwe, 1998-1999



Source: Family Support Trust, Zimbabwe, 1999

La Figure 20 montre que de nombreux enfants maltraités ne subissent pas seulement un traumatisme psychologique, mais contractent une infection qui pourrait bien les tuer dans leur prime jeunesse. La portion rouge du graphique désigne le pourcentage des enfants qui ont probablement été infectés par le VIH – leur test est négatif à l'arrivée au dispensaire et positif quelques semaines plus tard, après que leur organisme a eu le temps de fabriquer les anticorps que recherchent la plupart des tests VIH pour dépister l'infection. La portion rose du graphique montre les enfants qui étaient positifs au VIH à l'arrivée. Si la plupart de ces infections ont probablement précédé le viol, certains enfants qui ne se sont présentés au dispensaire que des semaines ou des mois après le viol pourraient bien avoir été infectés par leur violeur.

Encadré 10. Des tribunaux à l'écoute des enfants au Zimbabwe

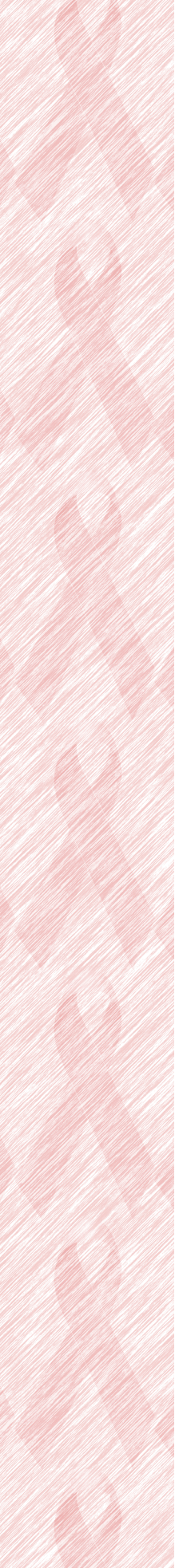
Comme bien d'autres pays, le Zimbabwe a connu des taux très bas de condamnation dans les cas d'agression sexuelle et de viol, et les taux y étaient particulièrement faibles si les cas concernaient des enfants. Dès 1992, les autorités judiciaires se sont mises à en rechercher les raisons. Elles ont découvert que les enfants, soumis à des interrogatoires hostiles et en présence de l'adulte qui avait abusé d'eux, craquaient fréquemment dans le prétoire ou refusaient simplement de parler. Intimidés et embarrassés, ces enfants ne pouvaient pas décrire les actes sexuels auxquels ils avaient été soumis et ne pouvaient témoigner de manière satisfaisante. Sans leur témoignage, les accusés étaient souvent acquittés pour des raisons techniques. Ces conclusions ont abouti en 1994 à la création d'un comité national chargé de concevoir des tribunaux sensibles aux besoins des enfants.

L'un des premiers changements introduits a été d'élargir la formation des policiers chargés de recueillir la première déposition de l'enfant et des personnes qui procèdent à l'examen médical des enfants violés. Les responsables des services sociaux sont également impliqués dans l'enquête dès le dépôt de la plainte, pour conseiller l'enfant et s'efforcer de limiter le traumatisme. Le soutien et la coopération de la police et des agents des services sociaux ont été essentiels au succès de cette initiative.

L'étape suivante a eu pour but de rendre les audiences du tribunal moins intimidantes. L'enfant donne maintenant son témoignage dans une pièce séparée, reliée à la salle d'audiences par une télévision en circuit fermé, pour qu'il ne soit pas confronté à son agresseur. Un intermédiaire se tient dans la pièce avec l'enfant, ainsi qu'un membre de la famille ou toute autre personne qui peut aider l'enfant à se sentir plus à l'aise. C'est l'intermédiaire qualifié qui relaie les questions de la cour, dans un langage adapté, que l'enfant peut comprendre aisément. L'enfant a également à sa disposition des poupées de sexe masculin et féminin, qu'il ou elle peut utiliser pour montrer, plutôt que décrire, ce qui s'est passé.

Chaque province du Zimbabwe dispose aujourd'hui d'un tribunal à l'écoute des enfants. Les autorités affirment que le nombre de gens qui font appel au tribunal a augmenté et que le pourcentage des condamnations est en hausse.

Les abus sexuels au cours de l'enfance ont de nombreuses conséquences à long terme, en plus du risque immédiat d'infection par le VIH ou d'autres infections sexuellement transmissibles. Par exemple, des données recueillies dans des pays nantis suggèrent que les abus sexuels sur des filles très jeunes peuvent les entraîner à prendre des risques d'ordre sexuel au cours de leur adolescence, peut-être parce que les enfants dont on a

A vertical bar on the left side of the page with a red, textured, brush-stroke-like pattern.

abusé ont une piètre estime de soi et ont beaucoup plus de peine à s'imposer dans les négociations sexuelles au cours de leur vie ultérieure.

Prévention: de sérieux défis à relever

La propagation du VIH repose avant tout sur le comportement intime de l'être humain. Même si tous les individus dans le monde entier pouvaient bénéficier à fond des mesures de réduction de la vulnérabilité et disposaient pleinement des outils et des compétences permettant de prévenir la transmission, il est illusoire de penser toute propagation s'arrêterait. Cependant, deux décennies d'expérience nous montrent que la prévention au niveau du comportement peut sérieusement ralentir le rythme des nouvelles infections et modifier le cours de l'épidémie. Cette section passe en revue les progrès accomplis et les problèmes rencontrés dans la réduction de la propagation du VIH par la voie sexuelle entre hommes et femmes, par les rapports entre hommes, par la consommation de drogues injectables et par la transmission de la mère à l'enfant.



Eviter la transmission hétérosexuelle: les stratégies de prévention actuelles sont-elles efficaces ?

La mise à jour régionale (voir pages 8-20) ne permet pas d'en douter: les rapports sexuels entre hommes et femmes restent le moteur de l'épidémie dans de nombreux pays, en dépit des campagnes de prévention. La situation est si grave qu'elle ne laisse aucune place à la rhétorique ou aux faux espoirs. Le moment est venu d'examiner très sérieusement ce qui marche et ce qui ne marche pas.

Les campagnes de prévention destinées au grand public préconisent généralement plusieurs options. L'une consiste à s'abstenir totalement d'avoir des rapports sexuels ou, pour les jeunes qui ne sont pas encore sexuellement actifs, à retarder le début de leur activité sexuelle. Une autre option est d'avoir des rapports sexuels sans pénétration. Les individus sont aussi incités à n'avoir de relations sexuelles qu'avec une seule autre personne – qui elle-même n'aura jamais de rapports sexuels avec quiconque. La fidélité mutuelle ne protège bien sûr que si les deux partenaires jouent le jeu et n'étaient pas infectés au début de la relation. Enfin, l'utilisation systématique et correcte du préservatif (de type traditionnel ou préservatif féminin – voir page 63) lors de chaque rapport sexuel protège les deux partenaires du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles.

Ces choix ne sont pas mutuellement exclusifs. Les gens peuvent modifier leurs stratégies de prévention à différents moments de leur vie et les bonnes campagnes de prévention insistent sur l'existence de nombreuses options qui se renforcent l'une l'autre.

Aujourd'hui on connaît le degré d'efficacité de ces diverses options dans la pratique. Les jeunes étant de plus en plus la cible des campagnes de prévention, ils sont aussi au centre de cette analyse de l'efficacité des diverses stratégies.

Combien de jeunes parviennent-ils à retarder leur première expérience sexuelle ?

Les sociétés attribuent à leur jeunesse des idéaux qui ne correspondent pas toujours à la réalité. La virginité au moment du mariage, notamment pour les femmes, est un idéal que l'on retrouve sur plusieurs continents et que les programmes de prévention du SIDA ont souvent adopté. Mais lorsqu'on demande aux jeunes ce qui se passe réellement dans leur vie, le fossé entre idéal et réalité peut être plutôt large. Dans les pays nantis, le pourcentage des jeunes qui n'étaient plus vierges à l'âge de 17 ans a commencé à s'élever vers la fin des années 1970. En Suisse, par exemple, 65% des garçons avaient déjà eu des rapports sexuels à 17 ans en 1985 et il en était de même pour 58% des filles en 1989. Mais l'épidémie et les campagnes de prévention du SIDA ont commencé à inverser cette tendance et, en 1997, le pourcentage des garçons sexuellement actifs à 17 ans était tombé à 54%. Aux Etats-Unis, la proportion des garçons sexuellement actifs à 15 ans a passé d'environ un tiers en 1988 à un quart environ en 1995.

Dans la plupart des pays asiatiques, y compris la Chine, l'activité sexuelle commencerait plus tard qu'ailleurs. Les hommes comme les femmes ont généralement leur premier rapport après l'âge de 20 ans. Des études réalisées à Singapour et à Sri Lanka auprès de jeunes de 15 à 19 ans qui n'avaient jamais été mariés ont montré que moins de 2% des garçons avaient déjà eu des rapports sexuels. Aux Philippines, 15% des garçons de cet âge déclaraient n'être plus vierges. Dans ces trois pays, aucune des adolescentes non mariées participant à l'enquête n'a rapporté avoir eu de telles relations.

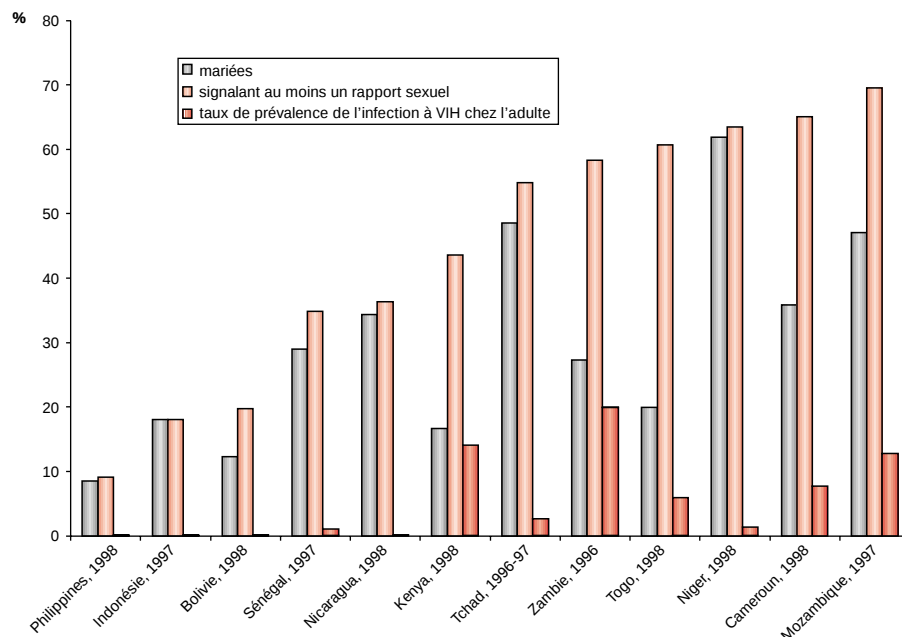
En Amérique latine, l'activité sexuelle peut commencer plus tôt. Une vaste étude au Venezuela a révélé qu'un quart des jeunes avaient perdu leur virginité entre 10 et 14 ans et au Mexique, la proportion des garçons sexuellement actifs dans la même tranche d'âge était de 17%. Aux Caraïbes et dans une grande partie de l'Afrique subsaharienne, de nombreux jeunes commencent leur vie sexuelle très précocement. Contrairement à ce que l'on observe ailleurs, les filles ont tendance à devenir sexuellement actives plus tôt que les garçons.

Combien d'entre eux pratiquent-ils l'abstinence avant le mariage ?

Même dans les endroits où la vie sexuelle commence tard, le mariage a tendance à se produire plus tard encore. Toutes les études, dans un pays après l'autre, montrent que les pourcentages d'adolescents et d'adolescentes ou des jeunes au début de la vingtaine qui sont sexuellement actifs sont plus élevés que ceux du même groupe d'âge qui sont mariés. Dans une vaste enquête conduite dans l'Etat indien de l'Orissa, un quart des hommes dans les zones rurales et environ la moitié dans le district extrêmement animé de Puri déclaraient avoir eu des rapports sexuels avant le mariage. Au Viet Nam, société qui exerce une stricte pression sociale et conserve un solide idéal de virginité au moment du mariage, plus d'un dixième des jeunes participant à une enquête ont déclaré qu'ils avaient des rapports sexuels avant d'être mariés, et à peine plus de la moitié d'entre eux disaient utiliser régulièrement le préservatif.

Lorsque les jeunes sexuellement actifs sont plus nombreux que les jeunes qui sont mariés, la probabilité d'infection à VIH est plus forte. La Figure 21 montre la différence entre la proportion des 15 à 19 ans qui sont mariés et la proportion de ceux qui ont commencé leur vie sexuelle, dans certains pays d'Afrique, d'Asie et d'Amérique latine. Il est clair que les pays où les différences entre les deux catégories sont les plus importantes correspondent à ceux dans lesquels les taux d'infection à VIH dans la population adulte sont élevés.

Figure 21. Proportion des filles de 15 à 19 ans mariées, proportion signalant au moins un rapport sexuel et taux de prévalence de l'infection à VIH chez l'adulte – enquêtes en divers pays entre 1996 et 1998



Source: Demographic and Health Surveys, Macro International, Etats-Unis d'Amérique

Rapports sexuels avant le mariage: les risques d'infection à VIH

De toute évidence, une forte proportion des femmes et des hommes partout dans le monde ont des relations sexuelles avant le mariage et cela souvent lorsqu'ils sont très jeunes. Les campagnes de prévention prônant l'abstinence avant le mariage paraissent en échec auprès des jeunes sur la plupart des continents. Toutefois, aussi longtemps que les individus ne choisissent qu'un seul partenaire non infecté qui n'a jamais de rapport sexuel avec une autre personne, cet échec ne constitue pas nécessairement un problème. Nombreux sont les gens qui finiront par épouser la personne avec laquelle ils ont eu leurs premiers rapports sexuels. Mais les données disponibles suggèrent que cela n'est nullement la norme.

Dans une récente étude à l'ouest du Kenya, un tiers des jeunes hommes mariés déclaraient avoir eu plus de 10 partenaires avant leur mariage, la moyenne étant proche de 9. Les femmes se marient plus jeunes et ont par conséquent moins d'occasions d'avoir des relations sexuelles avant le mariage, mais les femmes mariées dans les zones rurales de l'étude du Kenya indiquaient néanmoins avoir eu en moyenne des rapports sexuels avec trois hommes avant leur mariage. Et il semble que souvent, ces partenariats se chevauchent. D'après des études sur le comportement sexuel des jeunes en Afrique du Sud et en Zambie, plus de la moitié des participants sexuellement actifs dans certaines régions disaient avoir plus d'un partenaire sexuel au moment de l'enquête ou au cours des trois mois écoulés.

Le nombre des partenaires avant le mariage n'est pas le seul facteur qui contribue au risque d'infection par le VIH. Comme on l'a vu aux pages 46-49, les facteurs décisifs, pour les jeunes filles, sont un début sexuel précoce – à un âge où leur vulnérabilité biologique est considérable – et des relations sexuelles avec des hommes plus âgés et plus largement infectés. Des études réalisées dans les villes africaines à forte prévalence du VIH semblent confirmer que les jeunes femmes ont une probabilité plus grande de s'infecter au cours des rapports sexuels avant le mariage que les jeunes hommes. Dans la ville de Kisumu, au Kenya, près de deux cinquièmes des femmes qui avaient eu des partenaires avant le mariage étaient séropositives au VIH, alors que l'on n'a observé aucune infection parmi les femmes qui disaient être vierges au moment du mariage. Dans l'ensemble, dans les épidémies hétérosexuelles à forte prévalence de l'Afrique orientale et australe, les taux d'infection chez les jeunes femmes sont beaucoup plus élevés que chez les hommes qu'elles ont tendance à épouser – des hommes de leur âge et jusqu'à cinq ans plus âgés qu'elles. La conclusion inéluctable est donc que, dans certains pays particulièrement touchés, les femmes ont maintenant un risque plus élevé que les hommes d'aborder le mariage en étant déjà infectées, et pourraient bien exposer leurs nouveaux époux au VIH. A Kisumu, plus d'un quart des hommes mariés de 20 à 24 ans étaient séropositifs au VIH, contre moins de 10% chez les célibataires.

Qu'en est-il de la fidélité entre des partenaires réguliers ?

Il arrive que des femmes soient déjà infectées lorsqu'elles se marient et mettent ainsi leur mari en danger, mais le contraire est plus fréquent dans la plupart des pays du monde. De plus, dans la majorité des cas, les femmes ont une probabilité beaucoup plus élevée que les hommes d'être exposées au VIH par les relations extraconjugales de leur partenaire.

La monogamie mutuelle est un idéal social dans de nombreuses sociétés et dans la plupart des religions, mais la société a deux poids, deux mesures et tend à relâcher les règles pour les hommes. Il est beaucoup plus fréquent pour les hommes de déclarer et d'avoir réellement, des partenaires sexuelles multiples et occasionnelles, même si les femmes tendent à sous-notifier cette activité dans les sociétés qui la désapprouvent. Dans une étude de la population générale de plusieurs villes du sud du Viet Nam, plus d'un homme sur quatre admettait avoir eu une partenaire sexuelle occasionnelle au cours de l'année écoulée, alors qu'on ne compte qu'une femme sur 200, et deux cinquièmes des hommes n'utilisaient pas toujours le préservatif dans ces rapports occasionnels. Dans une étude qualitative réalisée dans l'Etat indien du Gujerat, 33 hommes mariés questionnés sur 78 déclaraient avoir eu des rapports sexuels extraconjugaux, la plupart d'entre eux avec des femmes non mariées dans leur propre communauté. Les conséquences pour une épouse qui demeure fidèle à un partenaire infidèle peuvent être dévastatrices. Une étude des antécédents de 134 femmes infectées par le VIH à Chennai (Madras) – presque toutes mariées – a montré que 88% d'entre elles n'avaient eu des rapports sexuels qu'avec une seule personne au cours de leur vie. Quelques femmes seulement présentaient d'autres facteurs de risque que les rapports sexuels.

Les idéaux et le comportement peuvent entrer en conflit chez un même individu. Dans une étude en Afrique du Sud, quatre hommes sur cinq affirmaient que les gens doivent être fidèles à un seul partenaire régulier pour éviter le SIDA, mais plus de la moitié de ces mêmes hommes déclaraient avoir eu au moins une partenaire occasionnelle au cours de l'année écoulée. Des divergences analogues mais plus modestes ont été observées chez les femmes.

Utilisation du préservatif en hausse, mais encore insuffisante

La méthode de prévention la plus courante mentionnée spontanément par les individus dans de nombreuses études est l'utilisation du préservatif. Dans une étude réalisée parmi des mineurs en Afrique du Sud en 1997, par exemple, trois quarts d'entre eux ont mentionné l'utilisation du préservatif, alors que deux cinquièmes seulement parlaient de la monogamie.

Malgré l'opposition de bien des secteurs, l'utilisation du préservatif a été activement et efficacement encouragée dans le cadre des stratégies de prévention du VIH dans de nombreux pays.

Encadré 11. Les préservatifs sont-ils réellement efficaces ?

A l'évidence, les gens n'utiliseront pas les préservatifs pour se protéger du VIH, des autres infections sexuellement transmissibles ou de la grossesse s'ils ne sont pas convaincus de leur efficacité. Les énormes malentendus qui circulent dans de nombreuses populations quant à la sécurité du préservatif contribuent certainement aux faibles niveaux d'utilisation parmi les jeunes sexuellement actifs. Une grande enquête au centre du Kenya a révélé que près de la moitié des jeunes hommes et plus des deux tiers des jeunes femmes qui avaient eu des rapports sexuels n'avaient jamais utilisé un préservatif. Parmi ces jeunes, plus de 40% des garçons et 55% des filles pensaient que le VIH pouvait passer à travers un préservatif et pratiquement les mêmes pourcentages pensaient que le préservatif pouvait rester coincé à l'intérieur du corps de la femme.

Malheureusement, ces idées fausses sur le préservatif ne sont pas limitées aux jeunes. Plus de la moitié des parents et tuteurs des jeunes participant à cette même enquête pensaient que le VIH pouvait passer à travers le préservatif, et 48% seulement estimaient que les préservatifs constituent une protection efficace contre le VIH. Ces malentendus quant à l'efficacité du préservatif ont été renforcés par certaines déclarations faites par des leaders d'opinion. Par exemple, dans une région du centre du Kenya où avait lieu l'étude, une personnalité religieuse a déclaré dans le plus grand quotidien national que «la propagation du SIDA était imputable à l'utilisation très répandue du préservatif....malgré l'utilisation des préservatifs, le nombre de personnes infectées par le SIDA continue de s'accroître, ce qui indique qu'ils ne sont pas efficaces pour prévenir la maladie».

L'efficacité du préservatif dans la prévention du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles est une question d'ordre scientifique plutôt que moral. Et toutes les preuves scientifiques vont dans le même sens: l'utilisation correcte et systématique de préservatifs de bonne qualité réduit énormément le risque de transmission du VIH. Parmi des couples sérodifférents (couples dans lesquels un seul partenaire est infecté), ceux qui utilisent toujours le préservatif dans leurs rapports sexuels ont peu ou pas de risque de transmettre le virus au partenaire non infecté, par comparaison avec des couples qui n'utilisent le préservatif que de manière sporadique ou pas du tout.

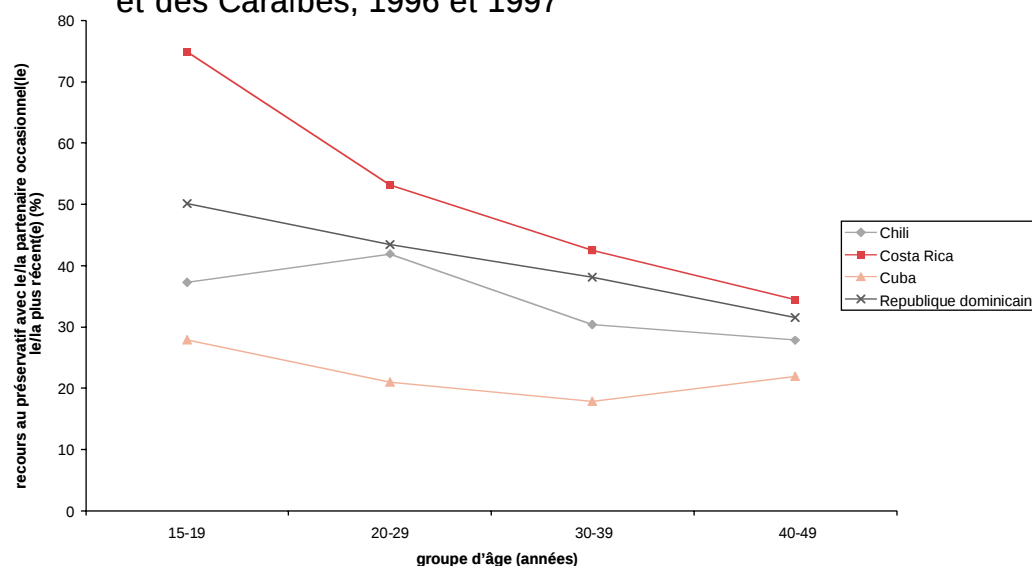
Les variations dans l'utilisation du préservatif sont grandes de par le monde et même au sein d'une même communauté. Dans l'ensemble cependant, les hommes sont plus nombreux à signaler l'emploi des préservatifs que les femmes et les deux sexes utilisent bien davantage le préservatif avec des partenaires occasionnels qu'avec leur conjoint ou leur partenaire habituel (voir page 80).

Des études montrent que les jeunes utilisent plus volontiers le préservatif pour se protéger eux-mêmes et leurs partenaires de l'infection à VIH que ne le font leurs aînés. Les jeunes de toutes les cultures et dans tous les coins du monde ont prouvé qu'ils étaient prêts et disposés à adopter des comportements et des attitudes qui promettent de stopper la propagation incontrôlée du SIDA. Cela est de bon augure pour l'avenir, car il est probablement plus facile de conserver des comportements établis que de modifier des habitudes une fois qu'elles sont implantées. En fait, bien nombreux sont les jeunes qui commencent à insister sur la sécurité des rapports sexuels au moment où ils deviennent sexuellement actifs.

En Amérique latine, le Brésil a obtenu des résultats impressionnants en encourageant l'emploi du préservatif lors du premier rapport sexuel (voir page 16). De même au Mexique, où une étude portant sur des étudiants de lycée et d'université a révélé que 42% des jeunes hommes et 36% des jeunes femmes déclaraient avoir utilisé un préservatif lors de leur premier rapport sexuel. Des augmentations dans l'emploi du préservatif ont également été notées sur la côte caraïbe du Nicaragua, à la suite d'une campagne active de prévention du VIH et de promotion du préservatif conduite entre 1991 et 1997. Parmi les individus qui avaient eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours de l'année écoulée, l'utilisation du préservatif a passé de 35% en 1991 (avant la campagne) à 55% en 1994 et à 71% en 1997.

La Figure 22 montre que, dans plusieurs pays de l'Amérique latine et des Caraïbes, les jeunes ont davantage tendance à utiliser les préservatifs avec des partenaires occasionnels que les personnes plus âgées.

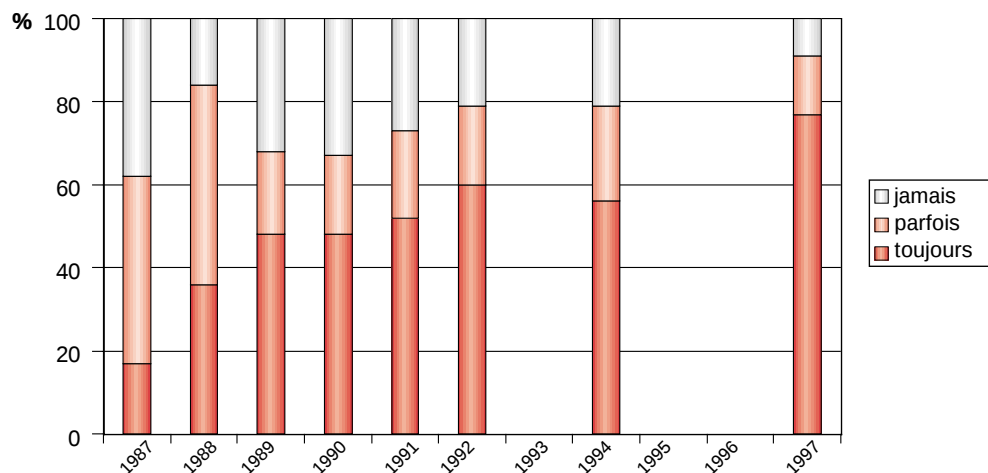
Figure 22. Recours au préservatif pour les rapports sexuels occasionnels, selon l'âge – divers pays d'Amérique latine et des Caraïbes, 1996 et 1997



Source: Programmes nationaux de lutte contre le SIDA

Dans la plupart des pays de l'Europe occidentale, plus de 60% des jeunes déclarent aujourd'hui utiliser le préservatif lors du premier rapport sexuel. En Suisse (voir Figure 23), près de 80% des jeunes entre 17 et 30 ans (dont un grand nombre ne sont pas mariés) disent utiliser systématiquement le préservatif avec des partenaires occasionnels, alors qu'ils étaient moins de 20% il y a dix ans.

Figure 23. Recours au préservatif pour les rapports sexuels occasionnels au cours des six mois écoulés chez les personnes âgées de 17 à 30 ans, Suisse, de 1987 à 1997



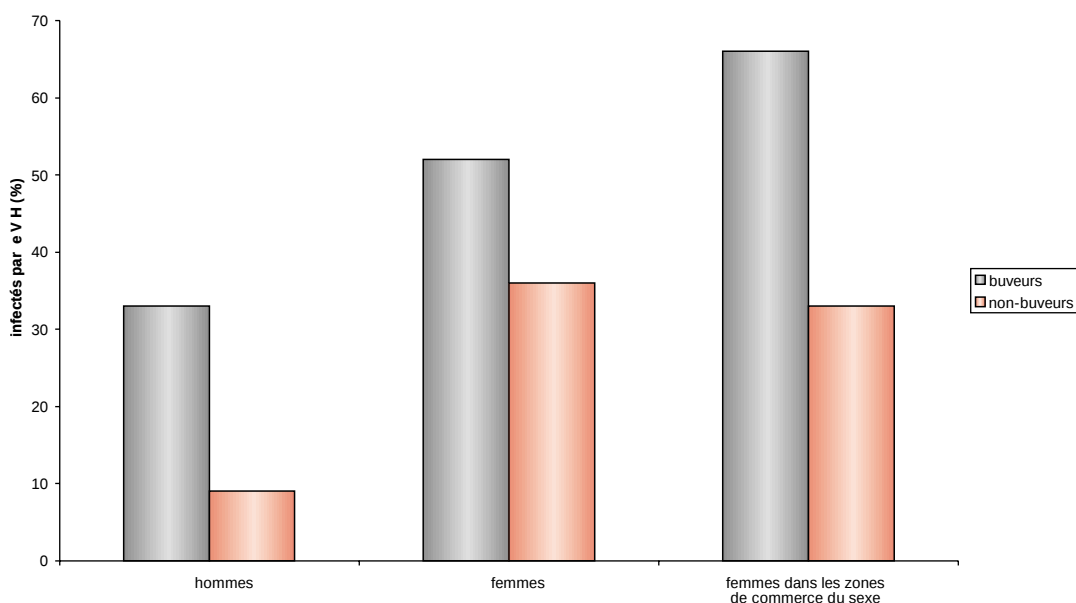
Source: Institut universitaire de Médecine sociale et préventive, Lausanne, Suisse, 1999

En Afrique subsaharienne, l'utilisation du préservatif s'est considérablement accrue avec le temps. En Ouganda, le pourcentage des jeunes filles qui avaient déjà utilisé un préservatif a triplé entre 1994 et 1997, et les adolescentes sont plus nombreuses à admettre l'utilisation du préservatif que n'importe quel autre groupe d'âge, ce qui suggère une augmentation plus rapide de l'acceptabilité du préservatif chez les jeunes que chez leurs aînés. L'utilisation du préservatif chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec ces femmes a également plus que doublé dans tous les groupes d'âge entre 1994 et 1997.

Pourtant, dans certaines régions, les pourcentages demeurent faibles. Une étude à l'ouest du Kenya a montré que 63% des hommes et des femmes célibataires qui avaient eu des rapports sexuels au cours de l'année écoulée n'avaient jamais utilisé un préservatif alors que 18% à peine déclaraient le faire systématiquement. Parmi ceux qui étaient mariés, l'emploi du préservatif par les hommes dans les rapports extraconjugaux était tout aussi bas, et il était même plus faible chez les femmes – plus de quatre femmes sur cinq n'utilisaient jamais de préservatifs avec des hommes qui n'étaient pas leur mari. Mais le plus préoccupant, c'est le pourcentage relativement faible d'utilisation du préservatif dans les rapports à très haut risque. Une étude parmi des professionnelles du sexe à Kisumu, Kenya, a montré que la moitié seulement d'entre elles avaient utilisé un préservatif avec leur client le plus récent et un tiers n'en avaient jamais utilisé. Il n'est donc peut-être pas surprenant, étant donné ce faible taux d'utilisation du préservatif, que trois quarts des professionnelles du sexe interrogées lors de cette enquête dans une zone à forte prévalence de l'Afrique orientale aient été séropositives au VIH.

Un des facteurs qui influencent l'utilisation du préservatif est la consommation d'alcool. Sur plusieurs continents, le commerce du sexe et d'autres rencontres à risque se produisent après des beuveries. Les personnes qui sont ivres ont moins de chances d'utiliser des préservatifs que les personnes qui ne le sont pas. Les conséquences peuvent être graves, comme le montre la Figure 24. Dans cette étude sud-africaine, la prévalence de l'infection à VIH était beaucoup plus élevée chez les hommes et les femmes qui avaient consommé de l'alcool que chez les hommes et les femmes qui déclaraient ne jamais boire. Cela était valable également pour les femmes des quartiers chauds.

Figure 24. Taux de prévalence de l'infection à VIH parmi les personnes qui boivent de l'alcool et parmi les non-buveurs à Carletonville, Afrique du Sud, 1998



Source: Campbell et al., (données non publiées)

En Zambie, près d'un quart des femmes et un cinquième des hommes qui ont des partenaires occasionnels ont déclaré avoir bu la dernière fois qu'ils avaient eu des rapports sexuels avec ceux-ci. Dans l'ouest du Kenya, la plupart des prostituées interrogées disaient que l'alcool était présent lors de leur premier rapport sexuel rémunéré et la grande majorité des prostituées de Kisumu indiquaient que l'alcool faisait partie intégrante des transactions sexuelles, les hommes payant un verre pour signaler leur intérêt. Elles ont également affirmé que l'utilisation du préservatif avait tendance à disparaître lorsque le client ou la prostituée était ivre. Des études portant sur des hommes en Europe, au Mexique, au Zimbabwe et en Ouganda ont également montré une forte corrélation entre l'usage fréquent de l'alcool et d'autres drogues et les rapports sexuels non protégés.

Encadré 12. Le préservatif féminin

Encore récemment, le préservatif masculin était la seule méthode physique disponible contre la transmission de l'infection, y compris du VIH, par la voie sexuelle. Il existe aujourd'hui un autre moyen de prévention: le préservatif féminin.

Le préservatif féminin est un fourreau solide et doux qui est inséré dans le vagin avant le rapport sexuel. Il possède deux anneaux de plastic: l'un à l'extrémité fermée, qui permet l'introduction et le maintien du préservatif, et l'autre du côté ouvert, qui demeure à l'extérieur du vagin. Il est composé de polyuréthane qui n'exige aucun stockage spécial; il peut être inséré assez longtemps avant le rapport, ne demande pas d'être retiré aussitôt après l'éjaculation et peut être utilisé avec des lubrifiants à base huileuse ou aqueuse. Il est généralement visible pendant le rapport, c'est pourquoi une femme ne peut pas l'utiliser facilement à l'insu de son partenaire, mais les femmes ont davantage le contrôle de cette méthode qu'elles ne l'ont sur l'utilisation du préservatif masculin.

Le préservatif féminin n'a pas pour but de remplacer le préservatif masculin. Il vise plutôt à augmenter les options disponibles dans la lutte contre le VIH et les autres infections sexuellement transmissibles. Selon une étude thaï effectuée parmi des prostituées travaillant dans des maisons de passe, les femmes avaient 34% de moins de nouvelles infections sexuellement transmissibles lorsque le préservatif féminin était offert comme option supplémentaire. La même étude a également révélé que les prostituées qui avaient accès tant au préservatif féminin que masculin, avaient moins de rapports sexuels non protégés que les femmes qui n'avaient accès qu'au préservatif masculin.

On ne pense pas que ce produit atteindra le niveau d'utilisation enregistré dans de nombreux pays pour le préservatif masculin, notamment en raison de son prix nettement plus élevé. Une recherche menée en Zambie et au Zimbabwe révèle que, après un an de marketing de masse, la sensibilisation au préservatif féminin est élevée, mais son emploi est encore extrêmement limité. Certaines études montrent cependant que lorsque les femmes l'essaient, elles l'apprécient. Par exemple, parmi des femmes consommatrices de drogues au Brésil, 75% de celles ayant utilisé le préservatif féminin déclaraient le trouver confortable. Des questionnaires de suivi trois mois plus tard ont montré que 43% des femmes continuaient de l'utiliser, mais que les femmes vivant dans des quartiers pauvres (favelas) avaient moins tendance à conserver cette méthode.

Lors d'une étude menée en Thaïlande, quatre prostituées sur cinq ayant accepté d'essayer le préservatif féminin déclaraient en être satisfaites et souhaiter l'utiliser à nouveau. En fait, le préservatif féminin pourrait bien présenter un grand intérêt pour les professionnelles du sexe, car il réduit la nécessité d'une négociation et peut être utilisé même si l'érection de l'homme est incomplète, ce qui est parfois le cas avec des clients ivres.

Le préservatif féminin coûte plusieurs fois le prix d'un préservatif masculin. Depuis 1996, un accord spécial entre l'ONUSIDA et The Female Health Company, actuellement seul fabricant du préservatif féminin, a permis la mise à disposition de ce produit aux gouvernements et autres institutions publiques à un prix intéressant. Les efforts se poursuivent pour élargir l'accès, accroître le volume à l'échelle mondiale et baisser encore les prix. Un guide a été préparé par l'OMS et le Secrétariat de l'ONUSIDA pour aider les pays à mettre en œuvre leur programme, et le Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP) apporte son assistance technique aux programmes nationaux.

Il est particulièrement important pour les jeunes d'utiliser les préservatifs dans les pays à forte prévalence où ils risquent de rencontrer, dès le début de leur vie sexuelle, un partenaire infecté par le VIH. L'Afrique du Sud, qui est l'un de ces pays, offre de bons exemples de ce qui peut être fait pour encourager les jeunes à des comportements sans risque, et des difficultés qui restent à surmonter. En 1999, plus des trois quarts de tous les étudiants des écoles secondaires de Johannesburg et des institutions tertiaires de la province du Nord avaient utilisé le préservatif lors de leur rapport sexuel le plus récent et une proportion presque identique déclaraient l'utiliser systématiquement. Malheureusement, dans les zones rurales du KwaZulu-Natal, où plus d'un quart des femmes enceintes en fin d'adolescence sont séropositives et où la probabilité de rencontrer un partenaire infecté est probablement l'une des plus fortes du monde, les taux d'utilisation du préservatif parmi les jeunes étaient trois fois moins élevés que dans le reste du pays. Cette étude a par ailleurs montré que l'utilisation du préservatif est beaucoup plus importante là où les préservatifs sont mis facilement et confidentiellement à la disposition des jeunes que dans les régions où l'on ne fait aucun effort particulier pour satisfaire leurs besoins. (voir Encadré 13 ci-dessous)

Encadré 13. Faciliter les bons choix

Si l'on veut rendre facile le choix du préservatif, il faut qu'il soit largement et commodément disponible. Dans une étude sud-africaine, près de 85% des hommes comme des femmes affirmaient que l'utilisation du préservatif pouvait prévenir le SIDA et une forte proportion des participants avaient des partenaires multiples ou pensaient que leur partenaire habituel était infidèle, mais plus de 60% des hommes comme des femmes n'avaient jamais utilisé de préservatif. Si la moitié des hommes déclaraient avoir l'intention d'utiliser un préservatif à chaque rapport occasionnel, 16% seulement le faisaient dans la réalité. Interrogés sur la raison de ce phénomène, un grand nombre des participants ont déclaré qu'ils n'avaient tout simplement pas de préservatif à portée de main.

De grands progrès ont été accomplis pour améliorer la disponibilité des préservatifs, par exemple au moyen du marketing social – une approche qui repose sur la motivation du profit pour encourager les vendeurs à acheter des préservatifs subventionnés et les revendre en faisant un petit bénéfice.

Par exemple, en moins d'un an, un projet de marketing social du préservatif au Myanmar a réalisé une augmentation massive de l'accessibilité et de la demande de préservatifs. Les ventes trimestrielles de préservatifs dans ce projet sont passées d'un million en octobre-décembre 1997 à 1,8 million en juillet-septembre 1999. Pendant la même période, le nombre cumulé des points de vente (traditionnels et non traditionnels) pour le marketing social des préservatifs est passé de 364 à 1500.

Il existe des programmes de ce type dans de nombreux pays, mais il reste beaucoup à faire, en particulier pour les jeunes qui doivent avoir un accès particulièrement discret et n'ont souvent pas les moyens d'acheter des préservatifs même subventionnés.



La sexualité entre hommes

Dans de nombreux pays du monde, les communautés ouvertement *gay* sont rares ou inexistantes. Mais le comportement homosexuel masculin existe par contre dans tous les pays. Il implique souvent le rapport anal avec pénétration, qui s'accompagne d'un risque important d'infection par le VIH.

Les rapports sexuels entre hommes constituent l'un des principaux moteurs de l'épidémie de VIH dans de nombreux pays nantis et dans certaines régions de l'Amérique latine. En Asie, l'importance de ce type de relation sexuelle pour l'épidémie de VIH est régulièrement notée mais elle a rarement été quantifiée. La plupart des pays ayant des communautés ouvertement *gay* se trouvent dans le monde industrialisé; ce sont également les pays offrant le meilleur accès aux sources d'information sur la prévention, aux thérapies et autres soins. Dans les pays en développement, les hommes qui ont des rapports sexuels entre eux ont beaucoup plus tendance à le faire de manière cachée (voir ci-dessous) et ils ont moins de possibilités d'accès à l'information sur la prévention, ainsi qu'aux services et aux soins.

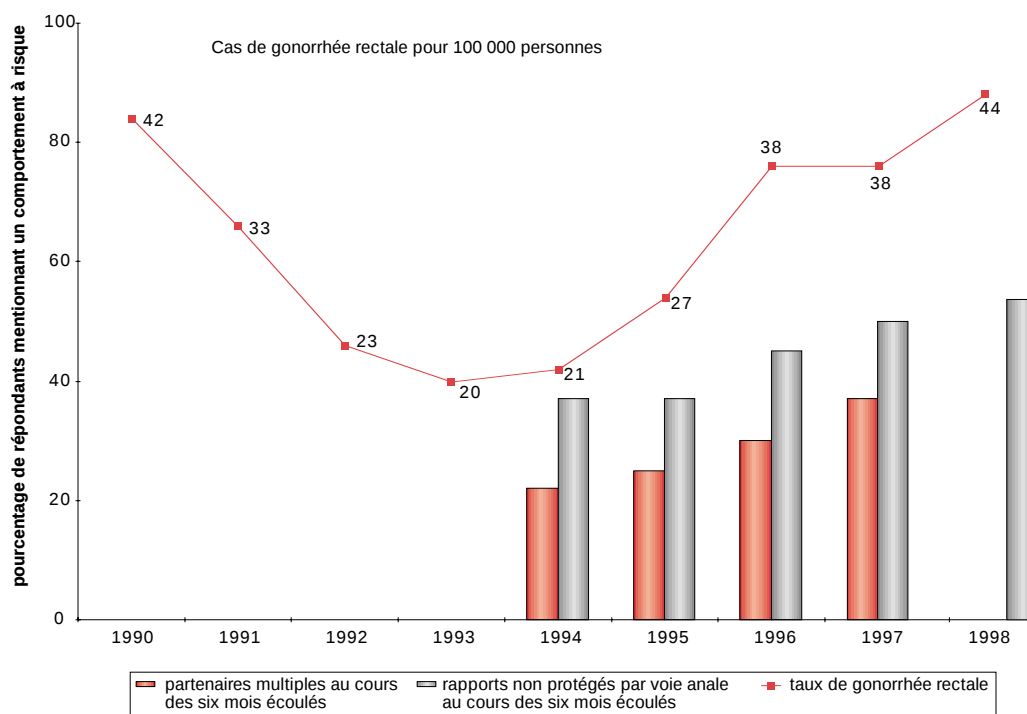
La prévention en perte de vitesse dans les pays nantis

Le SIDA a été identifié pour la première fois parmi les hommes *gay* aux Etats-Unis. Lorsque le virus responsable du syndrome a été isolé, vers 1983-1984, le VIH s'était déjà largement répandu dans la communauté homosexuelle et commençait à émerger dans d'autres groupes. La réaction de la communauté *gay* des Etats-Unis et d'ailleurs a été rapide et énergique. Des campagnes de prévention ont été organisées à une échelle énorme et elles ont été, dans une large mesure, très efficaces. L'utilisation systématique du préservatif en cas de rapport anal, notamment, est passée de pratiquement zéro avant l'apparition du SIDA à environ 70% en 1995.

Selon des études conduites parmi des hommes homosexuels dans plusieurs villes où la thérapie antirétrovirale est largement disponible pour les personnes infectées par le VIH, ces hommes commenceraient à se croire à l'abri du SIDA. En 1998, une étude dans les villes australiennes de Sydney et de Melbourne a révélé qu'un tiers des hommes *gay* s'inquiétaient moins de l'infection à VIH qu'avant l'arrivée des médicaments antirétroviraux. Et ils semblent agir en fonction de ce nouveau sentiment de sécurité: la probabilité, pour ces hommes d'avoir récemment eu des rapports sexuels non protégés était 40% plus élevée que pour les hommes dont la crainte de l'infection n'avait pas diminué avec l'apparition de la thérapie. Des résultats très similaires ont été observés parmi des *gay* de New York, de San Francisco et de Londres.

Il est incontestable que les comportements à risque sont en hausse dans certaines communautés. Des enquêtes régulières portant sur des milliers d'hommes homosexuels à San Francisco ont révélé une augmentation de la proportion des hommes déclarant qu'ils avaient eu des rapports anaux non protégés et des partenaires multiples au cours des six mois écoulés. Comme le montre la Figure 25, ces augmentations des comportements à risque vont de pair avec des taux en hausse de blennorragie rectale – ce qui constitue un renversement de la tendance à la baisse observée jusqu'à 1993. Mais il y a plus inquiétant: les systèmes de surveillance s'appuyant sur des méthodes d'analyse perfectionnées montrent qu'à San Francisco, le taux des nouvelles infections à VIH chez les hommes atteints de blennorragie rectale avait pratiquement doublé entre 1996 et 1998. Le taux d'incidence du VIH s'est également accru parmi les hommes fréquentant les services de test et conseil volontaires; il est passé de 1,3% en 1997 à 3,7% en 1999.

Figure 25. Gonorrhée rectale et comportement sexuel à risque parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec les hommes, à San Francisco, Etats-Unis d'Amérique, entre 1994 et 1998



Source: Département de la Santé publique, San Francisco (Californie), Etats-Unis d'Amérique, 1999

Les enquêtes de San Francisco montrent que c'est parmi les hommes de moins de 25 ans que les comportements à risque connaissent l'augmentation la plus rapide. Dans ce groupe d'âge, le pourcentage de ceux qui avaient eu des rapports anaux sans protection et des partenaires multiples au cours des six mois écoulés a passé de 22% en 1994 à 32% en 1997. Cette même année, 68% des jeunes hommes déclarant avoir eu des rapports anaux non protégés avec plus d'un partenaire au cours des six mois écoulés ne connaissaient pas le statut sérologique d'un de leurs partenaires au moins. Des taux alarmants d'infection à VIH ont également été relevés dans d'autres parties du pays, par des méthodes qui permettent aux responsables de la santé publique de calculer quelle est la proportion des tests VIH qui sont la marque d'infections récentes. Parmi près de 3500 jeunes *gay* âgés de 15 à 22 ans dans sept villes des Etats-Unis, près de 3% avaient été nouvellement infectés chaque année entre 1994 et 1998, le taux le plus élevé des nouvelles infections étant observé chez les Afro-Américains.

Le sentiment de fausse sécurité n'est peut-être pas le seul facteur en cause dans ces inquiétantes tendances observées chez les hommes de moins de 25 ans. Il est possible que certains jeunes hommes n'utilisent pas le préservatif parce qu'ils ne s'identifient pas au groupe des *gay* séropositifs au VIH, ou parce que les programmes d'information ne sont parvenus ni à les toucher ni à les convaincre. Le temps est peut-être venu pour les jeunes *gay* de se mettre à informer leurs pairs, comme les pionniers de l'éducation sur le SIDA l'ont fait il y a presque deux décennies.

Le prix de l'indifférence et du déni

Dans la majeure partie du monde en développement, où la thérapie antirétrovirale n'est pas disponible, le problème pour bien des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes n'est pas la suffisance, mais l'indifférence et le déni. Trop souvent, ils n'ont pas eu accès aux messages efficaces de prévention et n'ont pas reçu le soutien nécessaire pour adopter des comportements sans risque.

Bien que les rapports sexuels entre hommes constituent un des moteurs de l'infection à VIH dans une grande partie de l'Amérique latine et des Caraïbes, la culture, avant tout machiste, a retardé l'éclosion des identités gay et entraîné un déni généralisé de la sexualité entre hommes, au niveau de la société et parfois même de l'individu. Offrir des services de prévention du VIH appropriés à des hommes ayant des rapports sexuels entre eux mais ne se considérant pas comme homosexuels s'est révélé être un problème ardu dans de nombreux pays.

Des études sur la prévalence de l'infection à VIH au Mexique entre 1991 et 1997 ont montré que sur plus de 7000 hommes homosexuels, 14% étaient séropositifs au VIH et que les rapports sexuels entre hommes constituaient la principale voie de transmission de l'infection, même chez les hommes qui étaient également des consommateurs de drogues injectables. Si l'Argentine a peu de surveillance sentinelle parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, plus d'un quart de tous les cas de SIDA en Argentine au milieu de 1999 étaient associés à la sexualité entre hommes.

Même dans les pays où l'on pense que la transmission du VIH est massivement hétérosexuelle et où, dans l'ensemble, les proportions d'hommes et de femmes infectés sont semblables, les rapports sexuels entre hommes constituent un facteur important de risque de VIH. Dans une étude portant sur des routiers dans quatre villes du Honduras, les hommes déclarant pratiquer le rapport anal avec d'autres hommes avaient un risque six fois plus élevé que les hommes exclusivement hétérosexuels d'être infectés par le VIH, la syphilis ou l'hépatite B. Au Honduras, 8% des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes sont séropositifs au VIH, par rapport à moins de 2% de la population adulte générale. En Jamaïque, la prévalence de l'infection à VIH parmi les hommes ayant des rapports sexuels entre eux est passée de près de 10% en 1985 à 15% en 1986, pour doubler à 30% dans la décennie qui a suivi; dans la population adulte générale, le taux est inférieur à 1%. Au Pérou, le taux de prévalence chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes était de 14% à Lima, et de près de 5% dans les provinces; une étude a montré que 60 à 77% des hommes pratiquant le rapport sexuel anal n'avaient jamais utilisé un préservatif.

Dans de nombreux pays d'Amérique latine, on observe une volonté délibérée d'ignorer l'existence de ce comportement «socialement indésirable», comme en témoigne le manque d'information sur l'activité homosexuelle, et parfois même une certaine mauvaise grâce à promouvoir des mesures qui pourraient éviter qu'un comportement indésirable ne devienne un comportement fatal. Pourtant, des succès ont été remportés dans des pays dont les gouvernements ont soutenu les organisations non gouvernementales dans la mise en œuvre de programmes de prévention. Dans la capitale colombienne, Bogotá, par exemple, si l'activité sexuelle avec des partenaires multiples demeure fréquente, l'utilisation du préservatif en cas de rapport anal a augmenté. Environ 55% des hommes participant à une enquête ont déclaré qu'ils utilisaient toujours un préservatif dans des rapports de ce type avec des partenaires occasionnels. Parmi les hommes qui

n'avaient pas de partenaire régulier, les trois quarts déclaraient avoir utilisé un préservatif lors du rapport anal le plus récent. Ces taux de protection, qui sont analogues à ceux observés dans les pays où la communauté gay est beaucoup moins marginalisée, constituent une réelle réussite pour la prévention du VIH.

Le Brésil a également observé une augmentation de l'utilisation du préservatif parmi les hommes ayant des rapports sexuels entre eux. Si une série d'études réalisées à Rio de Janeiro ont montré qu'entre 1989 et 1995, la proportion des hommes déclarant avoir eu des rapports sexuels anaux au cours des six mois écoulés avait passé de 67% à 76%, la proportion des rapports protégés par le préservatif avait augmenté de manière bien plus spectaculaire, passant de 34 à 69%. Dans la région démunie du nord-est du Brésil, où il n'y a guère d'activités de prévention, une étude réalisée dans la ville de Fortaleza a révélé des niveaux élevés de rapports anaux non protégés parmi les hommes ayant des rapports sexuels entre eux, qui avaient eu en moyenne 14 partenaires sexuels au cours de l'année écoulée. Les hommes brésiliens continuent d'être infectés par les rapports sexuels entre hommes à un rythme alarmant. A São Paulo, une étude a montré que le taux des nouvelles infections à VIH dans cette population était de 2% par an entre 1994 et 1997.

Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et des femmes

L'étude de Fortaleza a soulevé un problème plutôt préoccupant: si 15% seulement des hommes s'identifient spontanément comme bisexuels, 23% déclarent, lorsqu'ils sont interrogés, avoir eu des rapports sexuels avec une femme au cours de l'année écoulée, généralement sans protection. Parmi ces derniers, deux tiers ont eu également des rapports sexuels anaux sans protection avec un homme. Ce chevauchement des comportements à risque offre une parfaite courroie de transmission pour le VIH, lui permettant de passer d'une population à forte prévalence à une population hétérosexuelle dont les taux d'infection sont généralement beaucoup plus faibles.

Encadré 14. Un vaccin contre le SIDA est nécessaire

Un vaccin contre le SIDA est nécessaire d'urgence dans un monde qui compte chaque année plus de 5 millions de nouvelles infections, mais pour l'obtenir, il faudra du temps et une action internationale concertée.

A long terme, un vaccin préventif sûr, efficace et abordable contre le VIH est notre meilleur espoir de juguler l'épidémie mondiale. Pourtant, ce serait une erreur de penser que la mise au point d'un tel vaccin sera rapide ou facile ou que ce vaccin une fois disponible remplacera toutes les autres mesures de prévention. Etant donné la complexité de la chaîne qu'implique la mise au point d'un vaccin, il serait aussi illusoire de croire qu'un vaccin pourra être développé sans la participation active des pays et des communautés touchés, car ils en sont un maillon essentiel.

Partout dans le monde, des chercheurs s'efforcent de comprendre le type d'immunité qu'un vaccin devrait déclencher pour protéger un individu de l'infection à VIH. Ils examinent également la variabilité génétique du virus, qui pourrait avoir une incidence sur la protection que peut conférer un vaccin.



Les résultats des chercheurs sont ensuite utilisés par l'industrie pharmaceutique et biotechnologique pour mettre au point des «vaccins candidats» qui sont essayés sur des volontaires humains séronégatifs au VIH. Le premier essai sur l'homme d'un vaccin préventif contre le VIH a eu lieu en 1987 aux Etats-Unis. Depuis lors, plus de 30 essais à petite échelle ont été réalisés, y compris une douzaine dans des pays en développement (Brésil, Chine, Cuba, Ouganda et Thaïlande). Ces essais, qui ont eu lieu avec la participation de plus de 5000 volontaires sains, ont montré que les vaccins candidats sont sans danger et qu'ils suscitent des réponses immunitaires susceptibles de protéger les gens de l'infection à VIH.

Les premiers essais à grande échelle des vaccins contre le VIH, destinés à déterminer si ces vaccins candidats protègent effectivement de l'infection à VIH ou de la maladie, ont été lancés en 1998 aux Etats Unis et en 1999 en Thaïlande. Ces essais impliquent la participation de 8000 volontaires sains à qui on administre l'un ou l'autre de deux types de gp120 – une protéine située sur l'enveloppe du virus – selon les souches de virus qui sont courantes dans les deux pays. Les premiers résultats de ces essais pourraient être disponibles au cours des deux prochaines années. En parallèle, d'autres vaccins candidats sont en cours de mise au point suivant diverses approches expérimentales. Certains s'appuient sur des souches de VIH répandues dans les pays en développement. La plupart de ces nouveaux vaccins expérimentaux seront mis à l'essai dans de petits groupes de volontaires humains, et les meilleurs d'entre eux pourront passer aux essais d'efficacité à large échelle.

La mise au point des vaccins n'est pas seulement compliquée par le nombre de sous-types viraux en circulation, mais par la grande diversité des populations humaines qui doivent être protégées et dont la constitution génétique et les voies d'exposition au virus sont très variables. Nous devons donc inévitablement essayer différents types de vaccins expérimentaux contre différents sous-types de virus au cours d'essais vaccinaux multiples, organisés dans les pays nantis comme dans les pays en développement. Il est crucial, pour les pays en développement, de renforcer leur capacité technique et humaine, afin de mener ces essais avec toutes les garanties éthiques et scientifiques et avec la pleine participation de la communauté.

Il est très probable que les premiers vaccins anti-VIH ne seront pas efficaces à 100%, et ils devront certainement faire partie d'un ensemble complet de mesures de prévention. Ce qu'il faut maintenant, c'est faire en sorte que les pays qui ont un urgent besoin d'un vaccin contre le VIH participent à l'effort mondial afin d'assurer qu'un vaccin correspondant à leurs besoins sera mis au point. De même, il n'est pas trop tôt pour commencer à réfléchir sur la manière d'assurer qu'un vaccin, lorsqu'il sera mis au point, sera mis à disposition dans les régions du monde où il est le plus nécessaire.

En Asie, une identité clairement «gay» est encore plus rare qu'en Amérique latine. La société pousse fortement les hommes à se marier et à avoir des enfants, et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sont en général également mariés. Ce phénomène a pour conséquence des niveaux encore plus élevés de «passage» potentiel que ceux observés en Amérique latine.

Dans une étude portant sur des routiers en Inde – qui passent de longues heures ensemble sur les routes – près d'un quart ont déclaré pratiquer le rapport bucco-génital ou anal avec

un homme, et sur cette proportion, tous avaient également des rapports avec des femmes. Une étude parmi des hommes fréquentant un dispensaire de dermato-vénérologie, dans la ville de Poona, au sud de l'Inde, a montré que les hommes déclarant être le partenaire passif dans le rapport sexuel anal avaient une probabilité 2,6 fois plus élevée d'être infectés par le VIH que les hommes qui n'avaient pas ce type de rapport, même en prenant en compte d'autres facteurs de risque.

En Thaïlande, les succès impressionnants remportés dans la lutte contre la transmission hétérosexuelle du VIH ont révélé qu'il aurait fallu mettre l'accent sur d'autres groupes importants, dont celui des hommes ayant des rapports sexuels entre eux. Dans une étude portant sur des conscrits dans une région du nord de la Thaïlande où la prévalence du VIH est élevée, 134 jeunes hommes sur plus de 2000 ont déclaré qu'ils avaient des rapports sexuels avec des hommes et tous, sauf trois, avaient aussi des rapports sexuels avec des femmes. Les hommes rapportant des relations sexuelles entre hommes avaient une probabilité près de trois fois plus forte d'être infectés par le VIH que ceux qui n'avaient des rapports qu'avec des femmes, même en tenant compte d'autres facteurs tels que les infections sexuellement transmissibles. Bien que ces rapports sexuels entre hommes n'aient été admis que par moins de 7% de la totalité des conscrits, ils étaient, en 1995, responsables de 13% des infections à VIH dans cette population.

Encadré 15. La circoncision masculine et l'infection à VIH

Depuis plusieurs années, les chercheurs s'interrogent sur les rapports entre la circoncision masculine et le VIH. Plusieurs études ont indiqué que pour les hommes circoncis, la probabilité d'être infectés par le VIH était plus faible que pour les autres. Pourtant, étant donné les liens entre la circoncision et la culture ou la religion, certains maintiennent que l'effet apparemment protecteur de la méthode ne provient pas tant de la suppression du prépuce que des comportements habituels des groupes ethniques ou religieux qui pratiquent la circoncision. En outre, certains chercheurs supposent que les liens entre circoncision et VIH doivent se compliquer en raison de la présence des infections sexuellement transmissibles, qui sont plus courantes chez les hommes qui ne sont pas circoncis.

Il est certain que ces liens sont complexes. Dans les pays nantis, les taux d'infection à VIH parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ne varient pas énormément, contrairement au pourcentage d'hommes circoncis: en Europe et au Japon, la circoncision est rare, alors que quatre cinquièmes des hommes aux Etats-Unis sont circoncis. En Afrique pourtant, la circoncision semble apporter une certaine protection. Une étude réalisée dans la province de Nyanza, au Kenya, chez les hommes d'un même groupe ethnique, les Luo, a révélé qu'un quart des hommes non circoncis étaient infectés par le VIH, alors que chez les hommes circoncis, la proportion était tout juste inférieure à un dixième. L'effet protecteur se maintient même lorsqu'on prend en compte d'autres facteurs tels que le comportement sexuel et les infections sexuellement transmissibles. Une étude portant sur plus de 6800 hommes dans les régions rurales de l'Ouganda indique que le moment choisi pour la circoncision est important: 16% des hommes circoncis après l'âge de 21 ans étaient séropositifs au VIH, alors que ceux qui avaient été circoncis avant la puberté n'étaient que 7% à être infectés. Un récent examen de 27 études publiées concernant le lien entre le VIH et la circoncision masculine en Afrique a montré qu'en moyenne les hommes circoncis avaient moitié moins de risque d'être infectés par le VIH que ceux qui ne l'étaient pas. En comparant des hommes africains aux circonstances socio-démographiques, comportementales et autres analogues, la probabilité d'une infection à VIH était près de 60% moins forte chez les hommes circoncis que chez les autres.

Si les données scientifiques suggèrent de plus en plus que le fait de circoncire un homme avant qu'il ne soit sexuellement actif offre une certaine protection contre le VIH, les implications pratiques pour la prévention du SIDA ne sont pas évidentes. La circoncision, lorsqu'elle est pratiquée, est généralement liée à des identités religieuses ou ethniques et à des rites de passage et peut avoir lieu après la puberté. De plus, si le même scalpel est utilisé sans stérilisation pour plusieurs garçons, cette pratique pourrait en fait contribuer à la transmission du VIH. Enfin, si on encourage la circoncision comme moyen de prévenir l'infection à VIH, les individus pourraient bien abandonner les autres pratiques sexuelles sans risque, telles que l'utilisation du préservatif. Ce risque est loin d'être négligeable – déjà, dans certaines communautés, la rumeur insinue que la circoncision serait un «préservatif naturel». Une prostituée interrogée à Kisumu, Kenya, résume bien cette idée erronée: «Je peux coucher avec des hommes circoncis, car ils n'ont pas beaucoup de saleté sur leur pénis». Si la circoncision est capable de réduire la probabilité d'être infecté par le VIH, elle ne l'élimine pas. Dans une étude sud-africaine, par exemple, deux hommes circoncis sur cinq étaient infectés par le VIH, par rapport à trois hommes non circoncis sur cinq. Dans ces circonstances, se reposer sur la circoncision pour se protéger est un peu comme jouer à la roulette russe avec deux balles dans son arme plutôt que trois.

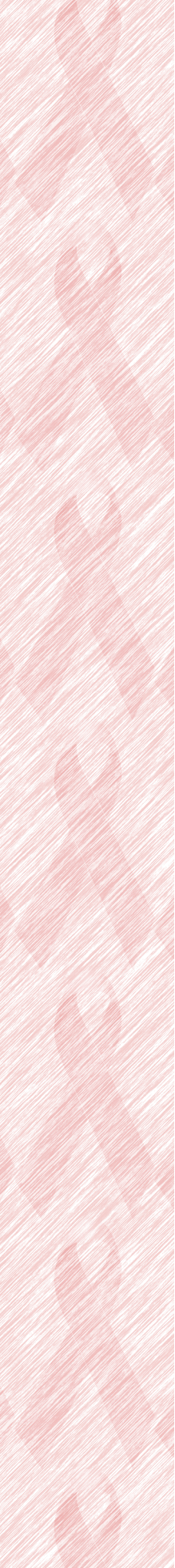


Le VIH et les autres infections sexuellement transmissibles: une occasion de renforcer la prévention

On connaît depuis de nombreuses années les liens importants existant entre le VIH et les autres infections sexuellement transmissibles. Un de ces liens est comportemental. Les rapports sexuels non protégés exposent un individu au VIH comme aux infections sexuellement transmissibles classiques. De même, l'utilisation systématique du préservatif peut protéger des deux types d'infection. Le deuxième lien est biologique. Une personne atteinte d'une infection sexuellement transmissible non traitée a un plus grand risque de contracter et de transmettre le VIH au cours d'un rapport non protégé. Il y a des raisons de penser que le diagnostic et le traitement précoces des infections sexuellement transmissibles guérissables, par exemple la syphilis et le chancre mou, permettent de rompre ce lien et de réduire le nombre des nouvelles infections à VIH.

De nouvelles données éclairent les problèmes posés par ces infections liées entre elles ainsi que les occasions qui sont offertes de les prévenir en commun. D'une part, il y a des raisons de penser que l'herpès génital – une infection virale incurable dans laquelle les malades ont des ulcères génitaux à répétition – pourrait jouer un rôle plus important dans la propagation du VIH qu'on ne le pensait jusqu'ici. D'autre part, des données récentes suggèrent qu'une amélioration de la prise en charge des infections sexuellement transmissibles aurait un potentiel extraordinaire, c'est-à-dire qu'elle pourrait incorporer des services de prévention et contribuerait ainsi à réduire les taux de VIH comme ceux des infections sexuellement transmissibles.

Dans les pays nantis, l'herpès génital – infection par le virus de l'herpès simplex de type 2 (HSV-2) – est la principale cause d'ulcères génitaux, bien que les taux soient faibles. Le HSV-2 se trouve dorénavant dans la même position en Afrique subsaharienne, dépassant le chancre mou et les autres infections sexuellement transmissibles dans de nombreux pays. Un ulcère dans la région génitale est la porte ouverte à l'infection par le VIH. Le HSV-2 et le



VIH semblent former une sorte de cercle vicieux, chacun d'entre eux aggravant le risque de contracter et de transmettre l'autre. Malheureusement, l'infection à HSV-2 dure toute la vie et n'est pas guérissable. Il existe des médicaments qui suppriment les ulcères génitaux et l'excrétion virale accompagnant le HSV-2, mais ils sont très coûteux et leur utilisation courante dans les pays pauvres est problématique. C'est pourquoi la seule option pratique consiste à prévenir le HSV-2. Et la boucle est bouclée: la meilleure manière de réduire les risques de VIH et de HSV-2, qui augmentent de manière exponentielle, est d'intensifier les efforts consentis pour les éviter tous les deux, notamment en augmentant l'utilisation du préservatif.

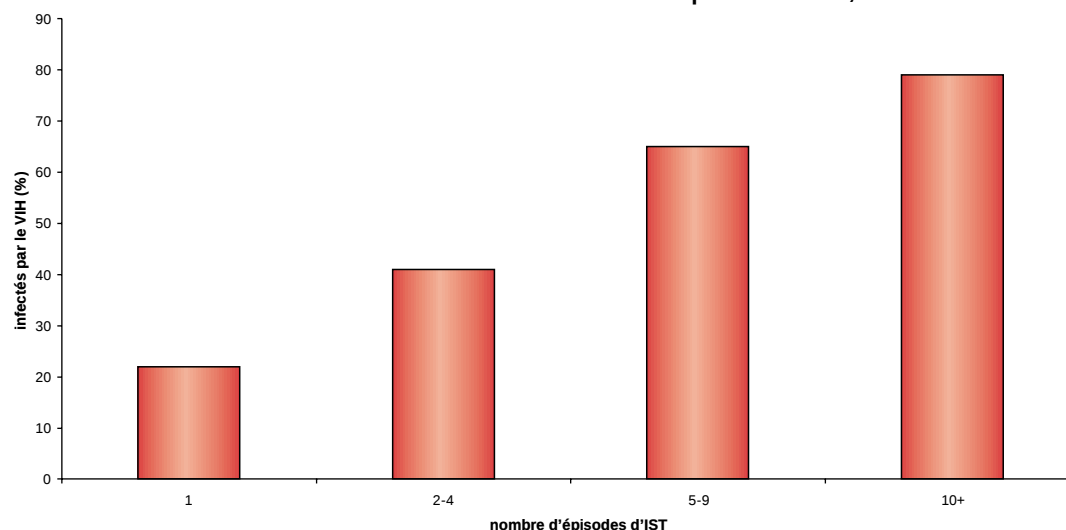
Transformer les échecs du passé en succès futurs

Les patients atteints d'une infection sexuellement transmissible et qui cherchent à se faire soigner devraient être la cible numéro un de l'intensification des efforts de prévention. Cela est particulièrement important pour les individus qui ont pour la première fois une infection de ce type. Il est souvent difficile de toucher les hommes jeunes et sexuellement actifs pour leur transmettre une information concernant les comportements sexuels sans risque, car ils n'ont généralement que peu de contact avec les services de santé, sauf lorsqu'ils demandent des soins pour une infection sexuellement transmissible. Les hommes peuvent aussi envoyer au dispensaire les femmes avec lesquelles ils ont eu des rapports sexuels; une femme infectée n'a souvent aucun symptôme de maladie et ne recherche donc pas nécessairement une prise en charge médicale, quand bien même une infection sexuellement transmissible qui n'est pas soignée l'expose sérieusement au VIH et constitue un risque d'infécondité et de mauvaise santé en général.

De nombreux pays ne saisissent pas la possibilité qui leur est offerte d'utiliser ces dispensaires pour offrir des services de prévention aux populations très exposées à la transmission du VIH, d'une part parce que les systèmes de santé mettent l'accent sur le curatif plutôt que sur le préventif et d'autre part parce que les clients sont considérés comme des «échecs de la prévention». Il est évident que les personnes atteintes d'une infection sexuellement transmissible ont eu des rapports sexuels non protégés avec une personne qui a elle-même des partenaires à haut risque. Mais un échec passé peut se transformer en succès futur. Ces patients pourraient bien tirer meilleur parti des conseils de prévention que les individus qui n'ont pas de comportements à risque.

L'analyse des données émanant d'un vaste programme de traitement entrepris en Afrique du Sud montre à quel point la prévention pourrait avoir du succès parmi les patients atteints d'une infection sexuellement transmissible. Comme le montre la Figure 26, moins d'un quart des mineurs se présentant pour la première fois dans le dispensaire gratuit fourni par les employeurs pour traiter une de ces infections sont infectés par le VIH. Ce pourcentage correspond pratiquement au taux de prévalence du VIH enregistré dans la population masculine de cette région de l'Afrique du Sud. Parmi ceux qui refont des infections sexuellement transmissibles et reviennent au dispensaire pour la deuxième, la troisième ou la quatrième fois, plus des deux cinquièmes sont infectés par le VIH. Lorsque ces hommes sont soignés pour la dixième fois ou davantage – pour des infections nouvelles qui ne peuvent avoir été contractées que lors de rapports sexuels non protégés – quatre sur cinq sont séropositifs au VIH. La plupart des hommes interrogés indiquent qu'ils n'utilisent jamais de préservatifs dans leur relation principale, ce qui signifie qu'un grand nombre de ces infections ont été contractées ou transmises par des rapports sexuels avec une épouse ou une partenaire régulière.

Figure 26. Taux de prévalence de l'infection à VIH et fréquence des épisodes d'infections sexuellement transmissibles (IST) parmi les mineurs de Carletonville en Afrique du Sud, de 1991 à 1998



Source: Ballard R., 2000 (données non publiées)

Si des mesures de prévention efficaces étaient appliquées aux hommes qui présentent pour la première fois une infection sexuellement transmissible, beaucoup d'entre eux seraient en mesure d'éviter de nouvelles infections et en particulier l'infection à VIH. Des directives types pour la prise en charge de ces patients comportent le conseil aux patients concernant la prévention, y compris l'utilisation du préservatif et l'orientation des partenaires sexuels vers un centre de traitement. Mais les prestataires de services sont systématiquement pris en défaut pour ce qui est de ce volet de la prise en charge. L'orientation vers les services de test VIH a rarement sinon jamais été évaluée, mais les preuves anecdotiques suggèrent qu'elle est rare.

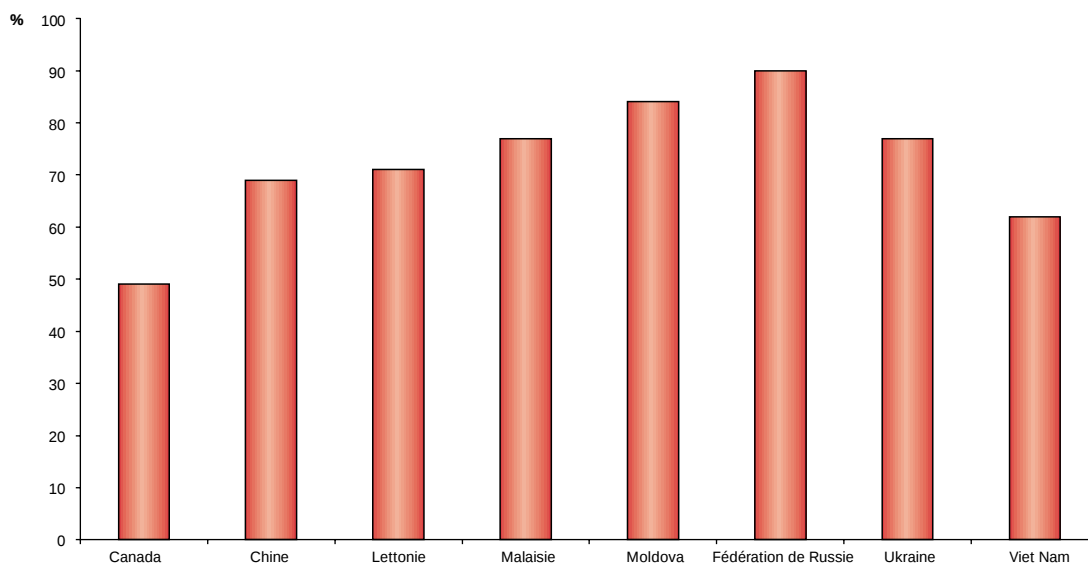
Heureusement, une bonne formation peut améliorer considérablement la performance dans le domaine de la prévention. Une récente étude en Zambie a montré que 61% des agents de santé qualifiés – mais 35% seulement de ceux qui n'avaient pas reçu de formation – avaient de bons résultats dans leurs conseils de prévention aux patients atteints d'une infection sexuellement transmissible. L'étude a également révélé que la formation ne modifiait pas énormément une performance déjà bonne en soi pour ce qui est des autres aspects de la prise en charge des malades, notamment l'enregistrement des antécédents médicaux et l'examen physique. Il est cependant malheureux de noter qu'un cinquième seulement des patients recevaient un traitement approprié, probablement parce que les médicaments adéquats faisaient défaut. La quasi-totalité des prestataires de services ont rapporté de sérieuses pénuries de médicaments au cours de l'année écoulée et, au moment de l'étude, un médicament essentiel au moins manquait dans presque tous les services. Une étude réalisée en Inde a montré que 10% seulement de tous les hommes et femmes présentant une uréthrite étaient correctement pris en charge dans les centres de santé publics ou privés. C'est pourquoi, même s'il faut impérativement poursuivre la prévention, il reste énormément à faire pour assurer un diagnostic et un traitement corrects des infections guérissables telles que la syphilis et la blennorragie.



La consommation de drogues injectables: l'autre épidémie de VIH

A l'échelle mondiale, les rapports sexuels entre hommes et femmes sont de loin le moyen le plus répandu de transmettre le VIH. Mais dans la presque totalité des pays extérieurs à l'Afrique, on observe une deuxième épidémie. Il s'agit de l'épidémie chez les individus, hommes et femmes, qui s'injectent des drogues. Ainsi, plus de la moitié de tous les cas de SIDA sont dus à la consommation de drogues injectables dans des pays tels que Bahreïn, l'Espagne, la Géorgie, l'Italie, le Kazakhstan, le Portugal et la Yougoslavie, et plus des deux cinquièmes en Argentine et en République islamique d'Iran. La Figure 27 montre la proportion des infections à VIH imputables à la consommation de drogues dans plusieurs pays. Au milieu de 1999, un total de 114 pays et territoires avaient notifié une transmission du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables, alors qu'ils n'étaient que 52 sept ans auparavant.

Figure 27. Proportion de l'ensemble des nouvelles infections à VIH qui surviennent chez les consommateurs de drogues par injection, divers pays, 1998-1999



Source: Programmes nationaux de lutte contre le SIDA

Les injections, de quelque sorte qu'elles soient, constituent un moyen encore plus efficace que les rapports sexuels de transmettre le VIH. Les consommateurs de drogues injectables font souvent partie de réseaux étroits et partagent couramment leur matériel d'injection avec d'autres personnes sans le nettoyer, c'est pourquoi le VIH peut se propager très rapidement dans ces populations. Etant donné que la consommation de drogues injectables est illégale dans la plupart des pays, il est difficile de connaître exactement le nombre des personnes qui s'injectent des drogues et combien partagent leur matériel; il est encore plus difficile d'estimer combien sont infectés par le VIH. Les estimations des taux d'infection à VIH parmi les

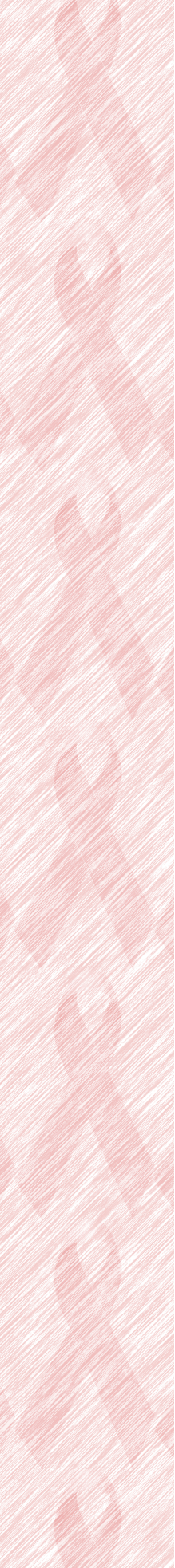
consommateurs de drogues injectables proviennent souvent des tests effectués sur des consommateurs qui ont été arrêtés ou qui sont inscrits dans des centres de traitement. Pourtant, les renseignements recueillis par les services de proximité – qui apportent aux communautés de consommateurs de drogues des services de prévention du VIH ainsi que d'autres services sanitaires et sociaux – suggèrent que les chiffres officiels sous-estiment les taux réels d'infection dans cette population. De nouvelles données provenant des clients des programmes de proximité à l'intention des consommateurs de drogues de Saint-Pétersbourg, en Fédération de Russie, montrent que 12% des individus testés étaient infectés par le VIH alors que le taux est d'à peine 0,2% chez les consommateurs de drogues enregistrés. Dans la ville de Poltava, en Ukraine, 40% environ des clients des projets de prévention sont infectés par le VIH, contre 10% environ des consommateurs de drogues enregistrés.

S'il est difficile d'obtenir des chiffres précis, il est évident que le VIH peut exploser à une vitesse étonnante dans des populations de consommateurs de drogues et se stabiliser à des niveaux extrêmement élevés. Par exemple, en Ukraine, l'infection à VIH chez les consommateurs de drogues injectables de plusieurs villes a grimpé de presque zéro en 1994 à 31-57% en moins de deux ans. En 1999, on a observé une flambée massive d'infection à VIH chez les consommateurs de drogues injectables de Moscou, où les nouveaux cas de VIH notifiés pendant cette année-là ont été trois fois plus nombreux que pendant toutes les années précédentes prises ensemble. Des taux de prévalence du VIH situés entre 30 et 70% ont été relevés parmi les consommateurs de drogues injectables en Argentine, au Brésil, en Espagne, aux Etats-Unis (Porto Rico), en Inde et en Thaïlande. Les comportements à risque demeurent fréquents dans ces populations. Des études récentes ont montré que près d'un tiers des consommateurs de drogues injectables au Brésil et deux tiers en Thaïlande partagent régulièrement leur matériel d'injection, alors qu'en Argentine, les trois quarts des individus interrogés ont déclaré avoir partagé des seringues à un moment ou à un autre.

Certains pays – dont plusieurs pays d'Europe centrale et orientale – observent une augmentation du nombre absolu de consommateurs de drogues injectables, qui s'accompagne d'un abaissement inquiétant de l'âge auquel les jeunes se tournent vers les drogues. En Slovaquie, 2% des 15 à 16 ans déclarent s'injecter des drogues. A Saint-Pétersbourg, plus de 40% des consommateurs de drogues fréquentant un centre de traitement en 1999 étaient des jeunes, une augmentation de 13% par rapport à deux ans auparavant. Dans une étude, des jeunes filles thaïlandaises indiquaient avoir commencé à s'injecter des drogues avant l'âge de 16 ans, deux ans en moyenne avant les garçons.

L'injection de drogues constitue un risque d'infection par le VIH non seulement pour les personnes qui la pratiquent, mais aussi pour leurs partenaires sexuels. Aux Etats-Unis, on estime que 9 cas sur 10 de transmission hétérosexuelle du VIH à New York sont liés à des rapports sexuels avec un consommateur de drogues. Dans certaines régions, y compris une bonne partie de la Chine et certaines zones de l'Inde et du Myanmar, on compte davantage de femmes infectées à la suite de rapports sexuels avec des consommateurs de drogues injectables que par tout autre moyen. A Rio de Janeiro, au Brésil, 83% des consommateurs de drogues injectables déclarent ne pas utiliser de préservatifs avec leur partenaire régulier et 63% ne les utilisent jamais, même avec des partenaires occasionnels. La consommation de drogues injectables contribue aussi à la transmission du VIH de la mère à l'enfant. En Uruguay, 40% des bébés séropositifs au VIH étaient nés de mères qui s'injectent des drogues.

Lorsque les consommateurs de drogues injectables se vendent pour acheter des drogues, la perspective de la transmission sexuelle est évidemment préoccupante. Mais il est double-



ment difficile de quantifier le commerce du sexe et l'utilisation des drogues, car ils sont l'un comme l'autre camouflés. Des études portant sur des consommateurs de drogues injectables en Argentine (Buenos Aires), au Brésil (Rio de Janeiro) et au Canada ont révélé qu'un tiers au moins de ces hommes et ces femmes avaient déjà échangé des faveurs sexuelles pour de la drogue. Le recoupement semble augmenter le risque d'infection. Dans une étude réalisée à Québec, Canada, parmi 212 consommateurs de drogues injectables de sexe masculin, la prévalence de l'infection à VIH approchait 30% pour les hommes qui étaient aussi des professionnels du sexe et elle était juste inférieure à 10% pour ceux qui ne l'étaient pas.

Malgré les incertitudes concernant le nombre des consommateurs de drogues injectables et la proportion de ceux qui sont déjà infectés par le VIH, on en sait assez pour lancer rapidement des programmes complets qui pourraient contribuer à réduire le risque élevé de nouvelles infections. Ces programmes doivent intégrer la prévention primaire de l'utilisation des drogues, en particulier chez les jeunes, et des activités de prévention du VIH chez les consommateurs de drogues.

La réduction de la transmission du VIH parmi les consommateurs de drogues: les interventions sont efficaces, mais politiquement impopulaires

Si des programmes complets et à grande échelle de prévention du VIH peuvent être mis en œuvre parmi les consommateurs de drogues injectables avant que la prévalence ne dépasse 5%, il est possible de maintenir les taux d'infection à un faible niveau. Ces programmes doivent comporter l'éducation sur le SIDA, la promotion du préservatif, l'échange des seringues et le traitement. Ces programmes exhaustifs sont parfois désignés sous l'appellation de «programmes pour un moindre mal». Mais ce terme de «moindre mal» est politiquement sensible et certains aspects de l'approche sont également politiquement délicats dans la plupart des pays. Par exemple, aux États-Unis, au moins six études financées par le gouvernement sur l'infection à VIH parmi les consommateurs de drogues ont conclu que les programmes d'échange des seringues réduisent de manière importante les nouvelles infections à VIH parmi les consommateurs de drogues, sans pour autant encourager l'utilisation de celles-ci. Et pourtant, malgré ces résultats, il est toujours interdit d'utiliser des fonds fédéraux pour des programmes d'échange des seringues en raison des oppositions politiques. Une étude a estimé que le fait de n'avoir pas largement mis en œuvre des programmes d'échange des seringues entre 1987 et 1995 aux États-Unis coûterait au moins US\$ 244 millions en soins médicaux pour des cas d'infection à VIH qui auraient pu être évités.

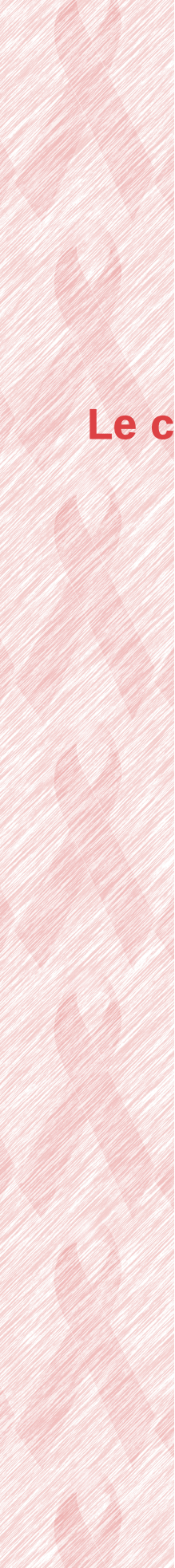
Les programmes pour un moindre mal, en particulier ceux dont le but est de prévenir l'infection à VIH, ont prouvé leur succès dans les économies en transition comme dans les pays nantis. Au Bélarus, un programme de prévention du VIH parmi des consommateurs de drogues de Svetlogorsk, qui comprenait une éducation sur les méthodes hygiéniques d'injection et sur la sexualité sans risque et offrait des seringues propres, semble avoir eu pour conséquence des comportements à moindre risque dans ce groupe. En 1997, avant le début du programme de prévention, 92% des participants à l'enquête déclaraient pratiquer l'utilisation commune des seringues. En 1999, ce pourcentage avait chuté à 35%. Si certaines personnes continuaient à réutiliser leurs seringues, la proportion de celles qui les nettoyaient avant la réutilisation était passée à 55%, alors qu'elle n'était que de 16% avant la campagne de prévention. Le projet comprenait aussi la distribution de préservatifs, pour contribuer à réduire la transmission du VIH des consommateurs de drogues infectés à leurs partenaires sexuels. Les utilisateurs semblent en profiter: en 1999, ils étaient près de deux tiers à affirmer qu'ils utilisaient parfois ou toujours le préservatif, soit deux fois plus que deux ans aupa-

ravant. On estime que le programme, qui coûte environ US\$ 0,36 par seringue jetable distribuée, a permis, après deux ans de fonctionnement, d'éviter plus de 2000 cas d'infection à VIH, pour un coût approximatif de US\$ 29 par infection évitée – ce qui est considérablement inférieur au coût d'un cas de SIDA pour une famille ou un système de santé.

La campagne du Bélarus a été soutenue par une modification de la loi qui a rendu légale la possession de seringues. Une modification législative facilitant le financement et la mise en œuvre de programmes d'éducation sur le SIDA et d'échange des seringues a également été réalisée au Brésil.

Le traitement de la toxicomanie est une autre méthode de prévention de l'infection à VIH chez les consommateurs de drogues injectables. On peut par exemple aider les consommateurs à passer à des substances qui n'ont pas besoin d'être injectées. Le traitement à la méthadone, qui comporte l'administration de doses de méthadone par voie orale en remplacement des injections d'héroïne, a été associé à une diminution des comportements à risque et à une baisse des taux d'infection à VIH. Au début des années 1990, une étude d'une durée de 18 mois, portant sur 255 consommateurs de drogues à Philadelphie, Etats-Unis, a montré que 3,5% seulement des consommateurs qui recevaient régulièrement de la méthadone avaient été infectés par le VIH, contre 22% de ceux qui n'étaient pas traités.

De toute évidence, il faut consentir de plus grands efforts pour réduire à la fois l'utilisation des drogues injectables et le risque d'infection à VIH chez les consommateurs de drogues, en particulier dans les nombreux pays où la consommation de drogues constitue le moteur de l'épidémie de VIH. Comme pour les autres groupes marginalisés, il est parfois plus facile pour les organisations non gouvernementales d'entrer en contact avec les consommateurs de drogues. Les programmes nationaux de lutte contre le SIDA dans certains pays, notamment dans plusieurs pays d'Europe centrale et orientale et quelques pays d'Amérique latine et d'Asie, apportent un soutien actif à des organisations de ce type dans leurs activités de prévention de l'infection à VIH parmi les consommateurs de drogues et de la transmission du virus de ces personnes à leurs partenaires sexuels. Il faut certes applaudir ces efforts de prévention, mais ces derniers devraient surtout être élargis.

A vertical red ribbon graphic is positioned on the left side of the page, extending from the top to the bottom. It features a repeating pattern of red ribbons, which are a symbol for HIV/AIDS awareness.

Le conseil et le test: ouvrir de nouvelles voies

La plupart des 34,3 millions de personnes qui, dans le monde, vivent aujourd'hui avec le VIH ne savent pas qu'elles sont porteuses du virus. Dans les pays les plus touchés par l'épidémie de VIH, la proportion est encore plus forte.

Il y a plusieurs raisons à cet état de choses, notamment l'ignorance, le manque de services appropriés de conseil et de test et la stigmatisation associée au SIDA encore trop répandue, qui peut entraîner le rejet et même la violence à l'encontre des personnes dont on sait qu'elles sont séropositives au VIH. Les gens craignent qu'un résultat positif ne constitue une annonce de mort immédiate, quand bien même ce n'est pas le cas. Dans un pays en développement, un individu qui vient d'être infecté par le VIH peut compter vivre en moyenne neuf ans avant de tomber sérieusement malade et survivre jusqu'à une année après cette date, même en l'absence de thérapie antirétrovirale.

Si redoutables que soient les obstacles au dépistage du VIH, il est important de s'y attaquer. Il y a de grands avantages, sur le plan de la prévention comme de la prise en charge, à connaître rapidement son statut sérologique. Les gens qui découvrent qu'ils sont séronégatifs au VIH peuvent prendre des mesures plus énergiques encore pour le rester, y compris convaincre leur partenaire de faire le test ou d'utiliser le préservatif. Les personnes ayant une relation stable et qui se révèlent séropositives au VIH peuvent agir et protéger leur partenaire de l'infection par la voie sexuelle et éviter la transmission du virus de la mère à l'enfant. La possibilité de suivre un traitement susceptible de prolonger la vie constitue un réel encouragement au test de dépistage: de nouvelles recherches montrent que, même dans les pays en développement, des médicaments peu coûteux sont en mesure d'améliorer la survie et d'aider une personne séropositive à demeurer en bonne santé et à rester productive plus longtemps (voir pages 105-106). Il est aussi dans l'intérêt des familles de découvrir une infection assez tôt, afin de pouvoir planifier la sécurité financière des survivants. Enfin, le conseil et le test VIH peuvent être d'un grand intérêt pour la communauté, en particulier si les personnes séropositives au VIH se sentent suffisamment en sécurité pour parler ouvertement de leur infection et participer à la lutte contre l'épidémie – le principe GIPA, la participation accrue des personnes vivant avec le VIH/SIDA (voir page 88). Les personnes vivant avec le VIH peuvent apporter leur expérience personnelle à l'action contre le SIDA et aider leurs voisins, les institutions et les décideurs à faire face à la réalité de l'épidémie.

Lorsqu'ils sont correctement mis en œuvre, le test et le conseil volontaires peuvent contribuer à briser le cercle vicieux de la crainte, de la stigmatisation et du déni. Les avantages

potentiels sont aussi bien collectifs qu'individuels et vont bien au-delà de l'intérêt premier qui est de connaître son statut sérologique personnel. Le Centre d'Information sur le SIDA, en Ouganda, en est un exemple intéressant: au cours de la décennie écoulée, cette organisation a fourni à plus de 350 000 personnes des services de conseil et de test VIH confidentiels. Des milliers de personnes séropositives ou séronégatives au VIH testées au Centre se sont ensuite inscrites au Club Post Test, qui ne se contente pas d'offrir à ses membres des soins de santé et d'autres services, mais qui les envoie dans la communauté pour parler de la prévention du VIH. Entre 1992 et 1998, les membres du Club, qui suivent quatre jours de cours de formation pour devenir éducateurs pour leurs pairs, ont contacté 180 000 personnes et distribué 1,2 million de préservatifs. Des personnes comme celles-ci combattent l'invisibilité de l'épidémie en lui donnant un visage.

Malheureusement, les établissements offrant le test VIH dans les pays en développement sont encore bien loin d'être satisfaisants. Dans de nombreux endroits, notamment dans les zones rurales, il n'est tout simplement pas possible de faire un test. Dans d'autres, la qualité du conseil laisse à désirer. Souvent les clients ont des raisons de craindre que leurs résultats ne restent pas confidentiels. On note des violations flagrantes des droits de la personne: il arrive que le test VIH soit pratiqué sans que les individus en soient informés, ou contre leur gré; les employeurs et les membres de la famille sont parfois informés du statut sérologique d'une personne. Le test sans conseil préalable est particulièrement répandu dans les établissements médicaux; les médecins décident parfois de ne pas informer leurs patients qu'ils sont infectés par le VIH, de peur de les déprimer. C'est par contre la classe moyenne et supérieure qui risque d'être particulièrement mal servie. Un inventaire détaillé des services de conseil, de test, de soins et de soutien à Nairobi, Kenya, a révélé que dans les bidonvilles et les quartiers pauvres les services de soutien étaient relativement nombreux et financés, pour la quasi-totalité, par des donateurs et dirigés par des organisations non gouvernementales et communautaires. Il n'existait pas de services de ce type pour les gens aisés.

Même lorsqu'il existe des services de test et de conseil de bonne qualité, la stigmatisation peut être d'une telle ampleur que les gens choisiront de ne pas connaître leur statut sérologique – ce qui est leur droit le plus strict. L'amélioration de la qualité et de la disponibilité des services de dépistage doit donc aller de pair avec les actions entreprises pour réduire la crainte et le rejet des personnes vivant avec le SIDA, et doit s'accompagner des politiques et des pratiques susceptibles de garantir la confidentialité pour ce qui est des résultats du test VIH et des informations qui y sont liées. Des pays développés comme en développement sont parvenus dans une certaine mesure à combattre la stigmatisation liée au SIDA par le biais de campagnes publiques encourageant la solidarité à l'égard des personnes touchées par le VIH et grâce aux déclarations publiques de personnalités respectées.



Le défi de la prévention dans le couple

Le conseil et le test volontaires peuvent contribuer à prévenir la transmission du VIH dans les relations de longue durée lorsque les autres options de prévention – l'abstinence, la fidélité et l'utilisation du préservatif – peuvent être problématiques.

Les individus qui, dans une relation stable, sont prêts à s'abstenir définitivement de rapports sexuels sont bien rares sinon inexistants. Bien peu se satisferont d'une vie entière de rapports sans pénétration. Pour ce qui est de la fidélité, les gens peuvent être sûrs de leur propre

comportement, mais ils ont souvent des doutes concernant la fidélité absolue de leur partenaire. Dans tous les cas, la fidélité, même mutuelle, n'est un facteur de protection que si les deux partenaires ont commencé leur relation sans être infectés par le VIH.

Dans certaines régions, le préservatif est largement utilisé pour la planification familiale, mais dans la plupart des populations, et malgré des campagnes de promotion énergiques, l'utilisation du préservatif entre époux reste très rare. On retrouve même ces faibles taux d'utilisation du préservatif dans le mariage lorsque l'un ou l'autre des partenaires, ou même les deux, ont aussi des rapports sexuels extraconjugaux sans protection. En Zambie, une vaste enquête à l'échelle nationale a révélé que les hommes mariés déclarant avoir des partenaires extraconjugaux n'utilisaient pas davantage le préservatif avec leur épouse que les hommes se déclarant fidèles. Si l'on sait qu'un tiers à peine des hommes ayant des partenaires extraconjugaux avaient utilisé un préservatif au cours de leur dernier rapport sexuel occasionnel, un grand nombre de femmes sont exposées au risque de contracter le VIH en raison du comportement de leur mari.

Etant donné ces difficultés de la prévention, il n'est guère surprenant d'apprendre que le niveau de la transmission du VIH au sein du mariage et des autres relations stables est considérable. Des études le confirment, en particulier dans les régions où les taux d'infection sont élevés.

Le test VIH et le conseil volontaires peuvent aider les femmes séropositives à réduire leur risque de donner naissance à un enfant infecté (voir page 81). Ils peuvent en faire de même au sein des couples dans lesquels l'un des partenaires est peut-être infecté et l'autre vulnérable à la transmission sexuelle du virus. Des études portant sur l'efficacité préventive du conseil et du test volontaires ont donné des résultats contradictoires selon les populations et les lieux. Mais il est encourageant de noter que, de plus en plus, cette mesure semble permettre de prévenir la transmission du virus dans les relations hétérosexuelles, en particulier lorsque les deux partenaires décident de se présenter ensemble au centre de test et de conseil volontaires.

Le test VIH peut être utile aux personnes qui sont déjà mariées et même lorsqu'une femme est enceinte (comme on le verra ci-dessous). Pourtant, certaines personnes affirment que le test et le conseil avant le mariage seraient encore plus utiles, étant donné le risque élevé, dans certaines régions, d'arriver au mariage en étant déjà infecté et le fait que les campagnes de promotion du préservatif ne sont pas parvenues à encourager les discussions franches et l'utilisation du préservatif pour la prévention du VIH dans les relations stables. Dans plusieurs pays, y compris deux pays en développement qui ont obtenu des résultats remarquables en matière de prévention – l'Ouganda et la Thaïlande – un nombre croissant de personnes choisissent de faire le test VIH avant de se marier. Au Centre d'Information sur le SIDA de l'Ouganda, la proportion des personnes qui font le test parce qu'elles envisagent le mariage ou une nouvelle relation a augmenté régulièrement dans le temps, passant de 6% en 1992, à 33% en 1997. Deux tiers de ces hommes et de ces femmes se sont présentés avec leur partenaire potentiel et la grande majorité d'entre eux ont été trouvés séronégatifs. En fait, les personnes qui font le test de manière préventive se sont révélées beaucoup moins souvent infectées que les personnes qui ont fait le test pour d'autres raisons. En 1997, 6% à peine des tests avant le mariage ont été positifs, par rapport à un quart des tests effectués pour d'autres raisons.

Le conseil et le test volontaires ne conviendront jamais à tous les individus ni à tous les couples, qu'ils soient hétérosexuels ou homosexuels, et ils ne parviendront jamais à empê-

cher à l'avenir toute transmission chez les personnes testées. Pourtant, ils constituent une option importante qu'il faut intégrer dans les approches de la prévention. Comme pour la planification familiale, aucune méthode ne satisfera tous les individus à toutes les étapes de leur vie. Plus le nombre des moyens de prévention disponibles est élevé, plus les choix seront variés pour les individus et les couples et plus la probabilité sera grande qu'ils trouvent tous un moyen acceptable de prévenir la propagation du VIH.



Prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant

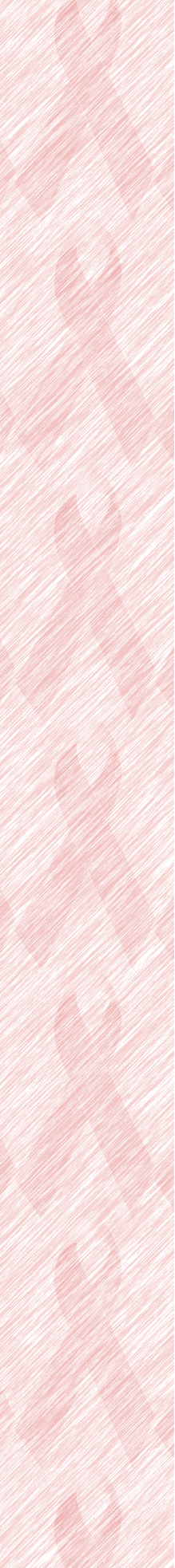
Depuis le début de l'épidémie de VIH, on estime à 3,8 millions le nombre des enfants qui sont décédés du SIDA avant leur quinzième anniversaire, près de 0,5 million pour la seule année 1999. De plus, 1,3 million d'enfants vivent aujourd'hui avec le VIH et la plupart d'entre eux mourront avant l'adolescence. La grande majorité de ces enfants sont nés de mères infectées par le VIH: ils ont contracté le virus pendant la grossesse, au moment de la naissance ou par l'allaitement.

Pendant de nombreuses années, les connaissances sur la transmission de la mère à l'enfant étaient insuffisantes pour permettre de prendre les mesures susceptibles d'aider les mères séropositives au VIH à donner naissance à des bébés non infectés. Sans aucune intervention, le tiers environ des mères séropositives au VIH transmettent le virus à leur nouveau-né. Vers la fin des années 1990, on a découvert que près de la moitié de ces infections se produisaient au cours de l'allaitement.

Plus récemment, on a beaucoup appris sur les moyens d'éviter la transmission du VIH des mères infectées à leurs enfants. Ces connaissances ont été appliquées dans les pays nantis où la plupart des mères choisissent de prendre des médicaments antirétroviraux qui réduisent le risque de transmission et d'éviter ensuite l'allaitement au sein de leur nourrisson. Ces deux mesures, associées à des accouchements par césarienne, ont réduit de manière spectaculaire la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

Le monde en développement, et en particulier l'Afrique subsaharienne, a encore plus à gagner des programmes à grande échelle visant à réduire la transmission mère-enfant, car les femmes y ont davantage d'enfants et des taux beaucoup plus élevés d'infection à VIH. En 1999, plus de neuf dixièmes de tous les enfants qui, dans le monde, ont été infectés avant la naissance ou au cours du premier âge, sont nés en Afrique subsaharienne. La mise à disposition à grande échelle de services de conseil et de test VIH, qui permettraient aux femmes de décider de prendre ou non des médicaments préventifs au cours de la grossesse, constitue une mesure qui pourrait sauver la vie de centaines de milliers d'enfants, tout en offrant d'autres avantages encore, comme on l'a vu en page 78.

Mais les obstacles rencontrés dans les pays en développement sont aussi plus importants que dans les pays nantis. Tout d'abord, les taux plus élevés de VIH et de grossesse signifient que les programmes de prévention doivent atteindre un nombre de femmes beaucoup plus important. Deuxièmement, le nombre des centres de conseil et de test VIH y est moins élevé. Troisièmement, l'allaitement au sein est presque généralisé et il est difficile de trouver des solutions de substitution sans danger à l'allaitement maternel. Enfin, les schémas thérapeutiques suivis dans les pays nantis pour réduire la transmission du VIH aux nourrissons sont trop coûteux et trop compliqués pour être largement utilisés dans les pays pauvres.



Certaines de ces difficultés sont en voie d'être surmontées. Des études réalisées en Thaïlande au début de 1998 ont montré qu'un schéma thérapeutique relativement simple – un traitement court d'un mois par le médicament antirétroviral zidovudine (AZT) – administré aux mères séropositives au VIH vers la fin de la grossesse pouvait réduire de moitié le taux de transmission au nourrisson, à condition que les femmes évitent en outre d'allaiter. En Côte d'Ivoire et au Burkina Faso, on a observé que si les femmes suivent le même schéma thérapeutique mais allaitent, le taux de transmission aux nourrissons est tout de même diminué d'un tiers. A la fin de 1999 en Ouganda, une étude consistant à administrer de la névirapine à la mère au début du travail puis au nourrisson après l'accouchement a eu des résultats analogues. Ce traitement coûte environ US\$ 4 par femme séropositive – soit moins d'un dixième de ce que coûte un mois de traitement à l'AZT. En conséquence, la névirapine a été intégrée dans la Liste modèle OMS des médicaments essentiels comme médicament susceptible de réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Si l'on s'interroge quant à la toxicité des médicaments antirétroviraux et aux effets qu'ils pourraient avoir sur l'évolution de l'infection à VIH chez la mère, les données dont on dispose aujourd'hui montrent que les avantages l'emportent largement sur les risques éventuels associés à leur utilisation.

Plusieurs pays en développement ont récemment mis en place des projets pilotes visant à aider les mères infectées par le VIH à donner naissance à des enfants en bonne santé et se sont vigoureusement attaqués à certains des problèmes qu'ils soulèvent. Ces expériences permettront aussi de trouver les moyens de surmonter les obstacles à la mise en œuvre des programmes de prévention à grande échelle dans les pays en développement.

Le premier obstacle à franchir, c'est la méconnaissance du fait que le VIH peut être transmis d'une mère infectée à son enfant et que des mesures existent pour réduire le risque de transmission. De ce fait, les conseillers des dispensaires prénatals passent beaucoup de temps à expliquer les différentes options disponibles à leurs clientes avant de leur offrir la possibilité de faire un test VIH. Il est difficile de trouver le temps nécessaire à ce type de conseil dans des dispensaires surchargés. Mais ce problème peut être surmonté: au Botswana, par exemple, une vaste campagne d'information a été lancée pour faire en sorte que les femmes connaissent les moyens de prévenir la transmission de la mère à l'enfant avant de visiter un dispensaire, ce qui a permis de raccourcir le temps nécessaire à la communication des informations essentielles.

La réticence montrée par les femmes à effectuer le test VIH constitue un deuxième obstacle à franchir. Ce peu d'empressement est peut-être dû en partie à la crainte de la stigmatisation et en partie à leur inquiétude de ne pas obtenir le soutien social et médical dont elles auront besoin si elles se révèlent séropositives. Lorsqu'on leur propose le test, les femmes ont deux manières de montrer leur réticence: soit elles refusent le test, soit elles l'acceptent mais ne reviennent pas chercher leur résultat. Néanmoins, l'intérêt suscité de prime abord pour le test VIH est déjà relativement important, avec des taux de 46% au Botswana, de 80% en Côte d'Ivoire et de 92% en Afrique du Sud. Si l'on ne dispose pas de données sur la proportion des femmes qui sont revenues chercher les résultats de leur test au Botswana, la plupart des femmes séropositives l'ont fait en Côte d'Ivoire et en Afrique du Sud (60% et 92% respectivement). L'intérêt pour le test s'est accru simultanément avec la prise de conscience, dans la population générale, du fait que l'infection à VIH chez le nourrisson peut être évitée. Il ne faut pas oublier que la connaissance de son propre statut sérologique ne profite pas seulement aux femmes infectées par le VIH et à leurs nourrissons, mais aussi, et c'est peut-être plus important encore, aux femmes qui se révèlent séronégatives au VIH et qui peuvent ainsi être mieux à même de rester non infectées.

Lorsqu'une femme enceinte se sait infectée par le VIH, et qu'elle accepte de suivre un traitement complet avec des médicaments antirétroviraux, elle devrait être informée des options qui s'offrent à elle pour nourrir son enfant et pour la suite de sa vie reproductive, et être soutenue dans les choix qu'elle a faits concernant l'alimentation de son nourrisson et la méthode de planification familiale.

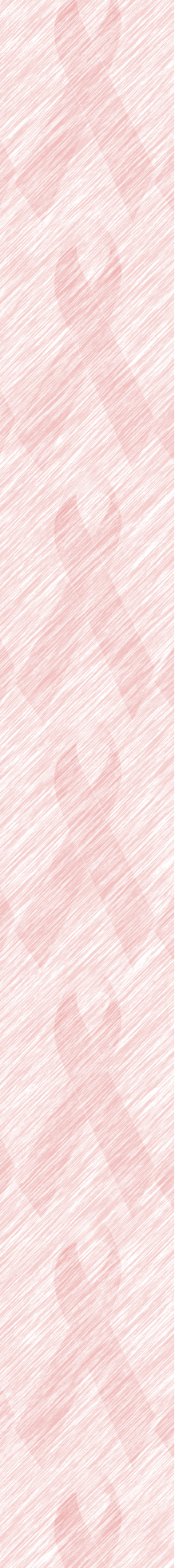
Entamer et achever une thérapie complète, même un traitement d'un mois à l'AZT, s'est révélé difficile dans les projets pilotes réalisés jusqu'ici. Les projets de Côte d'Ivoire et du Cap (Afrique du Sud) ont rapporté des taux de 37 à 85% au début, et dans le projet sud-africain, seules 18% des femmes qui avaient commencé l'AZT sont allées au bout du traitement d'un mois. La principale explication de ce phénomène est que la durée de la grossesse est souvent sous-estimée et que les femmes commencent leur traitement trop tard. Ces pourcentages devraient s'améliorer avec l'introduction de traitements d'une durée beaucoup plus courte, par exemple le schéma utilisant la névirapine.

L'alimentation infantile pose d'autres dilemmes encore. La controverse est liée aux risques opposés auxquels sont exposés les nourrissons: le risque d'infection par le VIH ou celui de recevoir une alimentation de substitution dans des régions où l'accès à l'hygiène, aux préparations spéciales pour nourrissons et à l'éducation est insuffisant. Autre dilemme, dans les pays où l'allaitement au sein se déroule en public, les femmes et d'autres personnes pourraient, dans ces situations, en venir à associer alimentation de substitution et infection par le VIH. A cause des différentes perceptions concernant les risques de stigmatisation et les risques sanitaires pour l'enfant, la proportion des femmes qui ont choisi l'alimentation de substitution a été de 50% à Abidjan, Côte d'Ivoire, de 60% au Botswana et de 92% au Cap, Afrique du Sud.

Pour réduire encore davantage la transmission mère-enfant, il est nécessaire de recueillir des données supplémentaires sur la transmission du VIH et sur les autres risques sanitaires associés aux diverses méthodes d'alimentation infantile. Un rapport émanant d'Afrique du Sud en 1999 plaide pour l'allaitement maternel exclusif; des nourrissons ayant reçu une alimentation «mixte» semblaient avoir un risque plus important de transmission du VIH que ceux qui n'avaient reçu que du lait maternel ou que des aliments de substitution. Un essai contrôlé randomisé au Kenya, qui a suivi les enfants de femmes séropositives au VIH jusqu'à l'âge de deux ans, a relevé un taux de mortalité plus faible chez les enfants qui avaient reçu une alimentation de substitution, une différence principalement due aux taux plus élevés d'infection à VIH parmi les nourrissons allaités par leur mère.

Les résultats de ces études relativement modestes et quelque peu contradictoires ne peuvent être considérés comme décisifs. Sept projets pilotes, lancés en Afrique subsaharienne et en Amérique centrale, avec l'appui de l'UNICEF et des autres membres du Groupe de travail interinstitutions des Nations Unies dans ce domaine (FNUAP, OMS et Secrétariat de l'ONUSIDA), devraient contribuer à optimiser les approches de l'alimentation des nourrissons. Dans le même temps, il est important de trouver des moyens de réduire le risque de transmission du VIH par le lait maternel, car il est probable qu'une grande proportion des femmes infectées par le VIH continueront à souhaiter allaiter leurs nourrissons. Une étude clinique au moins est prévue pour évaluer l'efficacité de la prophylaxie antirétrovirale administrée aux nourrissons au cours de la période de l'allaitement au sein.

Les projets pilotes devront également trouver le moyen d'offrir des soins et un soutien, non seulement à la mère infectée par le VIH et à son nourrisson, mais aux autres membres de sa famille. Il s'agit là d'un domaine largement inexploré dans les pays en développement, où il



sera nécessaire de créer des liens efficaces d'orientation-recours entre les centres de promotion maternelle et infantile et les autres établissements et services du système de santé et de prévoir l'augmentation du nombre des cas à traiter.

L'obstacle le plus difficile à surmonter sera d'élargir la couverture au-delà des projets pilotes, afin d'atteindre toutes les femmes enceintes séropositives au VIH et leurs familles. Dans le cadre de la planification en vue de cette expansion, les systèmes de santé devront relever le défi considérable de l'amélioration des infrastructures, de la formation, de la motivation et du maintien des personnels de santé nécessaires, et de l'amélioration des systèmes de distribution, afin que les trousse de dépistage du VIH, les médicaments et les aliments de substitution pour nourrissons soient en permanence à la disposition des personnes qui en auront besoin.

La prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA

Le VIH est un virus à action lente qui prend souvent des années à entraîner un état pathologique chez une personne infectée, par opposition à la plupart des virus, qui peuvent provoquer la maladie en quelques jours ou en quelques semaines. Au cours des quelque dix ans pendant lesquels les défenses immunitaires d'une personne positive pour le VIH se détériorent progressivement, divers agents pathogènes du milieu – d'autres virus, des bactéries, des champignons et des parasites – profitent de cet affaiblissement pour attaquer l'individu, entraînant divers types de maladie. C'est pour cela que l'on appelle les infections et les cancers rencontrés chez les individus positifs pour le VIH des «maladies opportunistes».

Il existe des traitements efficaces destinés à prévenir, à traiter et même à guérir un grand nombre de ces maladies opportunistes et à soulager les symptômes qui leur sont associés, parmi lesquels la fièvre, le prurit, la toux, la difficulté à respirer ou à avaler et la diarrhée chronique. D'autres médicaments, qui ont été mis au point beaucoup plus récemment, attaquent le VIH lui-même – ce virus est un rétrovirus, ce qui explique pourquoi ces médicaments sont dits antirétroviraux.

Les personnes vivant avec le VIH ou le SIDA ont néanmoins besoin de bien plus que de médicaments ou de soins de santé. Ceux et celles qui apprennent leur infection ont besoin de soutien pour faire face aux conséquences que peut entraîner une maladie mortelle. Il faut affronter la peur d'être mis à l'écart par sa famille ou sa communauté. Les personnes qui sont mariées ou qui vivent en couple stable ont besoin de soutien pour protéger leurs proches du virus, pour annoncer la nouvelle à leur partenaire, et pour aborder le problème des relations sexuelles hors mariage (les femmes peuvent être exposées aux soupçons même si elles ont été infectées par leur partenaire stable). Dans le même ordre d'idées, les personnes affectées par l'épidémie auront besoin de soutien social pour atténuer les nombreuses conséquences qu'entraîne le diagnostic d'infection par le VIH, et pour affronter les épisodes de maladie à répétition et pour finir la mort, y compris l'appauvrissement des familles qui sont déjà proches ou en dessous du seuil de pauvreté (voir page 27).



Faire face aux besoins: défis et réussites

Dans les pays nantis, la prise en charge est maintenant considérée comme allant plus ou moins de soi. Les médicaments antirétroviraux, qui attaquent directement le virus et améliorent la santé et la survie, sont en général accessibles. Les personnes vivant avec le VIH ou avec le SIDA et leurs organisations y ont contribué, en insistant par exemple auprès de l'industrie pharmaceutique pour que celle-ci diminue le prix des médicaments. Les organisations de prise en charge du SIDA, que les pionniers de la communauté homosexuelle ont mises sur pied très tôt dans l'épidémie, continuent à apporter un soutien psychologique et social aux personnes qui vivent avec le VIH.

Même dans cette partie favorisée du monde, les soins et le soutien ne sont néanmoins pas toujours au niveau souhaitable. Les personnes qui se sont vu prescrire un traitement antirétroviral peuvent ne pas bénéficier d'une aide suffisante pour trouver les possibilités pratiques d'adhérer à des schémas thérapeutiques souvent complexes. Accéder aux soins de santé et surtout aux médicaments peut être difficile pour les immigrants illégaux, les personnes sans assurance maladie dans les pays qui n'ont pas d'assurance maladie au niveau national, et les personnes qui sont desservies par des structures de santé défavorisées dans les pays où les médicaments chers sont «rationnés». Certaines personnes ont des rapports médiocres avec le système de santé; à d'autres, on ne fera pas confiance pour une prise régulière des médicaments. Une enquête auprès des consommateurs de drogues dans une ville des Etats-Unis a montré que la moitié des personnes qui correspondaient aux critères de traitement définis par les lignes directrices au niveau national ne recevaient aucun traitement antirétroviral, et que 14% seulement recevaient une trithérapie (laquelle coûte plus cher). Au Canada, une étude chez les consommateurs de drogues par injection a montré que, plus d'un an après avoir été devenus admissibles au traitement antirétroviral, 60% ne recevaient aucun agent antirétroviral; les femmes sont deux fois plus souvent sans traitement que les hommes. Dans certains pays, le soutien social est aussi moins accessible aux consommateurs de drogues par injection.

Les pays en développement ont dû affronter une situation tout à fait différente. Au moment où est survenu le terrifiant défi du SIDA, les services de santé et leurs ressources en peau de chagrin avaient déjà bien du mal à faire face à une multitude d'autres maladies. Dès le milieu des années 1990, bien des pays ont néanmoins élaboré des lignes directrices relatives à la prise en charge clinique du SIDA chez les enfants et les adultes conformément aux directives publiées en 1991 par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). En pratique cependant, ces efforts n'ont pas été suivis d'effet – si ce n'est pour le renforcement des programmes antituberculeux là où une explosion de cas de tuberculose est survenue dans le sillage de l'épidémie toujours croissante de VIH. Pour les porteurs du bacille tuberculeux infectés par le VIH, le risque de présenter une tuberculose active est accru de 30 à 50 fois.

L'échec du secteur de la santé en ce qui concerne la fourniture de soins aux personnes vivant avec le VIH est lié en partie à la perception généralisée du SIDA comme une maladie sans espoir de guérison, même s'il existait des médicaments pour combattre les maladies opportunistes et les symptômes les plus désolants. Jusqu'à l'apparition vers 1995 de traitements antirétroviraux hautement efficaces, il semblait que l'on ne puisse pas faire grand-chose contre l'infection par le VIH, et les investissements en matière de soins ne se voyaient guère accorder la priorité. Dans beaucoup de pays en développe-

ment, il semblait plus important d'investir dans la prévention du VIH, et dans d'autres services essentiels, services qui souvent prenaient le pas sur la prise en charge.

Au fur et à mesure que croissait la souffrance causée par l'épidémie, les organisations non gouvernementales et les organisations à assise communautaire, parmi lesquelles des organisations de personnes vivant avec le VIH ou le SIDA, ont tenté de combler la brèche. Ces groupes ont fait ce qu'ils pouvaient – en ayant recours à un mélange créateur d'initiatives dans les domaines social, psychologique et sanitaire – pour aller au-devant des vastes besoins de millions de personnes qui présentaient des maladies liées au VIH et mouraient du SIDA. Par la même occasion, ces organisations ont continué à maintenir le système de santé sous pression pour que celui-ci apporte un traitement et un soutien plus efficaces. La prise de conscience vers le milieu des années 1990 de ce que les médicaments antirétroviraux – pour ceux qui avaient la chance d'y accéder – étaient en train de changer de façon frappante le pronostic de l'infection à VIH n'a fait que renforcer ces exigences.

Suite à ces efforts, les pays en développement ont enfin inscrit les soins destinés aux personnes vivant avec le VIH sur leur ordre du jour. En Ouganda par exemple, le nouveau plan à moyen terme pour le VIH/SIDA inclut pour la première fois une section étendue sur la prise en charge.

Parallèlement, et pour les raisons que nous discutons ci-après, les organismes bailleurs de fonds considèrent de plus en plus les soins en matière de VIH/SIDA comme un bon investissement.



L'intrication bénéfique de la prise en charge et de la prévention

La pression des activistes n'est pas seule à sous-tendre l'investissement croissant des gouvernements dans la prise en charge. On reconnaît aussi de plus en plus que les soins et le soutien accordés aux personnes qui vivent avec le VIH ou le SIDA permettent de mieux protéger la communauté au sens large.

Comme nous l'avons vu plus haut (voir page 78), les individus qui se savent infectés et qui reçoivent des soins peuvent passer outre au déni du VIH en parlant avec leurs amis et leurs voisins et en atténuant le malaise associé à cette question. Ceux et celles qui apportent des soins à des personnes positives pour le VIH montrent aux autres membres de la communauté qu'il n'y a aucune raison de craindre l'infection par contact ordinaire et les aident à se défaire de croyances erronées sur la transmission du VIH. Le fait de diagnostiquer et de traiter la tuberculose et les infections sexuellement transmissibles – qui sont fréquentes parmi les personnes vivant avec le VIH – permet aussi de réduire la diffusion de ces maladies parmi les personnes négatives pour le VIH.

Les soins ont donc d'importantes répercussions sur la prévention, de la même manière que les mesures de prévention comme le conseil et le test volontaires pour le VIH peuvent permettre un meilleur accès aux soins. Les organisations d'aide au développement et les autres organismes de financement des programmes SIDA ont reconnu le caractère lié de ces avantages et considèrent de plus en plus que les soins et le soutien apportés aux personnes infectées par le VIH constituent un puissant outil pour élargir la riposte à l'épidémie.



La communauté, un élément clé

Rétrospectivement, force nous est de constater qu'en répondant en tout ou en partie au défi posé par les activités de soins et de soutien – et souvent aussi au défi posé par les activités de prévention – les groupes à assise communautaire, les organisations non gouvernementales et les organisations et associations de personnes qui vivent avec le VIH ont bouleversé notre façon d'envisager la riposte à l'épidémie. Nous avons peu à peu compris non seulement que ces groupes étaient devenus des partenaires majeurs dans le combat contre l'épidémie, mais que leur implication continuerait à être indispensable et devait être renforcée. Ce principe est connu sous l'acronyme anglais GIPA (*Greater Involvement of People Living with HIV/AIDS* – participation accrue des personnes vivant avec le VIH/SIDA).

Participation accrue des personnes vivant avec le VIH/SIDA – le principe GIPA

L'implication des personnes positives pour le VIH est devenue encore plus visible depuis 1995, date à laquelle la communauté a accru ses efforts pour exiger un meilleur accès aux traitements antirétroviraux hautement efficaces – en souvenir de ceux et celles qui n'avaient pas survécu suffisamment longtemps pour en bénéficier et par solidarité avec les millions de personnes qui n'avaient pas, et n'ont toujours pas, les moyens d'y accéder.

En 1994 déjà, le principe GIPA a été formellement inscrit dans la Déclaration signée par 42 nations au Sommet de Paris sur le SIDA. Les pays signataires ont résolu de «Soutenir une plus grande participation des personnes vivant avec le VIH/SIDA par une initiative qui renforcera la capacité et la coordination des réseaux de personnes vivant avec le VIH/SIDA et les mouvements associatifs».

Cette résolution a été motivée par la reconnaissance du rôle prééminent que ces groupes ont joué dans l'accroissement de l'acceptation par la société des personnes vivant avec le VIH, dans la réduction des taux d'infection de leurs pairs, dans l'atténuation de l'impact personnel et social de la maladie et dans le combat pour le droit aux soins de santé des personnes vivant avec le VIH.

Normes communautaires en matière de soins et de soutien

Les organisations communautaires jouent un rôle important dans les soins et le soutien aux personnes qui vivent avec le VIH: ces organisations et leur clientèle ont donc un enjeu dans la distribution et l'allocation des ressources de santé. Depuis 1997 l'ONUSIDA plaide pour que les communautés, au même titre que les autres parties prenantes, prennent une part active à l'élaboration de normes pour les soins et le soutien relatifs au VIH. L'objectif de ce partenariat de travail entre planificateurs de la santé et communauté locale (entendue comme un groupe de personnes qui partagent le même milieu géographique, culturel et économique) est d'atteindre un consensus quant à la façon de répondre avec équité aux besoins et aux attentes des personnes vivant avec le VIH tout en respectant d'autres besoins aussi importants.

Le processus qui consiste à discuter des attentes et à atteindre un consensus exige que l'on informe les participants du soutien et des ressources que peut en principe offrir le système de santé, que l'on sonde les préférences de la communauté, et que l'on identifie la contribution que cette communauté pourrait apporter à la prise en charge.

On est arrivé avec quelque succès à formuler des normes communautaires de soins et de soutien au Burkina Faso, au Malawi, en République centrafricaine et dans la province de Phayao dans le nord de la Thaïlande. Le processus est loin d'être toujours facile et l'insuffisance des connaissances en matière de soins de santé peut par exemple constituer un frein puissant. Cette manière de procéder a néanmoins un potentiel énorme. La formulation de normes communautaires permet d'identifier les ressources déjà en place dans la communauté en matière de soins et de décider comment ces ressources pourraient être utilisées au mieux avec le soutien du système officiel des soins de santé. Cette approche brise aussi le silence qui entoure le VIH et décourage la discrimination en renforçant le message selon lequel les personnes qui vivent avec le VIH ont des droits sur notre solidarité et notre soutien.



Soins de santé: où sont les lacunes ?

Dans les pays en développement, malgré des décennies d'efforts de la part des communautés et des gouvernements pour améliorer l'accès aux soins de santé avec l'aide de l'OMS et d'autres institutions, les déficiences du secteur de la santé semblent croître plutôt que s'atténuer.

Même avant l'épidémie, le secteur de la santé ne recevait pas une part équitable du budget national. Les centres de santé et les hôpitaux manquaient en général de personnel, les possibilités de diagnostic étaient insuffisantes, l'approvisionnement en médicaments irrégulier et la formation donnée aux agents en soins de santé inégale et souvent médiocre. La survenue du VIH a aggravé ces déficiences alors même que l'épidémie accroît la demande en soins de santé et réduit la capacité du système à y répondre (voir page 31).

Parmi les plus pauvres des pays en développement, les centres de santé et les petits hôpitaux ne disposent pas du nécessaire pour diagnostiquer les maladies opportunistes chez les personnes infectées par le VIH. Ils sont régulièrement à court de médicaments essentiels, y compris les médicaments destinés à soulager les symptômes pénibles et à gérer les infections opportunistes. Pour prendre un exemple, il est facile de traiter le muguet – une infection à levures qui entraîne de la douleur à la déglutition – mais des millions de malades continuent à souffrir faute d'un médicament antifongique élémentaire. La tuberculose, que l'on peut guérir, reste souvent sans traitement pour la même raison. En Zambie par exemple, où la charge qu'entraîne la tuberculose a sextuplé entre 1992 et 1998, il est devenu de plus en plus difficile d'assurer un traitement correct parce que les institutions de santé sont constamment en rupture de stock pour les médicaments anti-tuberculeux.

Même les grands hôpitaux destinés à la formation du personnel et affiliés à des écoles de médecine dans les villes – que l'on s'attendrait à être les mieux équipés de tout le système de santé – ont de graves problèmes, si l'on en croit une étude menée par l'ONUSIDA auprès de 22 hôpitaux universitaires dans 19 villes d'Afrique et 3 villes d'Asie et achevée en 1997. Pour trois conditions (muguet, pneumonie, tuberculose pulmonaire), les hôpitaux en question disposaient de moyens diagnostiques appropriés et des médicaments nécessaires au traitement – ce sont les seules pathologies liées au VIH qui soient faciles à dia-

agnostiquer et dont le traitement ne coûte pas cher. Pour toutes les autres maladies liées au VIH, les ressources diagnostiques (radiologie et laboratoire) et médicamenteuses étaient si dérisoires que les chances pour un malade de recevoir un diagnostic approprié et d'être correctement soigné étaient inférieures à 50%. Cela s'appliquait par exemple au sarcome de Kaposi (un cancer fréquent lié à l'infection par le VIH), à des mycoses importantes comme la méningite à *Cryptococcus* et à des infections virales du cerveau. La moitié des hôpitaux ne possédait pas de quoi soulager les difficultés respiratoires, et seulement deux hôpitaux sur cinq disposaient de médicaments puissants antidouleur, alors que la plupart des personnes présentant une infection à VIH avancée auront besoin d'un tel médicament à un moment ou l'autre.

Le coût élevé des médicaments antirétroviraux et la nécessité de disposer d'un équipement de haut niveau pour suivre l'évolution des malades et surveiller les effets secondaires éventuels constituent des obstacles majeurs à la généralisation de l'accès pour l'immense majorité des personnes infectées par le VIH dans les pays en développement.

Dans les pays à revenu moyen, il existe d'énormes variations d'accès aux antirétroviraux. Dans presque toute l'Asie, l'accès à ces médicaments est très réduit pour les personnes infectées par le VIH. En Thaïlande, par exemple, le gouvernement subventionne le coût des médicaments antirétroviraux pour les malades prenant part à des essais cliniques dans quelques centres d'excellence, mais cela ne permet pour l'instant qu'à environ 2000 personnes d'accéder au traitement, sur les quelque 70 000 nouveaux cas de SIDA qui surviennent chaque année.

Quelques projets en Afrique subsaharienne ont pour but de promouvoir l'utilisation rationnelle des traitements pour les personnes infectées par le VIH, y compris le recours aux antirétroviraux (voir encadré 19, page 103). Même au sein de ces projets se posent des problèmes à répétition en ce qui concerne l'accès des personnes atteintes d'infections opportunistes aux médicaments essentiels dont elles ont besoin. En dehors de ces projets, on ne peut obtenir les antirétroviraux qu'à travers un secteur privé inadéquatement contrôlé et marqué par des problèmes d'efficacité et de contrefaçon potentielle.

Dans certains pays d'Amérique latine et des Caraïbes, il peut y avoir des difficultés même à traiter les infections opportunistes. D'autres pays de la région sont maintenant à l'avant-garde des pays en développement en ce qui concerne l'accès aux agents antirétroviraux, répondant ainsi aux demandes formulées par des groupes de malades, de médecins et d'organisations pour la défense des droits de la personne. En Argentine, au Brésil, en Colombie, au Costa Rica et en Uruguay, l'accès à l'une ou l'autre forme de traitement antirétroviral est inscrit dans la loi, même si en pratique l'application n'en est pas toujours homogène. Dans le même ordre d'idées, on signale 100% de couverture des clients potentiels au Brésil, 70% en Argentine, 65% au Chili et en Uruguay, 40% au Panama, et 20% en Equateur. Certains pays ont mis en place un système de tirage au sort ou réservent l'accès aux médicaments antirétroviraux aux bénéficiaires de la sécurité sociale ou d'une assurance maladie privée. L'expérience du Brésil a montré que le coût – élevé – de ces traitements est en partie compensé par les économies réalisées sur le traitement des infections opportunistes et les séjours hospitaliers (voir encadré 18, page 101). Quelques voix se sont néanmoins élevées pour dire leur crainte de voir les activités de prévention du VIH souffrir si la prise en charge exigeait trop d'argent et trop d'efforts.

Encadré 16. Renforcer la collaboration «horizontale» sur l'infection à VIH et les infections sexuellement transmissibles en Amérique latine et dans les Caraïbes

En 1996, se fondant sur une longue tradition de collaboration régionale et sur la volonté d'accroître leur autonomie et de diminuer leur dépendance vis-à-vis des donateurs, les directeurs des programmes de lutte contre le SIDA dans 12 pays sont tombés d'accord de mettre sur pied un processus nouveau pour l'intégration «horizontale» de la coopération technique inter-régionale. Afin d'engager un processus d'échanges réguliers d'expériences, d'information et de techniques, par exemple, le Groupe horizontal de Collaboration technique a encouragé les visites interpays pour que les membres puissent constater de première main comment améliorer la gestion des médicaments et leur distribution dans les zones rurales. Le Groupe a mené une enquête sur le prix des médicaments et autres produits liés au VIH, ce qui a permis aux pays de prendre conscience de différences de prix importantes et les a mieux rendus à même de négocier des réductions avec les firmes pharmaceutiques. L'Argentine, par exemple, a pu abaisser de US\$ 250 à US\$ 70 le coût de la mesure de la charge virale. Le Groupe a aussi fourni l'élan initial pour la mise en place d'un fonds de roulement destiné aux médicaments liés au VIH sous les auspices de l'Organisation panaméricaine de la Santé, qui constitue le Bureau régional de l'OMS pour les Amériques. Ce fonds est actuellement en cours d'essai initial.

Au mois de mai 1999, 21 pays faisaient partie du Groupe et l'on s'efforce à l'heure actuelle d'incorporer à ce dernier les directeurs des programmes SIDA d'Amérique centrale et des pays anglo-, franco- et néerlandophones des Caraïbes.*

** Argentine, Belize, Bolivie, Brésil, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, Equateur, El Salvador, Guatemala, Haïti, Honduras, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, République dominicaine, Uruguay et Venezuela.*



Une stratégie globale de prise en charge

Au début des années 1990, le Programme mondial de lutte contre le SIDA à l'OMS a plaidé pour que les personnes qui vivent avec le VIH ou le SIDA bénéficient d'une prise en charge globale, aux dimensions psychologiques, spirituelles, sociales et médicales fournie par les divers agents sous forme d'un «continuum de soins» centré sur les besoins des clients.

Cette vision reste pertinente aujourd'hui. Nous l'avons vu plus haut (voir page 85): il faut aux personnes infectées par le VIH toute une série de mesures de soutien (pour elles-mêmes et pour leurs familles) qui les aident à faire face à leur situation et leur permettent aussi longtemps que possible de mener une vie pleine et productive. Les conseillers, les communautés religieuses et les membres de la famille devront fournir des soins et un soutien vitaux à domicile et dans la communauté. En matière de diagnostic et de traitement, les malades et les personnes qui les soignent devront à leur tour pouvoir compter sur les services de santé, qu'il s'agisse de programmes de soins de santé à domicile ou au niveau de la communauté, de médecins privés, de centres de santé locaux, de consultations ou d'hôpitaux.

L'ONUSIDA a depuis identifié de nouvelles chances à saisir pour fixer les priorités de l'action et accélérer l'évolution. L'ONUSIDA propose de cibler l'action selon cinq axes stratégiques. Le rapport discute deux de ces axes par ailleurs, les autres étant abordés ci-après:

- Créer une volonté politique et mobiliser les ressources (voir pages 107-115).
- Accroître l'accès au conseil et au test volontaires: outre les avantages que ces éléments offrent pour la prévention et que nous avons déjà discutés (voir page 78), les personnes qui apprennent qu'elles ont été infectées par le VIH peuvent bénéficier plus tôt d'une prise en charge et accéder aux nouveaux protocoles de prévention qui leur permettront de vivre mieux et plus longtemps (voir pages 105-106).
- Accroître l'accès au soutien psychosocial et à l'atténuation de l'impact du SIDA.
- Améliorer la fourniture des services de santé.
- Accroître l'accès aux médicaments qui intéressent particulièrement les personnes qui vivent avec une infection à VIH.

Dans la mesure du possible, il vaut mieux que les pays élaborent des plans de soins et de soutien dans le cadre de leur planification stratégique sur le VIH/SIDA, que ce soit au niveau local ou au niveau national. La réforme du système de santé offre une chance d'examiner l'étendue des besoins en matière de soins et de soutien de façon inclusive (voir l'encadré).

Encadré 17. Réformes sanitaires et VIH: l'expérience de la province de Phayao en Thaïlande du Nord

Les autorités sanitaires de Phayao ont entrepris d'examiner leurs efforts en vue de réformer le secteur de la santé à la lumière de ce qu'elles ont appris en diminuant la transmission du VIH et en apportant des soins aux personnes présentant un SIDA dans cette province qui a été durement touchée par l'épidémie. Elles ont tenté de poser une série de questions pour voir si la réforme améliorerait réellement la capacité du secteur sanitaire à répondre efficacement à l'épidémie.

La qualité de la vie et l'autonomie sont des points importants pour les personnes infectées par le VIH et leurs familles.

- *La réforme sanitaire a-t-elle uniquement pour but de diminuer le taux de maladie et de mortalité ?*
- *Ou la réforme vise-t-elle aussi une meilleure qualité de la vie, une dépendance moindre et une autonomie accrue ?*

Les personnes infectées par le VIH ont besoin d'une prise en charge globale et pas seulement de médicaments.

- *La réforme sanitaire vise-t-elle principalement une amélioration de la fourniture de soins de santé ?*
- *Ou permet-elle aussi au secteur de la santé d'avoir un effet catalytique sur l'action au sein de la communauté et de mettre les questions de santé à l'ordre du jour des preneurs de décisions et de la société dans son ensemble ?*

—>

Les soins aux personnes infectées par le VIH impliquent le système de santé à divers niveaux.

- La réforme respecte-t-elle les trois principes de l'organisation des soins de santé:
 - des soins intégrés grâce à un travail d'équipe entrepris par les acteurs des diverses disciplines ?
 - une continuité des soins à tous les niveaux du système de santé ?
 - une concentration du fournisseur de soins sur les besoins de ses clients ?

L'insertion des personnes positives pour le VIH dans la société commence au centre de santé et à l'hôpital.

- La réforme sanitaire vise-t-elle le développement personnel des agents de santé ?
- Cette réforme permet-elle au personnel de se sentir plus à l'aise avec les problèmes liés au VIH/SIDA qu'ils et elles peuvent rencontrer dans leur vie privée ?
- Cette réforme leur permet-elle d'éviter préjugés et attitudes de discrimination lors de leurs soins aux personnes infectées par le VIH ?

Les personnes infectées par le VIH peuvent apporter beaucoup à l'organisation du système de soins de santé.

- Les clients marquants peuvent-ils apporter leur contribution à l'élaboration et à la mise en place des réformes de santé ?



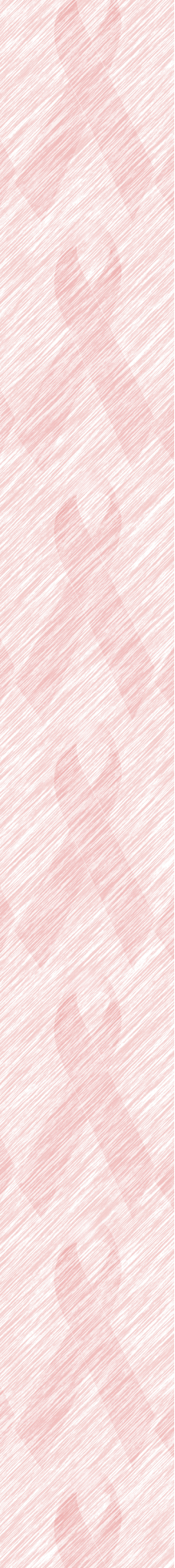
Soutien psychosocial et autres mesures destinées à atténuer l'impact du VIH/SIDA

Les personnes qui vivent avec le VIH ou sont affectées par le VIH ont besoin d'être soutenues pour faire face aux défis multiples d'une maladie chronique, incurable et en général fatale qui peut entraîner un ostracisme social (voir page 38) et une catastrophe économique (voir page 27).

Le soutien psychosocial – élément essentiel de l'ensemble des soins et du soutien (voir Tableau 1, page 98) – va du soutien purement psychologique aux mesures sociales requises pour créer un milieu dans lequel les personnes atteintes peuvent faire face et s'épanouir, avec toute une série de modes de soutien intermédiaires.

Les membres de la famille, les représentants des communautés religieuses, les personnes qui offrent des soins de santé et les conseillers comptent parmi les sources importantes de soutien psychologique et spirituel quand il faut faire face à l'infection dans son propre corps ou au sein de sa famille, mais ces personnes ont souvent elles-mêmes besoin d'être soutenues. On constate de plus en plus qu'un stress majeur accompagne l'offre de soins, surtout chez les membres de la famille – qui forment le gros des prestataires de soins de première ligne dans les pays en développement. Si l'on comprend mieux la façon de gérer ce stress, il n'est pas toujours évident de financer les moyens requis pour y faire face.

L'intégration, qui permet aux personnes affectées de vivre sans crainte et de continuer à fonctionner comme de simples membres de la société, constitue un but important du sou-



tien social. Parmi les mesures très diverses qui peuvent amener à ce soutien, on comptera les déclarations officielles des autorités religieuses et des chefs de la communauté prônant la solidarité avec les personnes atteintes, ainsi que les mécanismes juridiques ou autres qui protégeront les personnes atteintes et les survivants, contre la discrimination, la perte de leur héritage et celle de leurs biens.

Le soutien psychologique et social peut aider à réduire la stigmatisation et autres conséquences néfastes que peut entraîner le fait d'être positif pour le VIH. De cette façon, les gens envisageront plus facilement un conseil et un test VIH. Le personnel des institutions de conseil et de test pourra à son tour contribuer à un soutien psychologique, en aidant par exemple les personnes atteintes à partager les résultats de leur test avec un conjoint ou un parent en qui elles ont confiance. La contribution de ce personnel sera d'autant plus importante que les services de conseil et de test volontaires seront plus accessibles et plus accueillants vis-à-vis de certaines catégories de clients, en particulier les jeunes, les couples et les hommes. Le manque de temps représente un autre défi: dans le cadre des services de santé communautaires – où le personnel est surchargé – il faut trouver des solutions qui soient acceptables sur le plan éthique et qui permettent de raccourcir le temps consacré à chaque séance de conseil.

Les associations de personnes qui vivent avec le VIH constituent un bon exemple de mécanismes communautaires susceptibles de fournir un soutien tant social que psychologique. Ces mécanismes de soutien réciproque ont essentiellement pour but de former un contrepoids à l'isolement social – isolement que rencontrent souvent les personnes positives pour le VIH – et de leur permettre de partager et de discuter leurs expériences et leurs problèmes ouvertement et en sécurité. Ces groupes apportent à leurs membres le soutien de leurs pairs et leur permettent de faire face à la discrimination et à la stigmatisation. Dans une consultation prénatale en Afrique du Sud, les membres d'un de ces groupes ont défini ce dernier comme le seul endroit où elles pouvaient se détendre et enfin être elles-mêmes.

Malheureusement, les groupes de soutien ne sont généralement pas en mesure de répondre à l'un des principaux défis qui confrontent les habitants des pays en développement, à savoir le manque d'argent. La plupart des personnes infectées par le VIH ou atteintes du SIDA sont sans travail ou le deviennent et, sauf à pouvoir bénéficier d'une aide du gouvernement ou de la société, il faut bien dire que de tels groupes ne peuvent pas faire grand-chose pour atténuer les effets de cette situation.

Comment atténuer l'impact économique

De nombreuses organisations de soutien ont découvert combien il peut être difficile de vouloir atténuer les difficultés économiques de leurs membres. L'organisation ougandaise d'aide aux malades du SIDA (TASO), qui gère des groupes de soutien pour les personnes qui vivent avec le VIH, a demandé aux membres d'un groupe comment ils pensaient que le soutien à domicile pourrait être amélioré; les trois cinquièmes des réponses ont indiqué qu'ils avaient besoin de capital pour mettre sur pied une activité qui puisse leur assurer des revenus et près de la moitié ont demandé que l'on augmente l'aide déjà fournie (aliments de base, argent pour les frais scolaires, les uniformes et les livres sans lesquels leurs enfants ne peuvent pas se rendre à l'école).

TASO a ainsi fourni à certains centres des sommes destinées à servir de «fonds de roulement» pour mettre sur pied des projets générateurs de revenus. Alors que 75% de ces

projets ont été considérés par la suite comme suffisamment couronnés de succès pour que les clients puissent rembourser leur prêt, 12% des clients seulement l'ont fait. Après enquête, il apparut que, si certains avaient compris le concept d'un «prêt de roulement», d'autres avaient considéré les sommes reçues comme une subvention pure et simple. Le projet a très vite dû être abandonné.

Les méthodes de lutte contre l'impact économique de l'épidémie recouvrent toute une gamme d'activités, qui vont des prêts ou subventions pour les individus vivant avec le VIH jusqu'aux mesures complexes au niveau de la société pour détourner ou atténuer l'impact de l'épidémie sur l'agriculture, sur le système scolaire et sur le secteur privé, par exemple (voir pages 26-36). Les mesures d'atténuation peuvent viser un problème bien défini, par exemple l'accroissement du nombre d'orphelins, ou être de nature plus générale. Dans certains cas, les bénéficiaires du projet ne compteront que des personnes vivant avec le VIH ou le SIDA.

Aucune solution n'est parfaite ni d'application universelle. Limiter l'octroi de subventions aux personnes affectées par le SIDA peut concentrer des ressources indispensables là où elles font le plus cruellement défaut, mais peut aussi avoir des conséquences néfastes. Les organisations de soutien aux orphelins ont très vite appris qu'il valait mieux considérer tous les orphelins comme un seul groupe pour éviter que le projet n'entraîne le ressentiment parmi ceux et celles qui en seraient exclus ou ne marque certains enfants de la tache spécifique du SIDA.

Le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) encourage le microcrédit ou microfinancement en tant qu'instrument efficace d'atténuation de la pauvreté. Il s'agit de prêter de petites sommes à des personnes qui souhaitent ouvrir une petite entreprise et semblent à même de pouvoir assurer les remboursements. Les communautés où se rencontrent des personnes positives pour le VIH répondent en général aux critères retenus pour ce genre de projets, tels que la présence de nombreuses personnes pauvres, l'existence de possibilités de marché et d'une infrastructure suffisante, une densité élevée de population, l'accord des autorités locales, et la possibilité de construire un capital de confiance dans la communauté. L'expérience a déjà montré que ce type de projet peut fonctionner avec succès dans les zones à forte prévalence pour le VIH en Afrique. Au Malawi et en Ouganda, par exemple, la FINCA – Foundation for International Community Assistance [Fondation pour l'Aide internationale aux Communautés] signale un taux de recouvrement de 100%.

Si certains organismes de microfinancement refusent de reconnaître l'épidémie de SIDA et vont même jusqu'à exclure ceux et celles de leurs membres qui sont malades du SIDA, d'autres aident leurs client(e)s à accumuler une épargne en leur servant de banque ou d'intermédiaire bancaire, en les aidant à poursuivre leur activité professionnelle quand ils ou elles tombent malades, et en assurant à leurs survivants une aide en matière d'héritage et une protection juridique. Certains organismes prennent même part en première ligne à la lutte contre l'épidémie. En Ouganda par exemple, FINCA collabore avec des organisations telles que TASO pour encourager le recours au préservatif et éduquer ses clients à propos du sexe sans risques, et au Zimbabwe le ZOIC - Zimbabwe Opportunities Industrialization Centre [Centre pour le Développement de l'Industrialisation], qui fonctionne dans les petites villes et les zones rurales atteintes par l'épidémie, organise pour les orphelins des programmes de prise en charge à assise communautaire. Ce sont là des exemples pratiques de riposte intégrée au SIDA qui montrent combien il peut être artificiel de séparer la prévention, les soins, le soutien et l'atténuation de l'impact.

Le PNUD estime que le microfinancement couvre actuellement 1% du marché potentiel, et qu'il reste un large potentiel d'expansion. On a suggéré que des indicateurs d'appoint utilisés pour étudier la diffusion du VIH – par exemple la survenue de conflits militaires et de migrations de population – pourraient servir à identifier des zones prioritaires où accroître la couverture des institutions de microfinancement.

L'approche de microfinancement ne pourra pas être applicable partout: les gouvernements et les autres institutions devront parallèlement accroître l'aide humanitaire directe (dons en nourriture ou en espèces) aux familles dans le besoin. Il convient cependant de ne pas amalgamer les deux approches si l'on souhaite garder leur crédibilité aux projets de microfinancement.

Enfin, dans les pays à forte prévalence d'infection par le VIH où l'épidémie risque de détruire la trame même de la société, il faut atténuer l'impact du SIDA en faisant appel à des stratégies intensifiées pour le développement. Les membres du corps enseignant, les travailleurs de terrain et les autres ressources humaines d'une importance essentielle pour le développement sont en train de mourir ou de tomber malades, à des taux parfois supérieurs à ceux que l'on observe dans la population générale. Pour restreindre cet impact au minimum, il est urgent que les pays mettent en place des politiques relatives aux ressources humaines qui concernent l'absentéisme et les problèmes de recrutement, tout en stimulant les programmes de prévention et de soins sur les lieux de travail. Il faut étendre la couverture des programmes d'aide sociale à un plus grand nombre de foyers, identifiés par des indicateurs liés tant à la pauvreté qu'au SIDA. Il faut renforcer les mécanismes en place pour améliorer l'accès à la terre, au capital, à l'éducation et autres ressources limitées, et appliquer ces mécanismes de façon plus générale. Le SIDA est un problème de développement.



Améliorer la fourniture des soins de santé

Il est possible de pallier les insuffisances de la fourniture des soins de santé aux personnes qui vivent avec le VIH en procédant à une sélection rationnelle des services à offrir, en améliorant les ressources humaines et l'infrastructure (matériel de laboratoire et bâtiments par exemple) dans le système de santé et en s'assurant que les trousseaux pour le test VIH, les médicaments et autres produits essentiels sont disponibles en quantité suffisante. Tous ces éléments ont un coût et il faut donc surtout assurer un financement robuste pour le système de santé.

Une étude en profondeur de l'ensemble des dépenses liées au SIDA – tant publiques que privées – dans quatre pays et dans l'Etat de São Paulo au Brésil a montré que ces dépenses représentent entre 60% (en République-Unie de Tanzanie) et 300% du produit intérieur brut (São Paulo), avec une moyenne de 150% du PIB par personne.

En Thaïlande, une décision politique de mettre sans frais la zidovudine et la didanosine (un traitement antirétroviral que l'on estime maintenant être moins que parfait) à la disposition des malades exigerait un subside public égal à six fois le budget total alloué au SIDA pour le pays et serait donc financièrement hors de question pour le gouvernement. Même en tenant compte de ce subside, les malades devraient payer un peu moins de US\$ 500 par an pour les soins de santé requis par le traitement – une dépense que seule la moitié environ des malades pourraient assumer.

Une analyse présentée lors d'un atelier OMS/ONUSIDA a conclu que, dans la plupart des pays en développement, il serait impossible de financer des programmes de traitement antirétroviral tendant à une couverture universelle. En se basant sur les prix de 1997, par exemple, fournir une trithérapie combinée à toutes les personnes infectées par le VIH en Afrique subsaharienne dévorerait entre 9% et 67% du PIB.

Comme le prouvent clairement ces exemples, la possibilité d'assurer le financement des soins de santé – surtout pour les soins avancés comme le traitement antirétroviral – est très réduite pour les pays en développement. Comment déterminer le meilleur achat en tenant compte des limites budgétaires en cours – un défi constant pour les preneurs de décisions en matière de soins de santé – voilà qui doit aller de pair avec les efforts destinés à rendre les services de santé plus efficaces et à mobiliser des ressources supplémentaires pour ce secteur.

La disponibilité des personnes qui sont à même d'assurer les services est un facteur critique. Comme nous l'avons signalé auparavant, le SIDA augmente les demandes sur le secteur de la santé (voir page 31), et diminue en même temps les ressources humaines dont ce secteur peut disposer, en occasionnant maladie et décès dans la force de travail de ce secteur. Il est facile de comprendre pourquoi, avec moins de travailleurs en soins de santé pour une tâche en croissance permanente, le personnel restant souffre d'épuisement, d'où une détérioration de la qualité du service et une usure continue de la force de travail. Les gouvernements doivent d'urgence mettre en place des politiques relatives aux ressources humaines qui tendent à atténuer ces impacts sur le secteur de la santé (voir pages 94-96). La réponse souhaitable serait d'augmenter le nombre de travailleurs en soins de santé afin de conserver à ce secteur la possibilité de répondre à la demande. Il faut pour cela prendre des décisions quant au type et au nombre des travailleurs en soins de santé dont on aura besoin et avoir une idée claire de la façon dont il faudra assumer les coûts d'atténuation.

Ensembles de soins et de soutien

Le type d'«ensembles de soins» que l'on pourra mettre à la disposition des personnes qui vivent avec le VIH ou le SIDA dépendra donc des capacités de mobilisation des ressources en personnel, en infrastructure et en argent. Si ces capacités sont limitées à un degré extrême (comme c'est le cas dans la plus grande part de l'Afrique subsaharienne rurale) ou même modéré (comme c'est le cas dans le nord de la Thaïlande), ces ensembles seront évidemment plus modestes que là où il n'y a guère de limites aux ressources disponibles.

Le tableau ci-après donne des exemples de ce que peuvent contenir des ensembles essentiels, intermédiaires ou élaborés.

Il convient de souligner ici que l'amélioration des services de santé ne suit pas nécessairement une évolution strictement linéaire. Par exemple, dans une région où les personnes infectées par le VIH reçoivent actuellement des soins de niveau intermédiaire, les responsables de la planification sanitaire pourront avoir l'occasion d'améliorer l'accès au traitement pour les personnes souffrant de tuberculose avec résistance multiple (une thérapie faisant partie de l'ensemble de pointe). Dans ce cas, il ne faudra pas hésiter à poursuivre cette voie, surtout là où il y a peu de chances de pouvoir améliorer l'offre des soins moins avancés.

Tableau 1. Ensembles destinés à la prise en charge, selon les ressources disponibles	
<i>Ensemble essentiel</i>	• Conseil et test HIV volontaires • Soutien psychosocial des personnes positives pour le VIH et de leurs familles • Traitement et soins palliatifs pour la pneumonie, le muguet, la candidose vaginale et la tuberculose pulmonaire (DOTS) • Prévention des infections par la prophylaxie au cotrimoxazole pour les personnes positives pour le VIH qui présentent des symptômes • Reconnaissance officielle et assistance aux activités communautaires qui ont pour but d'atténuer l'impact de l'infection par le VIH
<i>Ensemble intermédiaire</i>	Comme ci-dessus PLUS un au moins des éléments ci-après: • Recherche active (et traitement) des cas de tuberculose parmi les personnes positives pour le VIH • Traitement préventif de la tuberculose chez les personnes positives pour le VIH • Traitement aux antifongiques par voie générale pour les cas d'infection fongique généralisée (par exemple la cryptococcose) • Traitement du sarcome de Kaposi par les médicaments essentiels appropriés • Traitement chirurgical du cancer du col utérin • Traitement à l'acyclovir en cas d'herpès généralisé • Allocation de fonds aux activités communautaires qui ont pour but d'atténuer l'impact de l'infection par le VIH
<i>Ensemble de pointe</i>	Tous les éléments ci-dessus PLUS: • Trithérapie antirétrovirale • Diagnostic et traitement des infections opportunistes difficiles à diagnostiquer ou coûteuses à traiter, comme les infections à mycobactéries atypiques, l'infection à cytomégalo virus, la tuberculose multirésistante, la toxoplasmose et les cancers associés à l'infection par le VIH • Mise sur pied de services publics spécifiquement destinés à mitiger l'impact économique et social de l'épidémie et à compléter les efforts de la communauté destinés à atténuer l'impact de l'infection par le VIH

Ces exemples ne prennent pas en compte l'amélioration de la fourniture des soins de santé au moyen d'un accroissement de couverture et d'efficacité. Par exemple, on ne tient pas compte ici de l'extension possible des soins à assise communautaire et des soins à domicile, ni d'une amélioration d'efficacité pour les schémas de référence à d'autres institutions.

En outre, ces exemples omettent toute référence aux activités du secteur de la santé qui sortent du cadre «prise en charge».

Même là où les ressources sont extrêmement limitées, les services de santé, quels qu'ils soient, doivent obligatoirement assurer les soins relatifs aux infections sexuellement transmissibles, les services de planification des naissances, les tests VIH pour la transfusion et l'encouragement du recours par le personnel de santé aux précautions universelles lorsque ces derniers entrent en contact avec des liquides corporels. Il existe encore d'autres impératifs de politique de santé, comme par exemple les autorisations de prescription à fournir aux infirmières et autres praticiens pour les prescriptions de morphine, et le contrôle de la distribution des médicaments (y compris les antirétroviraux) afin de réduire au minimum les risques de résistance médicamenteuse et de contrefaçon.

Là où il est possible d'envisager un ensemble de soins et de soutien de niveau intermédiaire, des activités de prévention mettant en œuvre des niveaux intermédiaires en matière de technique et de ressources humaines doivent normalement être envisageables. Ces activités incluront des mesures visant à réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant et des traitements aux antirétroviraux pour prévenir l'infection à VIH chez les travailleurs de santé victimes d'une exposition au VIH au cours de leur travail (prophylaxie post-exposition).



Améliorer l'accès aux médicaments

Améliorer l'accès aux médicaments qui sont particulièrement importants pour les personnes vivant avec une infection à VIH constitue pour l'ONUSIDA une stratégie prioritaire qui suscite beaucoup d'intérêt de par le monde à l'heure actuelle.

Pour améliorer l'accès aux médicaments, il faut examiner l'ensemble des raisons sous-jacentes qui rendent cet accès difficile. Le coût des médicaments est un facteur important. La mauvaise qualité de l'information sur les médicaments requis pour gérer les maladies liées au VIH en est un autre. Enfin l'accès aux médicaments est entravé par la difficulté que rencontrent les systèmes de santé dans les pays en développement à assurer une utilisation et un choix rationnels des médicaments, à suivre l'évolution des malades et à gérer leurs ressources en médicaments. Ces éléments sont à leur tour liés au financement inadéquat des services de santé en général et du système d'approvisionnement en médicaments en particulier.

Dans le contexte actuel, c'est surtout le prix des médicaments qui a retenu l'attention, en particulier pour les médicaments antirétroviraux qui sont encore sous brevet dans les pays nantis, ce qui les rend inaccessibles financièrement pour la plupart des personnes infectées par le VIH. Par ailleurs, pour les raisons évoquées plus haut, les personnes infectées par le VIH ont aussi un accès inadéquat aux «médicaments essentiels» destinés à soigner les maladies liées au VIH, y compris ceux des médicaments qui ne sont plus protégés par un brevet. Comme nous l'avons vu, une enquête sur la disponibilité en médicaments antalgiques ou en médicaments destinés à combattre la détresse respiratoire ou à soigner de nombreuses maladies liées au VIH dans les hôpitaux d'enseignement universitaire a mis en évidence de graves lacunes, même aux échelons les plus élevés du système de santé (voir page 89). On trouvera une autre indication de l'insuffisance d'accès aux médicaments dans la médiocre couverture par les programmes antituberculeux; d'après l'OMS, ceux-ci n'assurent diagnos-

tic et traitement qu'à environ 40% des cas de tuberculose. Dans l'ensemble, l'OMS estime que 50% seulement de la population des pays en développement se voit garantir l'accès aux médicaments essentiels pour quelque problème de santé que ce soit.

La collaboration entre le Secrétariat de l'ONUSIDA, l'OMS et l'UNICEF a permis de commencer à lever certains obstacles qui empêchent l'accès aux médicaments essentiels. Tout d'abord, depuis 1997, 15 médicaments nouveaux concernant les personnes infectées par le VIH ont été repris dans la liste des médicaments essentiels de l'OMS. L'étape suivante a consisté à identifier avec précision la raison pour laquelle la plupart des grossistes en médicaments génériques n'assuraient pas la distribution des produits nouvellement inclus dans la liste, et pourquoi plusieurs médicaments d'importance plus anciens étaient rarement présents chez ces distributeurs. En collaboration avec l'OMS et l'UNICEF, le Secrétariat a identifié des fabricants et précisé des prix pour 44 médicaments essentiels que le manque d'information sur leur coût et leur disponibilité rendaient difficiles à obtenir. L'ONUSIDA, l'UNICEF et l'OMS ont placé cette information sur leurs sites Web respectifs, avec une offre d'aide aux pays en ce qui concerne la localisation des fournisseurs de médicaments génériques et l'organisation de l'approvisionnement en médicaments. Ce type d'informations sert aussi à convaincre les responsables de la planification qu'il est possible d'inclure la prise en charge dans les plans stratégiques nationaux de lutte contre le VIH/SIDA.

Stratégies destinées à diminuer les prix et les coûts

En Côte d'Ivoire et en Ouganda, l'Initiative de l'ONUSIDA pour l'accès aux médicaments (voir Encadré 19, page 103) nous a appris que la bonne volonté et la persévérance permettent de négocier d'importantes réductions du prix des médicaments et d'améliorer la fourniture des soins de santé. Dans l'un et l'autre pays, les coûts des médicaments antirétroviraux pour l'utilisateur ont chuté après discussion avec les firmes pharmaceutiques titulaires des brevets pour ces médicaments. Les firmes qui ont pris part à cette initiative ont fait don d'une partie des médicaments ou bien ont accepté de les vendre à prix réduit. Au Sénégal, une initiative nationale concernant l'accès aux médicaments a conduit à des réductions de prix similaires pour les médicaments.

Il est possible d'arriver à des diminutions de prix par d'autres voies que celle qui consiste à négocier avec les titulaires de brevets. On peut par exemple recourir à l'alternative qui consiste à produire ou à importer des médicaments génériques. Une analyse de la situation en matière de brevets des médicaments liés au VIH, effectuée par l'ONUSIDA en collaboration avec l'OMS et l'UNICEF, a montré que la plupart des médicaments de marque déposée utilisés dans le traitement des personnes infectées par le VIH ne sont pas protégés par des brevets à l'heure actuelle dans la majorité des pays en développement.

Le Tableau 2 (voir page 101) donne les prix des médicaments antirétroviraux protégés par un brevet aux Etats-Unis, en Côte d'Ivoire et en Ouganda, ainsi que de certains équivalents génériques au Brésil et en Thaïlande. Les prix plus bas des médicaments génériques s'expliquent en partie par le faible niveau ou l'absence d'investissement par les producteurs dans la recherche et dans la mise au point des produits pharmaceutiques.

Tableau 2: Prix (US\$) d'une dose journalière définie (DJD) pour certains antirétroviraux dans cinq pays

Médicament	DJD	Etats-Unis ⁽¹⁾	Côte d'Ivoire ⁽²⁾	Ouganda ⁽³⁾	Brésil	Thaïlande ⁽⁶⁾
zidovudine 100 mg	600 mg	10,12	2,43	4,34	1,08 ⁽⁴⁾	1,74
didanosine 100 mg	400 mg	7,25	3,48	5,26	2,04 ⁽⁴⁾	2,73 ⁽⁷⁾
stavudine 40 mg	80 mg	9,07	4,10	6,19	0,56 ⁽⁴⁾	0,84
indinavir 400 mg	2400 mg	14,93	9,07	12,79	10,32 ⁽⁵⁾	sans objet
saquinavir 200 mg	1200 mg	6,50	4,82	7,37	6,24 ⁽⁵⁾	sans objet
efavirenz 200 mg	600 mg	13,13	6,41	sans objet	6,96 ⁽⁵⁾	sans objet

⁽¹⁾ Prix au 2 avril 2000, chez www.globalrx.com, une pharmacie de commande par correspondance aux Etats-Unis qui vend des antirétroviraux de marque déposée à des prix proches du prix coûtant (frais de port non compris).

⁽²⁾ Prix pour l'usager, Initiative pour l'Accès aux Médicaments (ONUSIDA), Côte d'Ivoire, mars 2000.

⁽³⁾ Prix pour l'usager, Initiative pour l'Accès aux Médicaments (ONUSIDA), Ouganda, mars 2000.

⁽⁴⁾ Médicaments génériques produits au Brésil (US\$ 1 = \$R 1,8).

⁽⁵⁾ Coût des médicaments importés pour le gouvernement brésilien, janvier 2000 (US\$ 1 = \$R 1,8).

⁽⁶⁾ Médicaments génériques produits par l'organisme pharmaceutique du gouvernement, Thaïlande (US\$ 1 = 38 baht).

⁽⁷⁾ 115 mg de formulation en poudre, équivalant à un comprimé de 100 mg.

Encadré 18. L'expérience du Brésil en matière d'alternatives génériques aux antirétroviraux de marque déposée

La politique du gouvernement brésilien en ce qui concerne l'accès universel aux médicaments antirétroviraux touche à l'heure actuelle pratiquement tous les malades du SIDA dans ce pays, soit environ 85 000 personnes. L'introduction des associations d'antirétroviraux a pratiquement réduit de moitié le nombre annuel de morts du SIDA entre 1996 et 1999 et a diminué de 60 à 80% l'incidence des infections opportunistes pendant le même laps de temps.

Ce programme d'accès universel n'a été rendu possible que grâce à une diminution considérable du coût des médicaments antirétroviraux. Le gouvernement a décidé de mettre en route la production locale des médicaments nous protégés par des brevets et pour lesquels

—>

il disposait de l'infrastructure et du savoir-faire nécessaires. La production locale, ainsi que l'achat en grandes quantités de médicaments antirétroviraux importés, ont entraîné une diminution importante des coûts en médicaments pour le programme. Le coût annuel d'un traitement double par analogues des nucléosides a diminué en moyenne de 80% entre 1996 et 2000, de US\$ 3812 à US\$ 763. Celui d'une trithérapie (deux nucléosides et un inhibiteur de la protéase) a diminué de 36% dans le même laps de temps (de US\$ 7342 à US\$ 4717) et celui d'une trithérapie (deux nucléosides et un non-nucléoside) de 34% (de US\$ 4584 à US\$ 3009).

Les coûts du programme en médicaments se sont élevés à environ 611 millions de Reals (US\$ 339 millions) en 1999, et augmenteront sans doute jusqu'à R\$ 831 millions (US\$ 462 millions) pour l'an 2000, en tenant compte à la fois d'un plus grand nombre de malades et d'une proportion plus élevée de trithérapies. Entre 1997 et 1999 on a pu éviter environ 146 000 hospitalisations liées au SIDA, ce qui a entraîné une économie d'environ R\$ 521 millions (US\$ 289 millions), en compensation partielle du coût élevé que représente le traitement antirétroviral. Par ailleurs, les ventes de préservatifs ont augmenté de presque 50% entre 1996 and 1999 (de 216 millions à 320 millions d'unités) et la demande en conseil et en test VIH volontaires a augmenté de 35% entre 1996 et 1998.

On peut aussi aborder le problème en faisant appel à une clause de protection inscrite dans l'Accord sur les Aspects des Droits de la Propriété intellectuelle qui touchent au Commerce – ADPIC [Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights – TRIPS]. Il s'agit d'un traité international qui protège les droits relatifs au brevet (y compris les brevets concernant les médicaments). La protection des brevets représente une incitation importante pour la recherche et la mise au point de nouveaux médicaments destinés à lutter contre le VIH et, on peut l'espérer, pour la découverte de vaccins adaptés aux besoins des pays en développement (voir encadré 14, page 68).

L'accord définit des normes minimales concernant la propriété intellectuelle pour les Etats Membres de l'Organisation mondiale du Commerce (OMC). Les pays qui souhaitent faire partie de l'OMC doivent respecter ces normes, en modifiant le cas échéant leur propre législation et leurs décrets. En pratique, cela signifiera que de nombreux pays en développement devront pour la première fois accorder une protection aux brevets d'invention en matière pharmaceutique, tant pour les produits que pour les procédés. L'accord prévoit pour cette protection une durée de 20 ans, mais prévoit aussi que dans certains cas (état d'urgence nationale par exemple) et sous certaines conditions définies avec précision, le gouvernement pourra accorder à un tiers le droit de fabriquer et de vendre un produit protégé par un brevet même sans l'accord du titulaire du brevet.

L'inclusion de cette clause de protection, connue sous le nom de «licence obligatoire», a été négociée par les pays en développement. Les organisations non gouvernementales et les groupes activistes tels qu'Act Up, le Consumer Project on Technology [Projet des Utilisateurs pour la Technologie] et Médecins sans Frontières ont fermement soutenu le maintien de cette clause et mené des campagnes pour un meilleur accès aux médicaments. Ces organisations ont aussi cherché à obtenir des licences obligatoires pour des médicaments destinés aux personnes infectées par le VIH/SIDA en Afrique du Sud et en Thaïlande. Ces campagnes n'ont pas amené de licences obligatoires. L'accès aux médicaments en question s'est néanmoins amélioré, les compagnies intéressées ayant soit fait don du médicament

gratuitement à certains malades (comme cela fut le cas pour le fluconazole en Afrique du Sud), soit accordé une remise importante en même temps qu'étaient introduites sur le marché des formulations non brevetées concurrentes (comme cela fut le cas pour la didanosine en Thaïlande).

Ce n'est pas parce que les firmes pharmaceutiques n'ont pas encore suffisamment diminué le prix de leurs médicaments pour mettre ceux-ci à la portée de la majorité des habitants des pays en développement qu'il faut renoncer à progresser à l'avenir. Il faudra poursuivre la discussion et la collaboration avec les firmes pharmaceutiques qui ont mis au point ces produits afin d'obtenir des prix encore inférieurs aux prix offerts par les petits producteurs de médicaments génériques. L'élaboration de prix différentiels pour les médicaments contre le VIH/SIDA et pour d'autres produits pharmaceutiques est un concept de mieux en mieux accepté par l'industrie et devrait aider à rendre ces produits accessibles dans les pays à pouvoir d'achat limité.

Par la même occasion, les gouvernements devront augmenter l'accès aux médicaments en diminuant les droits de douane et les taxes sur les produits liés au VIH et en abaissant le coût de ces derniers, tout en éliminant les règlements excessivement restrictifs qui freinent l'accès aux médicaments. D'une façon plus générale encore, et à un moment où l'épidémie fait croître la demande en services de santé, les gouvernements et les agences d'aide devront rendre les médicaments plus abordables en accordant au secteur de la santé une plus grande priorité et un soutien financier plus important.

Encadré 19. Les leçons de l'Initiative ONUSIDA pour l'Accès aux Médicaments

Les premiers participants à l'Initiative ONUSIDA pour l'Accès aux Médicaments se sont inscrits en Côte d'Ivoire et en Ouganda en 1998. Au Chili et au Viet Nam, l'Initiative est entrée en vigueur au début de l'année 2000. Elle vise à évaluer les moyens de surmonter les obstacles à la fourniture de médicaments et à utiliser l'accès aux antirétroviraux comme point d'entrée pour un accès plus étendu à l'ensemble des soins liés au VIH dans les pays en développement.

L'expérience de la Côte d'Ivoire et de l'Ouganda, qui regroupent respectivement quelque 600 et quelque 900 malades sous traitement antirétroviral, a déjà permis de tirer quelques leçons en ce qui concerne les aspects opérationnels de l'Initiative.

Sélection et utilisation rationnelles des médicaments

Dans chacun des deux pays, un conseil consultatif a défini la politique de traitement et les efforts de formation ont réussi à assurer que les traitements prescrits par les médecins dans les centres de référence qui participaient à l'Initiative soient conformes aux principes directeurs proposés. Les principes directeurs et les activités de formation ont suivi une approche globale des soins aux malades infectés par le VIH, y compris le traitement des infections et maladies opportunistes. Jusqu'en 1999 cependant, les directives concernant l'approvisionnement ont été limitées presque exclusivement au traitement antirétroviral. Depuis lors, et à la demande instantane de l'ONUSIDA, les deux pays se sont intéressés plus activement au traitement des maladies opportunistes. En prévision de la consultation de mars 2000 sur la prophylaxie par le cotrimoxazole (voir encadré 20, page 106), la Côte d'Ivoire et l'Ouganda ont adopté des principes directeurs pour l'utilisation de cette association médicamenteuse dans la prévention des infec-

tions opportunistes chez les personnes infectées par le VIH. L'attention accrue portée aux médicaments destinés au traitement des infections opportunistes renforcera la pertinence de l'Initiative pour les clients qui n'ont pas les moyens de faire face au coût des médicaments antirétroviraux et pour les centres de suivi qui ne prescrivent pas d'antirétroviraux.

Efforts destinés à accroître l'accessibilité financière des médicaments

Des négociations sur le prix des médicaments antirétroviraux ont conduit à une baisse significative de ces prix dans la région, tant au sein de l'Initiative qu'au-delà de celle-ci. La comparaison de ces prix avec ceux obtenus au Brésil ou en Thaïlande (voir Tableau 2) démontre cependant qu'il devrait être possible de réduire encore les prix, le cas échéant grâce au recours à la concurrence sur les produits génériques.

L'Ouganda, pays relativement pauvre, a choisi de ne pas avoir recours aux fonds publics pour subventionner la fourniture d'antirétroviraux au sein de l'Initiative (le coût en étant supporté par les malades). En Côte d'Ivoire, pays plus riche, le Gouvernement s'est engagé à prendre en charge une partie du coût de ces médicaments pour certains malades, mais la répartition des subsides pour traitement a été extrêmement lente. On n'a pas procédé à une analyse en profondeur de l'utilisation des antirétroviraux en dehors de l'Initiative. Il n'en reste pas moins que le programme a attiré moins de clients en Côte d'Ivoire qu'en Ouganda.

Renforcement du secteur de la santé

Dans le cadre de l'Initiative, les efforts de chacun des pays en matière de formation ont été considérés positifs. En Ouganda, un don de matériel destiné au comptage des CD4 a renforcé les capacités de suivi en laboratoire. L'intérêt croissant des conseils consultatifs nationaux pour la prise en charge des infections opportunistes a permis de mettre sur pied des centres de suivi plus efficaces.

Il reste trois défis à affronter dans les mois à venir: intégrer les avis des conseils consultatifs en matière de prises en charge du VIH dans les lignes directrices de traitement au niveau du pays; réglementer les antirétroviraux et autres médicaments de pointe pour le traitement des infections opportunistes dans le cadre de la politique de gestion nationale des médicaments; et se préparer à pouvoir poursuivre l'Initiative après que l'ONUSIDA aura réduit ses subsides.

Impact sur la société

Dans l'un et l'autre pays, l'Initiative a galvanisé les personnes affectées par le VIH et le SIDA en leur offrant un espoir et a entraîné une vaste mobilisation du personnel de la santé autour du VIH et du SIDA. Elle a aussi permis une discussion accrue du SIDA par les médias – non seulement sur le coût du traitement mais aussi sur la prévention du VIH. En accroissant la visibilité de l'épidémie, un tel niveau de discussion pourra renforcer les efforts de prévention et bénéficier ainsi de façon significative à la population au delà de l'Initiative.



De meilleures perspectives pour la prévention des infections chez les personnes vivant avec le VIH

Devant la faiblesse des ressources diagnostiques disponibles dans les pays en développement et les coûts élevés de nombreux médicaments pour le traitement des infections opportunistes – sans parler du coût des médicaments antirétroviraux –, on observe un regain d'intérêt pour la prévention. Tout semble indiquer que quelques médicaments relativement peu coûteux pourraient tenir à distance des manifestations graves et apporter des mois ou même des années de vie aux personnes positives pour le VIH même dans les plus pauvres des pays en développement. En fait, le recours préventif aux médicaments prolongeait déjà la survie dans les pays nantis même avant l'apparition des traitements antirétroviraux.

L'un de ces médicaments, l'isoniazide, a pu empêcher 60% des épisodes de tuberculose active chez les personnes infectées par le VIH. Dans une étude au moins, l'isoniazide employé à titre préventif a prolongé significativement la durée de vie pour les personnes infectées à la fois par le VIH et le bacille tuberculeux. Ce protocole simple coûte en moyenne quelques cents des Etats-Unis par jour pour l'ensemble des médicaments et des soins de santé requis.

La prophylaxie antituberculeuse est d'autant plus importante que, dans la moitié des cas environ, les personnes infectées par le VIH présentent une forme de tuberculose difficile à diagnostiquer et qui reste donc souvent sans traitement. Le diagnostic d'une tuberculose diffuse de ce type requiert un équipement de laboratoire de pointe généralement impossible à obtenir dans bien des pays en développement parmi les plus pauvres. C'est pourquoi l'ONUSIDA et l'OMS recommandent depuis 1998 qu'un schéma thérapeutique simple et peu coûteux destiné à prévenir la tuberculose fasse partie de l'ensemble essentiel de prise en charge pour les personnes infectées par le VIH (voir Tableau 1, page 98).

De nouveaux développements montrent qu'il est envisageable de prévenir d'autres infections graves. En Côte d'Ivoire, on a pu tester l'impact préventif du cotrimoxazole – lequel associe un antibiotique et un sulfamide et avait déjà permis d'empêcher le développement de la pneumonie à *Pneumocystis carinii*, la principale cause de décès liée au SIDA dans les pays nantis. Une étude effectuée à Abidjan, où le coût en médicaments d'un traitement de 12 mois s'élevait à US\$ 17,50, a montré que la prophylaxie par le cotrimoxazole a pour conséquence une réduction marquée du nombre d'infections graves (exprimées en termes d'admission à l'hôpital). Une autre étude a montré que le cotrimoxazole protégeait si efficacement contre les infections qu'il s'ensuivait une survie accrue de six mois. L'association médicamenteuse semble efficace pour prévenir certaines pneumonies bactériennes, des maladies diarrhéiques et des infections sanguines, y compris peut être même la toxoplasmose (une infection parasitaire du cerveau) et l'isosporese (une infection parasitaire intestinale).

A la lumière de ces observations pleines d'espoir, il est urgent de mettre sur pied des traitements au cotrimoxazole en Afrique subsaharienne dans le cadre de l'ensemble essentiel de prise en charge pour les adultes et les enfants qui vivent avec le VIH (voir encadré ci-dessous). Les scientifiques devront par la même occasion veiller attentivement à ce que la valeur de cette combinaison médicamenteuse ne soit pas battue en brèche par l'apparition de résistances.

Encadré 20. L'emploi de la prophylaxie par le cotrimoxazole chez les personnes infectées par le VIH/SIDA en Afrique

En mars 2000, l'ONUSIDA et l'OMS ont rassemblé des cliniciens, des spécialistes de la santé publique, des administrateurs de programmes nationaux de lutte contre le SIDA, des personnes vivant avec le VIH/SIDA, des organismes donateurs et des activistes dans le domaine du SIDA afin de discuter l'utilisation du cotrimoxazole comme traitement préventif chez les personnes positives pour le VIH en Afrique. Le résultat de cet atelier de consultation, qui s'est tenu à Harare, au Zimbabwe, a été que pour les personnes qui présentaient déjà des symptômes de l'infection par le VIH la prophylaxie par le cotrimoxazole devait faire partie de l'ensemble essentiel destiné à la prise en charge. Les participants ont recommandé des posologies, défini des critères d'éligibilité pour les malades et émis des recommandations en ce qui concerne la formation, l'éducation et le développement des capacités au sein des pays.

Le Secrétariat de l'ONUSIDA travaille avec l'OMS pour assurer la mise en place de ces recommandations au plus vite grâce à des efforts destinés à mobiliser les ressources. D'ici à juillet 2000, des réunions de consultation avec les gouvernements nationaux auront permis à 14 pays d'Afrique membres de l'Initiative LIFE du Gouvernement des Etats-Unis d'Amérique d'envisager la possibilité d'inclure la prophylaxie par le cotrimoxazole dans leur ensemble de soins.

Une nouvelle incitation à se faire tester ?

Dans le monde entier, l'expérience a montré qu'il n'est pas facile de se décider à recourir au conseil et au test. Dans les pays nantis, l'espoir de pouvoir bénéficier d'un traitement précoce a fortement encouragé les gens à savoir s'ils étaient infectés. Au fur et à mesure que les traitements devenaient plus efficaces – et même avant l'arrivée des traitements par les médicaments antirétroviraux – les personnes qui pensaient avoir été infectées par le VIH se sont rendu compte que le test pouvait leur apporter des mois, voire des années, de vie supplémentaire.

De la même façon, la prophylaxie par l'isoniazide et le cotrimoxazole – qui ne peuvent être proposées qu'à des gens chez qui l'infection par le VIH est prouvée, contrairement à certaines autres formes de traitement discutées dans ce chapitre – pourront accroître l'intérêt des populations vis-à-vis du test VIH et les encourager à se faire tester. Si ces traitements préventifs se généralisent, ainsi que les services de conseil et de test VIH, les avantages en termes de survie pour les individus et pour leurs familles s'ajouteront sans doute aux avantages du test sur une grande échelle, parmi lesquels la diminution de la transmission du VIH aux partenaires et aux nourrissons et une meilleure prise de conscience de la source épidémie de VIH.

Actions nationales contre l'épidémie: les facteurs qui font la différence

Ce rapport démontre que l'épidémie de SIDA constitue une réelle crise du développement qui menace le tissu social et économique ainsi que la stabilité politique de nations entières. Mais il montre aussi que l'on parvient à juguler l'épidémie dans certains endroits; certains pays ou certaines communautés sont parvenus à stabiliser, voire à inverser, les taux d'infection, et certains ont conservé des taux d'infection extrêmement bas, pour toutes sortes de raisons qui ne sont pas encore pleinement comprises. D'autres communautés ont développé leurs services de soins et de soutien en faveur des personnes infectées et touchées. En observant de près les mesures prises par les pays et leurs succès et leurs échecs, il est possible de cerner certains des facteurs de réussite.

L'analyse des efforts déployés dans le passé pour lutter contre l'épidémie montre que la première réaction, dans de nombreux pays, a consisté à persuader les individus et certains groupes de modifier leurs comportements en les informant sur le VIH/SIDA. Avec le temps, il est apparu que, pour faire évoluer les comportements, l'information ne suffisait pas; l'importance de la prise de décisions, de la négociation et des compétences qui s'y rattachent, de l'accès à des instruments et à des services et de la possibilité de se référer à des normes communes est devenue toujours plus évidente.

Dès le milieu des années 1980, on a commencé à bien comprendre que les individus n'étaient pas toujours maîtres des situations à risque dans lesquelles ils se trouvaient. C'est pourquoi des programmes de prévention ont été élaborés pour donner à des groupes ou communautés particuliers, par exemple les professionnel(le)s du sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, la possibilité d'adopter des comportements à moindre risque. En même temps, à mesure que les personnes infectées par le VIH dès le début de l'épidémie commençaient à tomber malades et à mourir, ébranlant les structures familiales et communautaires, la nécessité de dispenser des soins et d'atténuer l'impact de l'épidémie a revêtu davantage d'importance. Parallèlement, on a mieux compris l'importance des efforts dans les domaines de la lutte contre la discrimination, de la protection et de la promotion des droits de la personne et de la lutte contre la stigmatisation, ainsi que l'importance de la participation de tous les secteurs de la société.

Au milieu des années 1990, avec l'aggravation des épidémies dans de nombreux pays, on s'est rendu compte que le VIH/SIDA posait également un problème de développement.

Dans la mesure où la vulnérabilité des individus à l'infection a des racines sociales et économiques, en particulier la marginalisation, la pauvreté ou la condition subalterne des femmes, il faut s'attaquer à ces problèmes de manière à rendre, à long terme, l'ensemble de la société moins vulnérable au VIH. L'avancement des autres buts sociaux, par exemple l'éducation, l'émancipation de la femme et la protection des droits de la personne, est essentiel en lui-même, mais il est aussi important pour réduire la vulnérabilité de toute la société à l'infection. En même temps, les planificateurs devront se souvenir que les projets de développement tels que la construction de grandes routes ou la création de zones de libre-échange peuvent accentuer l'épidémie en favorisant une rapide urbanisation, en divisant les familles et en coupant les individus des systèmes sociaux auxquels ils sont habitués. Ces effets pervers doivent être anticipés et maîtrisés.



Caractéristiques communes des actions nationales efficaces

L'analyse des programmes efficaces met en lumière un certain nombre de particularités qui caractérisent les actions entreprises par les communautés et les pays qui sont déjà parvenus à stabiliser ou à inverser les tendances de l'épidémie. Il n'est pas question de proposer une action élargie idéale ou un modèle universel, mais plutôt une série de principes fondamentaux communs. Il est important pour chaque pays de trouver la voie qui lui convient le mieux, pour une action comprenant vraisemblablement la plupart sinon tous les éléments résumés ci-dessous.

Les programmes nationaux efficaces ont généralement incorporé les caractéristiques suivantes:

1. La volonté et le leadership politiques

La volonté politique exprime l'engagement national et montre la voie à l'ensemble de la nation dans son action contre le SIDA. C'est l'engagement politique à tous les échelons, de la communauté au niveau politique le plus élevé de l'Etat qui caractérise une riposte efficace. Cet engagement entraîne un plaidoyer au plus haut niveau et contribue à rassembler tous les secteurs et tous les acteurs, ainsi que les ressources humaines et financières nécessaires. Il est aussi crucial pour faire les choix politiques souvent difficiles qui précèdent l'adoption de méthodes d'intervention réellement efficaces – par exemple pour réduire les risques liés au commerce du sexe – et peuvent induire des changements utiles dans les stratégies et des législations de soutien.

En dernière analyse, le succès d'un programme est déterminé par l'abnégation et les efforts des agents du changement qui se trouvent le plus près de son niveau d'impact. Toutefois ces personnes devront être constamment motivées, encadrées et soutenues par le leadership politique.

2. L'ouverture sociale et la détermination à lutter contre la stigmatisation

Pour être efficaces, les programmes doivent donner de la visibilité au VIH et rendre tous les facteurs qui conduisent à sa propagation susceptibles d'être discutés. Les programmes ont le devoir de sensibiliser les populations à l'existence du VIH et à ses modes de transmission, sans pour autant stigmatiser les comportements menant à cette trans-

mission. Ils doivent en outre faciliter le débat concernant la vulnérabilité des individus ou des communautés eux-mêmes et les moyens de l'atténuer. Cela implique de dissiper les craintes et les préjugés à l'encontre des personnes qui vivent déjà avec le VIH ou le SIDA.

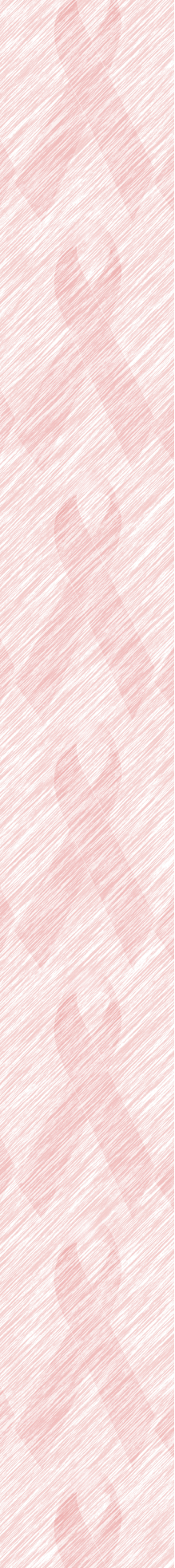
Les programmes à succès transmettent des connaissances, s'opposent à la stigmatisation et à la discrimination, suscitent un consensus social sur les comportements à moindre risque, et stimulent la prévention du SIDA et les compétences en matière de soins. Ces activités peuvent être réalisées de manière économique par des campagnes d'information de masse, par l'éducation par les pairs et les activités de proximité, ainsi que par des programmes d'apprentissage des compétences psychosociales dans les écoles et sur les lieux de travail. Les programmes tels que ceux de la TASO en Ouganda ont prouvé l'impact extraordinairement positif de l'ouverture et de la franchise dans la lutte contre le VIH. Un autre facteur essentiel pour réagir au déni est d'assurer que des services de conseil et de test VIH volontaires sont disponibles, afin que les individus puissent découvrir leur statut sérologique.

3. Une réponse stratégique

Un plan national de lutte contre le SIDA unique et solide impliquant tout un éventail d'acteurs – le gouvernement, la société civile, le secteur privé et (s'il y a lieu) les donateurs – constitue un point de départ précieux. L'élaboration d'une stratégie nationale commence par l'analyse de la situation du VIH/SIDA dans le pays, des comportements à risque et des facteurs de vulnérabilité, les données recueillies servant à établir les priorités et à cibler les premières actions. Il est essentiel de déterminer dans quelles parties du pays se trouvent les personnes déjà infectées, celles qui sont le plus vulnérables et pourquoi. La mise au point d'une stratégie efficace implique alors d'utiliser des méthodes de prévention du VIH/SIDA, de pratiques de soins et d'atténuation de l'impact basées sur le concret – ce qu'on appelle «les meilleures pratiques» – reconnaissant que certaines d'entre elles sont peut-être culturellement délicates (p. ex. l'éducation sexuelle dans les écoles) ou exigent des choix politiques difficiles (p. ex. l'échange des seringues pour les consommateurs de drogues injectables). Il faut dans le même temps faire en sorte que les services et les biens nécessaires, tels que préservatifs et services MST, soient acceptables, abordables et disponibles. Etant donné les difficultés financières de bien des pays, l'élaboration d'une stratégie impliquera également de fixer des priorités.

Les stratégies efficaces offrent de la prévention et des soins. Lorsque la morbidité s'accroît au cours de l'épidémie, le besoin de soins de santé et de soutien social se fait plus pressant. Les services qui proposent des soins offrent des avantages qui vont bien au-delà de la prise en charge des personnes malades. Ils contribuent à convaincre les autres personnes de la réalité de la menace du VIH et à rendre plus crédibles les messages de prévention. Les messages et programmes intégrant la compassion et les compétences dans les lieux de soins, les communautés et les familles sont nécessaires dès le début, et il est possible de réduire les coûts en regroupant la formation aux fins de la prévention et des soins.

Il est important de noter que les divers éléments d'un programme tendent à agir en synergie. On trouve dans la plupart des programmes des éléments d'action efficace. Malheureusement, dans de nombreux pays, l'action demeure sporadique et disparate plutôt que globale. Des projets «modèles» offrent des services à une ou deux communautés, alors que de larges zones du pays n'ont rien. Bien des programmes sont encore incomplets pour ce qui est de leur couverture géographique ou de leur contenu. Parfois,



la riposte nationale est axée exclusivement sur les professionnel(le)s du sexe, par exemple; ailleurs, les efforts iront à l'éducation sur le SIDA et les compétences essentielles à l'intention des jeunes scolarisés ou non, mais les risques et la vulnérabilité des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes seront négligés. Il est vrai que le manque de ressources humaines et autres peut entraver l'intensification des programmes, mais un plan stratégique solide fondé sur des données épidémiologiques et sur les meilleures pratiques assurera au moins une couverture de base.

La planification stratégique des actions nationales n'est ni facile ni rapide. Mais comme l'ont prouvé plusieurs pays – par exemple le Botswana, le Cambodge, la Chine, la Côte d'Ivoire, le Guatemala, le Honduras, le Malawi, le Mozambique, la Papouasie-Nouvelle-Guinée, la République dominicaine, la République-Unie de Tanzanie et la Roumanie – elle peut être réalisée de manière efficace et le processus lui-même est crucial pour rassembler tous les acteurs dont l'engagement constitue la clé du succès.

4. Action multisectorielle et à plusieurs niveaux

Pour être efficaces, les programmes doivent supposer des partenariats multisectoriels et à différents niveaux entre l'Etat et la société civile et à l'intérieur de ceux-ci, le SIDA étant régulièrement inscrit à l'ordre du jour des différentes instances. Seule une action commune permettra d'intégrer le SIDA et de le porter réellement à l'ordre du jour du développement.

Il est logique, pour toutes les parties prenantes, d'établir des partenariats multisectoriels et à plusieurs niveaux. Les secteurs du Gouvernement et les entreprises sont touchés de toutes sortes de manières par une épidémie grave et ont donc tout intérêt à participer à la prévention du SIDA, ainsi qu'aux soins et aux activités de soutien à tous les niveaux, mais en particulier à assurer le maintien des programmes à grande échelle. Les ministères du travail, par exemple, peuvent rendre obligatoires les programmes de prévention sur les lieux de travail dans le secteur privé. Les ministères de la défense peuvent utiliser leurs budgets à la mise en œuvre de programmes à l'intention des forces armées et les ministères de l'éducation peuvent faire de même pour les enseignants, les écoliers et leurs parents. Les entreprises privées peuvent offrir des contributions en espèces et en nature. Si le rôle crucial des ministères de la santé dans l'action contre l'épidémie ne fait aucun doute, il n'est probablement pas avantageux à long terme de leur abandonner la gestion de l'ensemble de l'action nationale. Les ONG, en qui les populations vulnérables ont toute confiance, sont les mieux placées pour soutenir les programmes en collaboration avec ces communautés. Les médias, par leurs diverses filières, peuvent encourager les comportements à moindre risque et la tolérance.

5. Actions à assise communautaire

Finalement, c'est au sein de la communauté que se décide l'issue de l'épidémie de SIDA. Ce sont les individus, et non les institutions qui, en définitive, décident s'ils souhaitent adapter leur comportement sexuel, économique et social à la menace d'infection par le VIH. Ils ne sont pas seulement les objets d'interventions venues de l'extérieur, mais ils sont les acteurs de la lutte contre le SIDA. C'est pourquoi les actions contre le VIH sont en premier lieu locales: elles supposent la participation des individus là où ils vivent – dans leurs foyers, leurs quartiers et leurs lieux de travail.

Les membres de la communauté sont aussi indispensables pour mobiliser localement l'engagement et les fonds nécessaires à une action efficace. Les personnes vivant avec

le VIH/SIDA en particulier ont un rôle de premier plan à jouer, car elles apportent, dès les premières étapes de la planification, une expérience et une perspective uniques aux programmes.

Partout dans le monde, des communautés se mobilisent avec succès contre le VIH/SIDA. Les activités réalisées par les projets communautaires sont aussi variées que les peuples et les cultures qui composent ces communautés. Certaines d'entre elles sont totalement «du terroir» et autosuffisantes, alors que d'autres ont bénéficié de conseils et de financement externes. Certaines sont accueillies dans des centres religieux, d'autres dans des institutions médicales, d'autres encore dans des centres de quartiers. Elles sont souvent axées sur l'éducation du public, mais portent aussi sur la fourniture de soins, ou encore sur la prévention et sur d'autres objectifs.

6. La réforme des politiques sociales pour réduire la vulnérabilité

La transmission du VIH est associée à des comportements spécifiques de prise de risque. Ces comportements sont influencés par des facteurs sociétaux et personnels qui déterminent la vulnérabilité d'un individu à l'infection. Pour être efficaces, les programmes de réduction des risques doivent être conçus et mis en œuvre en synergie avec d'autres programmes dont le but, à court et à long termes, est d'améliorer la capacité et l'autonomie des personnes particulièrement vulnérables à l'infection par le VIH. Le problème consiste donc à s'attaquer directement aux forces qui, dans la société, déterminent la vulnérabilité au VIH/SIDA. Les questions telles que les inégalités entre les sexes et l'incapacité des femmes à négocier quand, comment et avec qui elles auront des rapports sexuels sont autant de problèmes de politique sociale. La pauvreté chronique et critique des ménages urbains qui finit par entraîner les ruptures et la migration des enfants vers la rue n'est pas un problème qui peut être résolu au seul niveau de la famille ou de la communauté.

Pour s'attaquer aux forces sociétales qui déterminent la vulnérabilité au VIH, il faut un engagement au niveau décisionnel, ainsi qu'une volonté politique et des ressources. Une réforme efficace des politiques sociales est un projet à long terme, mais des mesures même modestes et progressives peuvent transmettre des messages importants en matière d'engagement politique en vue de réduire la vulnérabilité des individus et des communautés à l'infection.

7. Une action soutenue et à plus long terme

Une action, même très complète, de lutte contre le VIH/SIDA ne donne pas des résultats immédiats. Il faudra peut-être quatre à cinq ans pour qu'un effet mesurable se produise. C'est pourquoi il faut adopter une approche à long terme suscitant une résistance de la société face au VIH. Commençant par la jeune génération, le renforcement des attitudes et des comportements à moindre risque va graduellement prémunir toute une génération de la propagation du SIDA et avoir, à terme, un effet important sur l'incidence de l'infection.

Les programmes efficaces sont ceux qui sont caractérisés par une action ciblée et une couverture en augmentation régulière. Tout d'abord, en utilisant les ressources disponibles, il est logique, d'un point de vue stratégique, de cibler l'action sur les populations vulnérables et les régions géographiques dans lesquelles la propagation rapide du VIH a toutes les caractéristiques d'une urgence. Les planificateurs doivent néanmoins tenir compte de la nécessité de toucher des populations très diverses, y compris celles qui seront exposées demain: le risque et la vulnérabilité de l'individu change au cours du temps, à mesure qu'il passe de l'enfance, à l'adolescence puis à l'âge adulte.

Il y a aussi des raisons de penser qu'il faut rester vigilant même lorsque les comportements semblent être bien établis. Par exemple, on ne peut compter sur le fait que la génération des jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et qui commencent leur vie sexuelle utilisera des préservatifs simplement parce que la génération précédente a changé ses comportements.

Petit à petit, sans perdre de vue la direction de l'action, il faut élargir cette action jusqu'à obtenir une couverture nationale complète.

8. Tirer les leçons de l'expérience

Les actions de prévention et de prise en charge du VIH réalisées au cours des 15 années écoulées ont permis d'accumuler une grande quantité d'expériences et de compétences. S'il est essentiel, pour chaque pays, de s'approprier son action, il y a de fortes raisons de penser que certaines politiques, stratégies et techniques sont particulièrement efficaces: celles que l'ONUSIDA appelle «les meilleures pratiques». Il est utile de s'appuyer sur les meilleures pratiques et de les adapter aux situations locales aussi bien au début d'une action que lorsqu'elle évolue. Il est aussi important d'apprendre dans un contexte national.

Les administrations au niveau du district constituent un lien crucial entre les activités locales et nationales. Dans de nombreux pays, le niveau du district est bien placé pour analyser, documenter et diffuser les leçons tirées des actions locales. Ces administrations sont alors en mesure de demander aux autorités nationales, puis de négocier, les changements et les réformes nécessaires dans des secteurs clés pour soutenir les actions locales. Il existe de multiples «projets» VIH excellents – des interventions réussies qui ont trouvé la recette du succès dans un milieu donné. Ils peuvent apporter une inspiration précieuse aux programmes nationaux.

De même, les programmes nationaux sont en bonne position pour élargir au niveau national des actions entreprises au niveau local en incorporant les leçons de l'expérience locale dans leur planification stratégique et leur processus de réforme. Par exemple, les gouvernements pourraient avec profit adopter les modifications de politiques et les approches programmatiques qui ont «fait leurs preuves» au niveau local.

Encadré 21. Le soutien international aux actions nationales

L'aide des donateurs en faveur de la lutte contre le VIH/SIDA s'est considérablement accrue avec le temps. En 1998, 14 des principaux donateurs du Comité d'aide au développement de l'OCDE ont alloué US\$ 300 millions à des activités sur le VIH/SIDA. En 1987 – peu de temps après que l'on eut compris que le VIH s'était répandu massivement dans de nombreux pays en développement – les niveaux de financement en faveur de la lutte contre le SIDA de l'aide publique au développement (APD) ne représentaient que 20% des montants enregistrés 10 ans plus tard. Cette augmentation s'est produite alors que l'ensemble des contributions de l'APD aux pays en développement baissaient régulièrement.

Malheureusement, aussi spectaculaire que puisse paraître cette augmentation, elle n'a pas suivi le rythme d'expansion de l'épidémie et ne couvre même pas les besoins fondamentaux des programmes VIH des pays les plus touchés. Au cours de la même période, le nombre des infec-

tions est passé de 4 millions à plus de 34 millions, un chiffre qui continue d'augmenter à raison de plus de 5 millions de nouvelles infections chaque année. En outre, entre 1996 et 1998, on a noté un tassement de l'augmentation du soutien apporté par les donateurs, qui reste inférieur à 1% du total des budgets annuels de l'APD des pays donateurs. Avec l'augmentation massive des taux d'infection comme toile de fond, cette tendance est extrêmement préoccupante.

Pourtant, on a récemment noté des signes encourageants de la part des donateurs. Par exemple, les fonds attribués par les Etats-Unis aux activités sur le VIH/SIDA dans le monde ont augmenté de US\$ 65 millions en 2000 et une nouvelle augmentation est prévue pour 2001, qui pourrait aller jusqu'à US\$ 100 millions. Les bailleurs de fonds ont également réagi de manière positive au Partenariat international contre le SIDA en Afrique. Ils constituent l'un des cinq grands éléments de cette nouvelle initiative importante, dont les objectifs sont de limiter la propagation du VIH, de réduire son impact sur les êtres humains et de mettre fin à la détérioration du développement social et économique en Afrique. Des représentants des pays donateurs participent à toutes les phases de son élaboration et leur plus grande compréhension et leur participation accrue aux processus de planification nationale se traduisent par une augmentation de leur soutien.

En outre, on reconnaît toujours davantage que le VIH/SIDA ne constitue pas seulement une sérieuse menace pour le développement, mais également une menace pour l'instauration de la paix et de la sécurité en Afrique. Cette prise de conscience s'est traduite par une plus grande sensibilisation politique et des engagements financiers plus importants. Une somme supplémentaire d'un montant de US\$ 180 millions a été annoncée par les donateurs pour des activités en Afrique au cours de la réunion historique du Conseil de Sécurité en janvier 2000. Il convient maintenant d'assurer que cet enthousiasme croissant se traduira par une augmentation régulière du soutien concret aux programmes nationaux de lutte contre le VIH/SIDA, en Afrique comme ailleurs. Pour cela, il est nécessaire d'insister sur l'importance de la création de partenariats entre les donateurs et les pays les plus touchés. De cette manière, un sens du partage des responsabilités sera instauré aussi bien pour améliorer la prévention et les soins que pour s'attaquer aux défis aussi considérables que variés que présente cette épidémie pour le développement.

9. Les ressources nécessaires

La redistribution des priorités nationales doit se traduire par un remaniement des budgets. Certains pays en développement dans lesquels les budgets publics destinés au SIDA ont été accrus de manière importante ont connu le succès, notamment le Brésil, la Chine, l'Inde et la Thaïlande. Mais dans le même temps, il est faux de penser que si les fonds destinés au SIDA sont limités, l'action contre le SIDA le sera aussi. Des programmes efficaces doivent trouver les moyens d'associer les partenaires ayant en commun les mêmes buts et objectifs et tirer parti des synergies créées entre les programmes de lutte contre le SIDA et les autres programmes. Si l'action nécessaire à la réduction des risques et de la vulnérabilité est réellement intégrée dans la vie de la nation, les coûts directs diminueront, il y aura toutes sortes de retombées positives et la probabilité que les programmes soient viables sera plus grande. Par exemple, il n'est pas très coûteux d'intégrer l'information sur le VIH/les MST et sur les compétences essentielles dans les programmes scolaires, mais les capacités de prise de décision et de négociation qui en résulteront pourraient bien avoir des avantages additionnels tels qu'une baisse des MST, des grossesses non désirées et de la consommation de

drogues. De même, lorsqu'on améliore les perspectives éducatives et économiques des jeunes filles dans les zones rurales, on ne réduit pas seulement la transmission du VIH en fournissant des solutions de remplacement au commerce du sexe, mais on contribue aussi au développement durable des campagnes et à l'amélioration de la condition féminine.

Il est parfaitement justifié de réorienter vers le SIDA des ressources déjà prévues pour des fonds sociaux, des projets dans les domaines de l'éducation et de la santé, des infrastructures et du développement rural, étant donné que l'épidémie de SIDA compromet les objectifs mêmes de ces autres investissements.

Même si une aide financière internationale n'est pas toujours nécessaire, elle est cruciale pour de nombreux pays pauvres dont les budgets publics sont limités.

Encadré 22. Allègement de la dette

Quelque 95% des personnes infectées par le VIH vivent dans les pays en développement, la plupart d'entre elles en Afrique subsaharienne. Et sur les 39 pays pauvres les plus lourdement endettés identifiés par la Banque mondiale, 32 se trouvent en Afrique. Ils doivent ensemble plus de US\$ 2,2 trillions.

Le manque de fonds pour élargir la riposte au SIDA a été aggravé par l'importance de cet endettement. Partout en Afrique, les gouvernements nationaux déboursent quatre fois plus pour le service de leur dette qu'ils ne dépensent pour la santé et l'éducation.

S'ils veulent mettre en place des programmes nationaux efficaces de lutte contre le SIDA, les pays d'Afrique devront dépenser au moins US\$ 1 à 2 milliards chaque année, soit considérablement plus que ce qui est investi aujourd'hui. Pour trouver ces ressources supplémentaires, les pays pourraient recourir à plusieurs sources, notamment des dons accrus du secteur privé et des fondations, l'élargissement et la réorientation de l'aide au développement et les réorientations à l'intérieur même des budgets publics des pays.

L'allègement du poids de la dette constitue l'une des approches les plus prometteuses qui pourraient augmenter le flux des fonds alloués aux programmes de lutte contre le SIDA en Afrique. En allégeant la dette des pays les plus pauvres – qui sont souvent les pays les plus touchés par le VIH et le SIDA – les sommes utilisées aujourd'hui au service de la dette pourraient être réinvesties dans la prévention du SIDA et les soins.

Au cours des années à venir, une importante entreprise visant à réduire la dette se déroulera au titre de l'Initiative en faveur des pays pauvres très endettés (PPTe), soutenue par les principaux gouvernements créanciers dans les pays de l'OCDE et mise en œuvre par la Banque mondiale et le Fonds monétaire international.

Dans un accord classique d'allègement de la dette, une partie de la dette d'un pays sera annulée en échange de l'engagement du gouvernement débiteur à mobiliser des ressources intérieures à des fins particulières, par exemple un programme d'éradication de la pauvreté ou une action nationale intensifiée contre le SIDA.

Depuis les années 1980, de telles transactions ont rencontré un certain succès dans le domaine de la préservation de l'environnement, par exemple, en protégeant de l'exploitation les forêts tropicales humides.

Le défi qui consiste à accepter des objectifs importants de réduction de la pauvreté ainsi que des indicateurs mesurables de l'avancement vers ces objectifs se situe au cœur des accords sur la réduction de la dette dans le cadre de l'initiative PPTE. Les pays créanciers seront encouragés à réduire la dette s'il existe des moyens évidents et mesurables d'évaluer les retombées. Par exemple, un but à moyen terme dans le domaine du SIDA pourrait être de fournir des traitements peu coûteux à un pourcentage déterminé de la population atteinte des infections opportunistes les plus répandues. La disponibilité des médicaments génériques dans les centres de soins de santé primaires pourrait figurer parmi les indicateurs mesurables permettant de surveiller les progrès accomplis.

Au cours des premiers mois de l'an 2000, plusieurs pays d'Afrique se sont mis à donner une plus grande place au VIH/SIDA dans leurs stratégies de réduction de la pauvreté, ainsi que dans les accords connexes d'allègement de la dette (initiative PPTE). Cela est encourageant, mais il faudra un effort concerté d'une coalition composée de responsables africains, de représentants de la société civile, de gouvernements créanciers, des institutions des Nations Unies et des agences multilatérales intéressés pour assurer que l'allègement de la dette sert réellement à mobiliser des fonds supplémentaires importants pour lutter contre le SIDA.



Conclusion

Deux décennies d'action contre l'épidémie nous ont donné une bonne idée de ce que doit être une riposte efficace. Si le soutien international aux niveaux politique, financier et technique est important, la réduction de l'incidence et l'atténuation de l'impact de l'épidémie doivent être l'affaire de tout un pays. Pour être efficaces et crédibles, les actions nationales exigent l'engagement à long terme du gouvernement à l'échelon le plus élevé. Les pays qui ont adopté des stratégies de lutte contre l'épidémie tournées vers l'avenir en récoltent les fruits sous la forme d'une baisse de l'incidence. D'autres pays n'ont pas encore vu leurs efforts récompensés et en l'absence de résultats rapides et visibles, il deviendra difficile de poursuivre l'action. Pourtant, tout indique que les approches décrites dans ce chapitre ont entraîné une baisse de l'incidence dans certains pays. Aujourd'hui, et en attendant l'arrivée d'un vaccin, ces approches constituent les meilleures armes dont nous disposons pour lutter contre le VIH/SIDA.

nnexe 1.

Jusqu'à quel point peut-on se fier aux estimations du nombre d'infections par le VIH et de décès dus au SIDA ?

Il est important de souligner que les estimations et données à l'annexe 2, ainsi que des chiffres fournis ailleurs dans ce rapport pour les niveaux régional et national, sont des estimations et non des énumérations précises d'infections ou de décès. Chaque fois que sortent de nouvelles estimations du nombre d'infections par le VIH ou de décès dus au SIDA se pose la question de l'origine et de la validité des données, des méthodes employées pour arriver à ces estimations, et de la mesure dans laquelle les chiffres reflètent la «réalité» de l'épidémie.

Ce genre de questions se pose pour toutes les maladies, spécialement pour celles qui sont fréquentes dans les pays en développement, où les systèmes de notification sont médiocres et où les naissances et les décès – ainsi que la plupart des maladies – sont rarement enregistrés. En fait, dans de nombreux pays, l'information qui sous-tend les estimations relatives au VIH est meilleure que l'information disponible pour la plupart des autres maladies.

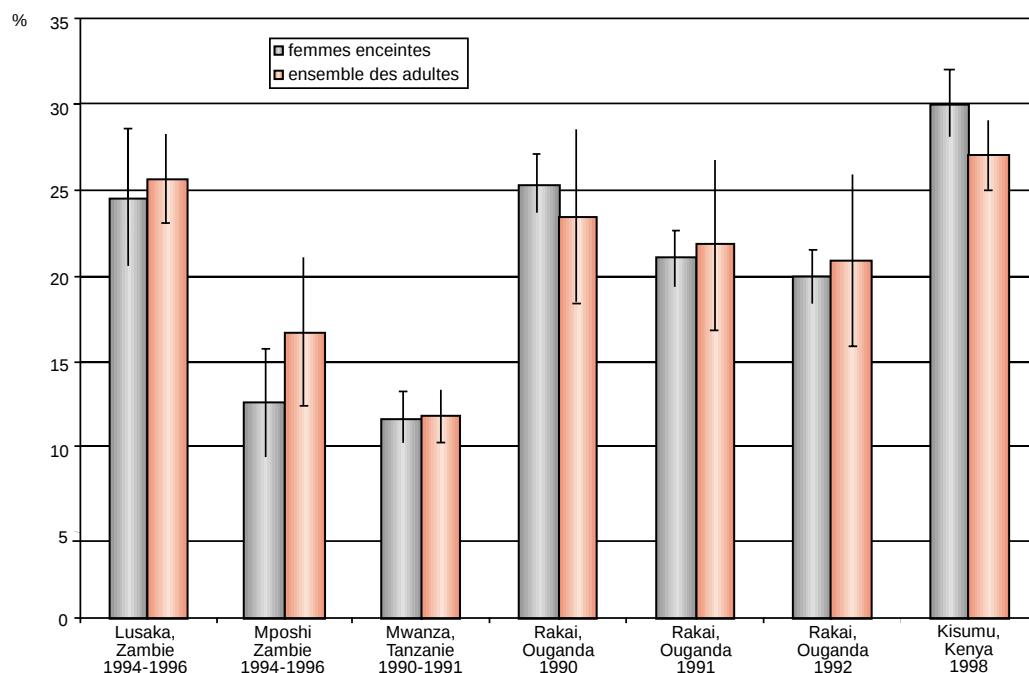
La façon dont on estimera la prévalence de l'infection à VIH et la mortalité due au SIDA variera selon que l'épidémie de VIH aura atteint la population dans son ensemble ou est encore pour l'essentiel concentrée parmi les groupes qui présentent un comportement à risque élevé.

Dans les épidémies à composante principalement hétérosexuelle et où il semble qu'hommes et femmes dans l'ensemble de la population ont été infectés en grand nombre par le VIH, on fondera la surveillance du VIH principalement sur des tests pratiqués chez les femmes enceintes présentes dans les consultations prénatales choisies comme sites de surveillance sentinelle. On testera pour le VIH des échantillons de sang anonymes sur les éléments qui resteront après que les tests prénatals de routine auront été effectués. Depuis la fin des années 80, de nombreux pays d'Afrique et quelques pays d'Asie et des Caraïbes confrontés à des épidémies à forte composante hétérosexuelle pratiquent plus ou moins régulièrement ce genre d'investigations sur la prévalence du VIH dans certaines consultations prénatales. L'image de la prévalence du moment sera d'autant plus claire

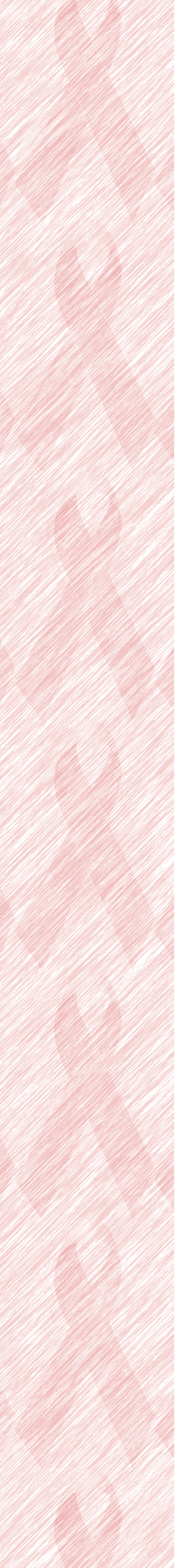
que ces études seront poursuivies régulièrement. Là où les données pour l'année en cours ne sont pas disponibles, on reportera toutes les données disponibles sur une courbe dont on se servira pour obtenir une estimation pour l'année en cours, en appliquant ce que l'on sait de l'évolution des épidémies transmises principalement par voie hétérosexuelle. On procède en général séparément pour les zones urbaines et les zones rurales pour tenir compte des différences dans la propagation du VIH au sein de ces deux zones.

On a choisi de pratiquer la surveillance du VIH chez les femmes enceintes qui viennent pour des soins prénatals parce que les spécimens sont faciles d'accès et que ces femmes constituent un échantillon assez représentatif de la population. La couverture en soins prénatals est élevée même dans les pays les moins développés. Au cours de ces dernières années, les résultats de la surveillance sentinelle chez les femmes enceintes ont pu être validés grâce à plusieurs études à assise communautaire en milieu rural et en milieu urbain. Ces études ont fourni des aperçus importants sur les valeurs différentielles de l'infection par le VIH selon l'âge et le sexe. Elles ont aussi confirmé que la surveillance sentinelle chez la femme enceinte fournit des estimations remarquablement robustes de la prévalence de l'infection à VIH dans la population générale en âge de procréer, comme le montre la Figure 28.

Figure 28. Taux de prévalence de l'infection à VIH parmi les femmes enceintes et parmi l'ensemble des adultes âgés de 15 à 49 ans



Source: données de surveillance sentinelle dans des consultations prénatales et enquêtes à assise communautaire dans divers pays africains, entre 1990 et 1998



Dans les pays où l'épidémie de VIH se concentre sur quelques groupes qui ont un comportement à risque élevé – principalement les consommateurs de drogues par injection et les hommes qui ont des rapports sexuels entre eux, ainsi que les professionnel(le)s du sexe et leur clientèle – on a recours à d'autres méthodes pour estimer la prévalence de l'infection à VIH. Il en va ainsi pour la plupart des pays d'Asie, des Amériques et de l'Europe. Comme il y a dans ces circonstances très peu d'infections à VIH dans la population générale et que beaucoup d'infections s'observent dans des groupes exclusivement ou essentiellement masculins, les données en provenance des femmes enceintes n'ont qu'un intérêt limité. Les estimations relatives au VIH feront appel dans ce cas à des informations sur la prévalence de l'infection à VIH dans chacun des groupes qui présentent un comportement à risque, ainsi que sur une estimation de l'importance numérique de chacun de ces groupes. Il peut être difficile d'obtenir des informations tant sur l'importance du groupe que sur la prévalence de l'infection à VIH en son sein, étant donné que ce genre de comportements à risque est souvent inacceptable socialement, voire illégal. Par voie de conséquence, les estimations peuvent être entachées d'une incertitude plus grande là où l'épidémie est concentrée dans certains groupes de population.

Dans les pays industrialisés, où l'accessibilité des traitements antirétroviraux constitue une forte incitation à effectuer un test VIH pour quiconque pense avoir été exposé au virus, les systèmes de surveillance tiennent de plus en plus compte des données de test VIH et – le cas échéant – de la notification des infections par le VIH. Des systèmes robustes d'enregistrement des cas de SIDA – avec des taux de notification de 80% et plus – permettent aussi le recours à des méthodes de calcul rétrospectif. Depuis la mise en place de traitements antirétroviraux, ces dernières méthodes ont cependant perdu de leur utilité puisque la relation entre l'infection par le VIH et la survenue du SIDA chez les malades en traitement n'est plus aussi facile à définir.

Là où les traitements capables de prolonger la vie ne sont pas généralement disponibles, des méthodes simples de calcul rétrospectif permettront d'obtenir une estimation du nombre d'infections nouvelles par le VIH et du nombre de décès liés au VIH. Ces procédés sont fondés sur l'évolution naturelle maintenant bien connue de l'infection à VIH, évolution qui détermine la relation entre incidence, prévalence et mortalité liées au virus. On pourra de même calculer une estimation du nombre de transmissions verticales de la mère à l'enfant (y compris la transmission par le lait maternel) et sur la mortalité due au VIH chez les enfants. Le calcul de ces estimations se base sur les taux de fécondité spécifiques pour l'âge et pour le pays, et sur les taux régionaux de transmission de la mère à l'enfant tels qu'on les retrouve dans de nombreuses études.

Les estimations contenues dans le présent rapport (sauf indication du contraire) proviennent des renseignements disponibles en date de mars 2000. Elles sont provisoires. L'OMS et l'ONUSIDA, en collaboration avec le personnel des programmes nationaux de lutte contre le SIDA et des instituts de recherche, assurent la révision permanente de ces chiffres afin de les mettre à jour au fur et à mesure que s'améliorent nos connaissances sur l'épidémie et que progressent les méthodes utilisées pour calculer des estimations.

La publication de ces estimations a pour but d'aider les gouvernements, les organisations non gouvernementales et tous ceux qui sont impliqués dans la lutte contre le VIH/SIDA à estimer la situation de l'épidémie dans leur pays et à mesurer en continu l'efficacité des efforts de prévention et de soins entrepris par tous les partenaires dans cette action.

Annexe 2.

Estimations et données relatives à l'infection à VIH/SIDA, fin 1999

Sauf indications contraires, les estimations et données fournies dans le tableau ci-après se rapportent à fin 1999. Elles sont données en chiffres ronds. Toutefois, on a utilisé des chiffres non arrondis pour le calcul des taux et des totaux régionaux; en conséquence, il peut y avoir de petites différences entre les totaux régionaux/mondiaux et la somme des chiffres donnés pour les pays.

Dans ce rapport, on entend par «adultes» les hommes et les femmes qui ont entre 15 et 49 ans. Cette tranche d'âge englobe ceux qui sont dans les années de la vie où l'activité sexuelle est maximale. Le risque d'infection perdure évidemment après 50 ans; toutefois, la vaste majorité de ceux qui ont un comportement à haut risque auront très probablement contracté l'infection avant cet âge. La structure par âge de la population étant très variable d'un pays à l'autre, en particulier en ce qui concerne les enfants et les adultes les plus âgés, le fait de se restreindre aux 15-49 ans pour désigner les adultes a l'avantage de rendre plus comparables des populations différentes. Cette tranche d'âge a été prise comme dénominateur pour le calcul de la prévalence du VIH chez l'adulte.

La méthodologie utilisée pour obtenir les estimations par pays présentées dans le tableau a été décrite en détail par Schwartländer et al. (*AIDS* 1999, 13:2445-2458).



A propos des indicateurs spécifiques utilisés dans le tableau

1. Personnes vivant avec le VIH/SIDA, fin 1999

Ces estimations englobent toutes les personnes infectées par le VIH en vie à la fin de 1999, qu'elles aient ou non présenté des symptômes du SIDA.

En ce qui concerne les pays dont les estimations sont marquées d'un astérisque, les données disponibles n'étaient pas suffisantes pour établir une estimation de la prévalence du VIH

à fin 1999. Pour chacun de ces pays, on a appliqué les chiffres de 1994 relatifs à la prévalence publiés par le Programme mondial OMS de lutte contre le SIDA (*Relevé épidémiologique hebdomadaire* 1995; 70:353-360) à la population adulte du pays en 1999, afin d'obtenir les estimations qui figurent sur ce tableau. Aucun modèle par pays n'a été produit pour les pays marqués d'un astérisque. Pour les colonnes de données contenant peu ou pas d'estimations nationales, les totaux régionaux ont été calculés sur la base d'un modèle régional.

Adultes et enfants

Estimation du nombre d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH/SIDA à la fin de 1999. On entend par «enfants» les personnes entre 0 et 14 ans.

Adultes (15-49)

Estimation du nombre d'adultes vivant avec le VIH/SIDA à la fin de 1999.

Taux chez l'adulte (%)

Pour calculer le taux de prévalence du VIH chez l'adulte, le nombre estimatif d'adultes vivant avec le VIH/SIDA à la fin de 1999 a été divisé par le chiffre 1999 pour la population adulte (15 à 49 ans).

Femmes (15-49)

Estimation du nombre de femmes vivant avec le VIH/SIDA à la fin de 1999.

Enfants (0-14)

Estimation du nombre d'enfants de moins de 15 ans vivant avec le VIH/SIDA à la fin de 1999.

2. Orphelins du SIDA

Orphelins, total cumulé

Estimation à la fin de 1999 du nombre d'enfants qui, avant l'âge de 15 ans, avaient perdu leur mère ou leurs deux parents à cause du SIDA, depuis le début de l'épidémie. Certains des orphelins compris dans ce total cumulé ne sont plus en vie, d'autres ont maintenant plus de 15 ans.

3. Décès dus au SIDA, 1999

Adultes et enfants

Estimation du nombre d'adultes et d'enfants qui sont morts du SIDA au cours de 1999.

4. Population, 1999

Total (milliers)

Population totale en 1999 (Division de la Population, Département des Affaires économiques et sociales, Secrétariat des Nations Unies).

Adultes (milliers)

Personnes âgées de 15 à 49 ans en 1999 (Division de la Population, Département des Affaires économiques et sociales, Secrétariat des Nations Unies).

5. Zones d'incertitude entourant les estimations de prévalence et de mortalité

Les indicateurs 1 et 3 (voir ci-dessus) présentent les meilleures estimations concernant la prévalence du VIH et les décès dus au SIDA. Selon la fiabilité des données disponibles, la zone d'incertitude entourant chacune de ces estimations est plus ou moins importante. Pour certaines variables, l'indicateur 5 présente donc des estimations à la fois basses et élevées. Plus l'écart est grand, plus l'incertitude qui entoure les estimations relatives à un pays est importante; cette incertitude est principalement déterminée par la qualité, la couverture et la cohérence du système de surveillance de ce pays.

Si toutes les estimations sont entachées d'une certaine incertitude, ce rapport présente les fourchettes pour les variables clés suivantes:

- **estimation du nombre d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH/SIDA à la fin de 1999**
- **estimation du nombre des décès dus au SIDA chez l'adulte (15-49) en 1999**
- **estimation du nombre des décès dus au SIDA chez l'enfant (0-14) en 1999.**

6. Estimation du taux de prévalence du VIH (%) chez les jeunes, fin 1999

Estimation du nombre de jeunes (15-24 ans) vivant avec le VIH/SIDA à la fin de 1999, divisée par le nombre total des jeunes (15-24) en 1999. Ces estimations par pays sont exprimées sous la forme d'une fourchette obtenue au moyen d'un modèle régional.

7. Taux de prévalence du VIH (%), données provenant de populations choisies

Pourcentage de personnes ayant eu un résultat positif au test VIH parmi les individus testés dans chaque groupe. La plupart de ces données proviennent de la surveillance sentinelle régulière (voir Annexe 1).

Pour chacun de ces groupes, le tableau donne l'année de la toute dernière notification, la valeur médiane pour tous les sites de surveillance, le minimum et le maximum.

Les données de surveillance recueillies auprès de femmes enceintes fréquentant les consultations prénatales sont présentées séparément pour les populations urbaines et pour les populations vivant en dehors des grandes agglomérations. Les zones véritablement rurales n'ont souvent pas de site sentinelle du tout.

Presque toutes les données concernant les groupes au comportement à haut risque, notamment la consommation de drogues injectables et le commerce du sexe, proviennent d'études réalisées dans des zones urbaines. Les données marquées d'un «r» proviennent d'études en zones rurales, souvent réalisées dans des petites villes en dehors des grandes agglomérations. Un «n» indique qu'il s'agit d'un nombre à l'échelle de la nation ne permettant pas de séparer les données rurales et urbaines.

Femmes en consultations prénatales – principales zones urbaines

Femmes en consultations prénatales – en dehors des principales zones urbaines

Hommes présentant une infection sexuellement transmissible (IST) – principales zones urbaines

Professionnelles du sexe – principales zones urbaines

Consommateurs de drogues par injection – principales zones urbaines

8. Indicateurs relatifs à la prévention

Disponibilité de préservatifs

- *préservatifs disponibles par habitant*

Nombre total de préservatifs disponibles pour distribution, au cours des 12 mois précédant ce rapport, par adulte (15-49 ans). Ce nombre englobe les importations, la production locale, le secteur privé et le marketing social du préservatif. L'année indique la date de la toute dernière notification.

- *accès au préservatif (%)*

Pourcentage d'adultes (15-49 ans) ayant accès aux préservatifs. L'année indique la date de l'enquête la plus récente.

Partenaires sexuels occasionnels déclarés (%)

Pourcentage d'adultes déclarant avoir eu au moins un(e) partenaire sexuel(le) autre que leur partenaire habituel(le) dans les 12 mois précédant ce rapport. Un «a» indique qu'il s'agit de la proportion pour les deux sexes combinés, un «u» qu'il s'agit d'échantillons de citoyens uniquement. Un «y» indique qu'il s'agit de la proportion parmi ceux qui ne vivent pas avec un conjoint ou un autre partenaire stable. L'année indique la date de l'enquête la plus récente.

Utilisation déclarée du préservatif avec un(e) partenaire sexuel(le) occasionnel(le) (%)

Pourcentage d'adultes déclarant avoir utilisé un préservatif pendant leur tout dernier rapport avec un(e) partenaire sexuel(le) occasionnel(le). Un «a» indique qu'il s'agit de la proportion pour les deux sexes combinés; un «u», qu'il s'agit d'échantillons de citoyens uniquement. L'année indique la date de la notification la plus récente. La fourchette d'âge indique le groupe d'âge de la population comprise dans l'étude.

Tableau des estimations et données relatives au VIH/SIDA par pays, fin 1999

La surveillance du VIH/SIDA et des infections sexuellement transmissibles (IST) à l'échelle mondiale est une activité conjointe de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA). Le Groupe de travail ONUSIDA/OMS sur la surveillance mondiale du VIH/SIDA et des IST, créé en 1996, constitue le principal instrument de coordination et d'exécution par lequel l'ONUSIDA et l'OMS recueillent les meilleures informations disponibles et contribuent à améliorer la qualité des données indispensables à une prise de décisions et à une planification éclairées aux niveaux national, régional et mondial. Ce travail est effectué en collaboration étroite avec les programmes nationaux de lutte contre le SIDA partout dans le monde, ainsi qu'avec d'autres experts et institutions nationaux et internationaux.

	Estimations relatives au VIH/SIDA								
	1. Personnes vivant avec le VIH/SIDA, fin 1999					2. Orphelins du SIDA	3. Décès dus au SIDA, 199	4. Population, 1999	
	Adultes et enfants	Adultes (15-49)	Taux chez les adultes (%)	Femmes (15-49)	Enfants (0-14)	Orphelins, total cumulé	Adultes et enfants	Total (milliers)	Adultes (milliers)
Total mondial	34 300 000	33 000 000	1,07	15 700 000	1 300 000	13 200 000	2 800 000	5 958 865	3 083 265
Afrique subsaharienne	24 500 000	23 400 000	8,57	12 900 000	1 000 000	12 100 000	2 200 000	596 272	273 488
Afrique du Sud	4 200 000	4 100 000	19,94	2 300 000	95 000	420 000	250 000	39 796	20 630
Angola	160 000	150 000	2,78	82 000	7 900	98 000	15 000	12 497	5 389
Bénin	70 000	67 000	2,45	37 000	3 000	22 000	5 600	5 945	2 730
Botswana	290 000	280 000	35,80	150 000	10 000	66 000	24 000	1 592	775
Burkina Faso	350 000	330 000	6,44	180 000	20 000	320 000	43 000	11 633	5 116
Burundi	360 000	340 000	11,32	190 000	19 000	230 000	39 000	6 587	3 006
Cameroun	540 000	520 000	7,73	290 000	22 000	270 000	52 000	14 704	6 723
Comores	...	400*	0,12*	...	...	...	...	676	327
Congo	86 000	82 000	6,43	45 000	4 000	53 000	8 600	2 867	1 277
Côte d'Ivoire	760 000	730 000	10,76	400 000	32 000	420 000	72 000	14 534	6 785
Djibouti	37 000	35 000	11,75	19 000	1 500	7 200	3 100	631	299
Erythrée	...	49 000*	2,87*	...	...	...	...	3 717	1 705
Ethiopie	3 000 000	2 900 000	10,63	1 600 000	150 000	1 200 000	280 000	61 123	26 931
Gabon	23 000	22 000	4,16	12 000	780	8 600	2 000	1 196	527
Gambie	13 000	12 000	1,95	6 600	520	9 600	1 400	1 266	616
Ghana	340 000	330 000	3,60	180 000	14 000	170 000	33 000	19 699	9 164
Guinée	55 000	52 000	1,54	29 000	2 700	30 000	5 600	7 375	3 414
Guinée-Bissau	14 000	13 000	2,50	7 300	560	6 100	1 300	1 188	532
Guinée équatoriale	1 100	1 000	0,51	560	<100	860	120	442	200
Kenya	2 100 000	2 000 000	13,95	1 100 000	78 000	730 000	180 000	29 507	14 217
Lesotho	240 000	240 000	23,57	130 000	8 200	35 000	16 000	2 108	998
Libéria	39 000	37 000	2,80	21 000	2 000	31 000	4 500	2 941	1 335
Madagascar	11 000	10 000	0,15	5 800	450	2 600	870	15 502	7 199
Malawi	800 000	760 000	15,96	420 000	40 000	390 000	70 000	10 674	4 733
Mali	100 000	97 000	2,03	53 000	5 000	45 000	9 900	10 976	4 770
Maurice	...	500*	0,08*	...	...	...	...	1 149	647
Mauritanie	6 600	6 300	0,52	3 500	260	...	610	2 602	1 209
Mozambique	1 200 000	1 100 000	13,22	630 000	52 000	310 000	98 000	19 222	8 607
Namibie	160 000	150 000	19,54	85 000	6 600	67 000	18 000	1 689	790
Niger	64 000	61 000	1,35	34 000	3 300	31 000	6 500	10 414	4 524
Nigéria	2 700 000	2 600 000	5,06	1 400 000	120 000	1 400 000	250 000	108 995	50 705
Ouganda	820 000	770 000	8,30	420 000	53 000	1 700 000	110 000	21 209	9 222
République centrafricaine	240 000	230 000	13,84	130 000	8 900	99 000	23 000	3 550	1 649
Rép. démocratique du Congo	1 100 000	1 100 000	5,07	600 000	53 000	680 000	95 000	50 407	21 564
Rép.-Unie de Tanzanie	1 300 000	1 200 000	8,09	670 000	59 000	1 100 000	140 000	32 799	15 068
Réunion	...	...	...	...	...	...	...	690	370
Rwanda	400 000	370 000	11,21	210 000	22 000	270 000	40 000	7 238	3 338
Sénégal	79 000	76 000	1,77	40 000	3 300	42 000	7 800	9 251	4 268
Sierra Leone	68 000	65 000	2,99	36 000	3 300	56 000	8 200	4 721	2 164
Somalie	...	...	...	...	...	...	...	9 718	4 280
Swaziland	130 000	120 000	25,25	67 000	3 800	12 000	7 100	981	480
Tchad	92 000	88 000	2,69	49 000	4 000	68 000	10 000	7 462	3 283
Togo	130 000	120 000	5,98	66 000	6 300	95 000	14 000	4 515	2 013
Zambie	870 000	830 000	19,95	450 000	40 000	650 000	99 000	8 974	4 137
Zimbabwe	1 500 000	1 400 000	25,06	800 000	56 000	900 000	160 000	11 509	5 771
Asie de l'Est et Pacifique	530 000	530 000	0,06	66 000	5 200	5 600	18 000	1 477 678	821 647
Chine	500 000	500 000	0,07	61 000	4 800	4 500	17 000	1 266 150	715 375
Hong Kong R.A.S.	2 500	2 500	0,06	630	<100	...	<100	6 786	3 918
Fidji	...	300	0,07	...	...	...	...	807	429
Japon	10 000	10 000	0,02	1 300	<100	...	150	126 466	58 098
Mongolie	<100	<100	<0,01	...	...	...	...	2 620	1 411
Papouasie-Nouvelle-Guinée	5 400	5 200	0,22	2 600	220	1 100	450	4 706	2 336
République de Corée	3 800	3 800	0,01	490	<100	<100	180	46 465	26 810
Rép. pop. dém. de Corée	<100	<100*	<0,01*	...	...	...	...	23 679	13 270
Australie & Nouvelle-Zélande	15 000	15 000	0,13	1 100	190	<500	120	22 522	11 482
Australie	14 000	14 000	0,15	900	140	...	100	18 698	9 543
Nouvelle-Zélande	1 200	1 200	0,06	180	<100	...	<100	3 824	1 939

Pays	5. Zones d'incertitude entourant les estimations						6. Estimation du taux de prévalence du VIH (%) chez les jeunes, fin 1999			
	Adultes et enfants vivant avec le VIH/SIDA, fin 1999		Nombre de décès chez les adultes (15-49), 1999		Nombre de décès chez les enfants (0-14), 1999		Femmes (15-24)		Hommes (15-24)	
	Estimation inférieure	Estimation supérieure	Estimation inférieure	Estimation supérieure	Estimation inférieure	Estimation supérieure	de	à	de	à
Total mondial	25 800 000	41 800 000	1 600 000	2 900 000	330 000	670 000				
Afrique subsaharienne	19 000 000	29 900 000	1 300 000	2 200 000	300 000	610 000				
Afrique du Sud	3 400 000	5 100 000	180 000	250 000	36 000	74 000	22,51	27,13	7,56	15,11
Angola	110 000	200 000	8 700	15 000	2 400	4 400	2,58	2,86	1,08	1,43
Bénin	56 000	84 000	3 500	5 200	1 000	1 600	1,58	2,91	0,50	1,29
Botswana	230 000	350 000	17 000	25 000	3 700	5 100	32,55	36,07	13,68	18,00
Burkina Faso	280 000	420 000	23 000	46 000	6 000	12 000	4,07	7,51	1,28	3,33
Burundi	260 000	460 000	11 000	38 000	3 000	18 000	9,86	13,34	3,80	7,59
Cameroon	430 000	650 000	27 000	50 000	7 000	16 000	6,61	8,94	2,54	5,09
Comores	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Congo	56 000	120 000	5 000	9 000	870	2 600	5,49	7,43	2,12	4,23
Côte d'Ivoire	610 000	910 000	45 000	79 000	10 000	15 000	6,68	12,33	2,10	5,47
Djibouti	24 000	50 000	1 600	3 300	430	920	11,70	16,13	6,99	10,61
Erythrée	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Ethiopie	2 200 000	3 800 000	140 000	280 000	35 000	91 000	9,98	13,75	5,96	9,04
Gabon	15 000	31 000	1 100	2 300	220	460	4,01	5,42	1,54	3,09
Gambie	8 200	17 000	760	1 600	140	300	1,52	2,82	0,48	1,25
Ghana	280 000	410 000	12 000	35 000	2 600	7 700	2,40	4,44	0,76	1,97
Guinée	40 000	70 000	3 200	5 700	830	1 500	1,01	1,86	0,32	0,82
Guinée-Bissau	9 000	19 000	690	1 400	150	330	1,74	3,22	0,55	1,43
Guinée équatoriale	690	1 400	<100	130	<100	<100	0,46	0,63	0,18	0,36
Kenya	1 600 000	2 500 000	120 000	180 000	27 000	41 000	11,07	14,98	4,26	8,52
Lesotho	160 000	330 000	7 900	16 000	2 300	4 900	23,94	28,85	8,04	16,07
Libéria	26 000	53 000	2 400	4 900	540	1 200	1,51	2,78	0,47	1,23
Madagascar	8 700	13 000	540	810	150	240	0,12	0,14	0,02	0,06
Malawi	640 000	960 000	45 000	79 000	12 000	22 000	14,48	16,04	6,08	8,00
Mali	66 000	140 000	5 000	10 000	1 400	3 000	1,74	2,40	1,04	1,58
Maurice	330	690	<100	<100	...	...	0,04	0,05	0,02	0,06
Mauritanie	4 300	8 900	330	680	<100	160	0,50	0,69	0,30	0,45
Mozambique	860 000	1 500 000	40 000	100 000	11 000	32 000	13,36	16,11	4,49	8,97
Namibie	130 000	190 000	12 000	18 000	2 300	3 500	18,78	20,82	7,89	10,38
Niger	42 000	87 000	3 300	6 800	920	2 000	1,26	1,73	0,75	1,14
Nigéria	2 100 000	3 200 000	150 000	260 000	41 000	64 000	4,35	5,89	1,68	3,35
Ouganda	650 000	980 000	75 000	120 000	18 000	32 000	6,65	8,99	2,56	5,12
République centrafricaine	190 000	280 000	13 000	23 000	3 000	5 500	11,96	16,18	4,61	9,21
Rép. démocratique du Congo	830 000	1 500 000	50 000	100 000	10 000	25 000	4,31	5,84	1,66	3,32
Rép.-Unie de Tanzanie	1 000 000	1 500 000	75 000	120 000	20 000	30 000	6,85	9,27	2,64	5,28
Réunion	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Rwanda	320 000	480 000	12 000	43 000	3 900	18 000	9,04	12,23	3,48	6,96
Sénégal	63 000	95 000	5 200	7 700	1 100	1 700	1,12	2,07	0,39	1,02
Sierra Leone	44 000	92 000	4 400	9 200	910	2 000	2,05	3,79	0,65	1,68
Somalie	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Swaziland	100 000	150 000	4 400	6 500	1 300	2 000	25,88	31,19	8,69	17,37
Tchad	60 000	120 000	5 500	11 000	1 100	2 300	2,55	3,51	1,52	2,31
Togo	100 000	150 000	9 400	14 000	2 100	3 300	3,89	7,18	1,22	3,18
Zambie	690 000	1 000 000	60 000	100 000	14 000	24 000	16,86	18,68	7,08	9,32
Zimbabwe	1 200 000	1 800 000	100 000	160 000	19 000	38 000	23,25	25,76	9,77	12,85
Asie de l'Est et Pacifique	390 000	680 000	12 000	21 000	650	1 200				
Chine	370 000	650 000	12 000	20 000	580	1000	0,02	0,03	0,07	0,18
Hong Kong R.A.S.	2 000	3 000	<100	<100	<100	<100	0,04	0,05	0,05	0,14
Fidji	...	...	<100	<100	<100	<100	...	...	...	...
Japon	8 000	12 000	110	170	<100	<100	0,01	0,01	0,02	0,04
Mongolie	<100	<100	<100	<100	...	...	...	...	...	...
Papouasie-Nouvelle-Guinée	3 500	7 300	230	470	<100	130	0,16	0,33	0,03	0,13
République de Corée	3 000	4 600	140	210	<100	<100	<0,01	0,01	0,01	0,03
Rép. pop. dém. de Corée	<100	<100	<100	<100	...	...	...	...	...	...
Australie & Nouvelle-Zélande	12 000	18 000	<100	120	<100	<100				
Australie	11 000	17 000	<100	120	<100	<100	0,01	0,02	0,07	0,21
Nouvelle-Zélande	960	1 400	<100	<100	<100	<100	0,01	0,02	0,03	0,08

7. Taux de prévalence du VIH (%), données provenant de populations choisies																
	Femmes en consultations prénatales - principales zones urbaines				Femmes en consultations prénatales - en dehors des principales zones urbaines				Patients avec MST - principales zones urbaines				Professionnelles du sexe - principales zones urbaines			
Pays	Année	Médiane	Min.	Max.	Année	Médiane	Min.	Max.	Année	Médiane	Min.	Max.	Année	Médiane	Min.	Max.
Total mondial																
Afrique subsaharienne																
Afrique du Sud	1998	19,2	5,2	32,5	1998	21,3	9,9	30,0	1994	21,8	18,8	24,7	1998	61,1	61,1	61,1
Angola	1995	1,2	1,2	1,2	1996	8,5	8,5	8,5	1992	2,5	2,5	2,5	...	...	...	...
Bénin	1998	3,7	2,9	5,9	1998	1,5	0	13,9	1998	2,8	2,8	2,8	1996	53,5	48,9	58,1
Botswana	1998	43,0	39,1	49,9	1998	30,0	22,3	37,5	1998	60,4	54,2	64,0	...	...	...	...
Burkina Faso	1998	7,4	5,9	8,3	1998	4,3	4,0	6,6	1992	41,8	41,8	41,8	1994	58,2	57,2	59,2
Burundi	1998	18,6	18,6	18,6	1998	19,7	19,7	19,7	...	...	...	...	1993	42,2	42,2	42,2
Cameroon	1998	5,5	5,5	5,5	1998	9,2	3,5	14,8	1996	16	16	16	1995	16,5	15,2	17,7
Comores	1996	0	0	0	...	...	...	...	1996	0	0	0	1994	56,8	56,8	56,8
Congo	1996	5,2	5,2	5,2	1993	4	2	13,6	1990	18	16,4	19,6	1987	49,2	34,3	64,1
Côte d'Ivoire	1998	10,6	10,6	10,6	1998	10	8,1	12,8	1992	18,4	18,4	18,4	1995	68,4	67,6	69,2
Djibouti	1996	2,9	2,9	2,9	...	...	...	...	1996	22,2	22,2	22,2	1998	27,5	27,5	27,5
Erythrée	...	...	...	...	1994	3	3	3	1994	9,5	9,5	9,5	1994	25r	25	25
Ethiopie	1997	17,6	14,1	20,0	1998	9,2	0,8	14,5	1992	37,5	32	43	1991	67,5r	65,6	69,4
Gabon	1995	4,0	2,1	5,4	1993	1,2	1,2	1,2	1988	3,7	3,7	3,7	...	...	...	...
Gambie	1997	1,0	1,0	1,0	1997	2,4	0,7	3,5	1996	5,6	5,6	5,6	1993	13,6	13,6	13,6
Ghana	1998	3,4	2,2	6,6	1998	3,4	2	12,4	1998	16,7	6,3	27,1	1997	72,6	72,6	72,6
Guinée	1996	1,5	1,5	1,5	1996	1,4	1,3	1,8	1995	4,5	4,5	4,5	1996	27,0	17	38
Guinée-Bissau	1995	2,7	2,7	2,7	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Guinée équatoriale	1996	0,7	0,4	1,0	1995	0,3	0,3	0,3	1996	15,9	3,2	28,6	...	...	...	...
Kenya	1997	15,2	14,4	15,9	1997	12,7	5,9	34,9	1998	29	29	29	1995	55,2	55,2	55,2
Lesotho	1994	31,3	31,3	31,3	1999	27,1	27,1	27,1	1994	30,5r	21	48,3	...	...	...	...
Libéria	1993	4,0	4,0	4,0	1998	10,1	10,1	10,1	1993	8	8	8	...	...	...	...
Madagascar	1996	0,0	0,0	0,0	1996	0	0	1	1998	0,9	0	1,7	1998	1,3	1,3	1,3
Malawi	1998	26,0	18,5	30,4	1998	18,2	6,4	25,2	1996	54,8	54,8	54,8	1994	70	70	70
Mali	1997	2,7	2,7	2,7	1994	2,9	2,9	4,5	...	...	...	...	1995	55,5	55,5	55,5
Maurice	1998	0	0	0	...	...	...	...	1998	7,5	7,5	7,5	1990	0,8	0,8	0,8
Mauritanie	1994	0,5	0,5	0,5	1988	0	0	0	1994	0,9	0,9	0,9	...	...	...	...
Mozambique	1998	11,2	9,9	12,5	1998	17,0	5	18,3	1998	9	9	9	...	...	...	...
Namibie	1998	25,9	22,7	29,0	1998	15,0	5,9	34,4	1998	42,2	39,9	44,6	...	...	...	...
Niger	1993	1,3	1,3	1,3	1997	4,7	4,7	4,7	1992	4,1	4,1	4,1	1997	23,6	23,6	23,6
Nigéria	1999	4,5	2,7	8,0	1999	4,9	0,5	21,0	1996	3	3	3	1996	30,5	30,5	30,5
Ouganda	1998	13,8	13,4	14,2	1998	7,7	1,3	11,5	1998	29,4	29,4	29,4	...	...	...	...
République centrafricaine	1997	12,8	10,8	15,2	1997	12,2	5,3	22,0	1997	27,3	16	28,8	1989	18,9	18,9	18,9
Rép. démocratique du Congo	1999	4,1	2,7	5,4	1999	8,5	8,5	8,5	1997	12,2	12,2	12,2	1997	29,0	29,0	29,0
Rép.-Unie de Tanzanie	1996	13,7	13,7	13,7	1998	18,6	12,3	24,0	1997	13,2	13,2	13,2	1993	49,5	49,5	49,5
Réunion	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Rwanda	1997	19	10	28	1997	7,5	6	12	1996	41,8	29,1	54,5	...	...	...	...
Sénégal	1998	0,5	0,5	0,5	1998	0,5	0,2	0,7	1998	3	0	4,1	1998	7,0	6,1	13,3
Sierra Leone	1992	2	2	2	...	...	...	...	1992	3,3	3,3	3,3	1995	26,7	26,7	26,7
Somalie	1985	0	0	0	1997	2,0	1,0	3,0	1990	0	0	0	1990	2,4	2,4	2,4
Swaziland	1998	30,3	30,3	30,3	1998	31,5	29,6	34,8	1998	49,8	47,4	52,7	...	...	...	...
Tchad	1999	6,2	3,6	7,3	1999	4,7	4,1	5,5	...	...	...	...	1995	13,4	13,4	13,4
Togo	1997	6,8	6,8	6,8	1997	4,6	3,0	8,2	1992	45,2	45,2	45,2	1992	78,9	78,9	78,9
Zambie	1998	27	25,9	29,1	1998	13,9	5,2	31,0	1992	58	58	58	...	...	...	...
Zimbabwe	1997	29,7	24	33,3	1997	30,0	7,0	53,3	1995	71	50,7	71,2	1995	86,0	86,0	86,0
Asie de l'Est et Pacifique																
Chine	...	...	...	...	1998	0,4	0,4	0,4	1998	0	0	0,4	1998	0	0	2,3
Hong Kong R.A.S.	...	...	...	...	...	...	...	...	1998	0,07n	...	...	1988	0	0	0
Fidji	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Japon	1993	0	0	0	1996	0	0	0	1989	0	0	0	1992	0	0	0
Mongolie	...	...	...	...	...	...	...	...	1990	0	0	0	1990	0	0	0
Papouasie-Nouvelle-Guinée	1996	0,2	0,2	0,2	1992	0	0	0	1998	6	6	6	1998	9,9	3,1	16,7
République de Corée	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Rép. pop. dém. de Corée	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Australie & Nouvelle-Zélande																
Australie	...	...	...	...	...	...	...	...	1996	0,6	0,5	0,7	...	...	...	...
Nouvelle-Zélande	...	...	...	...	...	...	...	...	1997	0,15	0,1	0,2	...	...	...	...

	7. Prévalence du VIH (%) (suite)				8. Indicateurs relatifs à la prévention											
	Consommateurs de drogues par injection - principales zones urbaines				Utilisation déclarée du préservatif avec un(e) partenaire sexuel(le) occasionnel(le) (%)											
					Disponibilité de préservatifs				Partenaires sexuels occasionnels déclarés (%)							
					Préservatifs disponibles par habitant	Année	Accès au préservatif (%)	Année	Hommes	Femmes	Année	Hommes	Femmes	Année	Fourchette d'âge	
Pays	Année	Médiane	Min.	Max.												
Total mondial																
Afrique subsaharienne																
Afrique du Sud	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Angola	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Bénin	...	...	...	...	...	...	...	...	33,7a	11,9a	1996	...	...	...	...	15-49
Botswana	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	85a	...	1996	...	18-25
Burkina Faso	...	...	...	...	...	...	...	...	61,3	31,4	1992	...	...	...	...	15-24
Burundi	...	...	...	...	1,8	1997	...	...	8,9	3,1	1990	...	...	...	...	15-50
Cameroun	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	6,6	...	1998	...	15-59
Comores	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Congo	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Côte d'Ivoire	...	...	...	...	1,0	1997	...	...	15	8,6	1989	...	...	...	...	15-49
Djibouti	...	...	...	...	...	...	...	...	15	3	1995	71,7	67,4	1995	...	15-49
Erythrée	...	...	...	...	3,0	1996	...	...	29	9	1995	...	...	...	...	15-49
Ethiopie	...	...	...	...	0,9	1994	80	1994	18,2	5,2	1994	47,9	47,1	1994	...	15-49
Gabon	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Gambie	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Ghana	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Guinée	...	...	...	...	1,0	1996	1	1996	...	...	...	28	15	1992	...	15-49
Guinée-Bissau	...	...	...	...	...	...	...	...	50,3	29,5	1990	...	...	...	...	15+
Guinée équatoriale	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Kenya	...	Kenya	...	...	Kenya	...	...	...	19	5	1998	42,5	15,1	1998	...	15-49
Lesotho	...	...	...	...	...	...	...	...	52,6	28,4	1989	...	...	...	...	15+
Libéria	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Madagascar	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Malawi	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	42,7	23,7	1996	...	15-49
Mali	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Maurice	1990	0	0	0	...	...	...	...	1,5a	...	1996	26,3a	...	1996	...	15-49
Mauritanie	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Mozambique	...	...	...	...	3,0	1997	...	...	37	14	1997	31	19	1997	...	15-49
Namibie	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Niger	...	...	...	...	...	...	...	...	9,9	...	1998	1,9	...	1998	...	15-59
Nigéria	...	...	...	...	1,5	1994	...	...	18a	...	1990	7,5a	...	1994	...	15+
Ouganda	...	...	...	...	6,0	1997	50	1995	25,2	12,6	1995	64	49	1995	...	15-49
République centrafricaine	...	...	...	...	...	...	...	...	22,7	10,7	1995	...	...	...	...	15-49
Rép. démocratique du Congo	...	...	...	...	9,0	1996	3	1996	...	...	...	...	...	...	...	...
Rép.-Unie de Tanzanie	...	...	...	...	3,0	1996	3	1996	29,1	12,9	1996	34,8	17,2	1996	...	15-49
Réunion	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Rwanda	...	...	...	...	0,1	1997	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Sénégal	...	...	...	...	...	...	...	...	33u	10u	1997	67	45	1997	...	15-49
Sierra Leone	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Somalie	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Swaziland	...	...	...	...	Swaziland	...	...	...	19,2	6,1	1991	...	...	...	...	14+
Tchad	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	5,3	...	1997	...	15-54
Togo	...	...	...	...	...	...	...	...	18,4	...	1998	35,2	...	1998	...	15-64
Zambie	...	...	...	...	...	...	...	...	39,3	16,8	1998	30,1	17,6	1998	...	15-49
Zimbabwe	...	...	...	...	15,0	1996	...	...	21	12	1994	60	38	1994	...	15-49
Asie de l'Est et Pacifique																
Chine	1998	0	0	40,5	...	...	13u	1995	...	...	...	...	...	...	...	...
Hong Kong R.A.S.	1998	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Fidji	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Japon	1993	0	0	0	...	...	...	...	23,7	16,3	1996	...	...	...	...	20-24
Mongolie	...	...	...	...	1,0	1996	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Papouasie-Nouvelle-Guinée	...	...	...	...	...	...	...	...	15	12	1994	38	12	1994	...	15-49
République de Corée	...	...	...	...	...	...	100	1996	...	...	...	...	...	...	...	...
Rép. pop. dém. de Corée	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Australie & Nouvelle-Zélande																
Australie	1996	1,7	1,7	1,7	...	...	100	1997	...	...	...	...	...	...	...	...
Nouvelle-Zélande	1997	0,4	0,3	0,5	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...

	Estimations relatives au VIH/SIDA								
	1. Personnes vivant avec le VIH/SIDA, fin 1999					2. Orphelins du SIDA	3. Décès dus au SIDA, 199	4. Population, 1999	
	Adultes et enfants	Adultes (15-49)	Taux chez les adultes (%)	Femmes (15-49)	Enfants (0-14)	Orphelins, total cumulé	Adultes et enfants	Total (milliers)	Adultes (milliers)
Asie du Sud & Sud-Est	5 600 000	5 400 000	0,54	1 900 000	200 000	850 000	460 000	1 920 326	993 466
Afghanistan	...	<100	<0,01*	...	...	...	...	22 109	10 148
Bangladesh	13 000	13 000	0,02	1 900	130	610	1 000	127 047	68 021
Bhoutan	<100	<100	<0,01	...	...	...	...	2 069	938
Brunéi Darussalam	<100	<100	0,2*	...	...	...	...	321	178
Cambodge	220 000	210 000	4,04	71 000	5 400	13 000	14 000	10 931	5 253
Inde	3 700 000	3 500 000	0,70	1 300 000	160 000	...	310 000	997 663	509 007
Indonésie	52 000	52 000	0,05	13 000	680	2 000	3 100	209 178	113 960
Iran (Rép. islamique d')	...	1 000*	<0,01*	...	...	...	...	66 626	34 486
Malaisie	49 000	48 000	0,42	4 800	550	680	1 900	21 817	11 449
Maldives	...	<100*	0,05*	...	...	...	...	279	131
Myanmar	530 000	510 000	1,99	180 000	14 000	43 000	48 000	45 064	25 768
Népal	34 000	33 000	0,29	10 000	930	2 500	2 500	23 398	11 259
Pakistan	74 000	73 000	0,10	15 000	1 600	7 900	6 500	152 435	72 468
Philippines	28 000	26 000	0,07	11 000	1 300	1 500	1 200	74 444	38 428
Rép. dém. populaire lao	1 400	1 300	0,05	650	<100	280	130	5 301	2 402
Singapour	4 000	3 900	0,19	790	<100	120	210	3 518	2 027
Sri Lanka	7 500	7 300	0,07	2 200	200	600	490	18 646	10 367
Thaïlande	755 000	740 000	2,15	305 000	13 900	75 000	66 000	60 841	35 166
Viet Nam	100 000	99 000	0,24	20 000	2 500	3 200	2 500	78 639	42 009
Europe orientale & Asie centrale	420 000	410 000	0,21	110 000	15 000	500	8 500	391 537	195 811
Arménie	<500	<500	0,01	<100	<100	...	<100	3 531	1 910
Azerbaïdjan	<500	<500	<0,01	<100	<100	...	<100	7 700	4 158
Bélarus	14 000	14 000	0,28	3 500	<100	...	400	10 267	5 068
Bosnie-Herzégovine	...	750*	0,04*	...	...	...	<100	3 861	2 117
Bulgarie	...	300*	0,01*	...	...	...	<100	8 280	3 971
Croatie	350	350*	0,02*	<100	<100	...	<100	4 477	2 153
Estonie	<500	<500	0,04	<100	<100	...	<100	1 414	679
Fédération de Russie	130 000	130 000	0,18	32 500	1 800	...	850	147 167	73 907
Géorgie	<500	<500	<0,01	<100	<100	...	<100	5 024	2 457
Hongrie	2 500	2 500	0,05	270	<100	...	<100	10 074	4 852
Kazakhstan	3 500	3 500	0,04	<100	<100	...	<100	16 280	8 479
Kirghizistan	<100	<100	<0,01	<100	<100	...	<100	4 673	2 340
Lettonie	1 250	1 200	0,11	250	<100	...	<100	2 393	1 126
Lituanie	<500	<500	0,02	<100	<100	...	<100	3 681	1 777
Ouzbékistan	<100	<100	<0,01	<100	<100	...	<100	23 950	12 114
Pologne	...	13 000	0,07	...	...	...	<100	38 734	19 871
Rép. de Moldova	4 500	4 500	0,20	1 000	100	...	<100	4 379	2 262
République tchèque	2 200	2 200	0,04	500	<100	...	<100	10 260	5 079
Roumanie	7 000	2 000	0,02	750	5 000	...	350	22 408	11 423
Slovaquie	400	400	<0,01	<100	<100	...	<100	5 381	2 797
Tadjikistan	<100	<100	<0,01	<100	<100	...	<100	6 100	2 959
Turkménistan	<100	<100	0,01	<100	<100	...	<100	4 383	2 226
Ukraine	240 000	230 000	0,96	70 000	7 500	...	4 000	50 651	23 999
Europe occidentale	520 000	520 000	0,23	130 000	4 100	9 000	6 800	401 691	192 558
Albanie	...	<100	<0,01	...	...	...	<100	3 126	1 662
Allemagne	37 000	37 000	0,10	7 400	500	...	600	82 108	38 328
Autriche	9 000	9 000	0,23	2 000	<100	...	<100	8 169	3 965
Belgique	7 700	7 400	0,15	2 600	300	...	<100	10 146	4 801
Danemark	4 300	4 300	0,17	900	<100	...	<100	5 279	2 469
Espagne	120 000	120 000	0,58	25 000	<100	...	2 000	39 634	20 779
Ex-Rép. youg. de Macédoine	<100	<100	<0,01	<100	<100	...	<100	2 012	1 034
Finlande	1 100	1 100	0,05	300	<100	...	<100	5 162	2 401
France	130 000	130 000	0,44	35 000	1 000	...	2 000	58 868	28 245
Grèce	8 000	8 000	0,16	1 600	<100	...	<100	10 614	5 122
Irlande	2 200	2 000	0,10	600	170	...	<100	3 706	1 924
Islande	200	200	0,14	<100	<100	...	<100	278	142
Italie	95 000	95 000	0,35	30 000	700	...	1 000	57 306	27 083
Luxembourg	...	330	0,16	...	...	...	<100	426	209
Malte	...	220	0,12	...	...	...	<100	386	191

	5. Zones d'incertitude entourant les estimations						6. Estimation du taux de prévalence du VIH (%) chez les jeunes, fin 1999			
	Adultes et enfants vivant avec le VIH/SIDA, fin 1999		Nombre de décès chez les adultes (15-49), 1999		Nombre de décès chez les enfants (0-14), 1999		Femmes (15-24)		Hommes (15-24)	
	Estimation inférieure	Estimation supérieure	Estimation inférieure	Estimation supérieure	Estimation inférieure	Estimation supérieure	de	à	de	à
Asie du Sud & Sud-Est	3 600 000	6 600 000	270 000	500 000	29 000	54 000				
Afghanistan	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Bangladesh	9 200	16 000	680	1 200	<100	<100	<0,01	0,01	<0,01	0,02
Bhoutan	<100	<100	...	...	...	...	...	...	...	...
Brunéi Darussalam	<100	<100	...	...	...	...	...	...	...	...
Cambodge	170 000	260 000	9 500	14 000	1900	2 900	2,31	4,70	0,94	3,77
Inde	2 100 000	4 300 000	160 000	340 000	16 000	33 000	0,40	0,82	0,14	0,58
Indonésie	42 000	63 000	2 200	3 400	240	360	0,02	0,04	0,01	0,04
Iran (Rép. islamique d')	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Malaisie	39 000	59 000	1 300	2 400	<100	110	0,08	0,10	0,32	0,82
Maldives	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Myanmar	420 000	630 000	34 000	50 000	4 800	7 400	1,13	2,30	0,42	1,67
Népal	22 000	45 000	1 400	2 900	260	550	0,13	0,26	0,06	0,23
Pakistan	48 000	100 000	3 800	7 900	450	970	0,03	0,06	0,02	0,10
Philippines	22 000	33 000	800	1 200	150	230	0,04	0,08	0,01	0,05
Rép. dém. populaire lao	1 000	1 800	<100	110	<100	<100	0,05	0,05	0,02	0,05
Singapour	3 200	4 800	160	240	<100	<100	0,10	0,21	0,09	0,35
Sri Lanka	6 000	9 000	370	550	<100	<100	0,03	0,07	0,02	0,07
Thaïlande	620 000	930 000	48 000	72 000	4 700	7 300	1,53	3,11	0,47	1,89
Viet Nam	81 000	120 000	2 200	3 200	300	460	0,09	0,10	0,15	0,38
Europe orientale & Asie centrale	310 000	530 000	4 100	7 200	...	...				
Arménie	200	300	<100	<100	...	...	...	...	...	...
Azerbaïdjan	180	320	<100	<100	...	...	...	...	...	...
Bélarus	9 100	19 000	260	540	...	...	0,14	0,23	0,29	0,51
Bosnie-Herzégovine	...	...	<100	<100	...	...	...	...	...	...
Bulgarie	...	...	<100	<100	...	...	...	...	...	...
Croatie	230	470	<100	<100	...	...	0,01	0,01	0,02	0,03
Estonie	180	320	<100	<100	...	...	...	...	...	...
Fédération de Russie	100 000	160 000	680	1 000	...	...	0,09	0,15	0,19	0,32
Géorgie	160	340	<100	<100	...	...	...	...	...	...
Hongrie	1 800	3 200	<100	<100	...	...	0,01	0,02	0,07	0,10
Kazakhstan	2 500	4 500	<100	<100	...	...	...	...	0,05	0,09
Kirghizistan	<100	<100	<100	<100	...	...	...	...	...	...
Lettonie	1 000	1 500	<100	<100	...	...	0,05	0,08	0,13	0,22
Lituanie	160	340	<100	<100	...	...	...	...	...	...
Ouzbékistan	<100	<100	<100	<100	...	...	...	...	...	...
Pologne	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Rép. de Moldova	2 900	6 100	<100	<100	...	...	0,08	0,14	0,20	0,35
République tchèque	1 800	2 600	<100	<100	...	...	0,03	0,03	0,05	0,07
Roumanie	4 600	9 500	230	470	...	...	0,02	0,02	0,02	0,02
Slovaquie	320	480	<100	<100	...	...	0,01	0,01	0,02	0,02
Tadjikistan	<100	<100	<100	<100	...	...	...	...	...	...
Turkménistan	<100	<100	<100	<100	...	...	...	...	...	...
Ukraine	170 000	310 000	2 900	5 100	...	...	0,60	0,98	0,95	1,63
Europe occidentale	410 000	620 000	5 300	7 900	...	...				
Albanie	...	...	<100	<100	...	...	...	...	...	...
Allemagne	30 000	44 000	480	720	...	...	0,03	0,05	0,05	0,14
Autriche	7 200	11 000	<100	<100	...	...	0,07	0,13	0,10	0,29
Belgique	6 200	9 200	<100	<100	...	...	0,07	0,14	0,05	0,16
Danemark	3 400	5 200	<100	<100	...	...	0,05	0,10	0,08	0,24
Espagne	96 000	140 000	1 600	2 400	...	...	0,15	0,30	0,24	0,71
Ex-Rép. youg. de Macédoine	<100	<100	<100	<100	...	...	...	...	...	...
Finlande	890	1 300	<100	<100	...	...	0,02	0,03	0,02	0,05
France	100 000	150 000	1 600	2 400	...	...	0,15	0,30	0,16	0,49
Grèce	6 400	9 600	<100	<100	...	...	0,04	0,07	0,06	0,18
Irlande	1 800	2 600	<100	<100	...	...	0,03	0,06	0,03	0,09
Islande	160	240	<100	<100	...	...	0,04	0,08	0,05	0,15
Italie	76 000	110 000	800	1 200	...	...	0,16	0,31	0,14	0,43
Luxembourg	...	...	<100	<100	...	...	...	...	...	...
Malte	...	...	<100	<100	...	...	...	...	...	...

7. Taux de prévalence du VIH (%), données provenant de populations choisies

[illegible]

	7. Prévalence du VIH (%) (suite)				8. Indicateurs relatifs à la prévention										
	Consommateurs de drogues par injection - principales zones urbaines				Disponibilité de préservatifs				Partenaires sexuels occasionnels déclarés (%)			Utilisation déclarée du préservatif avec un(e) partenaire sexuel(le) occasionnel(le) (%)			
					Préservatifs disponibles pa habitant		Accès au préservatif (%)								
Pays	Année	Médiane	Min.	Max.		Année		Année	Hommes	Femmes	Année	Hommes	Femmes	Année	Fourchette d'âge
Asie du Sud & Sud-Est															
Afghanistan	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Bangladesh	1998	2,5	2,5	2,5	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Bhoutan	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Brunéi Darussalam	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Cambodge	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Inde	1999	24,5	1,3	68,4	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Indonésie	...	...	...	...	5,0	1997	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Iran (Rép. islamique d')	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Malaisie	1998	18	15	20	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Maldives	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Myanmar	1997	69	65,5	72,5	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Népal	1997	49,7	49,7	49,7	2,0	1997	80	1997	...	...	...	...	...	...	...
Pakistan	1996	1,1	0,4	1,8	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Philippines	1994	0	0	0	...	...	...	...	16,1	1,3	1990	...	...	...	15-49
Rép. dém. populaire lao	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Singapour	1994	0,2	0,2	0,2	...	...	...	...	16,2	1	1991	...	...	...	15-49
Sri Lanka	...	...	...	...	1,0	1997	...	...	4,5	0,6	1997	44,4	...	1997	15-49
Thaïlande	1997	33,1	33,1	33,1	...	...	...	...	7,4	3,1	1990	...	...	...	15-49
Viet Nam	1999	26,9	13,5	64,0	...	...	...	...	12a	...	1995	30a	...	1995	15-49
Europe orientale & Asie centrale															
Arménie	1998	6,25	6,25	6,25	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Azerbaïdjan	1995	0n	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Bélarus	1996	6,7n	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Bosnie-Herzégovine	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Bulgarie	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Croatie	1996	0n	...	...	...	...	100	1997	...	...	...	...	...	...	...
Estonie	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Fédération de Russie	1998	0,4n	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Géorgie	...	...	...	...	...	...	...	...	51,6u	0,8u	1997	79,1u	...	1997	15-19
Hongrie	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Kazakhstan	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Kirghizistan	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Lettonie	1997	0n	...	...	...	...	...	...	20	10	1997	69	66,3	1997	15-49
Lituanie	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Ouzbékistan	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Pologne	1996	5n	...	...	0,4	1996	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Rép. de Moldova	1996	1,1n	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
République tchèque	1996	0n	...	...	5,1	1997	...	...	30,5	21,7	1994	41,3	35	1994	15+
Roumanie	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Slovaquie	1996	0n	...	...	...	...	100	1996	...	...	...	...	...	...	...
Tadjikistan	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Turkménistan	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Ukraine	1998	8,6n	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Europe occidentale															
Albanie	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Allemagne	...	...	...	...	...	...	100	1997	12	5	1990	...	...	...	16-74
Autriche	1990	27	13,5	44	...	...	...	...	...	...	...	38a	...	1992	15-49
Belgique	1989	4	4	4	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Danemark	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Espagne	1996	31	...	...	8,5	1996	...	...	18	4,8	1995	49,4	33	1995	15-49
Ex-Rép. youg. de Macédoine	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Finlande	1995	0,1n	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
France	1990	3	...	...	5,3	1996	...	...	13,3	5,6	1990	64,7	50,2	1993	18-69
Grèce	1995	0,4	...	...	...	...	...	...	22,1	5,8	1990	...	...	...	15+
Irlande	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Islande	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Italie	1993	33,6	7	36,8	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Luxembourg	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Malte	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...

	Estimations relatives au VIH/SIDA								
	1. Personnes vivant avec le VIH/SIDA, fin 1999					2. Orphelins du SIDA	3. Décès dus au SIDA, 199	4. Population, 1999	
Pays	Adultes et enfants	Adultes (15-49)	Taux chez les adultes (%)	Femmes (15-49)	Enfants (0-14)	Orphelins, total cumulé	Adultes et enfants	Total (milliers)	Adultes (milliers)
Norvège	1 600	1 600	0,07	360	<100	...	<100	4 442	2 092
Pays-Bas	15 000	15 000	0,19	3 000	100	...	100	15 721	7 794
Portugal	36 000	36 000	0,74	7 000	500	...	280	9 871	4 872
Royaume-Uni	31 000	30 000	0,11	6 700	500	...	450	58 726	27 390
Slovénie	200	200	0,02	<100	<100	...	<100	1 987	1 008
Suède	3 000	3 000	0,08	800	<100	...	<100	8 888	3 925
Suisse	17 000	17 000	0,46	5 500	<100	...	150	7 337	3 582
Yougoslavie	...	5 000*	0,10*	...	...	...	...	10 625	5 202
Afrique du Nord & Moyen-Orient	220 000	210 000	0,12	42 000	8 000	15 000	13 000	336 496	171 943
Algérie	...	11 000*	0,07*	...	...	...	...	30 788	15 998
Arabie saoudite	...	1 100*	0,01*	...	...	...	...	20 936	9 539
Bahreïn	...	500*	0,15*	...	...	...	...	605	337
Chypre	400	400	0,10	<100	<100	...	<100	778	382
Egypte	...	8 100*	0,02*	...	...	...	...	67 232	34 342
Emirats arabes unis	...	2 300*	0,18*	...	...	...	...	2 395	1 250
Iraq	...	300*	<0,01*	...	...	...	...	22 511	10 850
Israël	2 400	2 400	0,08	700	<100	...	<100	6 087	3 024
Jamahiriya arabe libyenne	...	1 400*	0,05*	...	...	...	...	5 477	2 790
Jordanie	...	660*	0,02*	...	...	...	...	6 482	3 120
Koweït	...	1 300*	0,12*	...	...	...	...	1 916	1 051
Liban	...	1 500*	0,09*	...	...	...	...	3 227	1 729
Maroc	...	5 000*	0,03*	...	...	...	...	27 874	15 147
Oman	...	1 200*	0,11*	...	...	...	...	2 465	1 094
Qatar	...	300*	0,09*	...	...	...	...	589	308
République arabe syrienne	...	800*	0,01*	...	...	...	...	15 740	7 766
Soudan	...	140 000*	0,99*	...	...	...	...	28 915	14 226
Tunisie	...	2 200*	0,04*	...	...	...	...	9 457	5 179
Turquie	...	2 500	0,01*	...	...	...	...	65 528	36 198
Yémen	...	900*	0,01*	...	...	...	...	17 494	7 613
Amérique du Nord	900 000	890 000	0,58	180 000	11 000	70 000	20 000	306 931	153 738
Canada	49 000	49 000	0,30	5 600	500	1 000	400	30 841	15 969
Etats-Unis d'Amérique	850 000	840 000	0,61	170 000	10 000	70 000	20 000	276 090	137 769
Caraïbes	360 000	350 000	2,11	130 000	9 600	85 000	30 000	32 024	16 860
Bahamas	6 900	6 800	4,13	2 200	150	970	500	302	164
Barbade	1 800	1 700	1,17	570	<100	190	130	269	147
Cuba	1 950	1 950	0,03	450	<100	190	120	11 154	6 076
Haïti	210 000	200 000	5,17	67 000	5 200	74 000	23 000	8 090	3 917
Jamaïque	9 900	9 700	0,71	3 100	230	1 200	650	2 561	1 366
République dominicaine	130 000	130 000	2,80	59 000	3 800	7 900	4 900	8 361	4 468
Trinité-et-Tobago	7 800	7 600	1,05	2 500	180	930	530	1 288	722
Amérique latine	1 300 000	1 200 000	0,49	300 000	28 000	110 000	48 000	473 388	252 270
Argentine	130 000	120 000	0,69	27 000	4 400	8 900	1 800	36 579	17 880
Belize	2 400	2 400	2,01	590	<100	420	170	235	117
Bolivie	4 200	4 100	0,10	680	<100	260	380	8 146	3 943
Brésil	540 000	530 000	0,57	130 000	9 900	41 000	18 000	167 961	93 252
Chili	15 000	15 000	0,19	2 600	260	770	1 000	15 011	7 833
Colombie	71 000	70 000	0,31	10 000	900	2 800	1 700	41 565	22 412
Costa Rica	12 000	11 000	0,54	2 800	290	1 300	750	3 929	2 080
El Salvador	20 000	19 000	0,60	4 800	560	2 600	1 300	6 155	3 170
Equateur	19 000	19 000	0,29	2 700	330	1 500	1 400	12 409	6 534
Guatemala	73 000	71 000	1,38	28 000	1 600	5 200	3 600	11 103	5 152
Guyana	15 000	15 000	3,01	4 900	140	1 100	900	855	489
Honduras	63 000	58 000	1,92	29 000	4 400	19 000	4 200	6 319	3 043
Mexique	150 000	150 000	0,29	22 000	2 400	14 000	4 700	97 334	52 327
Nicaragua	4 900	4 800	0,20	1 200	<100	520	360	4 944	2 388
Panama	24 000	23 000	1,54	9 400	670	2 100	1 200	2 811	1 499
Paraguay	3 000	2 900	0,11	520	<100	400	220	5 362	2 649
Pérou	48 000	47 000	0,35	12 000	640	8 900	4 100	25 236	13 325
Suriname	3 000	2 900	1,26	950	110	480	210	415	228
Uruguay	6 000	5 900	0,33	1 500	<100	330	150	3 313	1 561
Venezuela	62 000	61 000	0,49	9 200	580	1 100	2 000	23 705	12 388
Total mondial	34 300 000	33 000 000	1,07	15 700 000	1 300 000	13 200 000	2 800 000	5 958 865	3 083 265

	5. Zones d'incertitude entourant les estimations						6. Estimation du taux de prévalence du VIH (%) chez les jeunes, fin 1999			
	Adultes et enfants vivant avec le VIH/SIDA, fin 1999		Nombre de décès chez les adultes (15-49), 1999		Nombre de décès chez les enfants (0-14), 1999		Femmes (15-24)		Hommes (15-24)	
	Estimation inférieure	Estimation supérieure	Estimation inférieure	Estimation supérieure	Estimation inférieure	Estimation supérieure	de	à	de	à
Pays										
Norvège	1 200	1 900	<100	<100	...	...	0,02	0,04	0,03	0,09
Pays-Bas	12 000	18 000	80	120	...	...	0,06	0,11	0,09	0,27
Portugal	29 000	43 000	220	340	...	...	0,17	0,33	0,29	0,86
Royaume-Uni	24 000	37 000	360	540	...	...	0,03	0,06	0,05	0,14
Slovenie	130	270	<100	<100	...	...	0,01	0,01	0,03	0,04
Suède	2 400	3 600	<100	<100	...	...	0,03	0,05	0,03	0,09
Suisse	13 000	20 000	120	180	...	...	0,22	0,43	0,18	0,55
Yougoslavie	3 300	6 800	...	...	...	...	...	...	...	...
Afrique du Nord & Moyen-Orient	140 000	300 000	7 800	16 000	650	1 400				
Algérie	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Arabie saoudite	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Bahreïn	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Chypre	290	510	<100	<100	<100	<100	0,06	0,08	0,08	0,12
Egypte										
Emirats arabes unis	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Iraq	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Israël	1 900	2 900	<100	<100	<100	<100	0,05	0,06	0,05	0,07
Jamahiriya arabe libyenne	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Jordanie										
Koweït	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Liban	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Maroc	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Oman	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Qatar										
République arabe syrienne	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Soudan	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Tunisie	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Turquie	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Yémen	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Amérique du Nord	720 000	1 100 000	16 000	24 000	250	380				
Canada	39 000	59 000	320	480	<100	<100	0,05	0,09	0,15	0,44
Etats-Unis d'Amérique	680 000	1 000 000	16 000	24 000	250	380	0,16	0,30	0,25	0,75
Caraïbes	260 000	470 000	18 000	35 000	2 000	3 800				
Bahamas	4 500	9 300	320	650	<100	<100	2,41	2,93	3,15	4,55
Barbade	1 200	2 400	<100	170	<100	<100	0,76	0,92	0,99	1,43
Cuba	1 300	2 600	<100	130	<100	<100	0,02	0,03	0,05	0,07
Haïti	130 000	280 000	13 000	28 000	1 400	3 000	2,56	3,26	3,94	5,83
Jamaïque	7 900	12 000	500	750	<100	<100	0,36	0,44	0,48	0,70
République dominicaine	100 000	150 000	3 500	5 200	470	710	2,44	3,11	2,08	3,08
Trinité-et-Tobago	5 100	10 000	330	690	<100	<100	0,53	0,64	0,69	1,00
Amérique latine	950 000	1 600 000	35 000	60 000	2 600	4 600				
Argentine	100 000	150 000	1 700	2 500	<100	120	0,23	0,34	0,68	1,04
Belize	1 600	3 300	100	220	<100	<100	0,77	0,98	1,75	2,59
Bolivie	2 700	5 600	240	490	<100	<100	0,03	0,04	0,10	0,15
Brésil	430 000	650 000	14 000	21 000	800	1 200	0,23	0,33	0,55	0,84
Chili	9 700	20 000	630	1 300	<100	<100	0,06	0,09	0,23	0,35
Colombie	46 000	96 000	1 500	3 100	<100	160	0,08	0,12	0,35	0,53
Costa Rica	7 500	16 000	460	970	<100	<100	0,22	0,33	0,51	0,78
El Salvador	13 000	27 000	800	1 700	<100	<100	0,24	0,31	0,55	0,81
Equateur	12 000	26 000	850	1 800	<100	<100	0,06	0,09	0,29	0,45
Guatemala	47 000	98 000	1 800	3 800	460	970	0,81	1,03	0,93	1,38
Guyana	9 700	20 000	550	1 100	<100	<100	2,03	2,58	3,12	4,62
Honduras	50 000	75 000	2 900	4 400	450	680	1,46	1,86	1,13	1,68
Mexique	110 000	190 000	4 200	7 400	210	380	0,05	0,08	0,33	0,48
Nicaragua	3 200	6 600	220	450	<100	<100	0,05	0,08	0,17	0,26
Panama	17 000	30 000	830	1 500	<100	120	1,20	1,52	1,33	1,97
Paraguay	2 000	4 100	140	290	<100	<100	0,03	0,04	0,11	0,16
Pérou	35 000	61 000	2 800	4 800	200	360	0,14	0,21	0,31	0,48
Suriname	1 900	4 000	130	270	<100	<100	0,70	0,89	1,07	1,59
Uruguay	4 200	6 300	150	230	<100	<100	0,17	0,25	0,33	0,49
Venezuela	40 000	83 000	1 200	2 600	<100	120	0,12	0,17	0,52	0,79
Total mondial	25 800 000	41 800 000	1 600 000	2 900 000	330 000	670 000				

7. Taux de prévalence du VIH (%), données provenant de populations choisies

	Femmes en consultations prénatales - principales zones urbaines				Femmes en consultations prénatales - en dehors des principales zones urbaines				Patients avec MST - principales zones urbaines				Professionnelles du sexe - principales zones urbaines			
Pays	Année	Médiane	Min.	Max.	Année	Médiane	Min.	Max.	Année	Médiane	Min.	Max.	Année	Médiane	Min.	Max.
Norvège	...	...	...	...	1996	0,01n	...	...	1992	0,07	...	...	...	...	...	...
Pays-Bas	1996	0,33	0	0,6	...	...	...	...	1996	3,3	...	...	1991	1,5	1,5	2,3
Portugal	1995	0,2	...	...	...	...	...	...	1992	5,78	...	...	1991	3,9	...	...
Royaume-Uni	1997	0,19	0	0,51	1997	0,02	0	0,1	1997	0,72	...	...	1991	0	...	...
Slovénie	...	...	...	...	1995	0,01n	...	...	1996	0n	...	...	...	...	...	...
Suède	...	...	...	...	1995	0,01n	...	...	1991	0,17n	...	...	...	...	...	...
Suisse	...	...	...	...	...	...	...	...	1997	1,8	0	10,3	...	...	...	...
Yougoslavie	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Afrique du Nord & Moyen-Orient																
Algérie	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1988	1,2	0,4	1,9
Arabie saoudite	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Bahrein	1998	0,1	0	0,2	...	...	...	...	1998	0	0	0	...	...	...	...
Chypre	...	...	...	...	1999	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Egypte	1996	0	0	0	1993	0	0	0	1999	0	0	0	1999	0	0	0
Emirats arabes unis	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Iraq	...	...	...	...	1999	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Israël	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Jamahiriya arabe libyenne	...	...	...	...	1998	0	0	0	1990	0	0	0	...	...	...	...
Jordanie	1994	0n	0	0	1994	0	0	0	1994	0	0	0	1994	0	0	0
Koweït	1998	0	0	0	1999	0	0	0	1997	0	0	0	...	...	...	...
Liban	...	...	...	...	1995	0	0	0	1993	0	0	0	1993	0,09	0,09	0,09
Maroc	1996	0,02n	0,02	0,02	1997	0	0	0,01	1997	0,9	0,2	1,6	...	...	...	...
Oman	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Qatar	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
République arabe syrienne	1994	0	0	0	...	...	...	...	1999	0	0	0	1999	0	0	0
Soudan	1998	0,5	0,5	0,5	1998	3,8	3,5	4	1994	6,6	6,6	6,6	...	...	...	...
Tunisie	1991	0	0	0	1999	0	0	0	...	...	...	...	1999	0	0	0
Turquie	...	...	...	...	...	...	...	...	1992	0,13	...	...	1995	0n	...	...
Yémen	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Amérique du Nord																
Canada	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Etats-Unis d'Amérique	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Caraïbes																
Bahamas	1993	3,6	3,6	3,6	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Barbade	1996	1,1	1,1	1,1	...	...	...	...	1988	4,7	4,7	4,7	...	...	...	...
Cuba	1996	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Haiti	1996	10	10	10	1996	4,8	4	13,1	1992	19,2	13,0	25,4	1989	41,9	41,9	41,9
Jamaïque	1997	1	1	1	...	...	...	...	1997	6,6	5,6	7,5	1997	5	5	5
République dominicaine	1998	1,4	1,4	1,4	1998	2,1	0,3	2,2	1998	3,3	3,3	3,3	1998	2,4	1,1	6,5
Trinité-et-Tobago	1996	1	1	1	...	...	...	...	1996	5,8	5,8	5,8	1988	13	13	13
Amérique latine																
Argentine	1995	1,8	0,8	2,8	1999	0,24	0,05	1,21	1998	10,8	10,8	10,8	1998	2,6	0,6	6,0
Belize	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Bolivie	1997	0,5	0,5	0,5	1988	0	0	0	1997	2	2	2	1997	0	0	0
Brésil	1996	0,7	0,6	2,6	1998	0,4	0,4	0,4	1996	1,4	1	1,9	1998	17,8	17,8	17,8
Chili	1997	0,1	0,1	0,1	1997	0	0	0	1997	3	3	3	...	...	...	...
Colombie	1994	0,5	0,1	1,1	1999	0,1	0,05	0,15	1999	0,26	0,05	0,26	1994	1,1	1,1	1,1
Costa Rica	1997	0,3	0,3	0,3	1997	0,1	0,1	0,1	1994	3,1	3,1	3,1	1995	0,9	0,9	0,9
El Salvador	1995	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...	1991	2,2	2,2	2,2
Equateur	...	...	...	...	1992	0,3	0,3	0,3	...	...	...	...	1990	0	0	0
Guatemala	1999	2,9	2	3,8	1999	1,9	1,0	2,8	...	...	...	...	1999	6,8	2,6	11
Guyana	1997	3,8	3,8	3,8	...	...	...	...	1997	21,5	17,9	25	1997	44,3	43,5	45
Honduras	1998	2,9	0,7	5	1998	3	3	3	...	...	...	...	1997	13,3	13	13,5
Mexique	1996	0	0	0	1998	0,36	0	8,7	...	...	...	...	1998	0,6	0	3,05
Nicaragua	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1999	0,8n	...	...
Panama	1994	0,3	0,3	0,3	1997	0,9	0,9	0,9	...	...	...	...	1986	0	0	0
Paraguay	1992	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...	1989	0,1	0,1	0,1
Pérou	1999	0,3n	...	...	1999	0,04n	...	...	1990	18,7	18,7	18,7	1990	0,7	0,7	0,7
Suriname	1991	0,8	0,8	0,8	...	...	...	...	...	...	...	...	1990	2,6	2,6	2,6
Uruguay	1991	0	0	0	1991	0	0	0	1991	1,3	1,3	1,3	1997	0,5	0,5	0,5
Venezuela	1996	0	0	0	1996	0	0	0	...	...	...	...	1994	0	0	0
Total mondial																

	7. Prévalence du VIH (%) (suite)				8. Indicateurs relatifs à la prévention										
	Consommateurs de drogues par injection - principales zones urbaines				Disponibilité de préservatifs				Partenaires sexuels occasionnels déclarés (%)			Utilisation déclarée du préservatif avec un(e) partenaire sexuel(le) occasionnel(le) (%)			
Pays	Année	Médiane	Min.	Max.	Préservatifs disponibles par habitant	Année	Accès au préservatif (%)	Année	Hommes	Femmes	Année	Hommes	Femmes	Année	Fourchette d'âge
Norvège	...	...	...	...	4,3	1995	100	1997	14,5	8,8	1992	8,4	5,3	1992	15-49
Pays-Bas	1996	5,1	...	...	...	...	...	...	18	7	1989	...	...	...	18-50
Portugal	1996	15,2	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Royaume-Uni	1997	3,4	...	...	5,5	1995	100	1997	26,9	6,8	1991	23,2	17,5	1991	16-49
Slovénie	1996	0,6	...	...	...	...	...	...	12,4	6,2	1996	16,9	17,9	1996	15-45
Suède	1995	5,3	...	...	...	...	...	...	13	7	1989	...	...	...	16-44
Suisse	1997	1,4	0	16,7	...	...	...	...	15,9	8,1	1994	56,7	36,9	1994	17-45
Yougoslavie	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Afrique du Nord & Moyen-Orient															
Algérie	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Arabie saoudite	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Bahrein	1999	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Chypre	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Egypte	1999	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Emirats arabes unis	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Iraq	...	...	...	...	0,2	1996	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Israël	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Jamahiriya arabe libyenne	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Jordanie	1993	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Koweït	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Liban	1993	2,2	2,2	2,2	1,7	1996	90	1996	22,4a	...	1996	69,3a	...	1996	15-49
Maroc	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Oman	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Qatar	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
République arabe syrienne	1999	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Soudan	...	...	...	...	...	...	...	...	3	1	1995	20	16,7	1995	15-49
Tunisie	1997	0,3	0,3	0,3	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Turquie	1992	0	0	0	0,6	1996	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Yémen	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Amérique du Nord															
Canada	...	...	...	...	...	...	...	...	8,4	6	1997	72,3	71,9	1997	20-45
Etats-Unis d'Amérique	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Caraïbes															
Bahamas	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Barbade	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Cuba	...	...	...	...	8,2	1997	...	...	48,6	14,4	1996	...	...	...	15-49
Haiti	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Jamaïque	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	38,3	1997	15-49
République dominicaine	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	47,5a	...	1997	15-49
Trinité-et-Tobago	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Amérique latine															
Argentine	1998	18,8	18,8	18,8	...	...	...	...	...	...	...	<55a	...	1995	15-49
Belize	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Bolivie	...	...	...	...	0,1	1994	...	...	...	...	...	65,1	33,4	1994	15-49
Brésil	1998	28	28	28	2,4	1996	...	...	...	7,5	1996	14,7	4,3	1996	15-49
Chili	...	...	...	...	...	...	83	1997	28	6	1997	33	18	1997	15-49
Colombie	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Costa Rica	...	...	...	...	...	...	96	1995	21,4	12,5	1995	55,3	42	1995	15-49
El Salvador	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Equateur	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Guatemala	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Guyana	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Honduras	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Mexique	1998	0,07	0	4,4	1,1	1997	...	...	15,4	...	1997	62,8a	...	1997	15-49
Nicaragua	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Panama	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Paraguay	...	...	...	...	0,6	1995	...	...	...	...	...	...	79,1	1996	15-49
Pérou	1990	28,1	28,1	28,1	...	...	...	...	13,6	1,5	1996	32,6	35,3	1996	15-49
Suriname	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Uruguay	1997	24,4	24,4	24,4	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Venezuela	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Total mondial															

Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) rassemble sept organisations du système des Nations Unies afin d'aider les pays à éviter de nouvelles infections par le VIH, à prendre en charge les personnes déjà infectées et à atténuer l'impact de l'épidémie. Les coparrainants de l'ONUSIDA sont les suivants :



Le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), agissant dans le cadre de la Convention relative aux Droits de l'Enfant, collabore avec les pouvoirs publics et les organisations non gouvernementales dans les domaines de la santé, de la nutrition, de l'éducation de base, de l'eau potable et de l'assainissement, afin d'améliorer la vie des enfants, des jeunes et des femmes. Il apporte à l'ONUSIDA son potentiel opérationnel de terrain dans plus de 160 pays. Dans le domaine du VIH/SIDA, les secteurs programmatiques prioritaires de l'UNICEF sont la prévention de l'infection, notamment chez les adolescents, l'éducation SIDA en milieu scolaire, les enfants et les familles touchés par le SIDA et la transmission du VIH de la mère à l'enfant.



Le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) s'attache à faire mieux comprendre l'impact social et économique du VIH/SIDA sur le développement, à susciter des politiques multisectorielles qui tiennent compte de la sexospécificité sur le VIH/SIDA ainsi que des stratégies d'atténuation de la pauvreté; à renforcer la gestion des institutions, la coordination de l'aide au développement et les mécanismes de répartition des fonds. Le PNUD préconise l'accroissement des fonds destinés au développement et encourage les actions destinées à briser le silence entourant l'épidémie. Il favorise la discussion et la mise en œuvre de politiques susceptibles d'intégrer le VIH/SIDA dans les stratégies nationales de développement, les stratégies d'atténuation de la pauvreté et la réforme des institutions. Le PNUD joue un rôle de médiateur et met en présence les programmes communautaires efficaces et les sources potentielles de financement.



Le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) a notamment pour mandat de développer les connaissances des pays ainsi que leur capacité à répondre aux besoins en matière de population, et consacre une grande partie de son appui à la santé reproductive, notamment la planification familiale et la santé sexuelle. Le FNUAP contribue au travail de l'ONUSIDA grâce à son réseau mondial de bureaux de pays; son expertise en matière de promotion de la santé reproductive et de prestation de services dans ce domaine; son expérience dans les domaines de la gestion logistique des produits liés à la santé reproductive, et notamment du préservatif; et son expérience de la collaboration avec les organisations non gouvernementales, de l'organisation de l'assistance technique et du renforcement des capacités nationales.



Le Programme des Nations Unies pour le contrôle international des drogues (PNUCID) est chargé d'assumer la responsabilité exclusive de la coordination et de la direction de toutes les activités des Nations Unies en matière de contrôle des drogues. A cet effet, le PNUCID soutient activement la prévention du VIH/SIDA dans le contexte des programmes visant à réduire la demande de drogues illicites. L'accent est particulièrement mis sur les jeunes et les groupes à haut risque. Le PNUCID opère depuis son siège à Vienne (Autriche) et par le biais d'un réseau de terrain desservant actuellement 121 pays et territoires.



L'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO) a pour mandat de favoriser la coopération internationale dans le domaine des activités intellectuelles destinées à promouvoir les droits de la personne humaine, à contribuer à l'instauration d'une paix juste et durable, et à améliorer le bien-être général de l'humanité. L'UNESCO contribue à l'action de l'ONUSIDA de par l'ampleur de ses domaines de compétence, ses approches interdisciplinaires et son expérience, et en mettant au service de la lutte contre le SIDA le vaste réseau des institutions avec lesquelles elle collabore.



En tant qu'institution de premier plan dans le domaine de la santé au niveau international, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) aide les pays à renforcer l'action de leurs systèmes de santé contre le VIH/SIDA et les infections sexuellement transmissibles. Les domaines privilégiés sont notamment la prévention du VIH et des infections sexuellement transmissibles; les vaccins et les microbicides; la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant; la sécurité transfusionnelle; la surveillance épidémiologique et comportementale; la sécurité des pratiques d'injection; le renforcement des systèmes de santé; le conseil et le test volontaires; la prise en charge des maladies associées au VIH; les alternatives et les compléments aux soins hospitaliers; et l'accès aux médicaments.



La Banque mondiale a pour mandat de réduire la pauvreté et d'améliorer la qualité de vie. Entre 1986 et fin 1999, la Banque mondiale a engagé plus de US\$ 980 millions pour plus de 75 projets de lutte contre le VIH/SIDA dans le monde. La plupart de ces ressources ont été fournies à des conditions très avantageuses. Afin de s'attaquer avec plus d'efficacité aux conséquences dévastatrices du VIH/SIDA sur le développement, la Banque renforce actuellement son action contre l'épidémie, travaillant en partenariat avec l'ONUSIDA, les organismes donateurs et les pouvoirs publics. Le plan stratégique d'action intensifiée contre le SIDA en Afrique, élaboré par la Banque, a pour but d'élever rapidement le volume de l'action et des ressources disponibles, et d'étendre les interventions nécessaires pour la prévention et l'atténuation de l'impact.