

07

Afrique subsaharienne

Le point sur l'épidémie de sida
Résumés par région



ONUSIDA
PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA

HCR
UNICEF
PAM
PNUD
UNFPA

ONU DC
OIT
UNESCO
OMS
BANQUE MONDIALE



**Organisation
mondiale de la Santé**

ONUSIDA/08.08F / JC1526F (version française, mars 2008)

Version originale anglaise, UNAIDS/08.08E / JC1526E, mars 2008 :
Sub-Saharan Africa : AIDS epidemic update : regional summary.
Traduction – ONUSIDA

© Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) et Organisation mondiale de la Santé (OMS) 2008.

Tous droits de reproduction réservés. Les publications produites en commun par l'ONUSIDA et l'OMS peuvent être obtenues auprès du Centre d'information de l'ONUSIDA. Les demandes d'autorisation de reproduction ou de traduction des publications de l'ONUSIDA – qu'elles concernent la vente ou une distribution non commerciale – doivent être adressées au Centre d'Information à l'adresse ci-dessous ou par fax, au numéro +41 22 791 4835 ou par courriel : publicationpermissions@unaids.org.

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

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

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

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

Afrique subsaharienne : Le point sur l'épidémie de sida : résumés par région.

« ONUSIDA/08.08F / JC1526F ».

1.Infection à VIH – prévention et contrôle. 2.Infection à VIH – épidémiologie. 3.Syndrome d'immunodéficience acquise – épidémiologie. 4.Épidémie. 5.Afrique subsaharienne. I.ONUSIDA.

ISBN 978 92 9 173664 5

(Classification NLM : WC 503.4)

ONUSIDA
20 avenue Appia
CH-1211 Genève 27
Suisse

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

distribution@unaids.org
www.unaids.org

Afrique subsaharienne

Le point sur l'épidémie de sida

Résumés par région

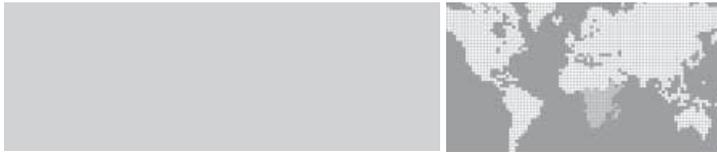


ONUSIDA
PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA

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



**Organisation
mondiale de la Santé**



AFRIQUE SUBSAHARIENNE

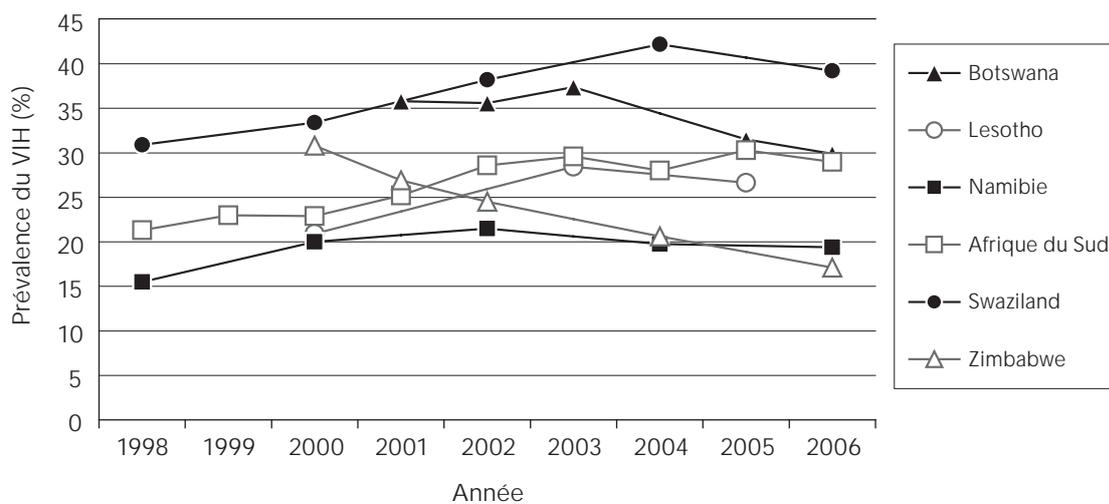
Afrique australe

L'ampleur et les tendances des épidémies de cette région sont très variables et l'Afrique australe est la plus gravement touchée¹. En 2007, cette sous-région comptait presque un tiers (32%) de toutes les nouvelles infections à VIH et de tous les décès dus au sida à l'échelle mondiale. La prévalence nationale du VIH chez l'adulte était supérieure à 15% dans huit pays en 2005 (Afrique du Sud, Botswana, Lesotho,

Mozambique, Namibie, Swaziland, Zambie et Zimbabwe). Aucune autre région n'a atteint ce niveau de prévalence du VIH chez l'adulte. En revanche, s'il semble avéré que les épidémies marquent une légère baisse dans certains pays (au Zimbabwe, notamment), les épidémies d'une bonne partie du reste de la sous-région ont soit atteint un plateau soit s'en approchent (voir Figure 1). Ce n'est qu'au **Mozambique** que les

Figure 1

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



Sources : Plusieurs enquêtes dans des consultations prénatales.

¹ L'Afrique australe comprend l'Afrique du Sud, l'Angola, le Botswana, le Lesotho, Madagascar, le Malawi, Maurice, le Mozambique, la Namibie, le Swaziland, la Zambie et le Zimbabwe.

données les plus récentes sur le VIH (2005) ont montré une augmentation de la prévalence par rapport à la période de surveillance précédente.

Au **Zimbabwe**, la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes qui fréquentent les consultations prénatales a considérablement baissé au cours de ces dernières années, passant de 26% en 2002 à 18% en 2006. Parmi les femmes enceintes jeunes (15-24 ans) la prévalence a chuté de 21% à 14% au cours de la même période. La prévalence la plus élevée a été notée parmi les femmes enceintes en consultations prénatales dans les zones minières (26%) et les grandes entreprises agricoles (22%) (Ministère de la Santé et du Bien-être de l'enfant du Zimbabwe, 2007).

En 2007, plus des trois quarts des décès dus au sida dans le monde se sont produits en Afrique subsaharienne.

Les dernières estimations de la prévalence du VIH tirées de la surveillance dans les consultations prénatales sont identiques à celles de l'étude démographique la plus récente sur le VIH, qui a estimé la prévalence nationale du VIH chez l'adulte (15-49 ans) à 18% en 2005-2006, et a indiqué que 11% des jeunes femmes (15-24 ans) et 4% des jeunes hommes étaient infectés par le VIH (Bureau central de la Statistique du Zimbabwe, Macro International, 2007). L'étude a aussi montré qu'une proportion bien plus élevée de femmes adultes vivaient avec le VIH (21%) que les hommes (15%). Pour les hommes comme pour les femmes, le risque de contracter le virus croît considérablement pendant la période allant de la fin de leur adolescence au milieu de la trentaine. Au total, 6% des femmes et 3% des hommes de 15 à 19 ans ayant été testés se sont révélés séropositifs, tandis que ces chiffres atteignaient environ 35% chez les femmes et 30%-32% chez les hommes dans la trentaine. Les chiffres montrent aussi une hausse sensible de la prévalence du VIH parmi les personnes ayant des partenaires sexuels multiples au cours de leur vie. Par exemple, 7% des hommes n'ayant eu qu'un(e) seul(e) partenaire sexuel(le) au cours de leur vie étaient séropositifs, alors que 31% des hommes ayant eu plus de 10 partenaires au cours de leur vie avaient contracté le virus (Bureau central de la Statistique du Zimbabwe, Macro International, 2007).

Les niveaux d'infection chez les femmes enceintes sont très variables, et vont de 11% dans le Mashonaland-Central à plus de 20% dans le Matabeleland-Sud et

le Mashonaland-Ouest. En 2006, au moins 25% des femmes en consultations prénatales se sont révélées positives à Banket (ville du nord du Mashonaland-Ouest), à Victoria Falls (frontière ouest avec la **Zambie**, dans le Matabeleland-Nord) et à Beitbridge (frontière sud avec l'**Afrique du Sud**, dans le Matabeleland-Sud) (Ministère de la Santé et du Bien-être de l'enfant du Zimbabwe, 2007).

La tendance à la baisse observée dans les données de surveillance du Zimbabwe est confirmée par plusieurs études (Mugurungi et al., 2005 ; ONUSIDA, 2005 ; Mahomva et al., 2006 ; Ministère de la Santé et du Bien-être de l'enfant du Zimbabwe, 2007) et un recul de la prévalence chez les hommes comme chez les femmes a également été relevé dans les régions rurales du Manicaland (Gregson et al., 2006). La tendance est le reflet d'une part d'une très forte mortalité et d'autre part d'une baisse de l'incidence du VIH liée dans une certaine mesure à des changements des comportements (ONUSIDA, 2005). Des données en provenance de l'est du **Zimbabwe** montrent qu'un nombre accru de femmes et d'hommes évitent maintenant les rapports sexuels avec des partenaires occasionnels et que le recours systématique au préservatif avec des partenaires occasionnels a augmenté chez les femmes (passant de 26% en 1998-2000 à 37% en 2001-2003), mais pas chez les hommes (Gregson et al., 2006)². Les modèles mathématiques eux aussi suggèrent que la baisse de la prévalence du VIH ne peut pas être imputée uniquement à l'évolution naturelle de l'épidémie de sida au **Zimbabwe** (Hallet et al., 2006).

La comparaison des chiffres entre 1999 et 2005 (Bureau central de la Statistique du Zimbabwe, Macro International, 2000 et 2007) montre des changements mineurs dans le recours au préservatif pendant les rapports sexuels avec des partenaires occasionnels. En 1999, 42% des femmes ont déclaré avoir utilisé le préservatif lors de leur dernier rapport sexuel avec un partenaire occasionnel, alors qu'elles étaient 47% à le faire en 2005 ; chez l'homme adulte, le recours au préservatif pendant les rapports sexuels avec des partenaires occasionnel(le)s est resté à peu près identique (70% contre 71%). En revanche, les rapports sexuels rémunérés semblent avoir baissé : en 1999, 7% des hommes adultes ont déclaré avoir payé pour des rapports sexuels l'année précédente, alors que ce chiffre est tombé à 3,8% en 2005. Par ailleurs, le recours au préservatif a légèrement baissé parmi les hommes ayant déclaré avoir payé pour des rapports sexuels — passant de 82% en 1999 à 73% en 2005 (Bureau central de la Statistique du Zimbabwe, Macro International, 2000 et 2007).

² Voir *Le point sur l'épidémie de sida: décembre 2006* pour obtenir d'autres informations.

Dans un contexte de dégradation économique, l'impact des maladies associées au sida, et en particulier des décès dus au sida, menace la viabilité des ménages. Selon une étude menée récemment dans l'est du pays, près de quatre ménages sur 10 (soit 39%) ont été dissous ou se sont réinstallés après un décès dû au sida, contre un seul ménage sur quatre (soit 27%) s'agissant de décès sans relation avec le sida. Les décès dus au sida provoquent généralement la perte du chef du foyer, et les ménages qui sont touchés par des décès dus au sida dépensent beaucoup plus en soins de santé que les ménages touchés par un décès qui n'est pas dû au sida. Les dépenses médianes en soins de santé, en services d'obsèques et de commémoration ont représenté un quart du revenu annuel moyen par habitant (Gregson et al., 2006).

Le recul récent de la prévalence du VIH au Zimbabwe s'explique par une forte mortalité et par la baisse de l'incidence du VIH, elle-même en partie attribuable à des changements des comportements.

Avec une estimation de 5,5 millions [4,9 millions–6,1 millions] de personnes vivant avec le VIH (ONUSIDA, 2006)³, l'**Afrique du Sud** est le pays du

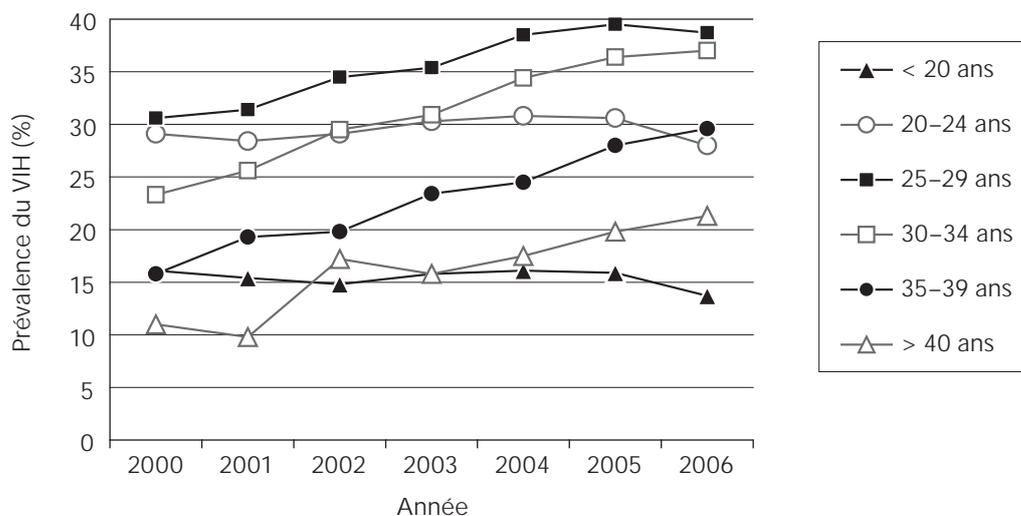
monde qui compte le plus grand nombre d'infections à VIH. Selon les estimations du Département de la Santé, 18,3% des adultes (15–49 ans) vivaient avec le VIH en 2006 (Département de la Santé de l'Afrique du Sud, 2007). Plus de la moitié de l'ensemble des Sud-Africains (55%) infectés par le VIH vivent dans les provinces du KwaZulu-Natal et du Gauteng (Dorrington et al., 2006).

Les données de prévalence du VIH recueillies au cours du dernier cycle de surveillance dans les consultations prénatales suggèrent que les niveaux d'infection à VIH pourraient bien se stabiliser, la prévalence parmi les femmes enceintes se situant à 30% en 2005 et 29% en 2006 (Département de la Santé de l'Afrique du Sud, 2007). La baisse de la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes jeunes (15–24 ans) suggère également un déclin possible du nombre annuel des nouvelles infections. La prévalence élevée et en constante augmentation parmi les femmes plus âgées dans les consultations prénatales est une source de préoccupation qui appelle à une enquête approfondie (voir Figure 2).

L'épidémie varie considérablement d'une province à l'autre. La prévalence la plus élevée du VIH chez les femmes enceintes a été constatée dans la province très peuplée du KwaZulu-Natal (39%), et la moins élevée

Figure 2

Prévalence du VIH par groupe d'âge parmi les femmes fréquentant les consultations prénatales en Afrique du Sud, 2000–2006



Source : Département de la Santé, Afrique du Sud, 2000–2006.

³ Toutes les estimations du nombre total de personnes vivant avec le VIH dans un pays donné sont pour 2005.

dans les provinces du Cap-Nord (15%), du Cap-Ouest (16%) et du Limpopo (19%). Dans les cinq autres provinces (Cap-Est, Etat-Libre, Gauteng, Mpumalanga et Nord-Ouest), au moins 25% des femmes fréquentant les consultations prénatales ont présenté un test VIH positif (Département de la Santé de l'Afrique du Sud, 2007). Il y a également des disparités au sein même des provinces et des populations. Par exemple, au Cap-Nord, la prévalence moyenne chez les femmes enceintes va de 5% dans les consultations d'un district à presque 23% dans un autre, alors que dans la province du Limpopo, elle varie de 14% à 28%, selon les districts. De même, bien que 9% seulement de la population de l'**Afrique du Sud** de deux ans et plus vive dans des colonies informelles en zones urbaines, 29% des personnes vivant le VIH se trouvent dans ces zones (Rehle et al., 2007).

En Afrique du Sud, qui connaît le plus grand nombre d'infections à VIH dans le monde (5,5 millions), on estime que 1,8 million de personnes sont décédées de maladies associées au sida depuis le début de l'épidémie.

Une prévalence très élevée a été observée dans certaines régions du KwaZulu-Natal. Par exemple, dans le district d'Amajuba, 47% des femmes fréquentant les consultations prénatales ont présenté un test VIH positif en 2006 (Département de la Santé de l'Afrique du Sud, 2007), tout comme 51% des femmes âgées de 25 à 29 ans qui avaient participé un peu plus tôt à une enquête sur le sida dans les ménages, dans le district rural de Umkhanyakude (Welz et al., 2007). Selon une autre enquête menée dans un district rural du nord de la même province, l'incidence du VIH était de 8% chez les hommes et les femmes entre 25 et 29 ans. D'après les tendances actuelles, et en l'absence de programmes efficaces, on estime que les deux tiers des jeunes de 15 ans de ce district pourraient avoir contracté le VIH lorsqu'ils atteindront leur 35^{ème} anniversaire (Barnighausen et al., 2007).

En **Afrique du Sud**, les jeunes femmes risquent davantage d'être infectées que les hommes. En effet, parmi les 15-24 ans, les femmes représentent environ 90% des nouvelles infections à VIH (Rehle et al., 2007). En 2005, l'incidence du VIH chez les femmes entre 20 et 29 ans s'est élevée à environ 5,6%, soit six fois plus que pour les hommes du même groupe d'âge (0,9%) (Rehle et al., 2007). Néanmoins, on observe une forte incidence du VIH chez les hommes les plus âgés au sein

de ce groupe : selon une étude menée dans le nord du KwaZulu-Natal, on estime que 8,8% des hommes entre 24 et 29 ans ont été infectés au cours de l'année précédente (Barnighausen et al., 2007).

On estime que 1,8 million de Sud-Africains sont morts de maladies associées au sida depuis le début de l'épidémie (Dorrington et al., 2006). Le nombre total annuel de décès (toutes causes confondues) a augmenté de 87% entre 1997 et 2005 (passant de 316 505 à 591 213) (Statistiques de l'Afrique du Sud, 2005 et 2006), et le sida serait responsable d'au moins 40% de ces décès (Bradshaw et al., 2004 ; Actuarial Society of South Africa, 2005 ; Medical Research Council, 2005 ; Anderson, Phillips, 2006). Les taux accrus de décès ont fait baisser l'espérance de vie à la naissance à 49 ans pour les hommes et à 52,5 pour les femmes en 2006, et ont probablement contribué au déclin du taux de croissance démographique qui est passé de 1,25% en 2001-2002 à un peu plus de 1% en 2005-2006 (Statistiques de l'Afrique du Sud, 2007).

Au **Swaziland**, selon les données préliminaires d'une nouvelle enquête démographique, un adulte sur quatre environ (26%) entre 15 et 49 ans est séropositif au VIH. C'est la plus forte prévalence jamais enregistrée jusqu'ici par une enquête démographique. Les données des consultations prénatales comme celles des enquêtes démographiques ne montrent que peu de différences dans la prévalence du VIH entre les régions, mais une importante différence dans les niveaux d'infection entre hommes et femmes : 20% des hommes adultes ont présenté un test VIH positif par rapport à 31% des femmes (Bureau central de la Statistique du Swaziland, Macro International, 2007).

La prévalence du VIH parmi les femmes qui fréquentent les consultations prénatales reste la plus élevée du monde. Certaines données montrent que beaucoup de jeunes femmes (plus de 60%, selon une étude) s'abstiennent de tout rapport sexuel avant la fin de leur adolescence (Buseh, 2004), mais les niveaux d'infection à VIH croissent rapidement une fois qu'elles sont sexuellement actives. Une femme sur deux (49%) entre 20 et 34 ans fréquentant les consultations prénatales, et entre 25 et 29 ans parmi celles ayant participé à une enquête démographique sur le VIH en 2006, ont présenté un test VIH positif ; parmi les adolescentes enceintes (15 à 19 ans), une sur quatre (26%) était séropositive (Ministère de la Santé et du Bien-être social du Swaziland, 2006 ; Bureau central de la Statistique du Swaziland, Macro International, 2007). Les niveaux d'infection à VIH chez les hommes étaient identiques, mais parmi les hommes plus âgés, 44% de la tranche 30-34 ans et 45% de la tranche 35-39 ans étaient

séropositifs. Une prévalence étonnement élevée a été observée parmi les groupes plus âgés, et environ un quart (28% d'hommes et 24% de femmes) de la tranche 50-54 ans étaient séropositifs (Bureau central de la Statistique du Swaziland, Macro International, 2007).

La sensibilisation et les connaissances en matière de sida ne semblent pas avoir engendré de comportements à moindre risque dans les proportions prévues. Les connaissances liées au VIH sont d'un niveau élevé, et plus de 85% des femmes et 80% des hommes indiquent que la transmission du VIH peut être évitée en utilisant le préservatif et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire non infecté. Un peu plus de la moitié des hommes (56%) et des femmes adultes (57%) qui ont eu des rapports sexuels avec plusieurs partenaires l'année précédente ont indiqué avoir utilisé le préservatif lors de leur dernier rapport sexuel (Bureau central de la Statistique du Swaziland, Macro International, 2007).

La prévalence du VIH dans la plupart des pays d'Afrique australe tend à se stabiliser ou est déjà stable.

Au **Lesotho**, la prévalence du VIH reste élevée. Près d'un adulte sur quatre (23% [21,9%-24,7%]) âgés de 15 à 49 ans vivaient avec le VIH en 2005 (ONUSIDA, 2006), et c'est dans les zones urbaines que les taux d'infection sont les plus élevés. Les femmes représentent environ 57% des personnes vivant avec le VIH, et la prévalence parmi les femmes entre 25 et 29 ans qui fréquentent les consultations prénatales a atteint 38% en 2005. Les données de surveillance du VIH les plus récentes montrent une baisse du niveau d'infection parmi les femmes enceintes jeunes (15-24 ans), de 25% environ en 2003 à 21% en 2005, mais cette baisse apparente pourrait être imputable à l'addition de nouveaux sites de surveillance sentinelle pour la plus récente enquête (Ministère de la Santé et du Bien-être social du Lesotho, 2005).

Les efforts de prévention au **Lesotho** n'ont pas atteint la qualité et l'ampleur nécessaires pour renverser la tendance de l'épidémie. Les connaissances sur le VIH sont faibles. D'après une enquête conduite en 2004, moins d'un jeune marié sur cinq (17,9%) et moins d'un jeune non marié sur trois (26,3%) entre 15 et 24 ans ont fait preuve de connaissances complètes sur le VIH. En outre, une grande partie des jeunes est sexuellement active à un âge très précoce — plus d'un quart des jeunes hommes (27%) et 15% des jeunes femmes ont des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans. Très

peu d'entre eux utilisent le préservatif (7% des jeunes hommes et 4% des jeunes femmes) lors de leur premier rapport sexuel. En 2004, les jeunes hommes ayant des rapports sexuels extra-conjugaux n'utilisaient presque pas le préservatif : 5% seulement des jeunes hommes mariés ou en concubinage ont déclaré avoir utilisé le préservatif lors des rapports sexuels avec leur(s) autre(s) partenaire(s) au cours des 12 derniers mois (Ministère de la Santé et du Bien-être social du Lesotho, ORC Macro, 2004). D'autres études, dont une parmi les détenus de la prison de Quthing, montrent que le préservatif est peu utilisé. Malgré des connaissances relativement satisfaisantes sur le VIH (environ 70% des hommes connaissaient au moins un moyen de prévenir l'infection à VIH), 42% ont déclaré ne pas utiliser le préservatif (Akeke, Mokgatle, Oguntibeju, 2007).

Comme dans d'autres pays de la région, il faut intensifier considérablement la prévention du VIH au sein des couples mariés ou ayant une relation à long terme au **Lesotho**. On estime que 40% environ des couples séropositifs sont « sérodifférents », ce qui signifie que seul l'un des deux partenaires est séropositif (Corno, De Walque, 2007).

Dans l'ensemble, l'épidémie semble s'être stabilisée en **Namibie**, où une femme sur cinq (20%) fréquentant les consultations prénatales était infectée par le VIH en 2006 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, ORC Macro, 2007). Mais le risque de contracter le VIH varie considérablement dans l'immensité de ce pays où la population est disséminée. La prévalence du VIH était inférieure à 10% parmi les femmes enceintes à Gobabis (dans l'est) et à Windhoek (la capitale), mais elle était supérieure à 25% à Engela et à Oshakati (tout au nord) et atteignait 39% à Katima Mulilo, à l'extrême est du pays (Ministère de la Santé et des Services sociaux de Namibie, ORC Macro, 2007). La tendance relativement stable de la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes jeunes (15-24 ans) que l'on observe depuis le milieu des années 1990 et la tendance à la hausse parmi les femmes dans la trentaine suggèrent que les actions de prévention doivent s'intensifier (Ministère de la Santé et des Services sociaux, ORC Macro, 2007).

Les données préliminaires de l'enquête démographique de 2006 montrent que parmi les jeunes (15-24 ans), neuf hommes sexuellement actifs sur 10 (90%) et les trois quarts des femmes (75%) ont déclaré avoir eu des rapports sexuels à « plus haut risque » (c'est-à-dire, des rapports avec un partenaire hors mariage ou concubinage) au cours des 12 mois précédents. La moitié des femmes (48%) et un tiers des hommes (33%) interrogés n'avaient pas toujours utilisé de

préservatif avec ces partenaires (Ministère de la Santé et des Services sociaux de Namibie, ORC Macro, 2007). Selon une autre enquête (conduite dans les villes de Keetmanshoop, Oshakati, Rundu et Walvis Bay), environ un jeune homme sexuellement actif (15–24 ans) sur 10 (11%) et près d'une femme sur trois (29%) chez leurs homologues ont déclaré que leur dernier partenaire sexuel avait au moins 10 ans de plus qu'eux. La prévalence du VIH ayant tendance à être plus élevée parmi les femmes dans la trentaine et parmi les hommes entre 35 et 45 ans, ces jeunes sont exposés à un risque élevé de contracter le VIH (Parker, Connolly, 2007).

La baisse de la prévalence du VIH observée ces dernières années chez les femmes enceintes qui fréquentent les consultations prénatales au **Botswana** (de 36% en 2001 à 32% en 2006) suggère que l'épidémie a atteint son pic et pourrait amorcer un déclin. Sur la base de ces chiffres, et d'autres données sur le VIH (notamment les chiffres de l'enquête démographique conduite récemment sur le VIH), on estime qu'un adulte sur quatre (24% [23,0%–32,0%]) entre 15 et 49 ans au **Botswana** vivait avec le VIH en 2005 (ONUSIDA, 2006). L'épidémie au **Botswana** reste donc très grave.

En 2005, la moitié des femmes enceintes (49,2%) entre 30 et 34 ans, et 45% des femmes entre 25 et 29 ans, qui ont été soumises au test dans les consultations prénatales, se sont révélées séropositives (Seipone, 2006). Les niveaux d'infection chez les femmes enceintes sont variables selon les régions du pays et vont de 21% dans le village de Good Hope au sud à plus de 40% dans la ville de Francistown et dans le village de Tutume (dans le nord-est), et 47% à Selebi-Phikwe (ville minière fortement peuplée de l'est du pays). La prévalence est étonnamment élevée parmi les adolescentes enceintes, dont 18% ont présenté un test positif pour le VIH en 2005. Toutefois, c'est le niveau d'infection le plus faible que l'on a observé chez les femmes enceintes de ce groupe d'âge depuis le début des années 1990, ce qui suggère un déclin possible des nouvelles infections (Ministère de la Santé du Botswana, 2006). Cette interprétation est renforcée par le déclin continu observé chez les jeunes femmes enceintes. Parmi les femmes de 15 à 19 ans fréquentant les consultations prénatales, la prévalence est passée de 25% à 18% entre 2001 et 2006, alors que chez leurs homologues de 20 à 24 ans, elle baissait de 39% à 29% au cours de la même période (Ministère de la Santé du Botswana, 2006).

Les chiffres montrent une tendance à la hausse du recours au préservatif chez les adolescents. En 2001, 81% des hommes non mariés à la fin de leur adolescence (15–19 ans) ont déclaré avoir utilisé le

préservatif lors de leur dernier rapport sexuel, alors qu'ils étaient 95% selon une enquête de 2004 (Bureau central de la Statistique du Botswana, 2001, 2005). Parmi leurs homologues féminines non mariées, les chiffres étaient respectivement de 71% en 2001 et 82% en 2004. Toutefois, des conceptions erronées sur le VIH persistent, et près du tiers (30%) des personnes interrogées au cours d'une enquête en 2004 indiquaient que le VIH peut être contracté par des voies surnaturelles et plus de la moitié (50,5%) pensaient que le virus peut se transmettre par des moustiques. Une personne sur cinq seulement (21%) pensait que les rapports sexuels avec plusieurs partenaires font augmenter les risques d'infection à VIH, mais trois personnes sur quatre savaient que le préservatif peut empêcher la transmission du VIH (National AIDS Coordinating Agency, Bureau central de la Statistique du Botswana, 2005). Ces dernières observations corroborent les chiffres attestant que les rapports sexuels avec des partenaires occasionnels sont toujours très nombreux : un participant sur quatre (23%) à l'enquête démographique et sexuellement actif a déclaré avoir eu des rapports sexuels avec plusieurs partenaires occasionnels au cours des 12 derniers mois (Carter et al., 2007).

Avec un taux national de prévalence du VIH chez l'adulte de 26%, c'est au Swaziland que les enquêtes démographiques nationales ont enregistré le taux le plus élevé dans le monde.

Au moins un tiers des adultes sont supposés connaître leur statut VIH (Weiser et al., 2006). Suite à la mise en œuvre d'un système étendu de conseil et de test VIH avec la possibilité de choisir de ne pas y participer ('opt-out') au **Botswana** en 2003, le nombre de tests VIH a plus que doublé, passant de 61 000 en 2004 à près de 158 000 en 2005, et environ 89% des personnes ciblées ont accepté de se soumettre au test VIH. En 2005, plus des deux tiers (69%) des personnes testées étaient des femmes (Steen et al., 2007). Le pourcentage de femmes enceintes connaissant leur statut VIH a considérablement augmenté et il est passé de 47% en 2003 à 78% en 2004 parmi les femmes qui ont accouché à l'hôpital régional de Francistown (où accouchent presque toutes les femmes de Francistown, ainsi que beaucoup de femmes de la banlieue). La proportion des femmes enceintes qui reçoivent un traitement pour la prévention de la transmission du VIH à leur bébé a aussi augmenté (de 29% à 56%), selon la même étude. Après l'introduction de tests systémati-

ques dans les consultations prénatales en 2005, presque toutes les femmes testées ont eu leurs résultats et les interventions ont atteint les 75% (Creek et al., 2007).

Les données les plus récentes recueillies dans les consultations prénatales de l'**Angola** indiquent que la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes n'a guère évolué entre 2004 et 2005. La prévalence nationale médiane du VIH était estimée à 2,4% en 2004 comme en 2005 (Ministère de la Santé de l'Angola, US Centers for Disease Control and Prevention, 2006). Etant donné que 40% seulement des femmes enceintes accèdent aux services prénatals (qui sont principalement situés dans les zones urbaines ou péri-urbaines), ces chiffres offrent une vue incomplète de l'épidémie de VIH en **Angola**. Néanmoins, les niveaux d'infection à VIH parmi celles qui fréquentaient les consultations prénatales en 2004-2005 allaient de moins de 1% dans la province de Bié (dans le centre du pays) à 2,7% dans la capitale, Luanda ; les niveaux étaient de 4,2% dans la province de Huila (dans le sud) et de 11% dans la province de Cunene (à la frontière de la **Namibie**) (Ministère de la Santé de l'Angola, US Centers for Disease Control and Prevention, 2006). D'autres enquêtes conduites précédemment ont montré une prévalence élevée de 33% parmi les professionnelles du sexe à Luanda (Groupe thématique VIH/sida de l'Angola, 2002) et de 9% parmi les hommes et les femmes mineurs indépendants dans la province de Luanda-Nord (à la frontière du **Congo**) (Ministère de la Santé de l'Angola, US Centers for Disease Control and Prevention, 2006).

Au Mozambique, l'épidémie qui s'était apparemment stabilisée au début des années 2000 croît de nouveau et la prévalence du VIH est en hausse dans toutes les régions du pays.

Dans l'autre pays lusophone de cette sous-région, le **Mozambique**, on estime que 16,1% [12,5%-20,0%] des adultes entre 15 et 49 vivaient avec le VIH en 2005 (ONUSIDA, 2006). Alors qu'elle semblait stabilisée depuis le début des années 2000, l'épidémie se propage de nouveau au **Mozambique** et la prévalence du VIH est en augmentation dans toutes les régions du pays. C'est dans le nord que la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes en consultations prénatales est la plus faible (9% en moyenne en 2004), mais dans les zones du centre et du sud, des prévalences de 20% et davantage ont été relevées, y compris dans la capitale Maputo, et dans les provinces de Gaza, Inhambane,

Manica et Sofala (où elles ont atteint presque 27% en 2004) (Conseil national de lutte contre le VIH/sida, 2006). On ne connaît pas bien les raisons pour lesquelles la prévalence est plus faible dans le nord du pays, mais la circoncision masculine très répandue dans cette région pourrait en être une (voir encadré 'Circoncision masculine et prévention du VIH').

Les niveaux d'infection à VIH qui sont en hausse parmi les jeunes (15-24 ans) suggèrent que les nouvelles infections continuent d'augmenter au **Mozambique** (Conseil national de lutte contre le VIH/sida, 2006). Dans le nord, parmi les jeunes adultes, la prévalence du VIH a doublé (elle a atteint 10%) entre 2000 et 2004, et elle est passée d'environ 12% à 18% dans le sud (Ministère de la Santé du Mozambique, 2005). Néanmoins, certains signes montrent que les activités de prévention parmi les adolescents scolarisés incitent davantage de jeunes à se protéger contre une éventuelle infection à VIH. Au cours de l'un de ces programmes, mis en place dans cinq provinces, le pourcentage des adolescents qui ont déclaré avoir utilisé le préservatif lors de leur premier rapport sexuel a doublé, passant de 36% en 2003 à 60% en 2005 (Tivane et al., 2006).

Les niveaux d'infection moindres que l'on a observés dans les provinces de Cabo Delgado, Nampula et Niassa (toutes dans le nord) et dans celle d'Inhambane, (dans le sud), comparés à d'autres régions, pourraient se maintenir si les efforts de prévention ayant réussi sont intensifiés. Les efforts de prévention pourraient aussi être intensifiés parmi les personnes qui bénéficient du programme élargi de thérapie antirétrovirale du pays. Selon une étude parmi les jeunes qui commencent un traitement antirétroviral, 70% des patients sexuellement actifs avaient eu des rapports non protégés au cours des mois précédant le début du traitement, et un quart seulement des patients (26%) avaient révélé leur statut VIH à leurs partenaires, qui ne connaissaient pas leur propre statut VIH ou dont le statut VIH était négatif (Pearson et al., 2007).

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

En 2005, on estimait la prévalence du VIH chez l'adulte (15-49 ans) à 14% [6,9%-21,4%] (ONUSIDA, 2006). Les résultats d'une étude triangulaire suggèrent que la prévalence pourrait décliner dans certaines

régions du pays, une baisse de la prévalence du VIH s'étant révélée parmi les femmes fréquentant les consultations prénatales dans certaines zones urbaines (où la prévalence moyenne est de 18%, alors qu'elle est de 11% dans les zones rurales) (Ministère de la Santé et de la Population du Malawi, 2005 ; Commission nationale du sida du Malawi, 2007). La prévalence du VIH parmi les femmes qui fréquentent les services prénatals dans la capitale, Lilongwe, est tombée de 27% en 1996 à 17% en 2003, avant de remonter légèrement en 2005 à 19% (Commission nationale du sida du Malawi, 2005 ; Bello, Chipeta, Aberle-Grasse, 2006). Toutefois, des disparités régionales existent dans la propagation du VIH. Les niveaux d'infection sont très élevés dans le sud et atteignent 20%-22% (à Mulanje, Mangochi, Thyolo et Blantyre), alors que dans le nord (8%) et dans le centre (7%), ils sont beaucoup plus faibles (Bureau national de la Statistique, ORC Macro, 2005).

Dans l'ensemble, les jeunes femmes semblent risquer davantage que les jeunes hommes de contracter le VIH. A l'échelle nationale, parmi les jeunes (15-24 ans), les femmes sont généralement plus susceptibles d'être infectées par le VIH que les hommes (prévalence de 9% contre 2%). A l'échelle régionale, des disparités selon le sexe existent également. La prévalence parmi les jeunes femmes dans le nord était plus élevée que chez les jeunes hommes (9% contre 0,7%) tandis que dans les régions du sud et du centre, elle était quatre et trois fois supérieure (3,9% contre 1,2%, et 13,4% contre 3,2%, respectivement) (Bureau national de la Statistique, ORC Macro, 2005).

Il reste encore beaucoup à faire pour intensifier la prévention du VIH au **Malawi**. Les connaissances complètes sur le VIH sont généralement faibles (c'est-à-dire « connaître au moins deux moyens de prévenir l'infection » et « ne pas avoir de conceptions erronées majeures à propos du virus » selon la définition). Une femme adulte sur cinq seulement (22%) et un peu plus d'un homme adulte sur trois (39%) ont fait preuve de ces connaissances lors de l'enquête ; ces proportions étaient identiques chez les jeunes hommes comme chez les jeunes femmes (Bureau national de la Statistique, ORC Macro, 2005). En même temps, la proportion des hommes déclarant avoir des rapports sexuels avec des partenaires occasionnel(le)s, non cohabitant(e)s, a baissé de 33% à 26% en 2003-2004 (ce pourcentage est resté le même chez les femmes), alors que le pourcentage d'hommes ayant déclaré avoir utilisé le préservatif lors de leur dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le), non cohabitant(e), est passé de 39% à 47% (Ministère de la Santé et de la Population du Malawi, 2005b).

Les progrès sont manifestes dans d'autres secteurs. Le nombre de femmes ayant accès aux services de prévention de la transmission mère-enfant du VIH a augmenté entre 2002 et 2005, passant de 5000 à 53 000. Près des trois quarts (72%) des femmes enceintes qui ont présenté un test positif dans les consultations prénatales ont reçu une prophylaxie anti-rétrovirale (Ministère de la Santé et de la Population du Malawi, 2005b).

En Afrique subsaharienne, la consommation de drogues injectables est un facteur de plus en plus important dans les épidémies de VIH de certains pays, notamment en Afrique du Sud, au Kenya, à Maurice et en République-Unie de Tanzanie.

S'il n'y a guère de signes de déclin dans la prévalence du VIH à l'échelle nationale en **Zambie**, l'épidémie semble reculer dans certaines régions du pays. Un peu plus d'un million [1,1 million-1,2 million] de Zambiens vivaient avec le VIH en 2005, ce qui représente environ 17% [15,9%-18,1%] de la population adulte (15-49 ans) (ONUSIDA, 2006).

Les plus récentes données de surveillance dans les consultations prénatales ont montré des niveaux de prévalence du VIH parmi les femmes enceintes plus élevés dans les zones urbaines que dans les zones rurales (25% contre 12%) (Ministère de la Santé de la Zambie, 2005), comme l'avaient montré les estimations précédentes d'une enquête démographique (23% contre 11%) (Bureau central de la Statistique de Zambie, ORC Macro, 2003). La prévalence du VIH est particulièrement élevée dans les villes qui se situent le long des routes principales du pays (telles que Kabwe, Livingstone et Ndola), comparée aux zones rurales plus retirées. On a observé une prévalence du VIH allant jusqu'à 30% parmi les femmes enceintes à Livingstone, mais de moins de 10% à Kasama (dans l'extrême nord), à Macha (dans le sud) et à Mukinge (dans le centre) (Ministère de la Santé de la Zambie, 2005).

La prévalence du VIH a baissé parmi les femmes enceintes de 20 à 24 ans dans les zones urbaines (où elle a chuté de 30% en 1994 à 24% en 2004) ainsi que parmi les femmes enceintes de 15 à 19 ans (de 20% en 1994 à 14% en 2004) (Ministère de la Santé de la Zambie, 2005). Dans certaines communautés, la prévalence du VIH a baissé parmi les femmes les plus éduquées ; dans d'autres, les niveaux d'infection parmi les femmes enceintes ont augmenté (Sandøy et

al., 2006). En outre, certaines enquêtes démographiques font état d'une forte baisse de la prévalence du VIH parmi les jeunes (15–24 ans) entre 1995 et 2003. Parmi les jeunes interrogés dans les zones rurales, en 1995 et en 2003, la prévalence est tombée de 16% à 6,4% chez les femmes et de 5,6% à 3,1% chez les hommes, alors que la prévalence chez leurs pairs en zones urbaines est tombée de 23% à 12% chez les femmes et de 7,5% à 3,2% chez les hommes (Michelo et al., 2006). Des changements de comportements ont été observés parmi les jeunes ayant reçu une éducation supérieure dans les zones urbaines (Michelo, Sandøy, Fylkesnes, 2006), parmi lesquels le recours au préservatif lors de rapports sexuels avec un partenaire occasionnel a considérablement augmenté entre 1995 et 2003 (Sandøy et al., 2007).

D'autres recherches confirment que certains Zambiens adoptent des comportements qui les protègent de l'infection à VIH. Par exemple, la proportion des hommes sexuellement actifs déclarant avoir eu des rapports sexuels avec un(e) partenaire occasionnel(le) lors des 12 derniers mois a baissé de 39% en 1998 à 28% en 2005. Parmi les hommes mariés, la proportion déclarant avoir eu des rapports avec des partenaires occasionnel(le)s pendant l'année a augmenté de 79% à 90% pour la même période. Ces changements n'ont pas été observés chez les femmes (Bureau central de la Statistique de Zambie, 2006). Toutefois, la proportion de jeunes femmes (15–24 ans) en zones urbaines déclarant avoir utilisé le préservatif lors de leur dernier rapport avec un partenaire occasionnel a presque doublé entre 1995 et 2003, passant de 46% à 82%, tandis que le pourcentage de jeunes hommes en zones urbaines déclarant avoir eu plusieurs partenaires occasionnel(le)s pendant l'année écoulée a baissé de 52% à 39% (Sandøy et al., 2007). La peur de la mort associée au sida ainsi que les programmes de prévention semblent avoir incité les jeunes à changer de comportement, ce qui a fait baisser ensuite le risque de contracter l'infection à VIH (Michelo et al., 2006).

Néanmoins, ces changements positifs doivent être comparés à d'autres défis. Par exemple, environ 40% des professionnels de santé interrogés dans cinq hôpitaux zambiens ne pensaient pas que le préservatif soit efficace pour prévenir le VIH. Sur le quart (26%) des professionnels de santé sexuellement actifs déclarant avoir plusieurs partenaires sexuels, plus d'un tiers (37%) n'utilisaient pas de préservatif (Kiragu et al., 2007). De même, dans une étude conduite dans cinq zones rurales, près de la moitié (46%) des jeunes sexuellement actifs ont déclaré ne pas recourir au préservatif (Mwansa, 2006).

La stigmatisation demeure une source de préoccupation. Selon une enquête conduite dans cinq districts, deux tiers des femmes mariées qui commençaient une thérapie antirétrovirale ont déclaré ne pas avoir révélé leur statut VIH à leur mari de peur d'être réprimandées ou abandonnées (Zulu, 2005).

Comme dans beaucoup d'autres pays, on comprend encore mal l'incidence possible des rapports sexuels entre hommes sur l'épidémie de VIH en **Zambie**. Une étude récente a montré de hauts niveaux de comportements sexuels à risque (définis comme « des rapports anaux non protégés ») parmi les hommes interrogés ayant des rapports sexuels avec des hommes. Plus des deux tiers des hommes (68%) ont déclaré avoir eu des rapports anaux non protégés avec des hommes et des femmes, et près des trois quarts (73%) pensaient que le rapport anal comporte moins de risques que le rapport vaginal. Parmi les hommes interrogés, un sur trois (33%) a présenté un test VIH positif (Zulu, Bulawo, Zulu, 2006).

Les épidémies de VIH des nations insulaires d'Afrique australe sont beaucoup plus modestes. Les récentes données recueillies auprès des femmes enceintes fréquentant les services prénatals de **Madagascar** montrent une prévalence nationale du VIH de 0,2%, mais les niveaux d'infection ont atteint 1,1% à Sainte Marie et 0,8% à Morondava. Les mêmes données de surveillance ont révélé de hauts niveaux d'infection par la syphilis parmi les femmes enceintes — 5,1% à l'échelle nationale, et près de 10% à Sainte Marie et Toliara (Ministère de la Santé et du Planning Familial de Madagascar, 2005), suggérant une fréquence élevée des rapports non protégés. Des études précédentes ont montré que le préservatif n'est pas fréquemment utilisé et que les connaissances sur le VIH sont faibles. Un Malgache sur cinq seulement pouvait mentionner deux moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH lors d'une enquête conduite entre 2003 et 2004, et un jeune homme sexuellement actif sur 10 (12%) et une jeune femme sur 20 (5%) ont déclaré avoir utilisé le préservatif lors de leur dernier rapport avec un partenaire occasionnel (Institut national de la Statistique de Madagascar, ORC Macro, 2005). Aucune information n'est disponible sur les consommateurs de drogues injectables et sur les hommes ayant des rapports avec les hommes à **Madagascar**.

L'exposition à du matériel d'injection de drogues non stérile constitue le principal facteur de risque d'infection à VIH dans l'épidémie pour l'instant modeste de **Maurice**, où trois quarts environ des infections à VIH diagnostiquées dans les six premiers mois de 2004 s'étaient produites parmi des consommateurs de

LE DOUBLE DÉFI DE LA TUBERCULOSE ET DU VIH

La tuberculose demeure l'une des causes principales de morbidité et de mortalité chez les personnes vivant avec le VIH. On estime que 8,8 millions de nouveaux cas de tuberculose se sont produits dans le monde en 2005 — dont plus de 80% en Asie et en Afrique subsaharienne. On estime que sur ce chiffre, plus de 600 000 personnes sont co-infectées par le VIH.

Les personnes vivant avec le VIH sont beaucoup plus exposées au risque de développer la tuberculose que les personnes séronégatives (Selwyn et al., 1989 ; Antonucci et al., 1995). En outre, le VIH est responsable de l'incidence élevée de la tuberculose dans de nombreuses régions d'Afrique, et dans certaines parties d'Asie (OMS, 2007). En Afrique australe, la sous-région qui affiche la prévalence du VIH la plus élevée, on estime que 50% à 80% des patients tuberculeux sont aussi séropositifs au VIH (Sharma, Mohan, Kadiravan, 2005 ; Sonnenberg et al., 2005). Au **Swaziland** par exemple, 80% des patients tuberculeux ont présenté un test VIH positif lors de l'enquête sentinelle en 2006, et la tuberculose continue d'être la cause la plus probable de décès des personnes séropositives (Ministère de la Santé et du Bien-être social du Swaziland, 2006). Le VIH est un facteur important dans l'épidémie de tuberculose dans d'autres régions d'Afrique ; en **Ethiopie**, par exemple, on estime qu'un tiers (34%) des 141 000 cas de tuberculose en 2005 ont été observés chez des personnes également infectées par le VIH (Ministère fédéral de la Santé de l'Ethiopie, 2006).

En 2005, en dépit du lourd fardeau que représente le VIH parmi les patients tuberculeux, 7% seulement des patients tuberculeux dans le monde ont subi un test VIH, et 14% seulement du nombre total estimé des cas de tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH ont été détectés (OMS, 2007). Les patients tuberculeux qui sont soumis au test VIH et qui se révèlent séropositifs reçoivent, pour la plupart, un traitement. En 2005, 91% des patients tuberculeux séropositifs au VIH ont accédé au traitement par le cotrimoxazole et 38% à la thérapie antirétrovirale (OMS, 2007). Le manque d'accès au test VIH et au conseil pour les patients atteints de tuberculose représente un obstacle à un meilleur accès au traitement et aux soins en matière de VIH. Toutefois, l'introduction du test VIH et du conseil à l'initiative du prestataire de soins a permis d'accroître considérablement le nombre de patients tuberculeux faisant l'objet d'un test pour le VIH ainsi que le nombre de patients tuberculeux séropositifs au VIH entamant un traitement préventif par le cotrimoxazole et une thérapie antirétrovirale (voir Figure 3).

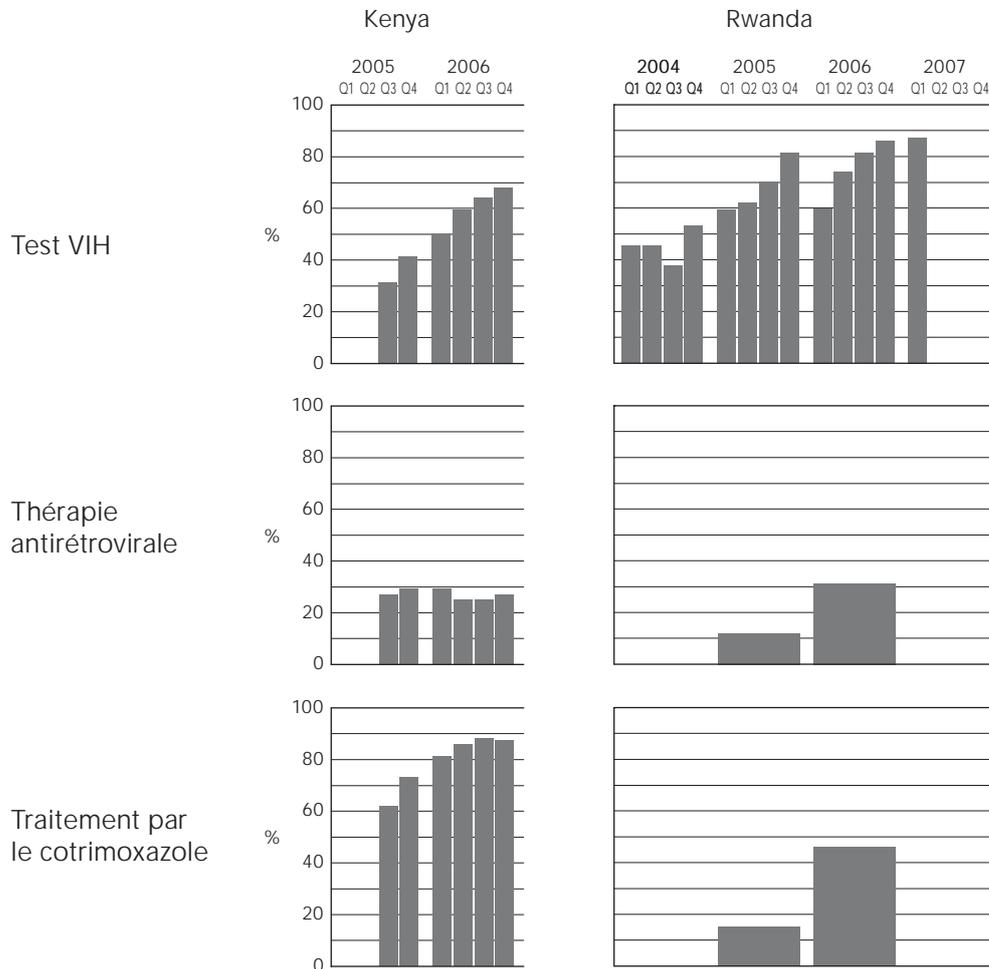
En 2005, moins de 0,5% des personnes vivant avec le VIH ont été soumises au dépistage de la tuberculose dans le monde. Toutefois, dans les pays toujours plus nombreux qui déclarent dépister les symptômes de la tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH en 2005, on a relevé une tuberculose active chez environ 12% des personnes vivant avec le VIH ayant fait l'objet d'un dépistage (OMS, 2007).

L'incidence du VIH, et par conséquent de la tuberculose, est en hausse dans de nombreuses régions du monde, ce qui pèse d'autant plus sur les programmes de lutte contre la tuberculose dont les ressources sont déjà restreintes, et cela contribue au développement et à la propagation de la tuberculose pharmacorésistante. Cette forme de tuberculose, et en particulier la tuberculose ultrarésistante aux médicaments (résistance aux médicaments de première et de deuxième intention) peut se propager rapidement parmi les personnes vivant avec le VIH et entraîner une très forte mortalité — comme en **Afrique du Sud** (Gandhi et al., 2006). Les chiffres sur les cas de tuberculose recueillis par le Département de la Santé de l'**Afrique du Sud** montrent que le taux d'incidence de la tuberculose a augmenté de 169 pour 100 000 personnes en 1998 à 645 pour 100 000 en 2005 (Gouvernement de l'Afrique du Sud, 2007).

Les efforts pour intensifier les activités de collaboration en matière de tuberculose et de VIH ne sont actuellement pas adaptés, et l'on manque souvent les occasions de fournir la prévention et le traitement sauvant des vies pour les deux maladies. En outre, la collecte des données laisse souvent à désirer. Les programmes liés à la tuberculose et au VIH doivent être davantage coordonnés si l'on veut réaliser l'accès universel à la prévention, au traitement et au soutien dans le domaine de la tuberculose et du VIH.

Figure 3

Evolution du test VIH, de la thérapie antirétrovirale et du traitement par le cotrimoxazole le parmi des patients tuberculeux au Kenya et au Rwanda, 2004–2007



Sources : (1) National Tuberculosis Programme, Kenya ; (2) National Tuberculosis Programme, Rwanda.

drogues injectables (Sulliman, Ameerberg, 2004). L'usage de matériel d'injection non stérile paraît courant : 80% des consommateurs de drogues injectables ont déclaré avoir utilisé des aiguilles non stériles au cours des trois mois écoulés, lors d'une enquête d'Evaluation rapide de la situation (Sulliman, Ameerberg, Dhannoo, 2004). Parmi ceux qui ont été soumis au test VIH, 4% se sont révélés positifs. Le pourcentage élevé de professionnelles du sexe (75%) déclarant consommer aussi des drogues injectables, et le taux d'utilisation du préservatif comparativement faible (32% seulement ont déclaré avoir constamment utilisé le préservatif lors des trois derniers mois), sont aussi source de préoccupation. Dans l'ensemble, 13% des professionnelles du sexe interrogées ont présenté un test VIH positif (Sulliman, Ameerberg, Dhannoo, 2004). **Maurice** doit intensifier ses efforts de

prévention parmi les consommateurs de drogues injectables et s'attacher en particulier à ceux qui s'adonnent au commerce du sexe (Dewing et al., 2006).

Afrique de l'Est

Dans la plupart des pays d'Afrique de l'Est, la prévalence du VIH chez l'adulte est stable ou a commencé à baisser légèrement. C'est au **Kenya**, où la prévalence du VIH décroît lentement mais régulièrement et s'accompagne de preuves de modification des comportements, que cette dernière tendance est la plus évidente. Outre les changements de comportements, la mortalité parmi les personnes infectées par le VIH il y a plusieurs années contribue aussi à la baisse de la prévalence.

CIRCONCISION MASCULINE ET PRÉVENTION DU VIH

La circoncision masculine – intervention chirurgicale effectuée sur les jeunes hommes et les nourrissons de sexe masculin dans de nombreuses régions du monde — réduit le risque de transmission hétérosexuelle du VIH chez l'homme. Beaucoup d'études observationnelles conduites ces 20 dernières années ont suggéré une corrélation géographique entre la faible prévalence du VIH et le taux élevé d'hommes circoncis dans certains pays d'Afrique et d'ailleurs. Aujourd'hui, les signes probants révélés par trois essais contrôlés randomisés en Afrique, auxquels ont participé plus de 10 000 hommes de Kisumu au **Kenya** (Bailey et al., 2007) ; du district de Rakai, en **Ouganda** (Gray et al., 2007) ; et à Orange Farm, en **Afrique du Sud** (Auvert et al., 2005) démontrent l'effet partiellement protecteur de la circoncision masculine pour réduire la transmission du VIH de l'homme à la femme de 60% — un événement marquant dans l'histoire de la prévention du VIH.

On estime à 665 millions le nombre d'hommes circoncis (environ 30%) dans le monde, deux tiers desquels sont musulmans (Ecole d'Hygiène et de Médecine tropicale de Londres, OMS, ONUSIDA, 2007). Les déterminants courants de la circoncision masculine sont la religion, l'ethnicité, les avantages perçus en matière de santé et de sexualité, et la conformité aux normes sociales. La circoncision masculine néonatale est courante en **Australie**, au **Canada**, aux **Etats-Unis d'Amérique**, en **Israël** et en **Nouvelle-Zélande** et dans une grande partie du Moyen-Orient, de l'Asie centrale et de l'Afrique de l'Ouest. L'âge médian de la circoncision en Afrique orientale et australe, où elle est moins courante, va de l'enfance à la fin de l'adolescence ou à la vingtaine.

Les taux de circoncision masculine en Afrique subsaharienne sont très variables ; c'est en Afrique de l'Ouest qu'ils sont généralement les plus élevés où, par exemple, on estime que 95% des hommes au **Ghana** (Services statistiques du Ghana, Noguchi Memorial Institute for Medical Research, ORC Macro, 2004) et 93% au **Cameroun** sont circoncis (Institut national de la Statistique du Cameroun, ORC Macro, 2005). En Afrique orientale et australe, en comparaison, ils sont estimés à 25% au **Botswana** (Kebaabetswe et al., 2003) et à 35% en **Afrique du Sud** (Shisana et al., 2005). Des variations existent également entre les groupes ethniques à l'intérieur des pays. Au **Kenya**, par exemple, les taux de circoncision vont de 17% chez les hommes Luo à 100% parmi les Somaliens (Bureau central de la Statistique du Kenya, Ministère de la Santé du Kenya, ORC Macro, 2004).

Une consultation technique OMS/ONUSIDA a débouché sur une série de conclusions et de recommandations sur la circoncision masculine, publiées en mars 2007. Il ressort de ces dernières que l'introduction ou l'intensification de services offrant la circoncision masculine aurait un impact optimal sur la prévention de la transmission du VIH là où le fardeau du VIH est le plus lourd — comme dans les pays hyper-endémiques de l'Afrique subsaharienne, ou dans certaines régions de ces pays qui connaissent une prévalence du VIH élevée et où généralement jusqu'à un tiers des hommes sont circoncis. Certaines données montrent que les hommes prendront probablement davantage de risques après la circoncision à l'âge adulte ; il faudrait par conséquent intégrer la circoncision masculine dans les programmes globaux de prévention du VIH. Dans ces programmes, une part importante doit porter sur le conseil en matière de rapports sexuels à moindre risque, notamment la réduction du nombre de partenaires sexuels et l'usage correct et constant du préservatif masculin et féminin (OMS, ONUSIDA, 2007).

D'après des études de modélisation, la circoncision masculine globale permettrait d'éviter environ 5,7 millions de nouvelles infections à VIH et 3 millions de décès sur 20 ans en Afrique subsaharienne (Williams et al., 2006). Des études de rentabilité en **Afrique du Sud**, au **Swaziland** et en **Zambie** suggèrent que la circoncision masculine pourrait être très rentable, si l'on compare le coût par infection évitée et le coût d'un traitement antirétroviral à vie (Kahn, Marseille, Auvert, 2007 ; Martin et al., 2007 ; The Lancet Infectious Diseases, 2007).

L'**Ouganda** a été le premier pays d'Afrique subsaharienne à enregistrer une baisse de la prévalence nationale du VIH chez l'adulte. L'épidémie y reste néanmoins grave. On estime que 6,7% [5,7%–7,6%] des adultes (15–49 ans) vivaient avec le VIH en 2005 — soit environ 1 million de personnes [850 000–1,2 million] (ONUSIDA, 2006). Les

niveaux d'infection sont très élevés chez les femmes (7,5% comparés à 5,0% chez les hommes) et les résidents des zones urbaines (10,0% par rapport à 5,7% chez les résidents des zones rurales). La prévalence parmi les enfants de moins de cinq ans était de 0,7% (Ministère de la Santé de l'Ouganda, ORC Macro, 2006).

ÉPIDÉMIES LATENTES PARMI LES HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES HOMMES

Le rôle des rapports sexuels entre hommes dans l'épidémie de VIH en Afrique subsaharienne est méconnu ; pourtant, selon certaines études récentes, les rapports sexuels entre hommes pourraient être un facteur important dans plusieurs épidémies de la région, malgré l'hypothèse largement répandue selon laquelle les rapports sexuels entre hommes sont « étrangers » aux sociétés africaines.

Selon une étude, plus de 700 hommes vendraient des rapports sexuels à d'autres hommes à Mombassa au **Kenya** (Geibel et al., 2007), ce qui signifie qu'une part raisonnablement importante d'hommes est prête à payer pour avoir des rapports sexuels avec des hommes (van Griensven, 2007). Plusieurs autres études ont facilement localisé et fait participer des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Selon une étude continue conduite parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes à Kilifi sur le littoral **kenyan** entre Mombassa et Malindi, plus de 38% des 60 participants étaient séropositifs (Sanders et al., 2006). Des niveaux plus faibles d'infection à VIH ont été observés parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dans d'autres régions du **Kenya** (11% parmi les hommes dans les services de test et conseil volontaires) ; à Dakar au **Sénégal** (22%) ; et à Khartoum, au **Soudan** (9%) (Angala et al., 2006 ; Wade et al., 2005 ; Elrasheid, 2006). Dans toutes ces études, la prévalence parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes était supérieure à celle de la population générale.

Comme dans d'autres régions du monde, la plupart des Africains ayant des rapports sexuels avec des hommes semblent avoir aussi des rapports sexuels avec des femmes — deux tiers ou plus, selon certaines études (Onyango-Ouma, Biringi, Geibel, 2005 ; Wade et al., 2005 ; Angala et al., 2006). Lorsque le VIH est introduit dans les réseaux d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, il est susceptible de se transmettre aussi à leurs partenaires féminines (étant donné le faible taux d'utilisation du préservatif entre les partenaires réguliers), et par conséquent, aux nouveau-nés (van Griensven, 2007).

Il est clair qu'il faut approfondir les recherches sur cet aspect des épidémies de VIH en Afrique subsaharienne, ainsi que les efforts de prévention qui s'attachent à empêcher la transmission du VIH parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, et à leurs partenaires féminines. A Dakar, par exemple, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ont déclaré faire face à la stigmatisation et à la violence généralisées (Niang et al., 2003). De même, dans une étude conduite à Nairobi, un homme sur quatre ayant des rapports sexuels avec des hommes avait fait l'objet d'agression ou d'humiliation en public au cours des 12 derniers mois. Une autre recherche a montré que les hommes qui avaient subi des violences physiques ou autres étaient moins susceptibles d'utiliser le préservatif lors de rapports anaux (Onyango-Ouma, Biringi, Geibel, 2005).

La prévalence du VIH a amorcé une baisse significative en 1992 en **Ouganda**, en s'accompagnant de changements importants dans les comportements qui font obstacle à la propagation du VIH (Asamoah-Odei, Garcia-Calleja, Boerma, 2004). Néanmoins, cette tendance semble s'être stabilisée au début des années 2000 et l'on craint aujourd'hui que l'épidémie de VIH ne reparte à la hausse. Si la baisse de la prévalence du VIH relevée parmi les femmes enceintes qui fréquentent les consultations prénatales à Kampala et dans quelques autres zones urbaines semble s'être poursuivie jusqu'à la fin 2005, d'autres sites de surveillance en zones urbaines et la plupart des sites des zones rurales indiquent une stabilisation générale au cours de la présente décennie (Kirungi et al., 2006 ; Shafer et al., 2006). De même, une étude de cohorte dans une zone rurale du sud de l'**Ouganda** suggère que la prévalence et l'incidence du VIH s'étaient stabilisées dès 2000 environ chez les hommes comme chez les

femmes (Shafer et al., 2006). Il importe de noter que dans une population à la croissance aussi rapide que celle de l'Ouganda (qui connaît un taux global de fécondité de 6,7, selon l'Enquête démographique et de santé 2006), un taux stable d'incidence du VIH signifie qu'un nombre croissant de personnes contractent le VIH chaque année (Bureau ougandais de la Statistique, Macro International, 2007).

Cette stabilisation des tendances du VIH se produit en parallèle avec ce qui semble être une augmentation récente des comportements qui favorisent la transmission du VIH. Dans les enquêtes démographiques nationales effectuées en 1995, 2000, 2004-2005, et 2006, des rapports sexuels avec des partenaires occasionnels ont été notifiés par 12%, 14%, 15% et 16% des femmes adultes respectivement et par 29%, 28%, 37% et 36% des hommes adultes respectivement (Kirungi et al 2006 ; Ministère de la Santé de l'Ouganda, ORC Macro, 2006 ; Bureau ougandais de

la Statistique, Macro International Inc., 2007). Dans les mêmes enquêtes, le recours au préservatif lors de ces rapports sexuels a été signalé par 20%, 39%, 47% et 35% des femmes en 1995, 2000, 2004-2005, et 2006 respectivement et par 35%, 59%, 53% et 57% des hommes respectivement, ce qui indique une absence de progrès dans la promotion des rapports sexuels à moindre risque ces dernières années. L'Enquête sur les indicateurs du sida 2004-2005 a également

souligné l'importance de la transmission potentielle au sein des couples (Tanzania Commission for AIDS, National Bureau of Statistics, ORC Macro, 2005). Sur environ 4000 couples soumis au test VIH, 3% avaient présenté un test VIH positif concordant et 5% étaient sérodifférents. Il est urgent de relancer et d'adapter le type d'activités de prévention qui avaient contribué à maîtriser l'épidémie de VIH de l'Ouganda dans les années 1990.

LA CONSOMMATION DE DROGUES INJECTABLES : UN FACTEUR CROISSANT DANS PLUSIEURS ÉPIDÉMIES DE VIH DE L'AFRIQUE SUBSAHARIENNE

Bien que ce phénomène soit relativement récent en Afrique subsaharienne, la consommation de drogues injectables est un facteur de plus en plus important dans plusieurs épidémies de VIH de la région, notamment en **Afrique du Sud**, au **Kenya**, à **Maurice** et en **République-Unie de Tanzanie**. Les recherches montrent qu'un comportement à haut risque comme l'utilisation de matériel d'injection non stérile et les rapports sexuels non protégés sont courants parmi les consommateurs de drogues injectables, et que la prévalence du VIH est élevée. Différentes études montrent que près de la moitié des consommateurs de drogues injectables à Mombassa et à Nairobi (**Kenya**) étaient séropositifs ; ils étaient 26% à Zanzibar et 28% en **Afrique du Sud** (Ndetei, 2004 ; Odek-Ogunde, 2004).

C'est à **Maurice** que la situation est la plus grave, et c'est le seul endroit en Afrique subsaharienne où l'épidémie de VIH s'observe principalement chez les consommateurs de drogues injectables. Étonnamment, la transmission du VIH se produit en premier lieu par les rapports sexuels non protégés mais les schémas de transmission se sont considérablement modifiés depuis 2000 et la plupart des nouvelles infections à VIH constatées sont attribuables à la consommation de drogues injectables (Sulliman, Ameerberg, 2004).

A **Maurice**, près de 80% des consommateurs de drogues injectables interrogés en 2004 par l'évaluation rapide de la situation ont indiqué avoir utilisé du matériel d'injection non stérile lors des trois mois précédents (Sulliman, Ameerberg, Dhannoo, 2004). La même étude indique que trois quarts (75%) des professionnelles du sexe ont déclaré consommer des drogues injectables et un quart d'entre elles seulement ont indiqué (23%) ne jamais avoir utilisé de matériel d'injection non stérile. Sur les professionnelles du sexe aussi consommatrices de drogues injectables qui avaient été testées précédemment, 13% étaient infectées par le VIH et les deux tiers (68%) ont déclaré ne pas avoir utilisé constamment le préservatif au cours des trois derniers mois. Un quart d'entre elles (22%) ont déclaré ne jamais utiliser le préservatif avec les clients, et les trois quarts (77%) ont déclaré ne jamais utiliser le préservatif avec leurs partenaires réguliers (Sulliman, Ameerberg, Dhannoo, 2004).

Au **Kenya**, environ 80% des consommateurs de drogues injectables interrogés à Malindi, à Mombassa et à Nairobi ont déclaré utiliser des aiguilles usagées. Il n'est pas donc surprenant que 50% des consommateurs de drogues injectables se soient révélés séropositifs à Mombassa (Ndetei, 2004). Une autre étude conduite à Nairobi a montré que 53% des consommateurs de drogues injectables étaient séropositifs, deux tiers desquels (67%) ont déclaré être sexuellement actifs (Odek-Ogunde, 2004).

Dans certaines zones urbaines de la **Tanzanie** continentale, la consommation de drogues injectables est aussi devenue un facteur potentiellement important dans l'épidémie de VIH (McCurdy et al., 2005). A Dar es-Salaam, par exemple, 27% des 319 hommes et 58% des 98 femmes consommateurs d'héroïne qui ont participé à l'étude 2005-2006 ont présenté un test VIH positif. Encore une fois, les hauts niveaux de prévalence du VIH reflètent l'association de pratiques d'injection sans respect de l'hygiène et de comportements sexuels à risque. Tous les consommateurs de drogues injectables ont déclaré être sexuellement actifs et 85% des femmes qui s'injectent des drogues ont fait état de rapports sexuels à des fins commerciales. Deux tiers de ces femmes (68%) ont indiqué avoir utilisé constamment le préservatif pendant les rapports sexuels rémunérés, mais l'usage du préservatif semblait moins fréquent avec les partenaires réguliers, puisque près des deux tiers (62%) des hommes

et des femmes consommateurs de drogues injectables qui avaient eu des rapports sexuels au cours de la semaine précédente n'avaient pas utilisé de préservatif (Timpson et al., 2006).

La consommation de drogues injectables est aussi un facteur de risque important dans l'épidémie de VIH d'ampleur moindre à Zanzibar. En 2005, la prévalence du VIH était de 26% parmi les consommateurs de drogues injectables sur les îles d'Unguja et de Pemba, dont la moitié (46%) ont déclaré, des hommes pour la plupart, avoir utilisé du matériel d'injection non stérile (Dahoma et al., 2006). Au total, 17% des consommateurs de drogues injectables étaient aussi affectés par la syphilis, ce qui indique que les rapports non protégés sont courants et que le risque de transmission du VIH à la population en général est plus élevé. Presque toutes les femmes consommatrices de drogues injectables (86%) et 8% des hommes consommateurs de drogues injectables ont déclaré avoir eu des rapports sexuels en échange de drogues.

La consommation de drogues injectables est un phénomène croissant en **Afrique du Sud** également (Plüddemann et al., 2005), où la consommation d'héroïne a augmenté ces dernières années dans les provinces du Gauteng et du Mpumalanga, alors que la tendance semble fluctuer dans la ville portuaire du Cap. Dans une étude qui visait à mesurer le niveau de VIH parmi les consommateurs de drogues injectables arrêtés dans trois villes (Durban, Pretoria et Le Cap), on a observé une prévalence de 20% (Parry, Pithey, 2006), un pourcentage comparable aux niveaux d'infection dans la population générale.

L'ampleur de l'épidémie de sida au **Kenya** est identique à celle de l'**Ouganda**. On estime que 5,1% des adultes (15–49 ans) vivaient avec le VIH en 2006, représentant près d'un million de personnes — une épidémie de grande envergure, malgré des signes d'un déclin lent mais régulier de la prévalence du VIH (Conseil national de lutte contre le sida du Kenya, 2007). La prévalence du VIH chez l'adulte est presque deux fois plus élevée chez les femmes (8,7%) que chez les hommes (4,6%), selon une enquête démographique nationale sur le VIH (Bureau central de la statistique du Kenya, Ministère de la Santé du Kenya, ORC Macro, 2004).

Des changements de comportements au Kenya semblent être à l'origine du recul récent de la prévalence du VIH.

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

Le déclin de la prévalence du VIH au **Kenya** pourrait être lié à un changement des comportements. Les enquêtes démographiques ont montré que la propor-

tion de jeunes non mariés (15–24 ans) déclarant être sexuellement actifs a chuté de 56% à 41% pour les hommes et de 32% à 21% pour les femmes entre 1998 et 2003. En outre, le pourcentage d'adultes (15–49 ans) ayant des partenaires multiples a baissé de près de la moitié pendant la même période. Les personnes ayant plusieurs partenaires étaient aussi plus susceptibles d'avoir utilisé le préservatif lors de leur dernier rapport sexuel à haut risque en 2003, par rapport à 1998 (Conseil national pour la Population et le Développement, Bureau central de la Statistique, Macro International, 1999 ; Bureau central de la Statistique du Kenya, Ministère de la Santé du Kenya, ORC Macro, 2004).

Le commerce du sexe est toujours très présent dans l'épidémie au **Kenya**, et les recherches suggèrent que les projets de prévention qui permettent d'accroître l'utilisation du préservatif pendant les rapports sexuels rémunérés pourraient faire baisser considérablement le nombre de nouvelles infections à VIH dans le pays. Par exemple, on estime que 8000 professionnelles du sexe opèrent le long de la route transafricaine qui relie Mombassa à Kampala (en **Ouganda** voisin). Selon une étude récente, le préservatif est utilisé lors de 77% environ des rapports sexuels rémunérés le long de cette route, où l'on estime à environ 50% la prévalence parmi les professionnelles du sexe, et le nombre annuel d'actes sexuels par femme à 634 (avec 129 partenaires différents par an). Si l'usage du préservatif était de 90%, on pourrait éviter environ 2000–2500 nouvelles infections à VIH par an sur cette portion de route (et l'incidence du VIH baisserait de 1,3% à 0,4%) (Morris, Ferguson, 2006).

En même temps, d'autres recherches ont souligné le besoin de promouvoir des rapports sexuels à moindre risque entre les professionnelles du sexe et leur partenaire régulier. Une étude dans la province de Nyanza a révélé que la plupart des professionnelles du sexe ont un ou plusieurs partenaires réguliers, bon nombre desquels sont mariés à quelqu'un d'autre. Malgré l'usage relativement fréquent du préservatif avec les clients (environ 75%), il n'était pas fréquent avec d'autres partenaires réguliers (moins de 40%) — en dépit du fait que ces derniers sont des partenaires à haut risque qui ont souvent des rapports sexuels non protégés avec des partenaires « réguliers » des professionnelles du sexe, ainsi qu'avec des partenaires occasionnels ou de nouveaux partenaires. Les trois quarts (75%) des hommes étaient mariés (Voeten et al., 2007). Des études précédentes au **Bénin** et au **Ghana** en 2000 et 2004 ont également montré que les partenaires réguliers des professionnelles du sexe pourraient présenter davantage de risque d'infection à VIH que les clients (Lowndes et al., 2000 ; Cote et al., 2004). Une étude au **Ghana**, par exemple, a montré que la prévalence du VIH parmi les petits amis des professionnelles du sexe était de 32% alors qu'elle était de 13% parmi les professionnelles du sexe (Cote et al., 2004).

Le déclin de la prévalence du VIH en Ouganda semble s'être arrêté au début des années 2000 et l'on s'inquiète de ce que l'épidémie pourrait de nouveau gagner du terrain.

Ces conclusions indiquent que les programmes de prévention du VIH pour les professionnelles du sexe devraient promouvoir l'usage du préservatif dans les rapports sexuels tant avec les partenaires réguliers qu'avec les clients (Voeten et al., 2007), et qu'ils devraient encourager les professionnelles du sexe et leurs clients à utiliser le préservatif pendant le rapport anal. Une forte proportion des professionnelles du sexe interrogées à Meru (au **Kenya**) ont déclaré avoir des rapports anaux (41%), et plus d'un quart (27%) de ces femmes ont dit ne jamais avoir utilisé de préservatif pendant ces rapports (Schwandt et al., 2006). Le risque de transmission du VIH pendant les rapports anaux non protégés serait 10 fois plus élevé que pendant les rapports vaginaux (Royce et al., 1997).

Les niveaux d'infection par le VIH ont également baissé en **République-Unie de Tanzanie**, où l'on estime que 6,5% [5,8%–7,2%] des adultes (15–49 ans)

vivaient avec le VIH en 2005, ce taux étant un peu inférieur à celui de plus de 8% observé il y a 10 ans (Somi et al., 2006 ; ONUSIDA, 2006). Des variations importantes dans la prévalence du VIH ont été relevées entre les régions, tant entre Zanzibar et le continent qu'à l'intérieur même de celui-ci. Les derniers chiffres montrent que la prévalence du VIH va de 0,7% sur l'île d'Unguja à 1,4% sur celle de Pemba (Salum et al., 2003) chez les femmes en consultations prénatales à Zanzibar, alors qu'en Tanzanie continentale, elle était de 8,7% parmi les femmes enceintes ayant recouru aux services prénatals en 2003–2004 (Swai et al., 2006).

Sur le continent, une enquête démographique nationale sur le VIH effectuée en 2003–2004 a relevé une prévalence du VIH chez les adultes deux fois supérieure à la moyenne nationale (7%) à Mbeya et à Iringa (>13%), élevée à Dar es-Salaam (11%), la prévalence la plus faible s'observant dans la ville de Kigoma et la région de Manyara (2%) (Commission du sida, Bureau national de la Statistique de Tanzanie, ORC Macro, 2005). Toutefois, l'étude conduite pendant la même période dans les régions rurales reculées de Manyara et de Singida (où la prévalence du VIH est relativement faible, à <2%) a observé des schémas comportementaux qui pourraient faire progresser l'épidémie de VIH. Près de la moitié des hommes interrogés avaient des partenaires multiples et près de 80% des hommes et des femmes n'avaient jamais utilisé le préservatif. Des mesures de prévention efficaces devront être prises pour empêcher la propagation du virus dans ces régions (Yahya-Malima et al., 2007).

Les enquêtes démographiques nationales récentes montrent aussi que les comportements pouvant prévenir la transmission sexuelle du VIH sont en recul dans certaines couches de la société. Entre 1996 et 2004–2005, le pourcentage des hommes mariés déclarant avoir eu des partenaires occasionnel(le)s ces 12 derniers mois est passé de 19% à 22% ; ce pourcentage est passé de 5% à 9% chez les femmes (Bureau national de la Statistique de la Tanzanie, Macro International, 1997 ; Bureau national de la Statistique de la Tanzanie, ORC Macro, 2005). Parmi les jeunes interrogés (15–24 ans) en 2004–2005, 34% des jeunes femmes et 83% des jeunes hommes ont déclaré avoir adopté un comportement sexuel à risque au cours des 12 derniers mois, et 81% des jeunes hommes et 37% des jeunes femmes avaient déclaré des comportements similaires lors de l'enquête nationale 2003–2004. Toutefois, l'enquête 2004–2005 a montré que moins de la moitié (46%) des jeunes hommes ont déclaré avoir utilisé le préservatif lors de leur dernier rapport sexuel à haut risque, tandis que ce pourcentage n'était que d'un tiers (32%) pour les jeunes femmes (42%

dans l'enquête 2003–2004). Une baisse comparable a été enregistrée dans l'utilisation du préservatif lors de rapports sexuels avec des partenaires occasionnels chez les femmes adultes (15–49 ans) en général — passant de 38% à 28% pour la même période. Toutefois, parmi les hommes, tant jeunes qu'adultes, les niveaux de recours au préservatif pendant les rapports sexuels avec des partenaires occasionnel(le)s sont restés stables entre les deux enquêtes. La tendance au mélange d'âges semble être à la baisse. Seules 6% des femmes à la fin de leur adolescence (15–19 ans) ont déclaré, à l'occasion de l'enquête 2004–2005, avoir eu des rapports sexuels extra-conjugaux avec un partenaire de 10 ans leur aîné au cours de l'année écoulée, alors que ce pourcentage était de 9% dans l'enquête 2003–2004 (Bureau national de la Statistique de la Tanzanie, ORC Macro, 2005 ; Commission du sida, Bureau national de la Statistique de la Tanzanie, ORC Macro, 2005).

Outre la baisse de la prévalence de l'infection à VIH observée en Ouganda, la prévalence a baissé au Burundi, en République-Unie de Tanzanie et au Rwanda.

La prévalence nationale du VIH chez l'adulte au **Burundi** a considérablement baissé et elle a chuté de près de 6% à la fin des années 1990 à environ 3,3% [2,7%–3,8%] en 2005 (ONUSIDA, 2006). Toutefois, des données récentes de surveillance du VIH parmi les femmes qui fréquentent les consultations prénatales indiquent que la tendance à la baisse ne s'est pas poursuivie au-delà de 2005, date à laquelle la prévalence du VIH est repartie à la hausse (parfois de façon importante) dans la plupart des sites de surveillance. C'est dans la capitale, Bujumbura, que la prévalence la plus élevée a été observée en 2005, où 18% (alors qu'elle était de 13% en 2004) des adultes et 16% (9% en 2004) des jeunes femmes enceintes (15–24 ans) se sont révélées séropositives, tandis que dans la commune de Butezi et à Ijenda (une zone de la commune de Mugongo-Manga), la prévalence du VIH est de moins de 2% parmi les femmes qui fréquentent les consultations prénatales (Ministère de la Santé publique du Burundi, 2005). Il est trop tôt pour savoir si cette augmentation récente de la prévalence du VIH est passagère ou si elle annonce une tendance à la hausse des niveaux d'infection. Les tendances des niveaux d'infection parmi les femmes enceintes étant irrégulières dans différents sites à travers le pays, il est difficile de savoir si les tendances récentes des nouvelles infections à VIH sont à la hausse ou à la baisse. Le recul de

la prévalence nationale du VIH pourrait être dû en grande partie à la baisse importante de la prévalence du VIH observée jusqu'en 2004 à Bujumbura.

La prévalence nationale du VIH chez l'adulte au **Rwanda** a été estimée à 3,1% [2,7%–3,8%] en 2005 (ONUSIDA, 2006). La surveillance dans les consultations prénatales en 2005 a montré que 4,1% des femmes enceintes étaient séropositives, Kigali enregistrant la prévalence la plus élevée (13%), et qu'elles étaient en moyenne 5% environ dans les autres zones urbaines et un peu plus de 2% dans les zones rurales. Des baisses importantes de la prévalence du VIH ont été observées à Rwamagana (de 13% à 4% entre 1998 et 2005) et à Gikondo, dans la ville de Kigali (14% à 8%) (Ministère de la Santé du Rwanda, 2005). Comme au **Burundi** voisin, c'est vers la fin des années 1990 que les baisses de la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes des zones urbaines du **Rwanda** ont été les plus marquées et les taux d'infection semblent s'être stabilisés depuis (Kayirangwa et al., 2006). A Kigali, par exemple, les trois enquêtes successives sur la prévalence du VIH parmi les femmes qui fréquentaient les consultations prénatales entre 2002 et 2005 ont montré un pourcentage stable (à 13%) (Ministère de la Santé du Rwanda, 2005). Dans les zones rurales, la prévalence du VIH est restée stable, mais à un niveau très inférieur (Kayirangwa et al., 2006). En effet, les niveaux d'infection chez les femmes enceintes vont de 0,2% (dans une consultation rurale) à 18% (dans une consultation de Kigali).

Bien que l'usage du préservatif parmi les jeunes soit toujours peu fréquent, il semble être en augmentation. En 2000, 3% des jeunes femmes interrogées ont déclaré recourir en permanence au préservatif ; ce pourcentage a atteint 15% dans une enquête similaire conduite en 2006. Parmi leurs homologues masculins, l'usage constant du préservatif est passé de 14% en 2000 à 21% en 2006. En outre, une proportion moins importante de jeunes femmes sexuellement actives ont déclaré avoir eu plusieurs partenaires au cours des 12 derniers mois (32% en 2000 contre 22% en 2006), alors que cette proportion a légèrement augmenté chez les jeunes hommes (41% contre 44%) (Centre de traitement et de recherche sur le sida, 2007).

Les chiffres des études démographiques nationales de 2005 ont montré que la prévalence du VIH est plus de trois fois supérieure dans les zones urbaines que dans les zones rurales (7,3% contre 2,2%), les niveaux d'infection atteignant un pic dans la capitale, Kigali, et aux alentours (Institut national de la Statistique du Rwanda, ORC Macro, 2006). Le même schéma s'observe parmi les jeunes (15–24 ans), bien que la

prévalence du VIH soit relativement faible parmi ce groupe, environ 1% à l'échelle nationale (Institut national de la Statistique du Rwanda, ORC Macro, 2006).

L'amélioration récente de la riposte au VIH au Rwanda s'est traduite, entre autres choses, par un élargissement des services de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, services désormais disponibles dans plus de la moitié des dispensaires du pays. Par rapport à 2005, 1,5 fois plus de femmes (636 000) ont accepté de se soumettre au test VIH en 2006 (Ministère de la Santé du Rwanda, 2007). En outre, davantage de partenaires masculins fréquentent les services de prévention de la transmission mère-enfant avec leur femme ou leur compagne. Selon une étude, le pourcentage d'hommes fréquentant ces services est passé de 9% en 2003 à 74% à la fin 2006 (Ngendahimana et al., 2007). Toutefois, malgré une augmentation importante du nombre de préservatifs distribués (Ministère de la Santé du Rwanda, 2007), l'usage constant du préservatif chez les jeunes (Kayitesi et al., 2007) et lors de rapports sexuels rémunérés (Kabeja et al., 2007) reste faible.

Jusqu'à récemment, les connaissances sur l'épidémie de VIH en **Ethiopie** se limitaient aux informations recueillies dans les consultations prénatales que peu de femmes enceintes fréquentent (environ une femme enceinte sur quatre reçoit des soins dans les consultations prénatales) (Bureau central de la Statistique d'Ethiopie, ORC Macro, 2006). D'autres informations recueillies récemment par une enquête démographique nationale et autres enquêtes sur le VIH ont permis d'obtenir une photographie plus complète de la situation. L'enquête démographique et de santé 2005 a estimé que la prévalence nationale du VIH chez l'adulte était de 1,4%, les taux d'infection les plus élevés s'observant dans les régions de Gambela (6%) et d'Addis-Abeba (4,7%) (Bureau central de la Statistique d'Ethiopie, ORC Macro, 2006). Les chiffres des consultations prénatales comme de l'enquête démographique montrent que la prévalence du VIH est au moins cinq fois plus élevée dans les zones urbaines que dans les zones rurales (Ministère fédéral de la Santé, Ethiopie, 2006 ; Bureau central de la Statistique d'Ethiopie, ORC Macro, 2006). En effet, les niveaux d'infection sont très variables, les plus élevés ayant été observés parmi les femmes enceintes dans certains sites de surveillance en 2003 où ils étaient 40 fois supérieurs à ceux observés dans d'autres — la prévalence du VIH allait de 0,5% dans la zone rurale d'Air à 20% dans la zone urbaine de Bahir Dar (Hladik et al., 2006).

Dans l'ensemble, l'épidémie nationale semble être stable, et le nombre d'Ethiopiens qui contractent le VIH (nombre estimé à 350 par jour en 2005) est à peu près identique au nombre de personnes qui décèdent de maladies associées au sida (370 par jour en 2005), selon une récente modélisation. L'épidémie en **Ethiopie** s'est stabilisée dans les zones urbaines en 1996-2000, après quoi les niveaux d'infection à VIH ont baissé lentement, notamment dans certains quartiers de la capitale, Addis-Abeba. Dans les campagnes d'**Ethiopie**, où vit la majorité de la population, l'épidémie est restée relativement stable après avoir connu un pic de prévalence du VIH en 1999-2001 (Ministère fédéral de la Santé de l'Ethiopie, 2006).

Les connaissances sur le VIH et le sida demeurent relativement faibles. Seuls 16% des femmes adultes et 29% des hommes adultes (et respectivement 21% et 33% des femmes et hommes entre 15 et 24 ans) ont pu faire preuve de connaissances complètes sur le sida lors de l'enquête de 2005⁴. Toutefois, peu d'Ethiopiens adultes semblent adopter des comportements sexuels à risque. L'enquête de 2005 a montré que seulement 3% des femmes adultes et 7% des hommes adultes ont déclaré avoir eu des rapports sexuels avec un partenaire non cohabitant au cours de l'année écoulée. Environ une de ces femmes sur quatre (24%) et un de ces hommes sur deux (52%) ont déclaré avoir utilisé le préservatif lors de leur dernier rapport sexuel avec un partenaire occasionnel (Bureau central de la Statistique d'Ethiopie, ORC Macro, 2006).

Au nord de l'**Ethiopie**, en **Erythrée** voisine, la prévalence du VIH parmi les femmes en consultations prénatales était d'environ 2,4% en 2005 comme en 2003. La prévalence la plus élevée du VIH en 2005 a été observée dans les zones urbaines (3% par rapport à 0,9% dans les zones rurales) et elle allait de 7,4% dans la ville portuaire d'Assab tout au sud du pays, à 4,2% dans la capitale, Asmara, et à 3,3% à Massawa, autre ville portuaire (Ministère de la Santé de l'Erythrée, 2006). C'est dans le sud de la région de la Mer Rouge que l'épidémie semble être la plus grave, où environ 6% des femmes qui fréquentaient les consultations prénatales ont présenté un test VIH positif en 2005 (Ministère de la Santé de l'Erythrée, 2006).

En **Somalie**, des enquêtes parmi les femmes qui fréquentent les consultations prénatales ont relevé une prévalence du VIH pouvant atteindre 2,3% à Berbera (OMS, 2005). Les connaissances sur le VIH semblent être très faibles et 8% seulement des jeunes femmes

⁴ Les personnes interrogées savaient que l'usage du préservatif lors de chaque rapport sexuel, ainsi qu'un partenaire unique, non infecté et fidèle, peuvent réduire le risque de contracter le VIH, et elles savaient aussi qu'une personne semblant être en bonne santé pouvait être infectée par le VIH, et rejetaient les deux conceptions erronées les plus courantes sur la transmission du VIH.

(15–24 ans) et 13% des jeunes hommes savaient comment prévenir la transmission du VIH lorsqu'ils ont été interrogés en 2004 (UNICEF, 2004).

Afrique de l'Ouest et Afrique centrale

Dans la plupart des épidémies comparativement moins graves d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale, la prévalence nationale du VIH chez les adultes est restée globalement stable. Toutefois, des signes d'une baisse de la prévalence du VIH sont apparents dans un nombre croissant de pays (notamment en **Côte d'Ivoire**, au **Mali** et dans les zones urbaines du **Burkina Faso**). Les données montrent également que les rapports rémunérés non protégés sont toujours prédominants dans la plupart des épidémies de la région. Malheureusement, dans plusieurs pays (notamment au **Cameroun**, au **Libéria**, en **République centrafricaine** et en **Sierra Leone**), l'inadéquation ou le caractère récent de la surveillance du VIH ne permettent pas d'évaluer précisément les tendances de l'épidémie à ce stade. Dans d'autres (notamment au **Gabon**, en **République démocratique du Congo** et au **Togo**), l'amélioration des activités de surveillance du VIH permettent à ces pays de connaître plus précisément leur épidémie.

Les épidémies en Afrique de l'Ouest sont stables dans l'ensemble, à l'exception du Burkina Faso, de la Côte d'Ivoire et du Mali, où la prévalence du VIH est en baisse.

C'est toujours le **Nigéria** qui connaît la plus forte épidémie de cette sous-région. Bien que le pourcentage des adultes infectés par le VIH (estimé à 3,9% [2,3%–5,6%] en 2005) soit inférieur à celui de la plupart des autres pays d'Afrique subsaharienne (notamment en Afrique de l'Est et en Afrique australe), la forte densité de population fait que près de 3 millions [1,7 million–4,2 millions] de Nigériens vivaient avec le VIH en 2005, et c'est le deuxième chiffre le plus élevé dans le monde après l'Afrique du Sud (ONUSIDA, 2006). La prévalence nationale du VIH parmi les femmes en consultations prénatales au **Nigéria** semble stable, mais on note de grandes variations entre les différentes régions et Etats (Utulu, Lawoyin, 2007). Au niveau des Etats, la prévalence du VIH chez les femmes enceintes, par exemple, varie de 1,6% pour Ekiti (à l'ouest) à 8% pour Akwa Ibom (au sud) et à 10% pour Benue dans le sud-est (Ministère fédéral de la Santé du Nigéria, 2006).

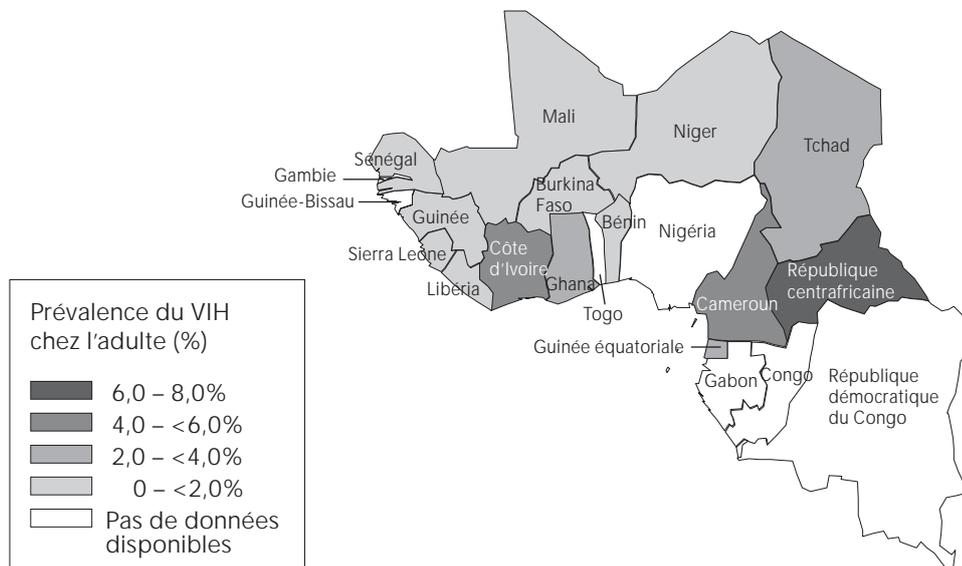
Au **Bénin** voisin, des enquêtes sentinelles chez les femmes enceintes fréquentant les consultations prénatales suggèrent une épidémie nationale relativement stable, la prévalence du VIH se situant autour de 2% depuis 2003. Il n'y a que dans la région de Bourgoou que la prévalence du VIH a baissé de façon importante entre 2003 et 2006. Toutefois, dans un nombre limité de sites urbains où des données sont collectées depuis 2001, la prévalence du VIH a légèrement baissé entre 2001 et 2006 (de 4,1% à 3,8%) (Ministère de la Santé du Bénin, 2006). Selon l'Enquête démographique et de santé 2006, 1,2% des adultes étaient infectés par le VIH à l'échelle nationale, la prévalence chez les femmes (1,5%) étant presque deux fois supérieure à celle des hommes (0,8%) (Institut national de la Statistique et de l'Analyse économique, ORC Macro, 2007).

La prévalence du VIH au **Togo**, à l'ouest du **Bénin**, figure parmi les plus élevées d'Afrique de l'Ouest : la prévalence parmi les femmes enceintes soumises au test VIH dans les consultations prénatales en 2006 était de 4,2%, ce qui représente une légère baisse des niveaux d'infection sur le plan national. (En 2003, 4,8% des femmes en consultations prénatales s'étaient révélées séropositives ; ce pourcentage a baissé à 4,6% en 2004.) Cette tendance, associée au déclin plus prononcé que l'on observe dans les régions Maritime, des Plateaux et de la Savane, suggèrent que l'épidémie au **Togo** aurait atteint un pic vers 2003. La dernière enquête dans les consultations prénatales montre que les niveaux d'infection les plus élevés s'observent dans la capitale, Lomé, et ses alentours, et à Sotouboua, où plus de 8% des femmes enceintes ont présenté un test VIH positif. La prévalence varie aussi considérablement dans ce petit pays, et était de moins de 2% dans la région de la Savane (Ministère de la Santé du Togo, 2006, 2007).

L'épidémie de VIH poursuit son déclin dans les zones urbaines du **Burkina Faso**. Environ 2% [1,5%–2,5%] d'adultes vivaient avec le VIH en 2005 (ONUSIDA, 2006). Parmi les femmes enceintes jeunes qui fréquentent les consultations prénatales des zones urbaines, la prévalence du VIH a chuté de moitié entre 2001 et 2003 (passant à un peu moins de 2%), ce qui indique un ralentissement possible de l'épidémie (Présidence du Faso, 2005 ; Institut national de la Statistique et de la Démographie, ORC Macro, 2004). La mortalité des personnes infectées il y a plusieurs années contribue à faire baisser la prévalence du VIH. Toutefois, la prévalence est toujours élevée dans les villes de Bobo Dioulasso, Ouagadougou et Ouahigouya — où 3,8%, 5,4% et 3,6%, respectivement, des femmes adultes (âgées de 15 à 49 ans) qui fréquentaient les consultations prénatales ont présenté un test VIH positif lors du

Figure 4

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



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

cycle de surveillance sentinelle 2005 (Ministère de la Santé du Burkina Faso, 2006).

Les données les plus récentes pour le **Mali**, recueillies au cours d'une Enquête démographique et de santé en 2006, font aussi état d'un recul possible de l'épidémie. La prévalence nationale du VIH chez l'adulte y est estimée à 1,2%. Comme partout en Afrique subsaharienne, les femmes étaient plus susceptibles d'être infectées que les hommes : la prévalence chez les femmes adultes était de 1,4% contre 0,9% chez les hommes (Ministère de la Santé du Mali, ORC Macro, 2007). Les niveaux d'infection sont inférieurs aux chiffres enregistrés lors d'une enquête analogue en 2001, qui avait estimé la prévalence nationale du VIH chez l'adulte à 1,7% (2% parmi les femmes et 1,3% parmi les hommes) (Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé et al., 2002). Ici

encore, la mortalité pourrait contribuer au déclin de la prévalence. Parmi les femmes enceintes qui fréquentent les consultations prénatales, la prévalence était de 3,4% en 2005, soit analogue à celle relevée les années précédentes (Ministère de la Santé du Mali, 2005).

Les rapports sexuels non protégés semblent être le facteur principal de l'épidémie au **Mali**. Parmi les professionnelles du sexe, les niveaux d'infection demeurent élevés : plus d'une professionnelle du sexe sur trois (35%) ayant participé aux enquêtes de 2006 était séropositive — soit un taux supérieur à la prévalence de 29% et de 32% observée en 2000 et en 2003, respectivement. La prévalence était de 50% parmi les femmes qui vendaient des rapports sexuels depuis plus de six ans, et 58% parmi celles de plus de 40 ans. Presque toutes les femmes (95%) ont déclaré avoir utilisé le préservatif lors de leur dernier rapport avec un

SIGNES DE CHANGEMENTS VERS DES COMPORTEMENTS À MOINDRE RISQUE

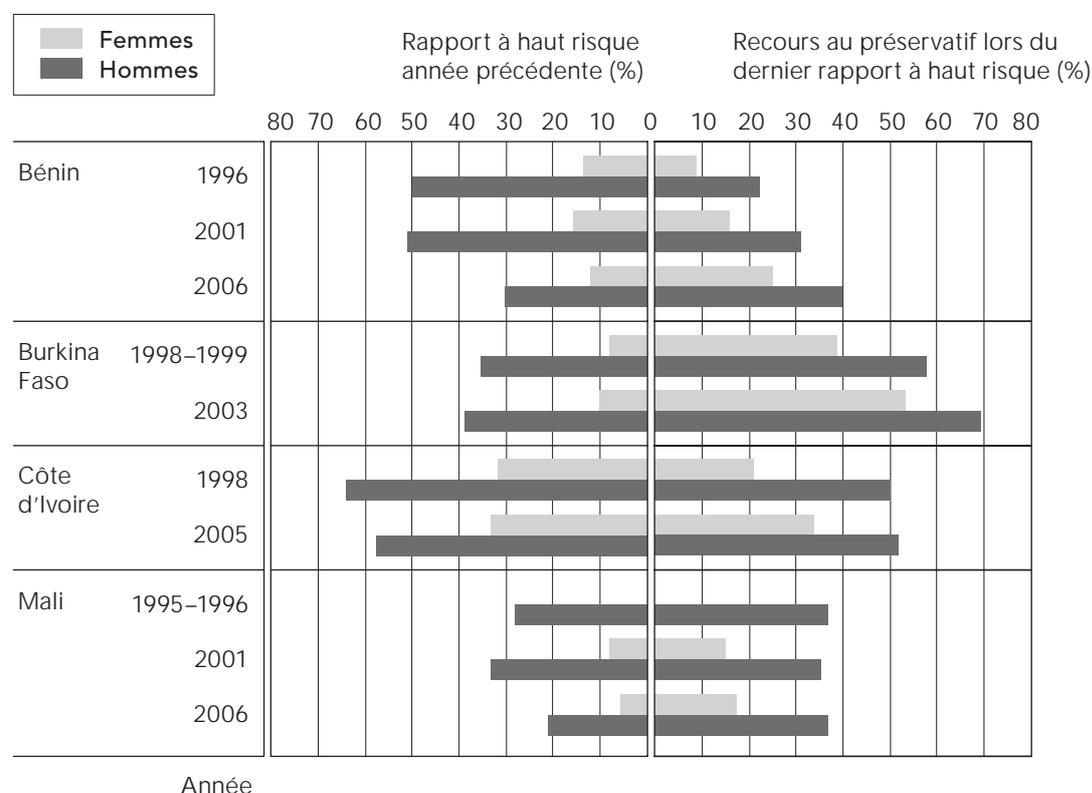
Plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest montrent des signes de changements de comportements qui peuvent limiter la propagation du VIH, comme l'illustre la Figure 5. Au **Burkina Faso** et en **Côte d'Ivoire**, par exemple, le recours au préservatif pendant les rapports sexuels avec un partenaire occasionnel a considérablement augmenté chez les femmes — de 39% à 53% entre 1998–1999 et 2003, et de 21% à 34% entre 1998 et 2005, respectivement. En même temps, au **Bénin** et au **Mali**, le nombre d'hommes ayant des rapports sexuels avec un(e) partenaire occasionnel(le) a baissé. Cette proportion est tombée de 50% en 1996 à 30% en 2006 au **Bénin**, et de 28% en 1995–1996 à 21% en 2006 au **Mali**. En outre, au **Bénin**, les femmes et les hommes qui avaient des rapports sexuels avec des partenaires occasionnels étaient plus susceptibles d'utiliser le préservatif. Le recours au préservatif lors de rapports sexuels à plus haut risque est passé de 9% à 25% chez les femmes et de 22% à 40% chez les hommes entre 1996 et 2006.

client ; en revanche, la moitié d'entre elles seulement (51%) l'avaient utilisé lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire régulier. Enfin, 6% des professionnelles du sexe itinérantes étaient séropositives, tout comme 2,5% des chauffeurs routiers qui ont participé à l'enquête (Ministère de la Santé du Mali, 2006).

L'épidémie s'est propagée de manière inégale à travers le **Ghana** et la prévalence du VIH chez les femmes enceintes qui fréquentent les consultations prénatales va de 1,3% dans la région du nord à 4,9% dans la région de l'est. La prévalence parmi les femmes enceintes est de 3,4% dans l'agglomération d'Accra (Ministère de la

Figure 5

Tendances comportementales dans des pays choisis de l'Afrique de l'Ouest, 1995–2006



Sources : (Bénin) Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique ; et ORC Macro, rapports DHS 1996, 2001 et 2006. (Burkina Faso) Institut National de la Statistique et de la Démographie, et ORC Macro, rapports DHS 1998–1999 et 2003. (Côte d'Ivoire) Institut National de la Statistique ; et ORC Macro, rapports DHS 1998–1999 et 2006. (Mali) Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé, Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique ; et ORC Macro, rapports DHS 1995–1996, 2002 et 2007.

Santé du Ghana, 2007). Les tendances de l'infection à VIH sont manifestement variables au **Ghana** où, en 2006, on estimait que 2,2% des adultes vivaient avec le VIH (Programme national de lutte contre le sida du Ghana, 2007). La prévalence médiane du VIH parmi les femmes enceintes qui fréquentaient les consultations prénatales au **Ghana** allait de 2,4% à 4,1% entre 2000 et 2006 (voir Figure 6), à l'exception principalement d'Adabraka et de Cape Coast, où un recul important de la prévalence du VIH a été enregistré parmi les femmes en consultations prénatales entre 2003 et 2006. Toutefois, dans les sites de surveillance sentinelle du pays qui fournissent constamment des données, la prévalence du VIH s'est maintenue à environ 3,4% entre 2001 et 2006 (Ministère de la Santé du Ghana, 2007).

Les rapports sexuels non protégés sont toujours la cause majeure de la transmission du VIH dans la plupart des régions de l'Afrique de l'Ouest et de l'Afrique centrale.

L'absence de recul de la prévalence pourrait s'expliquer par les tendances de l'infection à VIH parmi les jeunes, principalement dans les zones urbaines. Les femmes entre 15 et 24 ans représentaient près du tiers (30%) de toutes les infections à VIH enregistrées par l'enquête dans les consultations prénatales en 2006, et la prévalence du VIH pour cette tranche d'âge est passée de 1,9% en 2005 à 2,5% en 2006. Cela pourrait indiquer une hausse de l'incidence du VIH, puisque les infections observées dans ce groupe sont probablement assez récentes. Ces chiffres montrent qu'il faut intensifier les efforts de prévention destinés aux jeunes Ghanéens en particulier (Ministère de la Santé Ghana, 2007).

En **Côte d'Ivoire**, la dernière Enquête démographique et de santé a estimé la prévalence nationale du VIH chez l'adulte à 4,7% (Institut national de la Statistique, Ministère de la Lutte contre le sida de Côte d'Ivoire, ORC Macro, 2006), ce qui est inférieur aux précédentes estimations qui se fondaient principalement sur les données collectées dans les consultations prénatales dans les capitales provinciales ou de district. La surveillance du VIH parmi les femmes enceintes suggère que la prévalence est en baisse, tout au moins dans les zones urbaines, où elle a chuté de 10% en 2001 à 6,9% en 2005 (Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique de Côte d'Ivoire et al., 2007). Comme au **Burkina Faso** et au **Mali**, la mortalité des personnes infectées quelques années auparavant contribue aussi au recul de la prévalence du VIH.

C'est à Abidjan que la prévalence du VIH est la plus élevée, ainsi que dans le sud et le centre-est du pays où entre 5,5% et 6,1% des adultes (15–49 ans) sont séropositifs. Dans les zones rurales comme dans les zones urbaines, la prévalence est plus de deux fois supérieure chez les femmes (6,4%) que chez les hommes (2,9%). Parmi les femmes âgées de 30 à 34 ans, la prévalence du VIH s'élevait à 15% (Institut national de la Statistique et Ministère de la Lutte contre le sida de Côte d'Ivoire, ORC Macro, 2006).

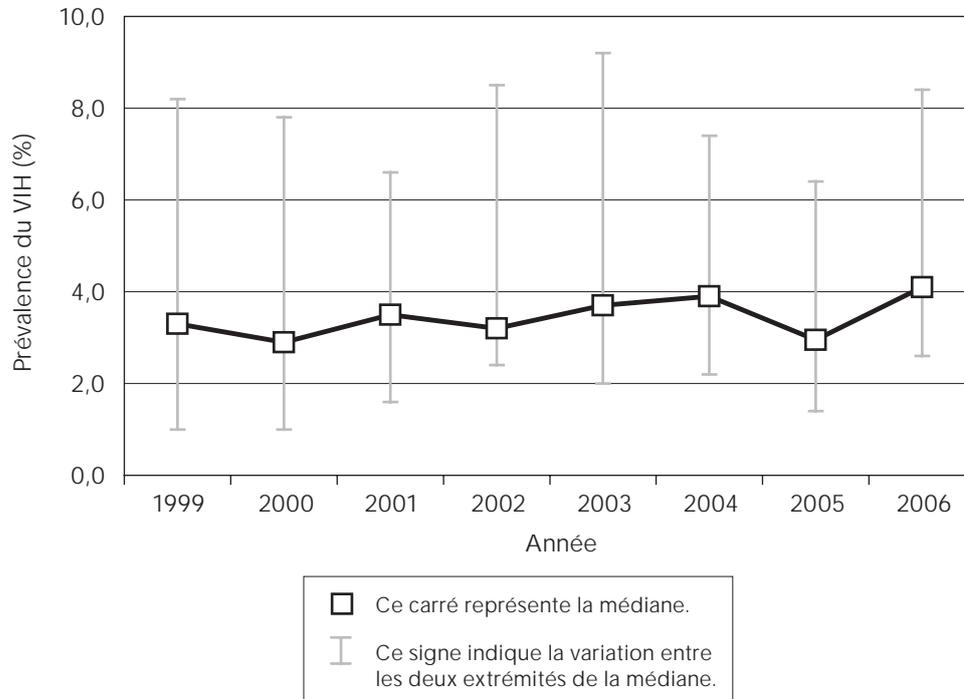
Dans plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest, des changements de comportements pouvant limiter la propagation ont été observés, notamment au Bénin, au Burkina Faso, en Côte d'Ivoire et au Mali.

Au **Sénégal**, la prévalence nationale du VIH chez l'adulte est restée stable et elle était de 0,9% [0,4%–1,5%] en 2005 (ONUSIDA, 2006). Toutefois, une enquête démographique a enregistré des niveaux d'infection de 2% et de 2,2% chez les adultes soumis au test VIH dans les régions de Kolda et de Ziguinchor, respectivement, dans le sud-ouest du pays (Ndiaye, Ayad, 2006). C'est là également que la transmission du VIH serait due en grande partie aux rapports sexuels rémunérés non protégés : à Ziguinchor, par exemple, une prévalence du VIH atteignant 30% a été relevée parmi les professionnelles du sexe (Gomes do Espirito Santo et al., 2005).

En **Gambie**, on a observé des tendances épidémiques divergentes entre le VIH-1 et le VIH-2. Selon une recherche conduite pendant 16 ans sur des patients en consultations, la prévalence du VIH-1 est passée de 4,2% en 1988–1991 à 18% en 2001–2003, tandis que la prévalence du VIH-2 baissait de 7% à 4% au cours de la même période. Aucune tendance apparente d'infection double à VIH-1 et VIH-2 n'a été observée chez les patients, et la prévalence est restée d'environ 1% au cours de la même période (van der Loeff et al., 2006). Les tendances divergentes peuvent s'expliquer par le faible taux de transmission du VIH-2, que l'on estime à environ un tiers du VIH-1 (Gilbert et al., 2003). Il n'y a pas de chiffres récents sur le VIH à l'échelle nationale, mais la prévalence du VIH-1 parmi les femmes enceintes en **Gambie** a également augmenté de 0,7% à 1,0% entre 1994 et 2000, alors que la prévalence du VIH-2 baissait de 1,0% à 0,8% au cours de la même période (van der Loeff et al., 2003).

Figure 6

Prévalence du VIH parmi les femmes enceintes (15–49 ans) qui fréquentaient les consultations prénatales dans les sites de surveillance permanente au Ghana, 1999–2006



Sources : Rapports de surveillance sentinelle, 1999–2006 (1) Programme national de lutte contre le sida et les IST (2) Service de santé du Ghana.

La prévalence nationale chez l'adulte en **Guinée** est légèrement plus élevée qu'au **Sénégal** voisin, et elle était estimée à 1,5% [1,2%–1,8%] en 2005 (ONUSIDA, 2006). Les niveaux d'infection varient peu selon les régions du pays et semblent avoir atteint un pic de 2,1% dans la capitale, Conakry, selon une enquête démographique nationale effectuée en 2005 (Direction nationale de la Statistique, ORC Macro, 2006). Toutefois, le système de surveillance du VIH est faible, et les sites permanents ne fournissent pas suffisamment de données pour pouvoir évaluer les tendances récentes de l'épidémie.

Au **Libéria**, les résultats préliminaires de l'Enquête démographique et de santé 2007 montrent une prévalence nationale du VIH chez l'adulte (15–49 ans) de 1,5%, avec des niveaux d'infection qui varient de 2,5% dans les zones urbaines à 0,8% dans les zones rurales. C'est dans la région de Monrovia que la prévalence chez l'adulte est la plus élevée, soit de 2,6% (Institut de la Statistique et Services de géo-information du Libéria, Macro International, 2007). La surveillance sentinelle parmi les femmes qui fréquentaient les consultations prénatales dans les zones urbaines a montré une prévalence moyenne du VIH de 5,7% en 2006. Le niveau élevé d'infection parmi les jeunes

femmes enceintes (15–24 ans), soit de 5,7%, suggère que l'épidémie dans les zones urbaines du pays est toujours en augmentation (Ministère de la Santé et du Bien-être social du Libéria, 2007). Toutefois, la surveillance formelle du VIH n'a commencé que récemment et ne permet pas encore d'évaluer les tendances récentes de l'épidémie au Libéria. Malheureusement, les schémas comportementaux actuels semblent favoriser la propagation de l'épidémie. Une femme sexuellement active sur trois (33%) et un homme sexuellement actif sur deux (52%) avaient eu un rapport sexuel avec un partenaire occasionnel au cours de l'année précédente, parmi lesquels une femme sur sept (14%) et un homme sur deux (25%) seulement avaient utilisé le préservatif lors de ces rapports sexuels (Institut de la Statistique et Services de géo-information du Libéria, Macro International, 2007).

En **Sierra Leone**, le deuxième cycle de surveillance sentinelle à l'échelle nationale a montré une prévalence du VIH de 4,1% chez les femmes enceintes qui fréquentaient les consultations prénatales (principalement urbaines) en 2006. L'épidémie est variable selon les régions, et les niveaux d'infection vont de 2% à Kenema et à Mattru Jong à plus de 8% à Makeni et à Pujehun. Si on les compare à la prévalence du VIH

de 3% relevée parmi les femmes enceintes lors d'une enquête analogue en 2003, ces dernières données suggèrent que l'épidémie de **Sierra Leone** pourrait être en expansion (Ministère de la Santé et de l'Assainissement de la Sierra Leone, 2007). Une enquête démographique de 2005 a relevé une prévalence nationale du VIH de 1,5% chez les adultes (Secrétariat national du sida, Nimba Research Consultancy, 2005).

Au **Tchad**, une enquête nationale sur le VIH a révélé que 3,3% des adultes vivaient avec le VIH en 2005. L'épidémie semble surtout concentrée dans les zones urbaines où la prévalence moyenne du VIH était de 7%, soit plus de trois fois supérieure à celle des zones rurales. C'est à N'Djamena, dans la capitale, que la prévalence du VIH est la plus élevée, où 8,3% des participants à l'enquête se sont révélés séropositifs, et dans la région du Logone Occidental, où la prévalence était de 6,4%. L'épidémie est influencée par des changements dans les comportements à risque, les situations de conflit et les migrations importantes à l'intérieur comme à l'extérieur du pays (Institut national de la Statistique, des Etudes économiques et démographiques, Programme national de Lutte contre le sida, 2006). La prévalence du VIH est considérablement plus faible au **Niger** voisin, où une Enquête démographique et de santé a estimé en 2006 que 0,7% des adultes étaient infectés par le VIH. C'est dans les régions d'Agadez et de Diffa que la prévalence était la plus élevée, soit 1,6% et 1,7%, respectivement (Institut national de la Statistique, Macro International Inc., 2007).

Afrique centrale

Le **Cameroun** connaît l'une des épidémies les plus importantes de cette sous-région, où près de 500 000 [460 000-560 000] adultes vivaient avec le VIH en 2005. La prévalence nationale du VIH était estimée à 5,4% [4,9%-5,9%] en 2005 (ONUSIDA, 2006). Une enquête démographique nationale effectuée en 2004 a révélé d'importantes variations dans la prévalence, de 1,7% dans le nord et 2,0% dans l'extrême nord, jusqu'à des niveaux considérablement plus élevés d'infection dans la capitale Yaoundé (8,3%) et dans les provinces du sud-ouest (8%), de l'est (8,6%) et du nord-ouest (8,7%) (Institut national de la Statistique, ORC Macro, 2005).

La prévalence du VIH est plus élevée chez les femmes, en particulier dans les zones urbaines. L'Enquête démographique et de santé a révélé que plus de 8% des femmes en zones urbaines (15-49 ans) étaient séropo-

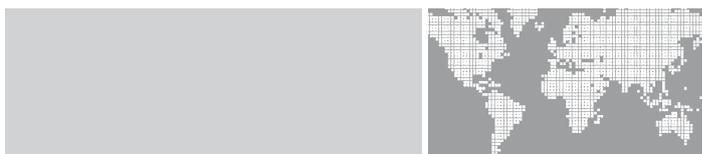
sitives en 2004, soit un niveau deux fois supérieur au niveau d'infection observé chez les hommes en zones urbaines. Dans l'ensemble, pour 100 hommes infectés par le VIH, il y a 170 femmes infectées. Parmi les jeunes femmes, la prévalence du VIH a été multipliée par sept chez les 15-17 ans et les 23-24 ans, passant de 1,6% à 11,8% (Institut national de la Statistique du Cameroun, ORC Macro, 2005). Il n'y a pas eu d'étude de surveillance parmi les femmes enceintes ces dernières années, ce qui rend difficile l'évaluation des tendances de l'épidémie.

En **République démocratique du Congo**, on estime qu'au moins 1 million [560 000-1,5 million] de personnes vivaient avec le VIH en 2005. La prévalence nationale du VIH chez l'adulte était estimée à 3,2% [1,8%-4,9%] pour la même année (ONUSIDA, 2006). Les conflits armés et la mauvaise infrastructure dans les transports font que certaines régions de ce vaste pays demeurent relativement isolées ; il y a donc des tendances variables dans les niveaux d'infection à VIH entre les différentes régions. La prévalence du VIH parmi les femmes en consultations prénatales est restée relativement stable dans la capitale, Kinshasa (entre 3,8% en 1995 et 4,2% en 2005), mais elle a augmenté dans la deuxième ville du pays, Lubumbashi (de 4,7% à 6,6% entre 1997 et 2005), ainsi qu'à Mikalayi (de 0,6% à 2,2% entre 1999 et 2005) (Kayembe et al., 2007). La prévalence est également élevée dans les villes de Matadi, Kisangani et Mbandaka (où 6% des femmes fréquentant les services prénatals étaient séropositives en 2005), ainsi qu'à Tshikapa (où la prévalence était de 8%) (Programme national de Lutte contre le sida, 2005).

Les rapports sexuels rémunérés non protégés sont un facteur important dans l'épidémie de la **République démocratique du Congo**. Environ 12% des professionnelles du sexe interrogées dans cinq villes en 2005 étaient séropositives, malgré les niveaux très variables de l'infection — allant de 1,4% à Kikwit à 16% à Goma et à 18% à Kananga (Ministère de la Santé de la République démocratique du Congo, 2006). Une étude précédente conduite à Kinshasa en 2003 a enregistré une prévalence du VIH de 14% parmi les professionnelles du sexe (Mpanya et al., 2004).

La prévalence nationale du VIH chez l'adulte en **République centrafricaine** figure parmi les plus élevées de l'Afrique de l'Ouest et de l'Afrique centrale et a été estimée à 6,2% par une enquête démographique nationale en 2006 (Ministère de l'Economie, du Plan et de la Coopération internationale de la République centrafricaine, 2007). A l'échelle nationale,

la prévalence parmi les femmes était presque deux fois supérieure à celle des hommes (7,8% par rapport à 4,3%) et on relève d'importantes variations régionales dans la prévalence du VIH. La prévalence du VIH a atteint 11% à Bamingui-Bangoran (dans le nord) et 14% à Haut-Mbomou (dans l'est), alors qu'elle est d'environ 3% ou inférieure à Basse-Kotto (dans le sud), à Nana-Mambéré et à Ouham-Pendé (ces deux villes étant dans l'ouest) (Ministère de l'Economie, du Plan et de la Coopération internationale de la République centrafricaine, 2007).



BIBLIOGRAPHIE

AFRIQUE SUBSAHARIENNE

- Actuarial Society of South Africa (2005). *ASSA 2003 AIDS and demographic model*. Cape Town.
- Akeke VA, Mokgatle M, Oguntibeju OO (2007). Assessment of knowledge and attitudes about HIV/AIDS among inmates of Quthing Prison, Lesotho. *West Indian Medical Journal*, 56(1):48–54.
- Anderson BA, Phillips HE (2006). *Adult mortality (age 15–64) based on death notification data in South Africa: 1997–2004*. Report No. 03–09–05. Pretoria, Statistics South Africa.
- Angala P et al (2006). *Men who have sex with men (MSM) as presented in VCT data in Kenya*. Abstract MOPE0581. XVIème Conférence internationale sur le sida. 13–18 août, Toronto (disponible sur <http://www.iasociety.org/Default.aspx?pageId=11&abstractId=2196877>).
- Antonucci G et al (1995). Risk factors for tuberculosis in HIV-infected persons: A prospective cohort study. *JAMA: the Journal of the American Medical Association*, 274(2):143–148.
- Asamoah-Odei E, Garcia-Calleja JM, Boerma T (2004). HIV prevalence and trends in sub-Saharan: no decline and large subregional differences. *Lancet*, 364:35–40.
- Auvert B et al (2005). Randomised, controlled intervention trial of male circumcision for reduction of HIV infection risk: the ANRS 1265 trial. *PLoS Medicine*, 2(11):2298.
- Bailey C et al (2007). Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: a randomised controlled trial. *Lancet*, 369:643–656.
- Barnighausen T et al (2007). *High HIV incidence despite HIV prevalence in rural South Africa: findings from a prospective population-based study*. Abstract 737. Troisième Conférence internationale sur le sida. Durban.
- Bello GA, Chipeta J, Aberle-Grasse J (2006). Assessment of trends in biological and behavioural surveillance data: is there any evidence of declining HIV prevalence or incidence in Malawi? *Sexually Transmitted Infections*, 82(Suppl. 1):i9–i13
- Bradshaw D et al (2004). Unabated rise in number of adult deaths in South Africa. *South African Medical Journal*, 94(4):278–279.
- Bureau of Statistics Tanzania, Macro International (1997). *Tanzania Demographic and Health Survey 1996*. Calverton.
- Buseh AG (2004). Patterns of sexual behaviour among secondary school students in Swaziland, southern Africa. *Culture, Health, Sexuality*, 6(4):355–367.
- Carter MW et al (2007). “A bull cannot be contained a single kraal”: concurrent sexual partnerships in Botswana. *AIDS and Behavior*, 11(6):822–830 (Epub 2007 Feb 13).
- Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé, Direction nationale de la Statistique et de l'Informatique, ORC Macro (2002). *Enquête démographique et de santé au Mali 2001*. Juin. Calverton.
- Central Bureau of Statistics Kenya, Ministry of Health Kenya, ORC Macro (2004). *Kenya Demographic and Health Survey 2003*. Calverton.

- Central Statistical Agency Ethiopia, ORC Macro (2006). *Ethiopia Demographic and Health Survey 2005*. Addis-Abeba et Calverton.
- Central Statistical Office Botswana (2001). *Botswana AIDS Impact Survey 2001*. Technical Report. Gaborone.
- Central Statistical Office Botswana (2005). *Botswana AIDS Impact Survey 2004*. Statistical Report. Gaborone.
- Central Statistical Office Swaziland, Macro International (2007). *Swaziland Demographic and Health Survey 2006–2007: preliminary report*. Juin. Mbane et Calverton.
- Central Statistical Office Zambia (2006). *Zambia Sexual Behavior Survey 2005*. March. Lusaka, Central Statistical Office, Ministry of Health, Measure Evaluation (résumé disponible sur <http://www.zamstats.gov.zm/zsbs.php>).
- Central Statistical Office Zambia, Central Board of Health Zambia, ORC Macro (2003). *Zambia Demographic and Health Survey 2001–2002*. Calverton.
- Central Statistical Office Zimbabwe, Macro International (2000). *Zimbabwe Demographic and Health Survey 1999*. Calverton.
- Central Statistical Office Zimbabwe, Macro International (2007). *Zimbabwe Demographic and Health Survey 2005–06*. Calverton.
- Centre de traitement et de recherche sur le SIDA (2007). *Evolution des connaissances et comportements relatif au VIH/SIDA chez les jeunes, les professionnelles de sexe et les camionneurs du Rwanda entre 2000 et 2006*. Kigali.
- Conselho Nacional de Combate ao HIV, SIDA (2006). *Relatório de actividades por 2005*. Maputo, Ministério de Saúde.
- Corno L, De Walque D (2007). *The determinants of HIV infection and related sexual behaviours: evidence from Lesotho*. Manuscrit non publié, juin. Washington, DC, Banque mondiale.
- Cote AM et al (2004). Transactional sex is the driving force in the dynamics of HIV in Accra, Ghana. *AIDS*, 18(6):945–947.
- Creek TL et al (2007). Successful introduction of routine opt-out HIV testing in antenatal care in Botswana. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 45(1):102–107.
- Dahoma MJU et al (2006). HIV and substance abuse: the dual epidemics challenging Zanzibar. *African Journal of Drug Alcohol Studies*, 5(2):129–138.
- Department of Health South Africa (2007). *National HIV and syphilis antenatal prevalence survey, South Africa 2006*. Pretoria.
- Dewing S et al (2006). Review of injection drug use and harm reduction in six African countries: Egypt, Kenya, Mauritius, Nigeria, South Africa and Tanzania. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 13(2):121–137.
- Direction Nationale de la Statistique, ORC Macro (2006). *Enquête démographique et de santé, Guinée 2005*. Calverton.
- Dorrington RE et al (2006). *The demographic impact of HIV/AIDS in South Africa: national and provincial indicators for 2006*. Le Cap, Centre for Actuarial Research, South African Medical Research Council et Actuarial Society of South Africa.
- Elrasheid S (2006). *Prevalence, knowledge and related sexual behaviors of HIV/AIDS among receptive men who have sex with men*. Abstract TUPE0509. XVIème Conférence internationale sur le sida. 13–18 août, Toronto (disponible sur <http://www.iasociety.org/Default.aspx?pageId=11&abstractId=2197292>).
- Federal Ministry of Health Ethiopia (2006). *AIDS in Ethiopia: 6th report*. Septembre. Addis-Abeba.
- Federal Ministry of Health Nigeria (2006). *The 2005 national HIV seroprevalence sentinel survey among pregnant women attending antenatal clinics in Nigeria: summary position paper*. Avril. Abuja.
- Gandhi NR et al (2006). Extensively drug-resistant tuberculosis as a cause of death in patients co-infected with tuberculosis and HIV in a rural area of South Africa. *Lancet*, 368(9547):1575–1580.
- Geibel S et al (2007). 'Are you on the market?': a capture–recapture enumeration of men who sell sex to men in and around Mombasa, Kenya. *AIDS*, 21(10):1349–1354.
- Ghana Statistical Services, Noguchi Memorial Institute for Medical Research, ORC Macro (2004). *Ghana Demographic and Health Survey 2003*. Calverton.
- Gilbert PB et al (2003). Comparison of HIV-1 and HIV-2 infectivity from a prospective cohort study in Senegal. *Statistics in Medicine*, 22(4):573–593.
- Gomes do Espirito Santo ME, Etheredge GD (2005). Male clients of brothel prostitutes as a bridge for HIV infection between high risk and low risk groups of women in Senegal. *Sexually Transmitted Infections*, 81:342–344.

- Government of South Africa (2007). *HIV, AIDS and STI strategic plan for South Africa, 2007–2011*. Pretoria.
- Gray RH et al (2007). Male circumcision for HIV prevention in young men in Rakai, Uganda: a randomized trial. *Lancet*, 369:657–666.
- Gregson S et al (2006). HIV decline associated with behaviour change in eastern Zimbabwe. *Science*, 311(5761):664–666.
- Grupo Tematico VIH, SIDA Angola (2002). *A luta a epidemia de VIH/SIDA como uma prioridade nacional*. Presentacao 11 Dezembro. Ministério da Saude do Angola et ONUSIDA. Luanda.
- Hallett TB et al (2006). Declines in HIV prevalence can be associated with changing sexual behaviour in Uganda, urban Kenya, Zimbabwe, and urban Haiti. *Sexually Transmitted Infections*, 82(Suppl. 1): i1–i8.
- Heaton L, Fowler T, Palamuleni M (2006). *The HIV/AIDS epidemic in Malawi—putting the epidemic in context*. Abstract CDC0062. XVIème Conférence internationale sur le sida. 13–18 août, Toronto (disponible sur <http://www.iasociety.org/Default.aspx?pageId=11&abstractId=2190680>).
- Hladik W et al (2006). HIV/AIDS in Ethiopia—where is the epidemic heading? *Sexually Transmitted Infections*, 82(Suppl. 1):i32–i35.
- Institut National de la Statistique, des Etudes économiques et démographiques et Programme National de Lutte contre le sida (2006). *Rapport de l'enquête nationale de séroprévalence du VIH/SIDA au Tchad 2005*. Décembre. N'Djamena.
- Institut National de la Statistique du Cameroun, ORC Macro (2005). *Enquête démographique et de santé Cameroun 2004*. Juin. Yaoundé et Calverton.
- Institut National de la Statistique de Madagascar, ORC Macro (2005). *Enquête démographique et de Santé, Madagascar 2003–2004 : rapport de synthèse*. Calverton, INSTAT et ORC Macro.
- Institut National de la Statistique du Niger, Macro International (2007). *Enquête démographique et de santé et à Indicateurs multiples du Niger 2006*. Février, Calverton.
- Institut National de la Statistique du Rwanda, ORC Macro (2006). *Rwanda Demographic and Health Survey 2005*. Calverton.
- Institut National de la Statistique et de l'Analyse économique, ORC Macro (2007) *Enquête démographique et de santé EDSB-III Bénin 2006—rapport préliminaire*. Calverton.
- Institut National de la Statistique et de la Démographie, ORC Macro (2004). *Enquête démographique et de santé Burkina Faso 2003*. Calverton.
- Institut National de la Statistique et Ministère de la Lutte contre le Sida Côte d'Ivoire, ORC Macro (2006). *Enquête sur les indicateurs du sida, Côte d'Ivoire 2005*. Calverton.
- Kabeja A et al (2007). *Changes in sexual risk behavior in sex workers in Rwanda: Report of findings comparing 2000 and 2006 BSS data and review of implications for prevention programming*. Abstract I-C-3. Troisième Conférence annuelle de recherche sur le VIH au Rwanda. 29–30 mars, Kigali.
- Kahn JG, Marseille E, Auvert B (2007). Cost-effectiveness of male circumcision for HIV prevention in a South African setting. *PLoS Medicine*, 3(12):e517.
- Kayembe PK et al (2007). *Evolution de la prévalence du VIH en République démocratique du Congo (1985–2005): évidence de plusieurs épidémies à différentes vitesses* (sous presse).
- Kayirangwa E et al (2006). Current trends in Rwanda's HIV/AIDS epidemic. *Sexually Transmitted Infections*, 82(Suppl. 1): i27–i31.
- Kayitesi C et al (2007). *Changes in HIV knowledge, sexual risk and utilization of VCT among youth in Rwanda: behavioural surveillance results from 2000–2006*. Abstract I-C-1. Troisième Conférence annuelle de recherche sur le VIH au Rwanda. 29–30 mars. Kigali.
- Kebaabetswe P et al (2003). Male circumcision: an acceptable strategy for HIV prevention in Botswana. *Sexually Transmitted Infections*, 79:214–219.
- Kiragu K et al (2007). Sexual risk-taking and HIV testing among health workers in Zambia. *AIDS and Behavior*, 11(1):131–136.
- Kirungi WL et al (2006). Trends in antenatal HIV prevalence in urban Uganda associated with uptake of preventive sexual behaviour. *Sexually Transmitted Infections*, 82(Suppl. 1):136–141.
- Liberia Institute of Statistics and Geo-Information Services, Macro International (2007). *Liberia demographic and health survey 2007: preliminary report*. Monrovia et Calverton.
- London School of Hygiene and Tropical Medicine, OMS, ONUSIDA (2007). *Male circumcision: global trends and determinants of prevalence, safety and acceptability*. Genève, ONUSIDA.

- Lowndes CM et al (2000) Management of sexually transmitted diseases and HIV prevention in men at high risk: targeting clients and non-paying sexual partners of female sex workers in Benin. *AIDS*, 14(16):2523–2534.
- McCurdy SA et al (2005). Heroin and HIV risk in Dar es Salaam, Tanzania: youth hangouts, *mageto* and injecting practices. *AIDS Care*, 17(Suppl. 1):S65–S76.
- Mahomva A et al (2006). HIV prevalence and trends from data in Zimbabwe, 1997–2004. *Sexually Transmitted Infections*, 82(Suppl. 1):i42–i47.
- Martin G et al (2007). *Cost of male circumcision and implications for cost effectiveness of circumcision as an HIV intervention. USAID: Health Policy Initiative*. Présentation à la Conférence PEPFAR des programmes de mise en œuvre (disponible sur <http://www.hivimplementers.com>).
- Medical Research Council (2005). *South African national burden of disease study 2000*. Cape Town (disponible sur <http://www.mrc.ac.za/bod/reports.htm>).
- Michelo C, Sandøy IF, Fylkesnes K (2006). Marked HIV prevalence declines in higher educated young people: evidence from population-based surveys (1995–2003) in Zambia. *AIDS*, 20(7):1031–1038.
- Michelo C et al (2006). Steep HIV prevalence declines among young people in selected Zambian communities: population-based observations (1995–2003). *BMC Public Health*, 6:279, 10 November (disponible sur <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/6/279>).
- Ministère de l'Economie, du Plan et de la Coopération internationale de la République centrafricaine (2007). *Suivi de la situation des enfants et des femmes, MICS-3: résultats de l'enquête à indicateurs multiples couplée avec la sérologie VIH et anémie en RCA 2006*. Mars. Bangui.
- Ministère de la Santé du Bénin (2006). *Rapport de surveillance de l'infection à VIH et de la syphilis au Bénin—Année 2006*. Cotonou, Ministère de la Santé.
- Ministère de la Santé du Burkina Faso (2006). *Rapport de surveillance sentinelle du VIH, 2005*. Ouagadougou, Ministère de la Santé.
- Ministère de la Santé du Mali (2005). *Rapport: surveillance sentinelle du VIH et de la syphilis chez les femmes enceintes*. Novembre. Bamako.
- Ministère de la Santé du Mali (2006). *Résumé des résultats de l'enquête ISBS 2006*. Bamako.
- Ministère de la Santé du Mali, ORC Macro (2007). *Enquête démographique et de santé, EDSM-IV: rapport préliminaire*. Avril. Calverton.
- Ministère de la Santé de la République Démocratique du Congo (2006). *Enquête de surveillance comportementale et de séroprévalence en République Démocratique du Congo: Volume 2*. Août. Kinshasa.
- Ministère de la Santé du Rwanda (2005). *Surveillance de l'infection à VIH par sites sentinelles chez les femmes enceintes fréquentant les services de consultation prénatale*. Kigali, Centre de Traitement et de Recherche sur le SIDA, CDC.
- Ministère de la Santé du Togo (2006). *Surveillance sentinelle de l'infection au VIH/sida chez les femmes en consultation prénatale au Togo, avril–juin*. Lomé.
- Ministère de la Santé du Togo (2007). *Rapport annuel des activités du programme national de lutte contre le SIDA et les infections sexuellement transmissibles, année 2006*. Lomé.
- Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique de la Côte d'Ivoire, CDC, RETRO-CI, MEASURE Evaluation (2007). *Enquête de surveillance sentinelle du VIH de 2005*. Abidjan.
- Ministère de la Santé et du Planning Familial Madagascar (2005). *Résultats de l'enquête de surveillance biologique du VIH/SIDA et de la syphilis, année 2005*. Antananarivo.
- Ministère de la Santé Publique du Burundi (2005). *Bulletin épidémiologique annuel de surveillance du VIH/SIDA en 2005*. Septembre. Bujumbura.
- Ministère de l'Economie, du Plan et de la Coopération internationale de la République centrafricaine (2007). *Suivi de la situation des enfants et des femmes, MICS-3: Résultats de l'enquête à indicateurs multiples couplée avec la sérologie VIH et anémie en RCA 2006*. Mars. Bangui.
- Ministério da Saúde, CDC USA (2006). *Relatório Final I-II estudos de seroprevalencia em mulheres grávidas em consultas pré-natal (2004–2005)*. Luanda.
- Ministry of Health and Child Welfare Zimbabwe (2007). *National Survey of HIV and Syphilis Prevalence Among Women Attending Antenatal Clinics in Zimbabwe, 2007*. November 2007. Harare.
- Ministry of Health and Population Malawi (2005a). *HIV and syphilis sero survey and national HIV prevalence estimates report*. Lilongwe.

- Ministry of Health and Population Malawi (2005b). *Report on a country wide survey of HIV and AIDS services in Malawi*. Lilongwe.
- Ministry of Health and Sanitation Sierra Leone (2007). *Antenatal HIV and syphilis sentinel surveillance (2006)*. Freetown.
- Ministry of Health and Social Services Namibia, ORC Macro (2007). *2006 Namibian Demographic and Health Survey: preliminary tables*. Juillet. Calverton.
- Ministry of Health and Social Welfare Lesotho (2005). *Report of the sentinel HIV/syphilis survey 2005*. Septembre. Maseru.
- Ministry of Health and Social Welfare Lesotho, ORC Macro (2004). *2004 Lesotho Demographic and Health Survey*. Maseru et Calverton, Ministère de la Santé et du Bien-être social et ORC Macro.
- Ministry of Health and Social Welfare Liberia (2007). *HIV sentinel survey among pregnant women attending antenatal care, 2006*. Janvier. Monrovia, Ministère de la Santé et du Bien-être social, OMS, Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, et PNUD.
- Ministry of Health and Social Welfare Swaziland (2006) *10th Round of the national HIV serosurveillance in women attending antenatal care, sexually transmitted infections clients and tuberculosis patients*. Janvier. Mbabane.
- Ministry of Health Botswana (2006). *2006 Botswana second-generation HIV/AIDS surveillance technical report*. Gaborone.
- Ministry of Health Eritrea (2006). *Report of the 2005 round of HIV sentinel surveillance survey in ANC attendee women*. Mars. Asmara.
- Ministry of Health Ghana (2007). *HIV sentinel survey 2006 report*. Mars. Accra.
- Ministry of Health Kenya (2005). *AIDS in Kenya*, 7th ed. Nairobi, National AIDS and STI Control Programme (NASCOP).
- Ministry of Health Mozambique (2005). *Report on the update of the HIV epidemiological surveillance data—2004 Round*. August. Maputo, Ministry of Health National Directorate of Health.
- Ministry of Health Rwanda (2007). *Treatment Research and AIDS Center (TRAC) annual report for 2006*. Kigali, TRAC.
- Ministry of Health Uganda, ORC Macro (2006). *Uganda HIV/AIDS Sero-behavioural Survey 2004/2005*. Mars. Kampala et Calverton.
- Ministry of Health Zambia (2005). *Zambia antenatal clinic sentinel surveillance report, 1994–2004*. Novembre. Lusaka.
- Morris CN, Ferguson AG (2006). Estimation of the sexual transmission of HIV in Kenya and Uganda on the trans-Africa highway: the continuing role for prevention in high-risk groups. *Sexually Transmitted Infections*, 82(5):368–371.
- Mpanya GI et al (2004). *Prevalence of HIV infection in commercial sex workers, STI patients, individuals with HIV symptoms and worried wells in Kinshasa, Democratic Republic of the Congo*. Abstract MOPEC3538. XVème Conférence internationale sur le sida, août, Bangkok (disponible sur <http://www.iasociety.org/Default.aspx?pageId=11&abstractId=2172953>).
- Mugurungi O et al (2005). HIV in Zimbabwe. In: Glynn JR, Carael M, eds. *HIV, resurgent infections and population change in Africa*. Springer.
- Mwansa E (2006). *Knowledge, attitudes and sexual behaviour of young people in light of the HIV/AIDS pandemic in rural Zambia*. Abstract CDD1348. XVIème Conférence internationale sur le sida, 13–18 août, Toronto (disponible sur <http://www.iasociety.org/Default.aspx?pageId=11&abstractId=2198115>).
- National AIDS Commission Malawi (2005). *HIV and syphilis sero-survey and national HIV prevalence estimates report 2005*. Lilongwe.
- National AIDS Commission Malawi (2007). *Report of the Malawi triangulation project: synthesis of data on trends in the national and local HIV epidemic and the reach and intensity of prevention efforts*. Janvier. Lilongwe, Commission nationale sida, OMS, Université de Californie à San Francisco, ONUSIDA et US Centers for Disease Control and Prevention.
- National AIDS Control Council Kenya (2007). *National HIV prevalence in Kenya*. Nairobi.
- National AIDS Control Programme Ghana (2007). *Technical report: estimates and projections of national HIV prevalence and impact in Ghana using sentinel surveillance data adjusted with DHS+ data*. Accra.
- National AIDS Coordinating Agency, Central Statistical Office Botswana (2005). *Botswana AIDS Impact Survey II: popular report*. Mars. Gaborone.
- National AIDS Secretariat, Nimba Research Consultancy (2005). *National population-based HIV seroprevalence survey of Sierra Leone*. Freetown.
- National Bureau of Statistics Tanzania, ORC Macro (2005). *Tanzania Demographic and Health Survey 2004–05: key findings*. Calverton.

- National Council for Population and Development, Central Bureau of Statistics, Macro International (1999). *Kenya Demographic and Health Survey 1998*. Calverton.
- National Statistical Office, ORC Macro (2005). *Malawi Demographic and Health Survey 2004*. Calverton.
- Ndetei D (2004). *Study on the assessment of the linkages between drug abuse, injecting drug abuse and HIV/AIDS in Kenya: a rapid situation assessment 2004*. Nairobi, Office des Nations Unies contre la drogue et le crime.
- Ndiaye S, Ayad M (2006). *Enquête démographique et de santé au Sénégal 2005*. Calverton, Centre de Recherche pour le Développement humain et ORC Macro.
- Ngendahimana G et al (2007). *Involving men in prevention of mother-to-child transmission of HIV programs in Rwanda*. Abstract I-C-6. Troisième Conférence annuelle de recherche sur le VIH au Rwanda. 29–30 mars, Kigali.
- Niang CI et al (2003). 'It's raining stones': stigma, violence and HIV vulnerability among men who have sex with men in Dakar, Senegal. *Culture, Health, Sexuality*, 5(6):499–512(14).
- Odek-Ogunde M (2004). *World Health Organization phase II drug injecting study: behavioural and seroprevalence (HIV, HBV, HCV) survey among injecting drug users in Nairobi*. Nairobi, OMS.
- OMS (2005). *The 2004 first national second generation HIV/AIDS/STI sentinel surveillance survey among antenatal care women attending maternity and child health clinics, tuberculosis and STD patients in Central South, Puntland and Somaliland*. Un rapport technique. Juillet. Nairobi.
- OMS (2007). *Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing WHO report 2007*. Genève.
- OMS, ONUSIDA (2007). *Circoncision et prévention du VIH : conséquences des recherches sur les politiques et les programmes*, 6–8 mars. Montreux.
- ONUSIDA (2005). *Evidence for HIV decline in Zimbabwe: a comprehensive review of the epidemiological data*. Novembre. Genève.
- ONUSIDA (2006). *Rapport sur l'épidémie mondiale de sida*. Genève, ONUSIDA.
- Onyango-Ouma W, Biringi H, Geibel S (2005). *Understanding the HIV/STI risks and prevention needs of men who have sex with men in Nairobi, Kenya*. Washington, Population Council.
- Parker W, Connolly C (2007). *Namibia: HIV/AIDS community survey report: Rundu, Walvis Bay, Keetmanshoop and Oshakati 2007*. Windhoek, NawaLife Trust.
- Parry CDH, Pithey AL (2006). Risk behaviour and HIV among drug using populations in South Africa. *African Journal of Drug, Alcohol Studies*, (5)2:140–157.
- Pearson CR et al (2007). Modeling HIV transmission risk among Mozambicans prior to their initiating highly active antiretroviral therapy. *AIDS Care*, 19(5):594–604.
- Plüddemann A et al (2005). Monitoring alcohol and drug abuse trends in South Africa (July 1996–December 2004). *SACENDU Research Brief*, 8(1):1–12.
- Présidence du Faso (2005). *Suivi de la déclaration d'engagement sur le VIH/sida (UNGASS): cadre pour la présentation des rapports pays—période concernée janvier-décembre 2004*. Ouagadougou.
- Programme National de Lutte contre le sida (2005). *Rapport de passage de la surveillance sentinelle du VIH chez les femmes enceintes*. Août. Kinshasa, Ministère de la Santé de la République démocratique du Congo.
- Rehle TM et al (2007). National HIV incidence measures – new insights into the South African epidemic. *South African Medical Journal*, 97(3):194–199.
- Royce RA et al (1997). Sexual transmission of HIV. *New England Journal of Medicine*, 336(15):1072–1078.
- Salum A et al (2003). *Report on the population-based survey to estimate HIV prevalence in Zanzibar*. Janvier. Revolutionary Government of Zanzibar. Ministry of Health and Social Welfare.
- Sanders EJ et al (2006). *Establishing a high risk HIV-negative cohort in Kilifi, Kenya*. Abstract 470.00. Conférence 2006 sur les vaccins contre le sida. Août. Amsterdam.
- Sandøy IF et al (2006). Antenatal clinic-based HIV prevalence in Zambia: declining trends but sharp local contrast in young women. *Tropical Medicine and International Health*, 11(6):917–928.
- Sandøy IF et al (2007). Associations between sexual behaviour change in young people and decline in HIV prevalence in Zambia. *BMC Public Health*, 7:60, 23 April (disponible sur <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/7/60>).
- Schwandt M et al (2006). Anal and dry sex in commercial sex work, and relation to risk for sexually transmitted infections and HIV in Meru, Kenya. *Sexually Transmitted Infections*, 82(5):392–396.
- Seipone KMD (2006). *Trends of HIV prevalence in Botswana*. Présentation. Gaborone, Ministry of Health.

- Selwyn PA et al (1989). A prospective study of the risk of tuberculosis among intravenous drug users with human immunodeficiency virus infection. *New England Journal of Medicine*, 320(9):545–550.
- Shafer LA et al (2006). *HIV prevalence and incidence are no longer falling in Uganda – a case for renewed prevention efforts: evidence from a rural population cohort 1989–2005, and from ANC surveillance*. Abstract C10. XVIème Conférence internationale sur le sida. 13–18 août, Toronto.
- Sharma SK, Mohan A, Kadhiravan T (2005). HIV-TB co-infection: epidemiology, diagnosis and management. *Indian Journal of Medical Research*, 121(4):550–567.
- Shisana O et al (2005). *South African National HIV Prevalence, HIV Incidence, Behaviour and Communication Survey*. Pretoria, Human Sciences Research Council (disponible sur http://www.hsrc.ac.za/media/2005/11/20051130_1.html).
- Somi GR et al (2006). Estimating and projecting HIV prevalence and AIDS deaths in Tanzania using antenatal surveillance data. *BMC Public Health*, 3 May, 6:120 (disponible sur <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/6/120>).
- Sonnenberg P et al (2005). How soon after infection with HIV does the risk of tuberculosis start to increase? A retrospective cohort study in South African gold miners. *Journal of Infectious Diseases*, 191(2):150–158.
- Statistics South Africa (2005). *Mortality and causes of death in South Africa, 1997–2003: findings from death notification*. Pretoria (disponible sur <http://www.statssa.gov.za/publications/P03093/P03093.pdf>).
- Statistics South Africa (2006). *Mortality and causes of death in South Africa, 2003 and 2004: findings from death notification*. Pretoria.
- Statistics South Africa (2007). *Mid-year population estimates, South Africa: 2006*. Statistical Release P0302. Août. Pretoria.
- Steen TW et al (2007). Two and a half years of routine HIV testing in Botswana. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 44(4):484–488.
- Sulliman FT, Ameerberg SAG (2004). *Mauritius Epidemiology Network for Drug Use report: January–June 2004*. Port Louis.
- Sulliman FT, Ameerberg SAG, Dhannoo MI (2004). *Report of the rapid situation assessment and responses on drug use in Mauritius and Rodrigues*. Port Louis, Ministry of Health, Mauritius.
- Swai RO et al (2006). Surveillance of HIV and syphilis infections among antenatal clinic attendees in Tanzania–2003/2004. *BMC Public Health*, 6:91, 10 Apr (disponible sur <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/6/91>).
- Tanzania Commission for AIDS, National Bureau of Statistics, ORC Macro (2005). *Tanzania HIV/AIDS Indicator Survey 2003–04*. Calverton.
- The Lancet Infectious Diseases (2007). Circumcision and circumspection. *The Lancet Infectious Diseases*, 7:303.
- Timpson S et al (2006). Substance abuse, HIV risk and HIV/AIDS in Tanzania. *African Journal of Drug Alcohol Studies*, (5)2:157–168.
- Tivane A et al (2006). *Results of sexual and reproductive health and HIV/AIDS knowledge, attitude, practices and behaviors studies among in-school adolescents in five provinces of Mozambique*. Abstract MOPE0489. XVIème Conférence internationale sur le sida. 13–18 août, Toronto (disponible sur <http://www.iasociety.org/Default.aspx?pageId=11&abstractId=2198700>).
- Uganda Bureau of Statistics, Macro International (2007). *Uganda Demographic and Health Survey 2006*. Calverton.
- UNICEF (2004). *Knowledge, attitudes, behaviour and practices on HIV/AIDS and sexually transmitted infections among Somalis*. Nairobi.
- Utulu SN, Lawoyin TO (2007). Epidemiological features of HIV infection among pregnant women in Makurdi, Benue State, Nigeria. *Journal of Biosocial Science*, 39(3):397–408.
- van der Loeff MF et al (2003). Regional differences in HIV trends in the Gambia: results from sentinel surveillance among pregnant women. *AIDS*, 17:1841–1846.
- van der Loeff MF et al (2006). Sixteen years of HIV surveillance in a West African research clinic reveals divergent epidemic trends of HIV-1 and HIV-2. *International Journal of Epidemiology*, 35(5):1322–1328.
- van Griensven F (2007). Men who have sex with men and their HIV epidemics in Africa. *AIDS*, 21(10):1361–1362.
- Voeten HA et al (2007). Female sex workers and unsafe sex in urban and rural Nyanza, Kenya: regular partners may contribute more to HIV transmission than clients. *Tropical Medicine and International Health*, 12(2):174–182.
- Wade AS et al (2005). HIV infection and sexually transmitted infections among men who have sex with men in Senegal. *AIDS*, 19(18):2133–2140.
- Weiser SD et al (2006). Routine HIV testing in Botswana: a population-based study on attitudes, practices and human rights concerns. *PLoS Medicine*, 3(7):e261.

Welz T et al (2007). Continued very high prevalence of HIV infection in rural KwaZulu-Natal, South Africa: a population-based longitudinal study. *AIDS*, 21(11):1467–1472.

Williams BG et al (2006). The potential impact of male circumcision on HIV in sub-Saharan Africa. *PloS Medicine*, 3:e262.

Yahya-Malima KI et al (2007). High potential of escalating HIV transmission in a low prevalence setting in rural Tanzania. *BMC Public Health*, 9 June, 7:103 (disponible sur <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/7/103>).

Zulu KP (2005). *Fear of HIV serodisclosure and ART success: the agony of HIV positive married women in Zambia*. Abstract no. TuPe11.9C03. Troisième Conférence de la Société internationale contre le sida sur la pathogenèse et le traitement du VIH. 24-27 juillet, Rio de Janeiro (disponible sur <http://www.iasociety.org/Default.aspx?pageId=11&abstractId=2176464>).

Zulu KP, Bulawo ND, Zulu W (2006). *Understanding HIV risk behaviour among men who have sex with men in Zambia*. Abstract WEPE0719. XVIème Conférence internationale sur le sida. 13–18 août, Toronto (disponible sur <http://www.iasociety.org/Default.aspx?pageId=11&abstractId=2193697>).

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

Le rapport annuel *Le point sur l'épidémie de sida* relate les faits les plus récents sur l'épidémie de VIH/sida dans le monde. Ce Résumé par région 2007 donne les estimations les plus récentes sur la portée et le tribut humain de l'épidémie et étudie les nouvelles tendances de l'évolution de l'épidémie en Afrique subsaharienne.



ONUSIDA
20 AVENUE APPIA
CH-1211 GENEVE 27
SUISSE

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

www.unaids.org