

AFRIQUE SUBSAHARIENNE

Statistiques et caractéristiques du VIH et du SIDA, à fin 2002 et 2004

	Adultes et enfants vivant avec le VIH	Nombre de femmes vivant avec le VIH	Adultes et enfants nouvellement infectés par le VIH	Prévalence chez l'adulte (%)	Décès dus au SIDA chez les adultes et les enfants
2004	25,4 millions [23,4–28,4 millions]	13,3 millions [12,4–14,9 millions]	3,1 millions [2,7–3,8 millions]	7,4 [6,9–8,3]	2,3 millions [2,1–2,6 millions]
2002	24,4 millions [22,5–27,3 millions]	12,8 millions [11,9–14,3 millions]	2,9 millions [2,6–3,6 millions]	7,5 [7,0–8,4]	2,1 millions [1,9–2,3 millions]

Les épidémies de SIDA qui parcourent la région sont très diverses. Il n'y a pas une épidémie 'africaine' de type unique.

L'Afrique subsaharienne compte un peu plus de 10% de la population mondiale, mais abrite plus de 60% de toutes les personnes vivant avec le VIH – environ 25,4 millions d'individus [23,4–28,4 millions]. On estime qu'en 2004 3,1 millions de personnes [2,7–3,8 millions] y ont été infectées pour la première fois et 2,3 millions [2,1–2,6 millions] y sont mortes du SIDA. Parmi les jeunes de 15–24 ans, on estime que 6,9% [6,3–8,3%] des femmes et 2,2% [2,0–2,7%] des hommes y vivaient avec le VIH à la fin de l'année 2004.

La prévalence du VIH chez les adultes est restée à peu près stable ces dernières années, mais cette stabilisation ne signifie pas nécessairement que l'épidémie ralentit. Bien au contraire, elle peut masquer les pires phases de l'épidémie – avec un nombre à peu près égal de nouvelles infections à VIH et de décès dus au SIDA.

Il n'y a pas une, mais bien plusieurs épidémies

Même si une perspective globale peut montrer des tendances à la stabilisation dans la prévalence du VIH, les épidémies de SIDA qui parcourent la région sont très diverses – tant parmi les sous-régions qu'au sein de ces dernières. Il n'est donc pas exact de

parler d'une épidémie 'africaine' de type unique et il est de plus dangereux de la généraliser à l'ensemble de l'Afrique subsaharienne à partir d'observations obtenues dans un ou plusieurs endroits spécifiques. Les épidémies présentent une hétérogénéité d'intensité, d'allure et d'impact, et il faudra donc mettre au point des stratégies adaptées aux conditions locales en matière de prévention, de traitement/prise en charge et d'atténuation de l'impact (Asamoah-Odei, Garcia-Calleja et Boerma, 2004).

L'Afrique de l'Est peut maintenant faire état de plusieurs modèles de déclin modeste et progressif en ce qui concerne la prévalence médiane du VIH parmi les femmes enceintes en milieu urbain, mais il est encore trop tôt pour pavoiser. Même en **Ouganda** – qui depuis le milieu des années 1990 peut se prévaloir d'une diminution persistante des niveaux de prévalence du VIH – le fardeau de l'épidémie reste important. En Afrique centrale et en Afrique de l'Ouest on n'observe guère de modification des taux de prévalence, lesquels restent stables à 5%, voire moins – à l'exception notable du **Cameroun** et de la **Côte d'Ivoire**, où, ces dernières années et dans certains sites, les valeurs médianes de la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes ont atteint les 10% et s'y sont maintenues (Asamoah-Odei, Garcia-Calleja et Boerma, 2004). Il ne faut pas oublier néan-

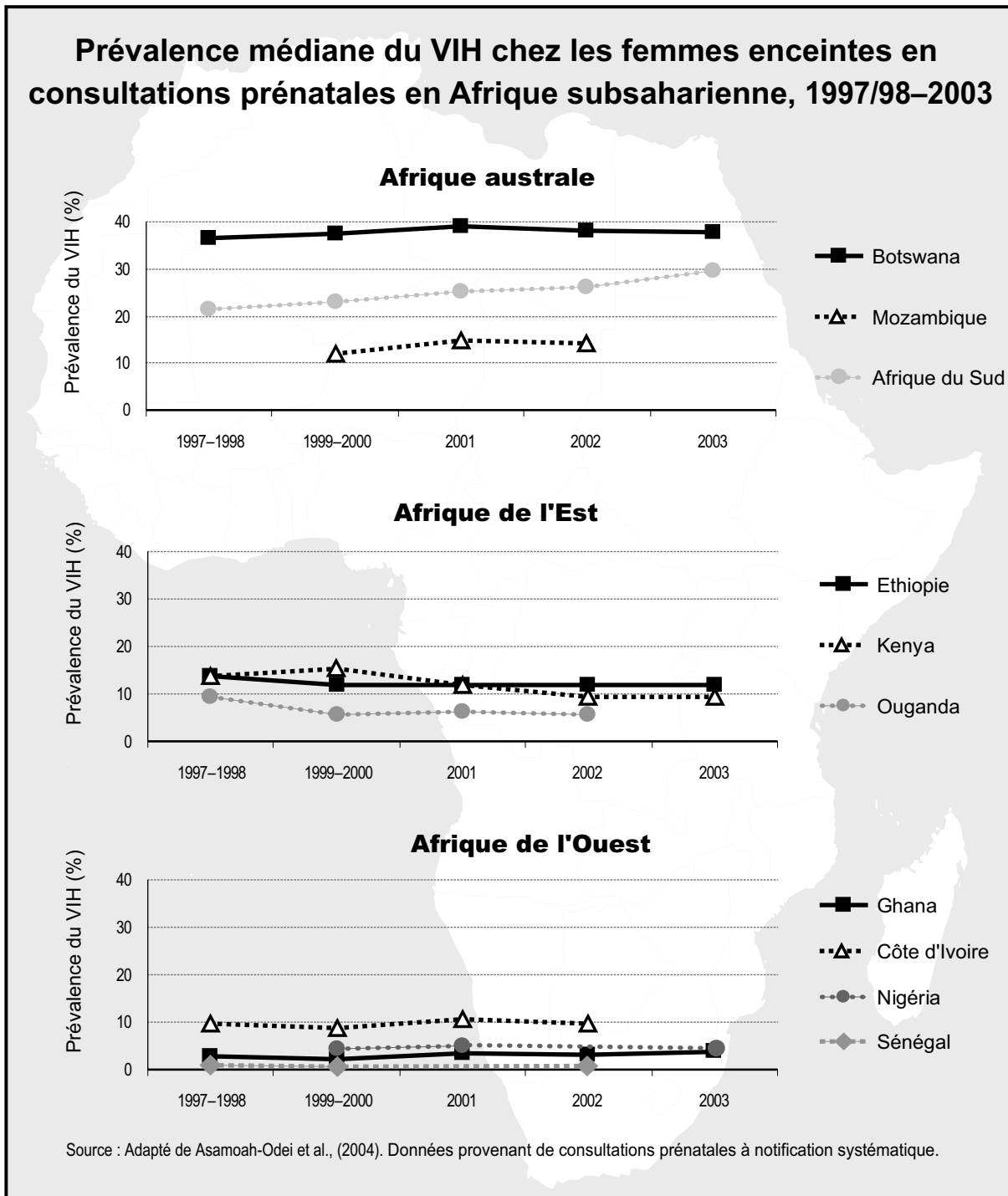


Figure 6

moins que les statistiques de prévalence au niveau national peuvent masquer des taux particulièrement élevés pour des provinces, des Etats ou des districts donnés.

L'Afrique australe n'offre malheureusement que de faibles indications d'une baisse prévisible pour la prévalence du VIH. Chacun des pays de la sous-région connaît une prévalence nationale d'au moins 10% – sauf en ce qui concerne l'Angola, où une guerre civile de longue durée a pu retarder la

propagation de l'épidémie, ce qui fait que ce taux n'y dépasse pas 5%. Il en résulte que l'on estime à 11,4 millions (10,5–12,6 millions) le nombre de personnes vivant avec le VIH dans ces neuf pays – presque 30% du total mondial de personnes vivant avec le VIH pour une zone qui ne regroupe que 2% de la population mondiale.

Si la prévalence du VIH enregistrée dans les consultations prénatales a légèrement fléchi en quelques endroits de certains pays et dans certains groupes

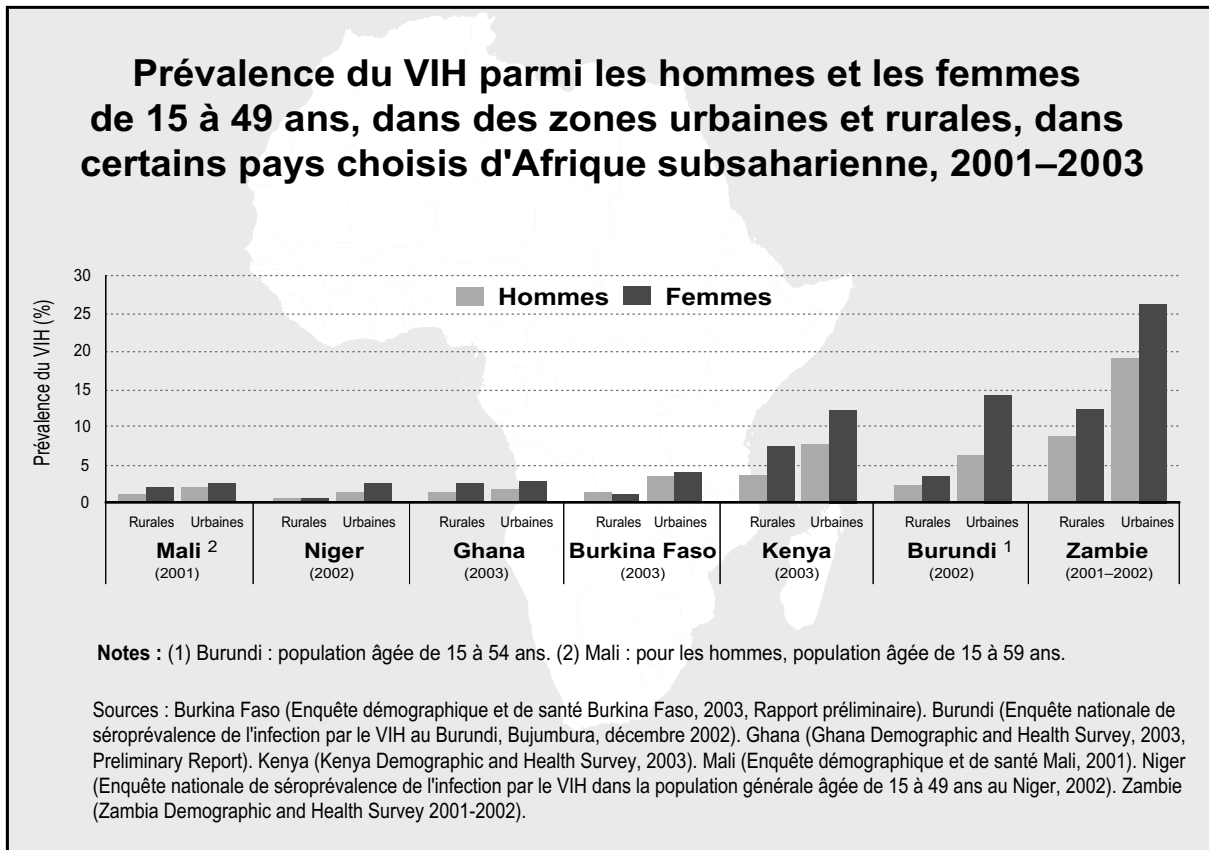


Figure 7

d'âge (par exemple à Lilongwe, capitale du **Malawi**), aucun pays d'Afrique australe ne montre encore de signe d'un déclin de cette prévalence au niveau national. Il convient néanmoins de garder à l'esprit que les taux actuels de prévalence reflètent les niveaux d'incidence du VIH au cours des années précédentes, avec un décalage qui peut atteindre plusieurs années. La prévalence du VIH représente le nombre total de personnes vivant avec le VIH quel que soit le moment où l'infection a eu lieu ; l'incidence donne le nombre

et ne change guère dans les autres pays d'Afrique australe.

L'infection à VIH devient endémique en Afrique subsaharienne. Les taux de prévalence élevés observés actuellement signifient que même les pays qui parviendront un jour ou l'autre à inverser le cours l'épidémie devront encore faire face à de sérieuses épidémies de SIDA pendant de longues années à venir. Les ravages causés par le SIDA marqueront l'existence de plusieurs générations d'Africains.

La 'stabilisation' peut masquer les pires phases de l'épidémie – avec un nombre à peu près égal de nouvelles infections à VIH et de décès dus au SIDA.

de personnes qui ont été infectées au cours d'une période donnée, le plus souvent l'année écoulée. Dans toute la sous-région, les efforts de prévention et de traitement se sont multipliés et étendus au cours des cinq dernières années. Il n'existe pas de méthode simple et fiable pour évaluer l'incidence du VIH en Afrique subsaharienne ; on peut tout au plus utiliser comme indicateur de remplacement la prévalence de l'infection parmi les femmes enceintes âgées de 15–24 ans. Ce dernier indicateur continue à augmenter chez les femmes de ce groupe d'âge en **Afrique du Sud**

Malgré cette diversité on constate des permanences frappantes. Dans toute la région, les femmes sont nettement plus affectées que les hommes par le VIH. On compte en moyenne 13 femmes vivant avec le VIH pour 10 hommes infectés, et l'écart ne cesse de se creuser. Dans la plupart des pays, l'âge des femmes lors de l'infection est plus précoce que chez les hommes. Les différences de taux d'infection chez les hommes et chez les femmes sont particulièrement marquées parmi les jeunes de 15–24 ans. Des études récentes au sein de la population font penser

Des données obtenues à partir des consultations prénatales ou des données fondées sur l'ensemble de la population, lesquelles sont les plus exactes ?

Dans les pays à épidémie généralisée, les estimations de la prévalence du VIH se fondent surtout sur des échantillons de sang repris lors des investigations sérologiques pour la syphilis auprès de femmes enceintes vues en consultation prénatale (ou 'surveillance sentinelle'). Jusqu'à tout récemment, ces enquêtes ont fourni les meilleures estimations disponibles en ce qui concerne la prévalence du VIH au sein de la population.

On dispose néanmoins de plus en plus souvent d'enquêtes nationales fondées sur la population ou d'enquêtes dans les ménages. Ces enquêtes permettent d'améliorer l'exactitude des estimations parce qu'elles comportent des données pour le pays tout entier couvrant tant les hommes que les femmes et comportent des échantillons en provenance de zones rurales reculées rarement étudiées par les systèmes de surveillance sentinelle. Des données obtenues lors d'enquêtes de population ont permis d'améliorer les estimations 2003 de l'ONUSIDA/OMS pour plusieurs pays parmi lesquels l'Afrique du Sud, le Kenya, le Niger, la République dominicaine, la Zambie et le Zimbabwe. Ces données ont aussi permis d'améliorer les hypothèses relatives aux différences sexospécifiques et à celles qui sont liées au statut rural ou urbain en ce qui concerne la prévalence du VIH, différences qui sont prises en compte pour les estimations en d'autres pays de la même zone.

L'une et l'autre méthodes d'enquête ont néanmoins leurs avantages et leurs inconvénients.

D'une part, les enquêtes nationales fondées sur la population apportent une représentation beaucoup plus étendue de l'ensemble de la population. Elles peuvent en outre apporter des informations sur la prévalence du VIH chez les hommes et chez les femmes non enceintes, et peuvent fournir une meilleure couverture des populations rurales que la surveillance basée sur les consultations prénatales.

Mais d'autre part, le refus de certains sujets de répondre à l'enquête ou leur absence du foyer apportent un élément non négligeable d'incertitude aux estimations de la prévalence du VIH obtenues lors de ces enquêtes (les taux de non-réponse ont varié de 24% à 42% lors d'enquêtes récentes dans certains pays africains). Les estimations peuvent être ajustées si l'on connaît les caractéristiques fondamentales des non-répondants, mais il n'est pas possible de mesurer une éventuelle association entre l'absence d'un individu ou son refus de participer et le statut VIH de cette personne. On peut envisager que ce refus de participer ou cette absence du foyer puisse être liée à une plus forte probabilité d'infection à VIH (les hommes migrants ou voyageurs par exemple, qui ont de plus fortes chances d'être infectés, ont moins de chances de se trouver à domicile lors de ces enquêtes).

De leur côté, les données en provenance des consultations prénatales apportent des estimations VIH en appliquant des critères qui ne seront pas nécessairement d'application constante pour tous les pays et à tous les stades de l'épidémie. On considère, par exemple, que la prévalence du VIH chez les femmes enceintes est approximativement la même que dans l'ensemble de la population adulte, qu'il y a 1,3 femme pour 1 homme parmi les personnes infectées par le VIH, et que le temps de survie des adultes est d'environ neuf ans. On tient aussi compte d'un certain nombre de facteurs liés à la distribution par âge. Enfin, la plupart des systèmes de surveillance fondés sur les consultations prénatales ont une couverture géographique réduite, ce qui peut entraîner des variations significatives de qualité pour les estimations nationales de prévalence du VIH d'un pays à l'autre.

Sauf en ce qui concerne l'Afrique du Sud, ces systèmes de surveillance choisissent surtout des sites urbains ou périurbains, à la fois parce qu'ils sont plus aisés d'accès et parce que ces consultations desservent un nombre important de femmes enceintes, ce qui facilite la constitution de grands échantillons lors de la collecte des données. Il s'ensuit souvent un manque de données concernant les femmes enceintes des zones rurales. Même s'il est possible de corriger ce biais, une part supplémentaire d'incertitude demeure liée à l'importance des différences de prévalence entre zones rurales et zones urbaines.

Si les données obtenues à partir des consultations prénatales sont néanmoins particulièrement utiles pour suivre les tendances de l'infection à VIH d'une année à l'autre, les enquêtes nationales à domicile permettent d'améliorer notre représentation de l'épidémie. Répétées à intervalles de trois à cinq ans, ces enquêtes constitueront un élément précieux du système de surveillance et permettront d'améliorer les estimations du niveau et des tendances de l'infection à VIH.

A vrai dire, il n'y a pas de règle d'or pour la surveillance de l'infection à VIH et il convient de jauger d'un œil critique toutes les estimations VIH – qu'elles proviennent des données d'une enquête nationale ou de données de surveillance sentinelle. Le recours à toutes les données disponibles pour établir des estimations VIH permettra des estimations de qualité optimale.

que, parmi les personnes qui vivent avec le VIH en Afrique subsaharienne, on compte en moyenne 36 jeunes femmes pour 10 jeunes hommes. Au **Ghana** on y compte neuf femmes pour un homme. Lors d'une étude entreprise chez les femmes de Harare (**Zimbabwe**), Durban et Soweto (**Afrique du Sud**), 66% des femmes interrogées ont signalé n'avoir connu qu'un partenaire au cours de leur vie, 79% n'avaient pas eu de rapports sexuels avant au moins leur 17e anniversaire (ce qui correspond grosso modo à l'âge des premiers rapports dans la plupart des autres pays du monde), et 79% ont déclaré avoir recours au préservatif. Il n'en reste pas moins que 40% de ces jeunes femmes étaient séropositives (Meehan et al., 2004) et nombreuses parmi elles sont celles qui ont été infectées même lorsqu'elles sont restées fidèles à un seul partenaire.

Les abus et la violence liés au sexe – presque toujours mais pas exclusivement dirigés à l'encontre des femmes – constituent des problèmes graves qui transcendent les disparités économiques, sociales, ethniques et géographiques. Les adolescents, les enfants, et tout particulièrement les jeunes femmes et les filles doivent faire face de façon croissante à des mauvais traitements (violence domestique, viols, attaques d'ordre sexuel), et à une exploitation sexuelle ou à des mutilations génitales. Dans certaines enquêtes effectuées en **Ouganda**, 46% des femmes ont déclaré subir régulièrement des violences physiques ; les taux observés dans des études similaires au **Kenya**

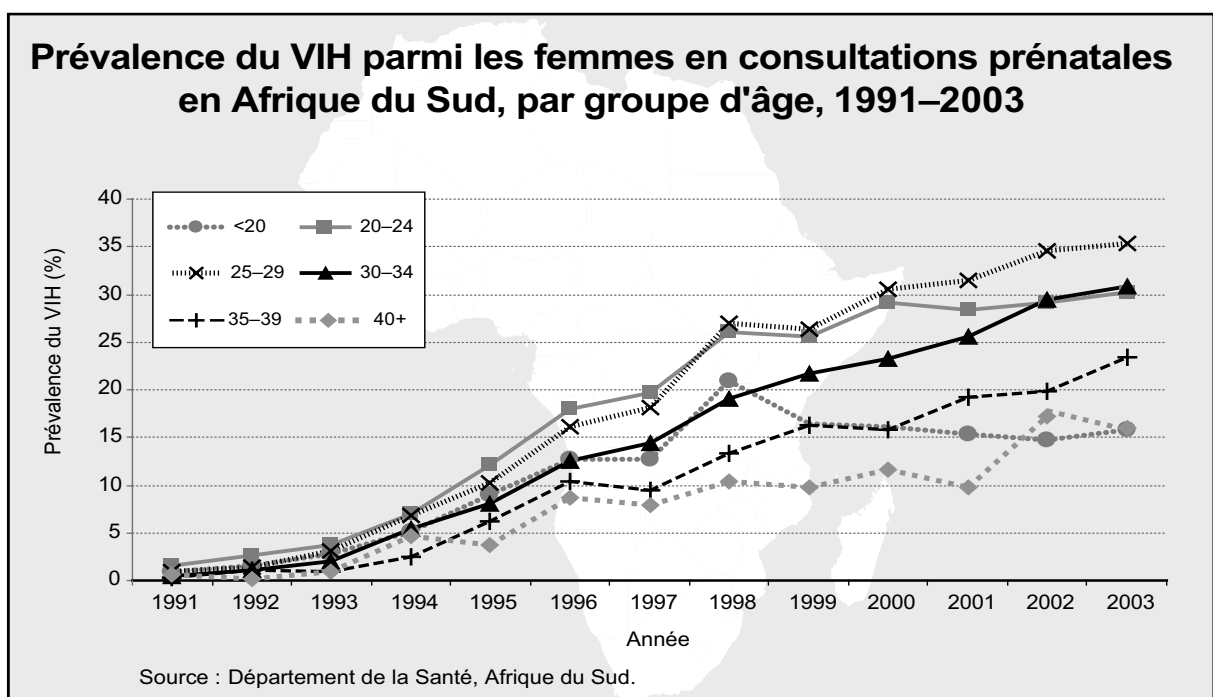
et en **Zambie** dépassent 40%. Pour certaines jeunes femmes, les premiers rapports sexuels se déroulent sous la contrainte ou par des rapports forcés – circonstances qui sont souvent liées à un risque accru de transmission du VIH.

AFRIQUE AUSTRALE

L'Afrique australe reste la sous-région la plus gravement atteinte au monde – dans certaines consultations prénatales urbaines, la prévalence du VIH, qui était de l'ordre de 5% en 1990, dépasse maintenant les 25%.

L'**Afrique du Sud** continue à regrouper le nombre le plus élevé au monde de personnes vivant avec le VIH. On estimait à 5,3 millions [4,5 millions–6,2 millions] le nombre de personnes qui y vivaient avec le VIH à la fin de 2003 – dont 2,9 millions [2,5 millions–3,3 millions] de femmes. L'épidémie ne montre malheureusement aucun signe de fléchissement. La prévalence générale du VIH parmi les femmes enceintes était de 27,9% en 2003, contre 26,5% en 2002 et 25% en 2001. Les données les plus récentes font penser que cette prévalence continue à croître dans tous les groupes d'âge, sauf chez les femmes enceintes de plus de 40 ans (voir Figure 8). Si une enquête de population récente semble indiquer une tendance vers des pratiques sexuelles plus sûres parmi les jeunes Sud-Africains (Reproductive Health Research Unit et Medical Research Council,

Figure 8



2004), les taux de prévalence ont continué à croître parmi les femmes enceintes de 15 à 24 ans – de 23,1% en 2001 à 24,3% en 2003. Cette enquête met en évidence des variations régionales significatives, le taux de prévalence parmi les femmes enceintes dépassant les 30% dans trois provinces (Etat-libre d'Orange, Mpumalanga et KwaZulu-Natal – dans cette dernière province, le taux est de 37,5%), alors qu'il oscille entre 13% et 17,5% dans les provinces du Cap occidental, du Cap septentrional et du Limpopo. Dans toutes les provinces sauf deux (Etat-libre d'Orange et Gauteng), la prévalence du VIH a augmenté depuis 2001 (Ministère de la Santé d'Afrique du Sud, 2004).

tation sur les taux observés en 2000 (34%) et surtout en 1992 (4% seulement). Ailleurs dans la sous-région, les taux d'infection à VIH parmi les femmes enceintes semblent se stabiliser à des niveaux moindres – autour de 18% au **Malawi** (2003), 16% en **Zambie** (2003), et 25% au **Zimbabwe** (2003) – mais il n'y a guère d'indications d'une diminution imminente. Dans le cas du Zimbabwe, on estime que le nombre annuel de nouvelles infections est resté à peu près stable depuis 1996-1997. Comme dans les autres pays de la région, les femmes assument une part disproportionnée du fardeau : une enquête plus ancienne effectuée au sein de la population du Zimbabwe avait montré au sein des participants que,

Dans toute la région, les femmes sont affectées par le VIH de manière disproportionnée. En moyenne, on compte 13 femmes vivant avec le VIH pour 10 hommes infectés.

On note toujours des taux de prévalence très élevés – souvent supérieurs à 30% parmi les femmes enceintes – dans quatre autres pays de la sous-région, tous de faible population : **Botswana**, **Lesotho**, **Namibie** et **Swaziland**, et la comparaison des taux de prévalence dans certaines consultations n'a mis en évidence aucune diminution. Au Swaziland, par exemple, le taux de prévalence du VIH parmi les femmes enceintes était de 39% en 2002, en augmen-

parmi ceux qui vivaient avec le VIH, le nombre de femmes était plus de deux fois supérieur à celui des hommes dans le groupe d'âge de 15 à 24 ans (avec des taux de prévalence respectifs de 22% et 10%). Dans l'ensemble, les femmes constituaient près de 57% des personnes vivant avec le VIH en 2003 et la même proportion des décès dus au SIDA (Ministère de la Santé et du Bien-Etre des Enfants, Zimbabwe, 2004). Il faut noter cependant que l'épidémie peut

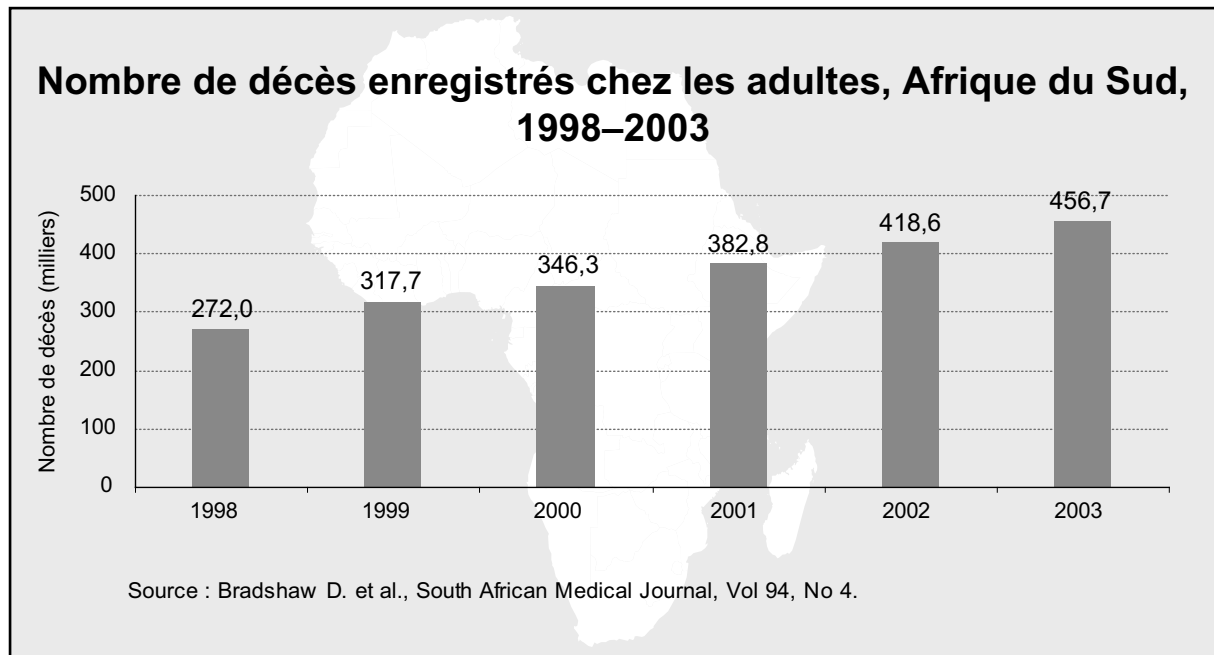
Les jeunes, le sexe et le VIH en Afrique du Sud

Il est fondamental d'assurer une prévention efficace auprès des jeunes. Dans toute l'Afrique australe, la prévalence du VIH augmente de façon marquée une fois l'âge de 20 ans atteint. Une nouvelle étude élargie entreprise par la *Reproductive Health Research Unit* et le *Medical Research Council* sur le VIH et les comportements liés au sexe parmi les jeunes Sud-Africains en donne une illustration frappante.

L'étude montre une prévalence du VIH relativement faible (4,8%) parmi les jeunes de 15 à 19 ans ; ceci n'a rien de très étonnant vu l'âge signalé par les participants pour leurs premiers rapports sexuels (en moyenne 16,4 ans pour les hommes et 17 ans pour les femmes). C'est dans le groupe d'âge suivant (20 à 24 ans) que le taux de prévalence s'envole et atteint 16,5% pour l'ensemble de la classe d'âge, les infections se rencontrant en grande majorité parmi les femmes : près d'une participante sur quatre (24,5%) était séropositive, alors que la proportion chez les hommes était de un sur 13 (7,6%). En fait, plus des trois quarts (77%) des jeunes Sud-Africains vivant avec le VIH sont des femmes, une inégalité qui ne commence à s'amortir que parmi les classes d'âge de 30 ans et plus. Comme pour beaucoup de jeunes de par le monde, nombreux sont les jeunes Sud-Africains (62%) qui, lors de la révélation de leur séropositivité, pensaient n'avoir encouru que peu de risque – voire aucun risque – d'infection.

Les jeunes femmes sont soumises au risque d'infection à VIH de façon tout à fait disproportionnée. Les agressions sexuelles sont monnaie courante : plus du quart (28%) des femmes ont déclaré que leur premier rapport n'avait pas été désiré et une sur 10 (10%) qu'il avait eu lieu sous la contrainte. Près de la moitié (49%) des jeunes femmes qui signalaient avoir eu des rapports sexuels ont dit avoir été enceintes à un moment ou à un autre – ce qui fait envisager que le recours au préservatif est loin d'être la norme ; de fait, un tiers au moins des jeunes hommes qui signalaient un ou plusieurs rapports sexuels au cours des 12 mois précédents n'avaient jamais eu recours au préservatif et deux tiers n'y avaient pas eu recours lors du rapport le plus récent (Reproductive Health Research Unit, Medical Research Council, 2004).

Figure 9



varier considérablement en intensité au sein d'un même pays – même aussi peu étendu que le Malawi, par exemple, où une étude récente sur les données VIH a montré que, au niveau des districts, la prévalence parmi les femmes adultes varie de 4% à 18%, les taux les plus élevés survenant dans le sud du pays (Montana et al., 2004).

L'**Angola** constitue une exception dans la sous-région. Au cours d'une guerre qui a duré presque deux générations, les civils n'ont pas pu circuler

librement, les transports ont été interrompus et certaines zones ont été à maintes reprises coupées du reste du monde. Les données disponibles font penser que ces difficultés ont pu ralentir la propagation du VIH. Dans les consultations prénatales de Luanda, la capitale, la prévalence du VIH est d'environ 3% (les systèmes de surveillance sentinelle pour le VIH dans le reste du pays sont encore en cours d'élaboration). On a néanmoins mis en évidence des taux élevés – de l'ordre de 33% – parmi les professionnel(le)s

A l'intérieur des portes de l'usine

Alors que la surveillance fondée sur les consultations prénatales n'apporte guère de détails d'ordre démographique, les enquêtes de population peuvent, elles, compléter notre connaissance de l'épidémie. Une série récemment publiée de 34 enquêtes de ce type auprès des travailleurs de l'industrie minière et manufacturière en Afrique australe illustre clairement la propagation du VIH parmi les salariés. Pour 2000-2001, ces enquêtes ont trouvé une prévalence du VIH de 14,5% (14,1–14,9%), 24,6% (23,6–25,7%) et 17,9% (17,1–17,7%) parmi 44 000 travailleurs en **Afrique du Sud**, au **Botswana** et en **Zambie**, respectivement. Ce sont les travailleurs de l'industrie minière qui présentaient les taux d'infection les plus élevés. Les taux d'infection variaient de façon marquée au sein des groupes étudiés – les taux de séropositivité chez les travailleurs contractuels (23% [21,9–24,1%]), les travailleurs non qualifiés (18,3% [17,5–19,1%]) et semi-qualifiés (18,7% [18,1–19,4%]) étant plus élevés que chez les travailleurs qualifiés (10,5% [9,5–11,4%]) et les cadres (4,5% [3,4–5,6%]). La recherche met en évidence que, dans l'industrie minière, les travailleurs les moins qualifiés (y compris les travailleurs contractuels) sont aussi des travailleurs migrants vivant loin de leur foyer pendant de longues périodes et plus enclins à fréquenter des professionnelles du sexe. En Zambie cependant, le secteur minier a montré un taux d'infection très élevé de 26,4% (11,4–41,3%) parmi les travailleurs qualifiés. On notera aussi le taux d'infection élevé parmi les travailleurs âgés de plus de 49 ans : un peu plus de 10% en Afrique du Sud et en Zambie et 18% au Botswana (Evian et al., 2004).

Une autre étude récente attribue à l'épidémie de VIH l'accroissement des infections tuberculeuses parmi les travailleurs des mines d'or séropositifs et séronégatifs pour le VIH en Afrique du Sud. Effectuée dans quatre mines au cours des années 1990, cette étude a montré un accroissement de l'incidence de la tuberculose de 0,5% en 1991 à 1% en 1997 et à 2% en 2000. Parmi les mineurs séronégatifs, ce taux a plus que doublé de 1991–1992 à 1995–1997 (de 0,5% à 1,3%), un accroissement vraisemblablement dû à la transmission de la tuberculose par le nombre accru de mineurs séropositifs tuberculeux (Sonnenberg et al., 2004).

du sexe dans la capitale, ce qui indique clairement la capacité du virus à s'établir dans des réseaux où le risque de transmission du VIH est particulièrement élevé. Après deux ans de paix relative et à une époque où des millions d'Angolais reviennent à une vie normale, il y a toutes les raisons de craindre une extension et une accélération de la transmission du VIH dans ce pays..

Des observations publiées récemment montrent que l'Afrique australe est indiscutablement la proie de l'épidémie de SIDA au fur et à mesure qu'un nombre croissant de ses habitants sont atteints de maladies liées au VIH et en meurent. L'espérance de vie à la naissance est passée au-dessous de 40 ans dans neuf pays d'Afrique australe gravement atteints par le SIDA – le **Botswana**, le **Lesotho**, le **Malawi**, le **Mozambique**, le **Rwanda**, la **République centrafricaine**, le **Swaziland**, la **Zambie** et le **Zimbabwe** (PNUD, 2004). En 2000, dans le nord de la **Namibie**, la probabilité pour une femme de mourir entre 15 et

Les enquêtes de surveillance démographique détaillées montrent, elles aussi, un accroissement marqué de la mortalité. L'une de ces enquêtes – dans une zone rurale de la province du KwaZulu-Natal, qui présente une prévalence élevée d'infection à VIH parmi les femmes enceintes, a confirmé l'existence d'un accroissement massif et brutal de la mortalité chez les adultes à la fin des années 1990, le SIDA (avec ou sans tuberculose) constituant la principale cause de décès chez l'adulte (48%) dès l'an 2000. Chez les femmes, le risque de mourir du SIDA est maximal parmi les femmes de 25 à 39 ans ; chez les hommes, le risque majeur se situe dans le groupe de 30 à 44 ans. Il est hautement probable que ces taux de mortalité liés au SIDA s'aggravent au cours des années à venir étant donné que la prévalence du VIH dans ce district a fortement augmenté vers la fin des années 1990 et que la mortalité liée au SIDA évolue à peu près en parallèle avec l'incidence du VIH au cours de la décennie écoulée (Hosegood, Vanneste et Timaeus, 2004).

L'Afrique de l'Est affiche plusieurs exemples de déclin graduels et modérés de la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes en zones urbaines. Malheureusement, il n'y a encore aucun signe d'un recul global sur le plan national dans aucun de ces pays.

60 ans était de 335 pour 1000 (contre 95 pour 1000 en 1993 – soit une multiplication par 3,5) ; pour les hommes, ce risque est passé de 220 pour 1000 en 1993 à 550 pour 1000 en 2000 – une multiplication par 2,5). L'accroissement de mortalité affectant essentiellement les adultes jeunes (il n'y a pas eu d'augmentation de la mortalité parmi les adolescent(e)s et les personnes plus âgées), le SIDA est donc le principal facteur de cet accroissement (Notkola, Timaeus et Siiskonen, 2004). Au Zimbabwe, par ailleurs, l'espérance de vie à la naissance est passée de 52 ans en 1990 à 34 ans en 2003 (Chitate et Muvandi, 2004). L'analyse des données d'enregistrement de la mortalité en **Afrique du Sud** montre un accroissement du nombre total de décès chez les adultes au cours des six années écoulées – un accroissement de plus de 40% et, chez les femmes de 20 à 49 ans, un accroissement de plus de 150% une fois prises en compte les corrections concernant la croissance de la population et une éventuelle amélioration de l'enregistrement des décès (Bradshaw, 2004).

AFRIQUE DE L'EST

Quelques pays d'Afrique de l'Est montrent effectivement des signes d'une véritable chute des niveaux d'infection à VIH. L'**Ouganda**, où le taux national de prévalence est passé de 13% au début des années 1990 à 4,1% (2,8–6,6%) à la fin 2003, en constitue l'exemple le plus marquant, mais n'est certainement pas le seul. La comparaison de la prévalence du VIH parmi les femmes présentes en consultations prénatales dans la sous-région montre une chute significative d'une médiane de 12,9% (7,0–16,9%) en 1997-1998 à 8,5% (5,3–14,0%) en 2002 (Asamoah-Odei, Garcia-Calleja et Boerma, 2004). **Madagascar** constitue une exception, avec un accroissement apparent parmi les femmes enceintes – 1,1% en 2003 contre 0,3% à peine deux ans auparavant (Ministère de la Santé, Madagascar, 2003). Il est trop tôt pour savoir s'il s'agit d'une tendance qui se poursuivra, les autres indicateurs (par exemple la prévalence parmi les professionnel(le)s du sexe) étant restés bas.

La tendance à la baisse est plus fermement établie en **Ouganda**, où la prévalence du VIH a chuté nettement dès le milieu des années 1990 et s'est maintenue par la suite entre 5% et 6%. Des données récentes suggèrent que le **Kenya** pourrait suivre le même chemin : les données en provenance des consultations prénatales y montrent une chute de la prévalence du VIH – de 13,6% (12,2–27,1%) en 1997-1998 à 9,4% (6,6–14,3%) en 2002, sans changement majeur par la suite en 2003. Les chiffres du **Burundi** suggèrent eux aussi une diminution de cette prévalence, mais ils ne sont fondés que sur des données en provenance de six dispensaires seulement (Asamoah-Odei, Garcia-Calleja et Boerma, 2004). En **Ethiopie**, l'épidémie est particulièrement grave dans les villes, y compris la capitale, Addis Abeba. Il semble cependant que la tendance à la diminution du taux d'infection à VIH parmi les femmes enceintes (observée pour la première fois en 1997) se poursuit dans cette ville. En 2003, la prévalence du VIH y avait chuté à 11%, soit moins de la moitié du niveau enregistré au milieu des années 1990 (24%). Selon des données en provenance de 10 consultations prénatales dans le pays, le taux de prévalence médian a chuté de 13,7% en 1997-1998 à 11,8% en 1999-2000 et s'est maintenu à environ 12% depuis lors (Asamoah-Odei, Garcia-Calleja et Boerma, 2004).

Ce sont là des évolutions encourageantes mais la persistance de taux qui sont encore élevés souligne la nécessité de redoubler d'efforts en matière de prévention et de les appliquer largement à travers ces pays. Il est beaucoup trop tôt pour soutenir que ces

diminutions récentes annoncent un recul définitif de l'épidémie pour ces pays. En outre, il faudra pendant des années encore faire face à des besoins accrus en matière de traitement, de prise en charge et de soutien.

Par ailleurs, le portrait de l'épidémie devient plus clair pour l'**Erythrée**, où une des enquêtes de surveillance sentinelle du VIH, parmi les plus détaillées à ce jour, vient d'établir la prévalence du VIH à 2,4% pour 2003. La prévalence semble se stabiliser au niveau national. Toutefois, les taux d'infection varient de façon marquée – ce qui souligne l'importance d'intensifier et de focaliser les efforts de prévention. La prévalence a atteint 7,2% le long de la bande côtière méridionale du pays et elle est plus de trois fois plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural. C'est parmi les jeunes femmes non mariées des zones urbaines, qui pour la plupart ont des partenaires sexuels parmi les militaires, que le taux de prévalence est le plus élevé (7,5%). Les femmes travaillant dans des bars, des hôtels et des salons de thé ou encore comme femmes de chambre semblent être particulièrement exposées au risque d'infection (Ministère de la Santé, Erythrée, 2004).

Il n'y a aucun signe de diminution de la prévalence du VIH en **République-Unie de Tanzanie**. Dans la région de Mbeya, cependant site d'efforts de prévention intenses depuis 13 ans, la prévalence du VIH parmi les femmes de 15 à 24 ans a chuté de 20,5% en 1994-1995 à 14,6% en 2000, simultanément à un recours accru aux préservatifs et à un accroissement des traitements pour d'autres infections sexuellement transmissibles ;

Commerce du sexe et VIH en Afrique de l'Ouest

Ce sont principalement les activités commerciales liées au sexe qui propagent les épidémies en Afrique de l'Ouest. On observe des prévalences très élevées chez les professionnelles du sexe, même dans les pays où les taux d'infection chez l'adulte sont généralement modestes. Le **Ghana**, où on estimait la prévalence du VIH chez l'adulte à un peu plus de 3% en 2003, en est un exemple. Dans la capitale, Accra, environ 80% des infections à VIH chez les hommes ont été contractées auprès de professionnelles du sexe. La prévalence varie de 15% chez les clients des professionnelles du sexe ambulantes à 32% chez les petits-amis des professionnelles du sexe. Une étude a même suggéré qu'un programme réussi visant le recours au préservatif dans 100% des cas pourrait renverser complètement le cours de l'épidémie (Cote et al., 2004). Au **Niger**, par ailleurs, où on estimait la prévalence nationale du VIH chez l'adulte à un peu plus de 1% en 2003, une enquête auprès des professionnelles du sexe dans trois régions en 2002 a montré que de 9% à 38% étaient séropositives, les chiffres les plus bas provenant de Komabangou et les chiffres les plus élevés de Maradi, alors qu'Arlit signalait 30% de séropositivité parmi les professionnelles du sexe enquêtées (Sanda et al., 2004). Le **Sénégal**, longtemps considéré comme un succès dans la lutte contre le VIH, a vu les niveaux d'infection croître progressivement parmi les professionnelles du sexe. Dans la capitale, Dakar, cette prévalence était de 14% en 2002, et elle était passée à plus de 20% la même année (voir Figure 10) parmi leurs homologues d'autres régions (dont Kaolack et Ziguinchor) – ce qui souligne la nécessité d'intensifier les efforts de prévention tant chez les professionnel(le)s du sexe qu'au sein de leur clientèle (ONUSIDA/OMS, 2004).

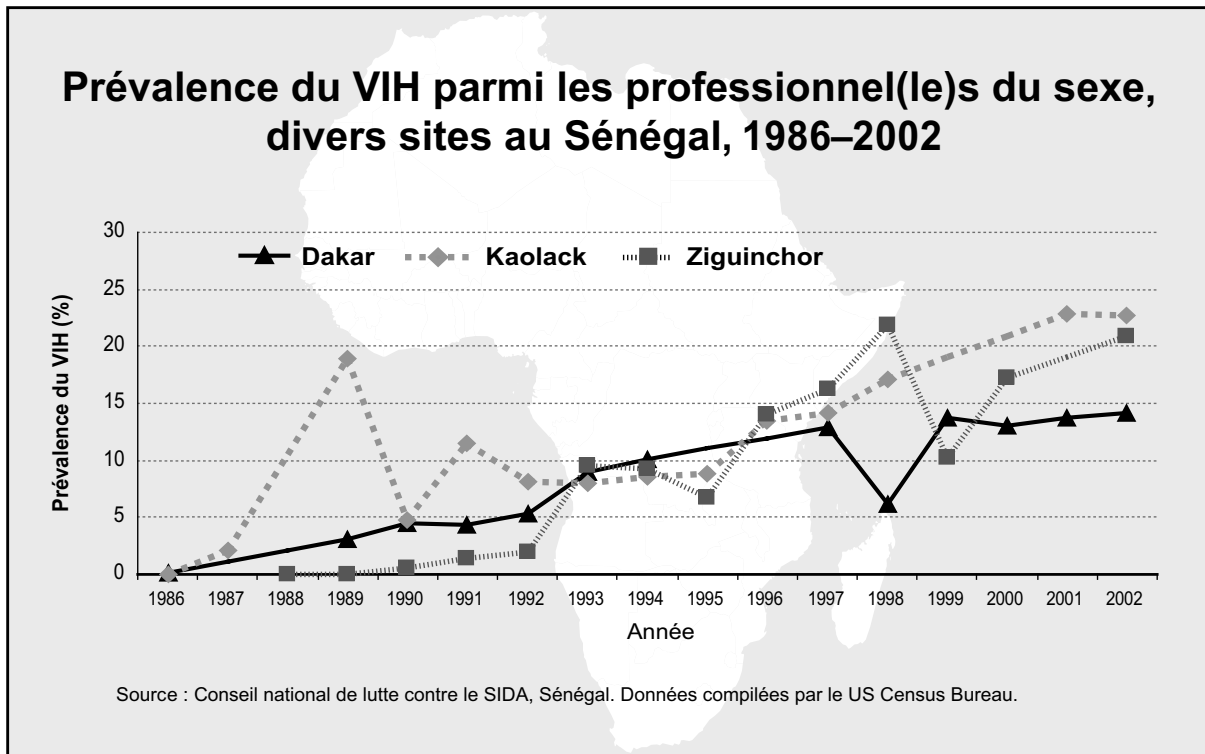


Figure 10

dans le même laps de temps, on note un accroissement significatif de l'âge lors des premiers rapports sexuels. Le contraste est frappant avec les zones urbaines de la région voisine, Rukwa, qui n'avait connu que des efforts de prévention sporadiques et où la prévalence dans ce même groupe d'âge est passée de 22,5% en 1994 à 30,2% en 1999 (Jordan-Harder et al., 2004). Il semblerait donc bien que les interventions spécifiques mises en place à Mbeya aient permis d'y faire chuter la prévalence du VIH. D'autres études en Tanzanie ont signalé l'absence marquée de modifications du comportement dans les zones où les activités de prévention du VIH n'avaient eu qu'une faible intensité. Un programme de prévention du VIH lancé au milieu

des années 1990 à Mwanza, par exemple, semble ne guère avoir eu d'impact sur l'épidémie : une publication récente y signale une augmentation progressive de la prévalence du VIH, passée de 5,9% en 1994–1995 à 6,6% en 1996–1997 et à 8,1% en 1999–2000. Il y a eu un léger accroissement des connaissances sur l'épidémie et du recours au préservatif, mais sans grande modification des comportements sexuels à risque, la plupart des personnes interrogées déclarant ne pas se sentir menacées par l'infection à VIH (Mwaluko et al., 2003). Les programmes standard de prévention mis en place à faible coût par les districts et les communautés ne suffiront visiblement pas à changer le cours de l'épidémie.

Modifier les comportements ?

Si l'on compare les données les plus récentes relatives aux comportements sexuels parmi les jeunes, on obtient un tableau assez bigarré. Recueillies à partir des Enquêtes démographiques et sanitaires effectuées sur une période de cinq ans, les données montrent que ce sont les jeunes hommes de l'Ouganda et de la Zambie et les jeunes femmes du Malawi, de l'Ouganda et de la Zambie qui étaient les plus enclins à recourir au préservatif (voir Figure 11), alors qu'en Tanzanie la proportion y ayant eu recours lors du dernier rapport n'a pas changé. Si, en Zambie, la proportion de femmes ayant un rapport sexuel avec un partenaire non marital et non cohabitant a diminué, cette même proportion n'a diminué en Ouganda que pour les hommes et a augmenté en Tanzanie tant pour les hommes que pour les femmes (voir Figure 12). Comme ceux de l'enquête tanzanienne décrite antérieurement, ces résultats soulignent l'importance de poursuivre les efforts visant une meilleure couverture afin de généraliser les modifications de comportement qui feront baisser les taux de prévalence. Les interventions au coup par coup et qui ne tiennent pas compte du contexte de vie des populations concernées ont peu de chances de modifier les comportements de façon significative ni d'influencer le cours de l'épidémie. En outre, pour beaucoup de femmes, la fidélité à un même partenaire ne suffit pas à les protéger de l'infection, puisque ce partenaire lui-même peut les infecter.

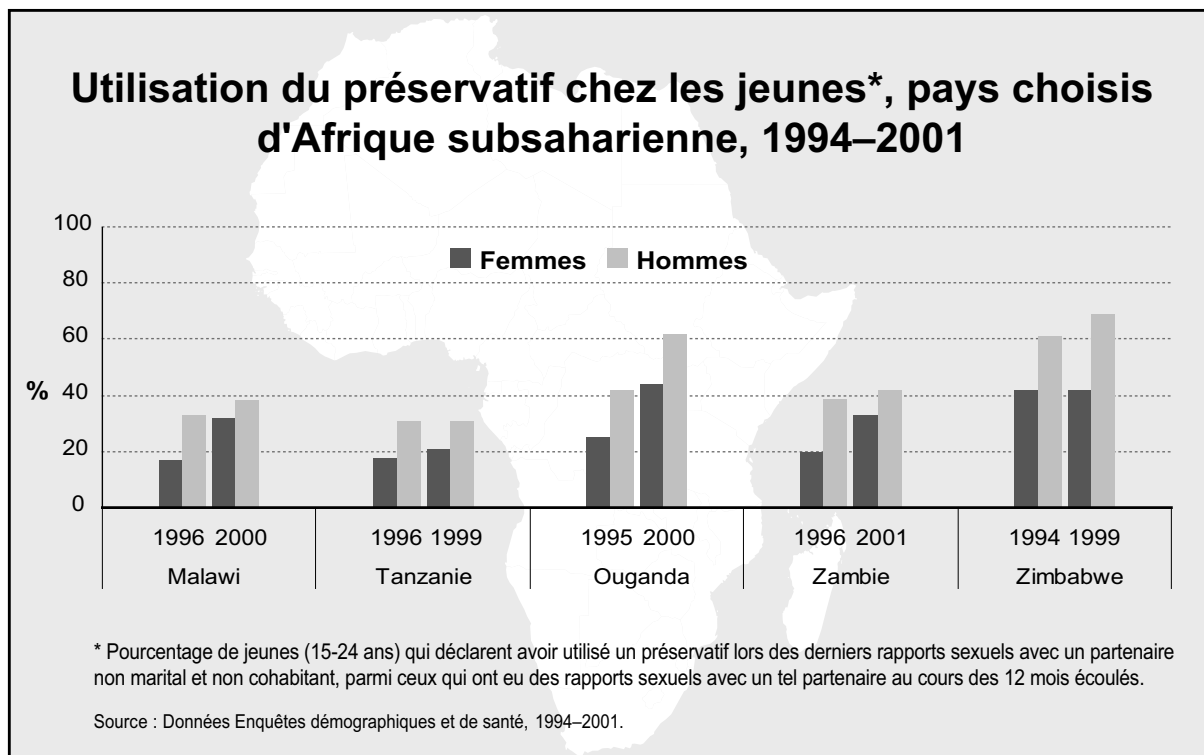


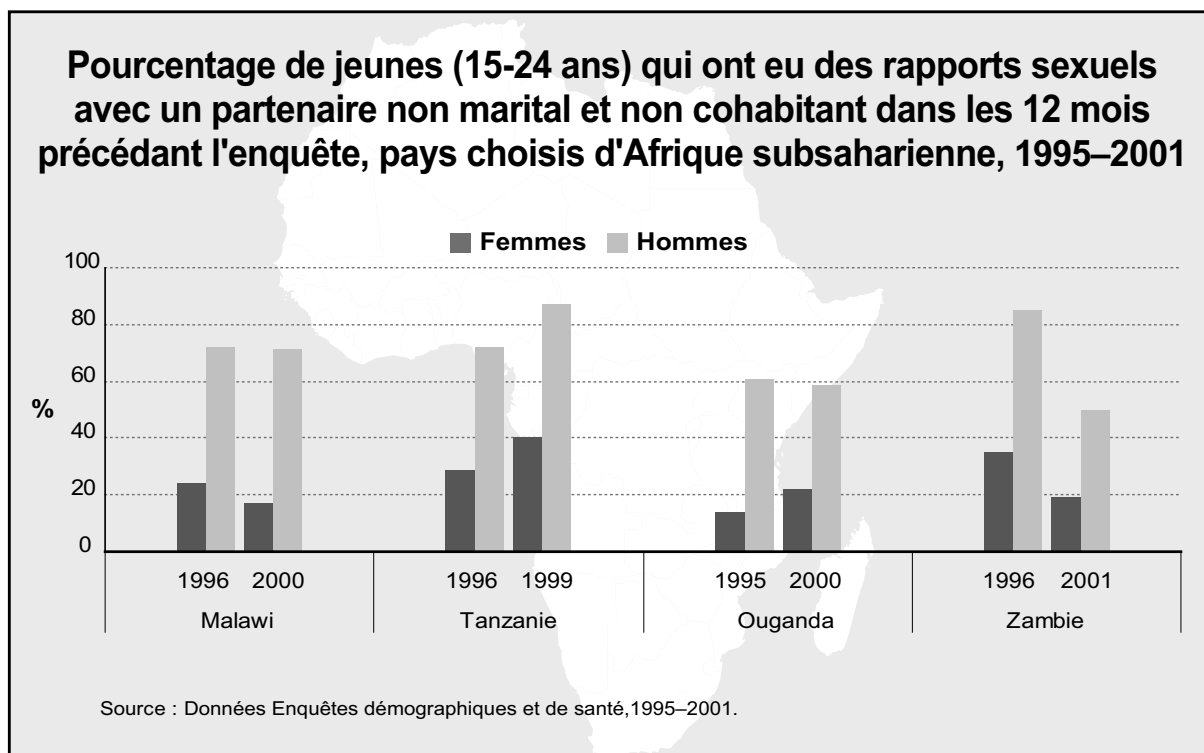
Figure 11

AFRIQUE DE L'OUEST

Les épidémies en **Afrique de l'Ouest**, qui varient en importance et en intensité, semblent s'être stabilisées dans la plupart des pays. La prévalence médiane du VIH, mesurée chez les femmes fréquentant 112 consultations prénatales de la sous-région,

s'est maintenue entre 3% et 4% de 1997 à 2002 (Asamoah-Odei, Garcia-Calleja et Boerma, 2004). D'une façon générale, la prévalence du VIH est la plus faible dans les pays du Sahel et la plus élevée au **Burkina Faso**, en **Côte d'Ivoire** et au **Nigéria** – ce dernier pays, après l'Afrique du Sud et l'Inde, occupant la troisième place au monde en ce qui concerne le nombre de d'habitants vivant avec le VIH.

Figure 12



L'enquête sentinelle VIH effectuée en 2003 au **Nigéria** donne une prévalence du VIH de 5% au niveau national, en augmentation par rapport au niveau de 1,8% observé en 1991 mais à peu près le même que le taux de 5,4% enregistré en 1999. Les taux de prévalence sont particulièrement élevés chez les jeunes, surtout les femmes de 20 à 29 ans. Néanmoins, la stabilisation apparente au niveau national masque d'importantes différences régionales dans ce pays immense aux sociétés et aux économies très diverses, où la prévalence va de 2,3% dans la région Sud-Ouest à 7% dans les régions centrale et septentrionale. Les variations sont encore plus importantes au niveau des Etats : Osun et Ogun, par exemple, montrent respectivement une prévalence de 1,2% et 1,5% chez les femmes enceintes, alors que Benue affiche 9,3% et Cross River 12% (Ministère de la Santé, Nigéria, 2003). Il semblerait donc que plusieurs épidémies plus ou moins distinctes existent au Nigéria. Pour la réussite des efforts de prévention, il faut que ceux-ci puissent s'appuyer sur des données fiables et sur des analyses améliorées qui leur permettent de répondre aux dynamiques spécifiques des diverses épidémies.

La **Côte d'Ivoire** continue à signaler le niveau de prévalence du VIH le plus élevé d'Afrique de l'Ouest depuis le début de l'épidémie – même si en 2002 la prévalence dans la capitale, Abidjan, est tombée en 2002 à son niveau le plus faible depuis cinq ans (6,4% contre 13% en 1999). La prévalence du VIH chez l'adulte au **Togo** est restée à peu près stable autour de 4%. Les toutes dernières activités de surveillance sentinelle ont néanmoins mis en évidence une épidémie essentiellement concentrée dans les zones urbaines, dont certaines présentaient en 2003 un taux de prévalence du VIH chez les femmes enceintes supérieur à 8% (Ministère de la Santé du Togo, 2004). Dans les deux pays avoisinants – le **Ghana** et le **Bénin** – la prévalence du VIH oscille entre 2%

et 4% et montre peu de variation au cours du temps (Cote et al., 2004).

De graves épidémies sont en cours en **Afrique centrale**, le **Cameroun** et la **République centrafricaine** étant les plus gravement atteints. Ici aussi la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes semble stabilisée, même si c'est à des niveaux relativement élevés (environ 10%). Au **Congo**, par ailleurs, où certaines régions méridionales du pays sont encore gravement atteintes, la prévalence nationale chez l'adulte est redescendue en dessous de 5% – les dernières estimations la placent à 4,2% (3,5–4,8%). Fait inhabituel, la prévalence du VIH culmine chez les groupes d'âge les plus élevés (jusqu'à 10% parmi les hommes de 35 à 49 ans et 7% parmi les femmes de 25 à 39 ans). Mais les femmes plus jeunes paient un tribut disproportionné à l'épidémie : en dessous de 35 ans, elles courent un risque deux fois plus élevé d'être infectées par le VIH que les hommes du même groupe d'âge – ce qui souligne une fois de plus l'importance de programmes efficaces atteignant et desservant les femmes les plus jeunes (Ministère de la Santé du Congo, 2004). La prévalence médiane du VIH au **Tchad** s'est maintenue à 5% environ de la fin des années 1990 au début des années 2000 – données les plus récentes (Asamoah-Odei, Garcia-Calleja et Boerma, 2004). En **République démocratique du Congo**, deux cycles récents de tests VIH parmi les femmes enceintes en consultations prénatales ont mis en évidence un taux de prévalence entre 4,1% et 4,9%, avec d'importantes variations entre les diverses zones du pays – de 1,8% en milieu rural à Mikalayi et environ 3% dans les villes de Bukavu et de Bunia à 6,3% et 7% dans les villes de Kisangani et Lubumbashi, respectivement. Certaines localités rurales, comme Lodja et Neisu, ont montré des taux très élevés, jusqu'à 6,5% et 6,7% (Ministère de la Santé, République démocratique du Congo, 2004).