



## TABLEAU RÉCAPITULATIF DE L'ÉPIDÉMIE DE VIH ET DE SIDA DANS LE MONDE, DÉCEMBRE 2004

---

<b>Nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA en 2004</b>	<b>Total</b>	<b>39,4 millions (35,9 – 44,3 millions)</b>
	Adultes	37,2 millions (33,8 – 41,7 millions)
	Femmes	17,6 millions (16,3 – 19,5 millions)
	Enfants <15 ans	2,2 millions (2,0 – 2,6 millions)

---

<b>Nouveaux cas d'infection à VIH en 2004</b>	<b>Total</b>	<b>4,9 millions (4,3 – 6,4 millions)</b>
	Adultes	4,3 millions (3,7 – 5,7 millions)
	Enfants <15 ans	640 000 (570 000 – 750 000)

---

<b>Décès dus au SIDA en 2004</b>	<b>Total</b>	<b>3,1 millions (2,8 – 3,5 millions)</b>
	Adultes	2,6 millions (2,3 – 2,9 millions)
	Enfants <15 ans	510 000 (460 000 – 600 000)

---

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

# INTRODUCTION

Le nombre total de personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) a grimpé en 2004 pour atteindre le plus haut niveau jamais enregistré : on estime que 39,4 millions de personnes [35,9–44,3 millions] vivent avec le virus (Figure 1). Ce chiffre comprend les 4,9 millions [4,3-6,4 millions] de personnes qui ont contracté le VIH en 2004. L'épidémie mondiale de SIDA a tué 3,1 millions [2,8-3,5 millions] de personnes au cours de l'année écoulée.

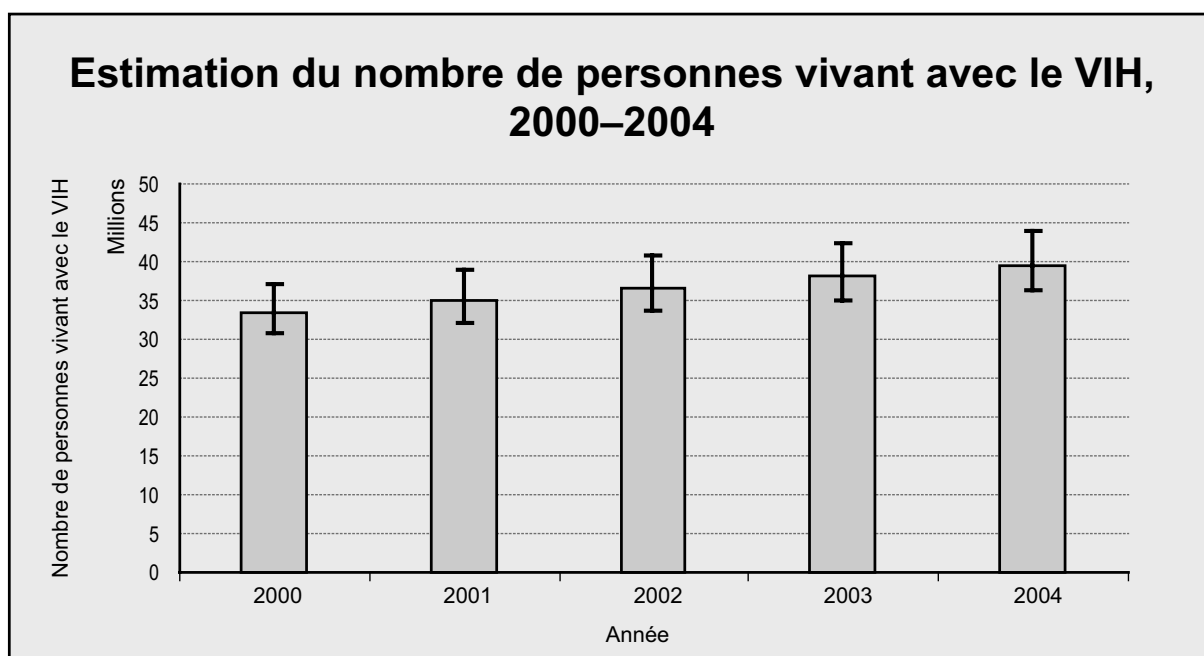


Figure 1

Le nombre des personnes vivant avec le VIH s'est élevé dans toutes les régions, par rapport aux chiffres d'il y a deux ans et les augmentations les plus fortes se sont produites en Asie de l'Est et en Europe orientale et Asie centrale (voir Tableau, page 3). Le nombre de personnes vivant avec le VIH en Asie de l'Est s'est accru de près de 50% entre 2002 et 2004, augmentation imputable en grande partie à l'épidémie qui s'étend rapidement en Chine. En 2004, en Europe orientale et en Asie centrale, on a compté 40% de personnes vivant avec le VIH de plus qu'en 2002. Une bonne partie de cette tendance est due à la réapparition de l'épidémie en Ukraine et au nombre toujours croissant de personnes vivant avec le VIH en Fédération de Russie.

L'Afrique subsaharienne reste de loin la région la plus touchée, avec 25,4 millions [23,4-28,4 millions] de personnes vivant avec le VIH à fin 2004, par rapport à 24,4 millions [22,5-27,3 millions] en 2002. Près de deux tiers (64%) de toutes les personnes vivant avec le VIH se trouvent en Afrique subsaharienne, ainsi que plus des trois quarts (76%) de toutes les femmes vivant avec le VIH.

Les épidémies d'Afrique subsaharienne semblent, d'une manière générale, en voie de stabilisation, avec une prévalence du VIH avoisinant 7,4% pour toute la région. Mais une perspective lointaine cache des aspects importants. Tout d'abord une stabilité approximative de la prévalence du VIH signifie que

<b>Statistiques et caractéristiques régionales du VIH et du SIDA, fin 2002 et 2004</b>				
	<b>Adultes et enfants vivant avec le VIH</b>	<b>Nouvelles infections à VIH, adultes et enfants</b>	<b>Prévalence chez les adultes (%)*</b>	<b>Décès dus au SIDA chez les adultes et les enfants</b>
<b>Afrique subsaharienne</b>				
<b>2004</b>	25,4 millions [23,4–28,4 millions]	3,1 millions [2,7–3,8 millions]	7,4 [6,9–8,3]	2,3 millions [2,1–2,6 millions]
<b>2002</b>	24,4 millions [22,5–27,3 millions]	2,9 millions [2,6–3,6 millions]	7,5 [7,0–8,4]	2,1 millions [1,9–2,3 millions]
<b>Afrique du Nord et Moyen-Orient</b>				
<b>2004</b>	540 000 [230 000–1,5 million]	92 000 [34 000–350 000]	0,3 [0,1–0,7]	28 000 [12 000–72 000]
<b>2002</b>	430 000 [180 000–1,2 million]	73 000 [21 000–300 000]	0,2 [0,1–0,6]	20 000 [8300–53 000]
<b>Asie du Sud et du Sud-Est</b>				
<b>2004</b>	7,1 millions [4,4–10,6 millions]	890 000 [480 000–2,0 millions]	0,6 [0,4–0,9]	490 000 [300 000–750 000]
<b>2002</b>	6,4 millions [3,9–9,7 millions]	820 000 [430 000–2,0 millions]	0,6 [0,4–0,9]	430 000 [260 000–650 000]
<b>Asie de l'Est</b>				
<b>2004</b>	1,1 million [560 000–1,8 million]	290 000 [84 000–830 000]	0,1 [0,1–0,2]	51 000 [25 000–86 000]
<b>2002</b>	760 000 [380 000–1,2 million]	120 000 [36 000–360 000]	0,1 [0,1–0,2]	37 000 [18 000–63 000]
<b>Océanie</b>				
<b>2004</b>	35 000 [25 000–48 000]	5000 [2100–13 000]	0,2 [0,1–0,3]	700 [<1700]
<b>2002</b>	28 000 [22 000–38 000]	3200 [1000–9600]	0,2 [0,1–0,3]	500 [<1000]
<b>Amérique latine</b>				
<b>2004</b>	1,7 million [1,3–2,2 millions]	240 000 [170 000–430 000]	0,6 [0,5–0,8]	95 000 [73 000–120 000]
<b>2002</b>	1,5 million [1,1–2,0 millions]	190 000 [140 000–320 000]	0,6 [0,4–0,7]	74 000 [58 000–96 000]
<b>Caraïbes</b>				
<b>2004</b>	440 000 [270 000–780 000]	53 000 [27 000–140 000]	2,3 [1,5–4,1]	36 000 [24 000–61 000]
<b>2002</b>	420 000 [260 000–740 000]	52 000 [26 000–140 000]	2,3 [1,4–4,0]	33 000 [22 000–57 000]
<b>Europe orientale et Asie centrale</b>				
<b>2004</b>	1,4 million [920 000–2,1 millions]	210 000 [110 000–480 000]	0,8 [0,5–1,2]	60 000 [39 000–87 000]
<b>2002</b>	1,0 million [670 000–1,5 million]	190 000 [94 000–440 000]	0,6 [0,4–0,8]	40 000 [27 000–58 000]
<b>Europe occidentale et centrale</b>				
<b>2004</b>	610 000 [480 000–760 000]	21 000 [14 000–38 000]	0,3 [0,2–0,3]	6500 [<8500]
<b>2002</b>	600 000 [470 000–750 000]	18 000 [13 000–35 000]	0,3 [0,2–0,3]	6000 [<8000]
<b>Amérique du Nord</b>				
<b>2004</b>	1,0 million [540 000–1,6 million]	44 000 [16 000–120 000]	0,6 [0,3–1,0]	16 000 [8400–25 000]
<b>2002</b>	970 000 [500 000–1,6 million]	44 000 [16 000–120 000]	0,6 [0,3–1,0]	16 000 [8400–25 000]
<b>TOTAL</b>				
<b>2004</b>	39,4 millions [35,9–44,3 millions]	4,9 millions [4,3–6,4 millions]	1,1 [1,0–1,3]	3,1 millions [2,8–3,5 millions]
<b>2002</b>	36,6 millions [33,3–41,1 millions]	4,5 millions [3,9–6,2 millions]	1,1 [1,0–1,2]	2,7 millions [2,5–3,1 millions]

\* La proportion des adultes (de 15 à 49 ans) vivant avec le VIH/SIDA en 2004, en utilisant les chiffres de la population pour 2004.

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

le nombre de personnes qui contractent une nouvelle infection à VIH est plus ou moins égal au nombre de personnes qui meurent du SIDA. Sous la constance apparente de ces niveaux de prévalence stables se cachent des réalités dévastatrices, en particulier en Afrique australe, où se produisent un tiers de tous les décès liés au SIDA dans le monde. Deuxièmement, les épidémies en Afrique sont diverses, tant pour ce qui est de leur ampleur que du rythme de leur évolution. Il n'existe pas d'épidémie 'africaine' unique. Certaines zones urbaines d'Afrique orientale affichent des baisses modestes de la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes, alors qu'en Afrique de l'Ouest et centrale, les niveaux de prévalence sont restés à peu près stables, à des valeurs inférieures à celles du reste de l'Afrique subsaharienne. Les données nationales sur le VIH, néanmoins, cachent des niveaux d'infection beaucoup plus élevés dans certaines régions des pays, comme on le voit au Nigéria. Malheureusement, l'Afrique australe ne montre encore que de rares signes d'une baisse des niveaux de prévalence du VIH (voir pages 19-30).

La prévalence du VIH aux Caraïbes est la deuxième la plus élevée du monde : elle dépasse 2% dans cinq pays et le SIDA est devenu la principale cause de décès parmi les adultes entre 15 et 44 ans dans cette région. Pourtant, un nombre croissant de pays des Caraïbes montrent que l'épidémie peut reculer devant des ripostes appropriées et déterminées (voir pages 31-35).

## DES OCCASIONS DE PRÉVENTION EN GRAND NOMBRE

---

Pratiquement chaque région, y compris l'Afrique subsaharienne, compte plusieurs pays dans lesquels l'épidémie se déroule encore à bas bruit ou en est encore à un stade suffisamment précoce pour être maîtrisée par une action efficace. Il faut pour cela des programmes susceptibles de contenir la propagation du VIH dans les groupes les plus vulnérables de la population. Mais dans de nombreux pays, des ressources inadéquates, le manque de volonté et de leadership politiques restent une entrave, en particulier là où le VIH s'est implanté dans des groupes marginalisés et stigmatisés de la population, tels

que les femmes pratiquant le commerce du sexe, les consommateurs de drogues injectables et les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes. Si les réticences ne sont pas rapidement remplacées par des approches pragmatiques et ouvertes sur l'avenir, le VIH se propagera plus largement dans les nombreux pays qui jusqu'ici s'en sont tirés avec des épidémies de faible importance.

Dans de nombreux pays durement touchés, l'absence de ripostes au SIDA cohérentes, menées au niveau national, empêche également d'aller de l'avant. Etant donné les nombres croissants de structures de mise en œuvre et l'augmentation du financement, il est essentiel d'éviter les risques de doubles emplois et de fragmentation dans les ripostes au SIDA. A cette fin, les principaux donateurs ont approuvé en avril 2004 trois principes clés qui sous-tendraient leur appui à l'action nationale contre le SIDA. Connus sous le nom des 'Trois Principes'\*, ils visent à renforcer la coordination et la cohérence des ripostes au SIDA. Ces principes sont censés soutenir un système simple pouvant permettre à une diversité d'approches de lutte contre le SIDA de converger efficacement.

## LES FEMMES SONT TOUJOURS PLUS AFFECTÉES

---

L'épidémie de SIDA frappe les femmes et les filles en nombres croissants (voir pages 7-18). A l'échelle mondiale, un peu moins de la moitié de toutes les personnes vivant avec le VIH sont de sexe féminin. Les femmes et les filles représentent près de 57% de toutes les personnes infectées par le VIH en Afrique subsaharienne, où un pourcentage saisissant – 76% – des jeunes (entre 15 et 24 ans) qui vivent avec le VIH sont de sexe féminin. Dans la plupart des autres régions, les femmes et les filles constituent une proportion croissante des personnes vivant avec le VIH, par rapport à ce qu'elle était il y a cinq ans.

Ces tendances suggèrent d'importantes lacunes dans la riposte au SIDA. Les services susceptibles de protéger les femmes du VIH doivent être élargis. Les femmes et les filles ont besoin de plus d'information sur le SIDA. Une récente enquête de l'UNICEF a révélé que jusqu'à 50% des jeunes femmes des pays

---

\* Les 'Trois Principes' se réfèrent à un cadre national d'action afin de coordonner le travail de l'ensemble des partenaires, une instance natio□

<b>Statistiques et caractéristiques régionales du VIH et du SIDA pour les femmes, fin 2002 et 2004</b>			
		<b>Nombre de femmes (15–49) vivant avec le VIH</b>	<b>Pourcentage d'adultes (15–49) vivant avec le VIH qui sont des femmes (%)</b>
<b>Afrique subsaharienne</b>	2004	13,3 millions [12,4–14,9 millions]	57
	2002	12,8 millions [11,9–14,3 millions]	57
<b>Afrique du Nord et Moyen-Orient</b>	2004	250 000 [80 000–770 000]	48
	2002	200 000 [62 000–620 000]	48
<b>Asie du Sud et du Sud-Est</b>	2004	2,1 millions [1,3–3,1 millions]	30
	2002	1,8 million [1,1–2,7 millions]	28
<b>Asie de l'Est</b>	2004	250 000 [120 000–400 000]	22
	2002	160 000 [79 000–250 000]	21
<b>Océanie</b>	2004	7100 [4100–11 000]	21
	2002	5000 [3000–7500]	18
<b>Amérique latine</b>	2004	610 000 [470 000–790 000]	36
	2002	520 000 [390 000–690 000]	35
<b>Caraïbes</b>	2004	210 000 [120 000–380 000]	49
	2002	190 000 [110 000–360 000]	49
<b>Europe orientale et Asie centrale</b>	2004	490 000 [310 000–710 000]	34
	2002	330 000 [220 000–480 000]	33
<b>Europe occidentale et centrale</b>	2004	160 000 [120 000–200 000]	25
	2002	150 000 [110 000–190 000]	25
<b>Amérique du Nord</b>	2004	260 000 [140 000–410 000]	25
	2002	240 000 [120 000–390 000]	25
<b>TOTAL</b>	2004	17,6 millions [16,3–19,5 millions]	47
	2002	16,4 millions [15,2–18,2 millions]	48

à forte prévalence ne possèdent pas les connaissances de base concernant le SIDA. Mais la vulnérabilité des femmes et des filles à l'infection à VIH n'est pas seulement due à l'ignorance, mais aussi à leur manque chronique de pouvoir. Dans le monde, la plupart des femmes contractent l'infection à VIH en raison des comportements à haut risque de leur partenaire, sur lesquels elles n'ont pratiquement aucun contrôle. Les difficultés des femmes et des enfants face au SIDA soulignent à quel point il est nécessaire d'appliquer des stratégies réalistes pour s'attaquer aux interactions entre inégalités – notamment les inégalités entre les sexes – et VIH.

## LA RIPOSTE AU SIDA DOIT CONTINUER À S'ÉLARGIR

Depuis 2001, un profond changement est intervenu dans la riposte mondiale au SIDA. Le financement à l'échelle mondiale a passé de 2,1 milliards de dollars environ à quelque 6,1 milliards en 2004<sup>†</sup> et l'accès aux services essentiels de prévention et de prise en charge s'est sensiblement amélioré (ONUSIDA, 2004). Le nombre d'élèves du niveau secondaire qui bénéficient d'une éducation sur le SIDA a presque triplé, le nombre annuel de clients des centres de conseil et de test volontaires a doublé, le nombre de femmes à qui l'on propose des services de prévention

<sup>†</sup> Les sources de financement comprennent les dépenses intérieures (dont les fonds du secteur public et les dépenses des individus et des familles touchés par le SIDA), les donateurs bilatéraux (dont, depuis 2003, le Plan d'aide d'urgence du Président des Etats-Unis en matière de lutte contre le SIDA), les institutions multilatérales (dont le système des Nations Unies, la Banque mondiale et le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme), et le secteur privé (notamment des fondations, des organisations non gouvernementales et le monde des entreprises).

de la transmission mère-enfant s'est accru de 70% et le nombre de personnes sous thérapie antirétrovirale a augmenté de 56%, selon une récente enquête réalisée dans 73 pays à faible et moyen revenus représentant près de 90% du fardeau mondial du VIH (Policy Project et al., 2004). La plupart des personnes qui ont besoin d'un traitement antirétroviral en Amérique du Sud et dans certains pays des Caraïbes y ont maintenant accès. Les efforts déployés pour élargir le traitement et la prise en charge, notamment l'initiative '3 millions d'ici 2005' de l'Organisation mondiale de la Santé, l'ONUSIDA et leurs partenaires, promettent d'élargir encore la couverture.

Pourtant, malgré ces progrès, la couverture reste inégale et, à bien des égards, terriblement insuffisante. Environ 440 000 personnes dans les pays à faible et moyen revenus étaient sous traitement antirétroviral en juin 2004 (OMS, 2004). Ce chiffre signifie que neuf sur 10 des personnes qui ont besoin d'un tel traitement – dont la majorité se trouvent en Afrique subsaharienne – n'en bénéficient pas. Si ce faible taux de couverture se maintient, cinq à six millions de personnes mourront du SIDA au cours des deux prochaines années (ONUSIDA, 2004).

En fin de compte, le traitement contre le SIDA ne sera abordable et durable que si la prévention du VIH est efficace. Et c'est là seulement que la propagation mondiale du SIDA pourra être interrompue. On en sait suffisamment au sujet de programmes de lutte contre le SIDA efficaces, bon marché et relativement simples. Et pourtant, en trop d'endroits, de tels programmes ne sont pas mis en œuvre. Moins de 1% des adultes de 15 à 49 ans ont accès aux services de conseil et de test volontaires dans les 73 pays à faible et moyen revenus les plus affectés par le SIDA. Moins de 10% des femmes enceintes bénéficient actuellement des services dont l'efficacité est prouvée pour

la prévention de la transmission du VIH au cours de la grossesse et de l'accouchement. Moins de 3% des enfants orphelins ou vulnérables reçoivent un soutien public de la plupart des services (à l'exception de la région de l'Europe orientale où la couverture est plus étendue).

Dans les pays de certaines régions, les priorités des dépenses sur le VIH/SIDA ne suivent toujours pas les grandes caractéristiques épidémiologiques de leurs épidémies. De ce fait, les groupes de la population tels que les consommateurs de drogues injectables et les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes sont souvent les oubliés des activités sur le SIDA, même dans les endroits où ils sont fortement touchés. Globalement, la couverture des programmes de prévention est très faible pour les consommateurs de drogues injectables (moins de 5% ont accès aux services de prévention essentiels) et de 10% à 20% seulement pour les professionnel(le)s du sexe, les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, et les enfants des rues (Policy Project et al., 2004). Ce phénomène est souvent dû à la discrimination sociale et à l'indifférence politique. Cependant, une partie du problème réside aussi dans des systèmes de surveillance du VIH encore inadéquats – une lacune qui est manifeste dans chacune des régions et qui entrave la capacité des pays à adapter leurs ripostes à une épidémie en constante évolution.

L'immobilisme précipite le désastre. Un effort immense est requis pour réaliser une riposte à une échelle qui corresponde à l'épidémie mondiale de SIDA. Sans des stratégies renforcées de prévention du VIH qui s'attaquent vigoureusement à l'épidémie, et qui prennent également en compte les impératifs plus larges de justice sociale et d'égalité, il est improbable qu'à long terme le monde parvienne à vaincre le SIDA.