Population Bulletin

Vol. 61, No. 1 Mars 2006

Une publication du Population Reference Bureau

Les défis mondiaux du VIH et du sida

par Peter R. Lamptey, Jami L. Johnson et Marya Khan

- Les taux de séroprévalence semblent se stabiliser dans certaines régions, alors qu'ils augmentent dans d'autres; le VIH et le sida demeurent des menaces considérables pour la santé mondiale.
- Il est possible de ralentir l'épidémie en interrompant la transmission du VIH au sein des groupes les plus susceptibles de contracter le virus.
- Grâce aux nouvelles stratégies de traitement du sida, il est maintenant possible de protéger les nouveau-nés et de prolonger la vie des personnes atteintes du sida.

PRB

POPULATION REFERENCE BUREAU

Population Reference Bureau (PRB)

Fondé en 1929, le Population Reference Bureau est la source principale d'informations actualisées et objectives sur les tendances démographiques aux Etats-Unis et dans le reste du monde ainsi que sur leurs implications. Le PRB fournit ces informations aux décideurs politiques, aux éducateurs, aux médias et aux citoyens intéressés ; il réalise toute une gamme d'activités d'intérêt public dans le monde entier, notamment des publications, des services d'information, des séminaires et des ateliers et fournit un soutien technique. Nos efforts sont appuyés par des contrats publics, des dons de fondations, des contributions d'entreprises et de particuliers et la vente de nos publications. Le PRB est régi par un Conseil d'administration représentant divers groupements communautaires et professionnels.

Membres du Conseil et Bureau

Douglas Richardson, Président du Conseil,
Directeur exécutif, Association of American Geographers, Washington, D.C.
Terry D. Peigh, Vice-Président du Conseil,
Vice-Président exécutif et membre du Conseil, Corporate Operations, Foote, Cone & Belding, Chicago, Illinois
William P. Butz, Président Directeur général,
Population Reference Bureau, Washington, D.C.
Michael P. Bentzen, Secrétaire du Conseil,
Partenaire, Hughes and Bentzen, PLLC, Washington, D.C.
Richard F. Hokenson, Trésorier du Conseil,
Membre du Conseil, Hokenson and Company, Lawrenceville, New Jersey

Trustees

Patty Perkins Andringa, Consultante et Animatrice, Bethesda, Maryland
Joel E. Cohen, Professeur Abby Rockefeller Mauzé de Populations, Université de Rockefeller et Directeur, Laboratory of Populations, Universités de Rockefeller et de Columbia , New York
Bert T. Edwards, Directeur exécutif, Office of Historical Trust Accounting, Ministère de l'Intérieur des États-Unis, Washington, D.C.
Wray Herbert, Rédacteur en chef adjoint, U.S. News & World Report, Washington, D.C.
James H. Johnson Jr., William Rand Kenan Jr. Professeur Distingué et membre du Conseil, Centre Urbain des Stratégies d'Investissements, Université de Caroline du Nord, Chapel Hill
Wolfgang Lutz, Professeur et Leader, World Population Project, Institut International pour l'Analyse des Systèmes Appliqués et membre du Conseil, Institut de Démographie de Vienne de l'Académie Autrichienne des Sciences, Vienne, Autriche
Elizabeth Maguire, Présidente Directrice générale, Ipas, Chapel Hill, Caroline du Nord
Faith Mitchell, Directeur adjoint pour les Services spéciaux, Division des Sciences Sociales et du Comportement et de l'Education, Académie Nationale des Sciences/Conseil National de la Recherche, Washington, D.C.
Gary B. Schermerhorn, Directeur général, Technologie, Goldman, Sachs & Company, New York
Barbara Boyle Torrey, Auteure et Consultante indépendante, Washington, D.C.
Leela Visaria, Professeur, Institut Gujarat pour la Recherche en matière de Développement, Ahmedabad, Inde
Montague Yudelman, Senior Fellow, World Wildlife Fund, Washington, D.C.

Rédaction : Mary Mederios Kent, PRB
Production/maquette : Michelle Corbett, PRB
Traduction : Pascale Ledeur-Kraus
Révision : Pascale De Souza
Coordination des traductions : Sara Adkins-Blanch, PRB

Le *Population Bulletin* est publié quatre fois par an. Pour commander des exemplaires supplémentaires de cette publication ou d'autres documents du PRB, veuillez contacter le PRB, 1875 Connecticut Ave., NW, Suite 520, Washington, DC 20009-5728, États-Unis ; Tél. : 202-483-1100 ; Fax : 202-328-3937 ; Courriel : popref@prb.org ; site Internet : www.prb.org.

Citation suggérée pour tout extrait de la présente publication : Peter R. Lamptey, Jami L. Johnson et Marya Khan, « Les défis mondiaux du VIH et du sida », *Population Bulletin* 61, no 1 (Washington, DC : Population Reference Bureau, 2006). Pour obtenir les autorisations requises pour la reproduction d'extraits du *Population Bulletin*, veuillez nous écrire à l'adresse suivante : PRB, Attn : Permissions ; ou contactez-nous par courriel à : permissions@prb.org.

© 2006 Population Reference Bureau

ISSN 0032-468X

♻ Imprimé sur du papier recyclé

Population
BULLETIN

Vol. 61, No. 1 Mars 2006

Une publication du Population Reference Bureau

Les défis mondiaux du VIH et du sida

Introduction 3
Tableau 1. Indicateurs du VIH et sida par région, 2005 3
Le VIH et le sida 3
Figure 1. Pourcentage d'adultes vivant avec le VIH, par pays, 2003 4
Risque et vulnérabilité 4
Figure 2. Augmentation du nombre d'orphelins du sida en Afrique subsaharienne, 1990–2010 6
Effets démographiques et sanitaires 7
Figure 3. Personnes vivant avec le VIH, par région du monde, 1986–2004 7
Encadré 1. Apparition de nouvelles épidémies de VIH 8
Figure 4. Effet du sida sur la mortalité infantile, pays choisis d'Afrique subsaharienne, vers 2003 8
Figure 5. Effet projeté du sida sur l'espérance de vie dans certains pays à forte séroprévalence, 2015–2020 9
Figure 6. Population projetée pour l'Afrique du Sud d'ici 2020, avec et sans sida 9
Figure 7. Population de l'Afrique du Sud par âge et par sexe en 2020, avec et sans sida 10
Incidence sociale et économique 10
Prévention, soins et traitement 12
Tableau 2. Risque d'infection VIH selon le mode d'exposition et contribution aux infections mondiales 13
Encadré 2. Trois victoires dans la lutte contre le VIH et le sida 14
Gestion du VIH et du sida 16
Encadré 3. Financement des initiatives de lutte contre le VIH et le sida 17
Figure 8. Modèles de dépistage du VIH adaptés aux besoins et aux contextes : la voie de la prévention et de l'accès aux soins 19
Difficultés de la lutte contre le VIH 20
Conclusion 22
Références 23
Ressources suggérées 24

Les auteurs

Peter R. Lamptey, M.D., Ph.D, est le président de l'Institut pour le VIH/sida de *Family Health International* (FHI) et le directeur du Projet IMPACT (*Implementing AIDS Prevention and Care*) financé par l'USAID. L'Institut pour le VIH/sida a assuré la réalisation de plus de 1 000 projets dans 65 pays d'Afrique, d'Asie, d'Europe de l'Est, d'Amérique Latine et des Caraïbes. Le Dr Lamptey est un spécialiste de la santé publique dont l'expertise porte sur le VIH/sida et les maladies virales et infectieuses dans les pays moins avancés. Il a publié de nombreux articles sur la prévention du VIH dans les contextes à ressources limitées et révisé de nombreux manuels techniques sur les questions liées au VIH.

Jami L. Johnson est agent technique associé pour le VIH/sida à l'Institut du FHI ; ses responsabilités incluent notamment l'apport d'un soutien technique, rédactionnel et de recherche et l'élaboration de documents de communications. Auparavant, elle a travaillé dans le domaine de la recherche et de la promotion de la santé pour différentes institutions universitaires. Elle est titulaire d'un Masters de santé publique spécialisé en promotion de la santé mondiale de l'Université George Washington.

Marya Khan est chargée de recherche au *Population Reference Bureau* et ses fonctions incluent notamment la recherche et la rédaction de publications et de matériels pédagogiques. Elle anime des cours de formation en communication stratégique et participe à l'élaboration de ressources en ligne et électroniques. Avant cela, elle a travaillé en Afrique subsaharienne sur la prévention du VIH/sida et les programmes de santé de la reproduction. Elle est titulaire d'un Masters de santé publique de l'Université Columbia.

Le présent numéro du *Population Bulletin* est une version remise à jour du Bulletin de 2002, « Comment faire face à la pandémie du VIH/sida », par Peter Lamptey, Merywen Wigley, Dara Carr et Yvette Collymore. Les auteurs remercient Fariyal Fikree, Catherine Hankins et Karen Stanecki de leurs commentaires précieux.

© 2006 par le Population Reference Bureau

Les défis mondiaux du VIH et du sida

par Peter R. Lamptey, Jami L. Johnson et Marya Khan

L'épidémie du sida est sans doute la catastrophe sanitaire la plus dramatique de l'histoire de l'humanité. La maladie continue à faire des ravages au sein des familles et des communautés du monde. Hormisles 25 millions de personnes mortes du sida à la fin de l'année 2005, au moins 40 autres millions sont séropositives aujourd'hui. Quelque 4,9 millions de personnes ont contracté le virus du VIH en 2005 — dont 95 % vivant en Afrique subsaharienne, en Europe de l'Est ou en Asie. S'il est vrai que certaines régions sont parvenues à ralentir le développement de l'épidémie, d'autres enregistrent une augmentation du nombre de personnes touchées.[1]

Dans les régions les plus affectées, les acquis sanitaires péniblement obtenus au cours des 50 dernières années ont été balayés par les décès et les invalidités causés par le sida. La maladie handicape les progrès aux niveaux à la fois personnel, familial, communautaire et national. Dans les pays gravement touchés, la croissance économique et la stabilité politique se trouvent également menacées.[2]

L'Afrique subsaharienne est la région du monde la plus durement frappée (voir le tableau 1). Le sida est la première cause de décès en Afrique. C'est en Afrique du Sud que l'on trouve le plus grand nombre de personnes vivant avec le VIH — entre 4,5 millions et 6,2 millions. Le Swaziland enregistre le taux de séroprévalence adulte le plus élevé : plus de 38 % des adultes sont touchés par le VIH.

S'il est vrai que l'ampleur et la force de l'épidémie ont frappé l'Afrique plus durement que le reste du monde, il n'en reste pas moins que d'autres régions sont elles aussi confrontées à de sérieuses épidémies de sida (voir la figure 1, page 4). La séroprévalence se répand particulièrement rapidement en Europe de l'Est et dans les républiques de l'ex-Union soviétique en raison notamment de l'augmentation de l'utilisation de drogues injectables et de l'effondrement du système de santé.

Qui plus est, la séroprévalence augmente rapidement dans nombre de régions de l'Asie de l'Est et du Sud. La Chine et l'Inde ne manqueront pas d'enregistrer des millions d'infections supplémentaires si elles ne lancent pas de programmes efficaces de prévention à grande échelle.

Les pays de l'ensemble du monde industrialisé sont confrontés à des défis considérables attribuables au sida. Les taux d'infection n'ont pas décliné de manière significative, que ce soit en Europe de l'Ouest ou en Amérique du Nord, où l'épidémie s'est propagée de la population masculine homosexuelle aux minorités ethniques, aux plus démunis et à d'autres groupes marginalisés.

Tableau 1
Indicateurs du VIH et sida par région, 2005

Région	Personnes vivant avec le VIH	Nouvelles infections en 2005	Taux de prévalence (% d'adultes infectés)	Décès imputables au sida en 2005
Monde	40 300 000	4 900 000	1,1	3 100 000
Afrique subsaharienne	25 800 000	3 200 000	7,2	2 400 000
Afrique du Nord/ Moyen-Orient	510 000	67 000	0,2	58 000
Asie du Sud/ Asie du Sud-Est	7 400 000	990 000	0,7	480 000
Asie de l'Est	870 000	140 000	0,1	41 000
Océanie	74 000	8 200	0,5	3 600
Amérique Latine	1 800 000	200 000	0,6	66 000
Caraïbes	300 000	30 000	1,6	24 000
Europe de l'Est/ Asie centrale	1 600 000	270 000	0,9	62 000
Europe de l'Ouest/ Europe centrale	720 000	22 000	0,3	12 000
Amérique du Nord	1 200 000	43 000	0,7	18 000

Note : Les estimations correspondent à la valeur médiane d'une fourchette. À titre d'exemple, le total mondial oscille entre 36,7 millions et 45,3 millions. Le taux de prévalence correspond au pourcentage d'adultes âgés de 15 à 49 ans qui sont séropositifs.

Source : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) et Organisation mondiale de la Santé (OMS), AIDS Epidemic Update, décembre 2005 (2005) : 3.

À l'échelle mondiale, la pandémie du sida ne montre aucun signe de ralentissement, en dépit d'efforts concertés pour la maîtriser et de quelques rares victoires. Les difficultés liées à la réduction du nombre de nouvelles infections se trouvent renforcées par la médiocrité de l'accès à un traitement susceptible de sauver des vies. Selon le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), 15 % seulement des 6,5 millions de personnes des pays en développement qui ont besoin de traitement ont accès aux antirétroviraux.

Le VIH et le sida

Le sida, ou syndrome de l'immunodéficience acquise, est causé par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), qui est transmis par le sang, le sperme, les sécrétions vaginales et le lait maternel. La méthode de transmission la plus commune demeure les rapports sexuels non protégés avec un partenaire séropositif. Parmi les autres modes de transmission figurent notamment les transfusions de sang ou de produits sanguins contaminés, les greffes de tissus ou d'organes, l'utilisation d'aiguilles, de seringues ou d'autres matériels de perforation de la peau qui sont contaminés et la transmission

de la mère à l'enfant pendant la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement. Le VIH est un virus d'une fragilité extrême qui ne peut survivre longtemps en dehors de fluides ou de tissus corporels et ne peut pénétrer l'épiderme non éraflé.[3]

Le VIH tue par l'affaiblissement du système immunitaire de l'organisme jusqu'à ce que ce dernier ne puisse plus lutter contre l'infection. Les infections opportunistes sont des maladies telles que la pneumonie, la méningite, certains cancers, la tuberculose (TB), diverses infections parasitaires ou virales, ou encore des mycoses qui surviennent lorsque le système immunitaire est affaibli.

Généralement, le VIH se développe sur une dizaine d'années avant de se transformer en sida, mais un délai important s'écoule entre le moment où l'infection a lieu et celui où les symptômes se révèlent. Les premiers symptômes du VIH sont fréquemment une fatigue chronique, la diarrhée, de la fièvre, une perte de poids, une toux persistante, des irritations cutanées, l'herpès et d'autres infections orales, un gonflement des ganglions et une perte de mémoire ou d'autres changements d'ordre mental.

Le sida est pratiquement toujours mortel sans traitement, bien qu'il existe de rares cas de patients ayant survécu avec le sida jusqu'à 20 ans sans traitement. Les traitements médicamenteux actuels, notamment la thérapie HAART (*highly active antiretroviral therapy*), ralentit la reproduction du virus dans l'organisme. Le ralentissement des taux de reproduction atténue le fardeau pesant sur le système immunitaire, ce qui réduit les maladies liées au VIH et permet aux patients de vivre plus longtemps et avec une meilleure qualité de vie. Il n'existe pas de cure pour le sida : la maladie refait surface si la thérapie HAART cesse.

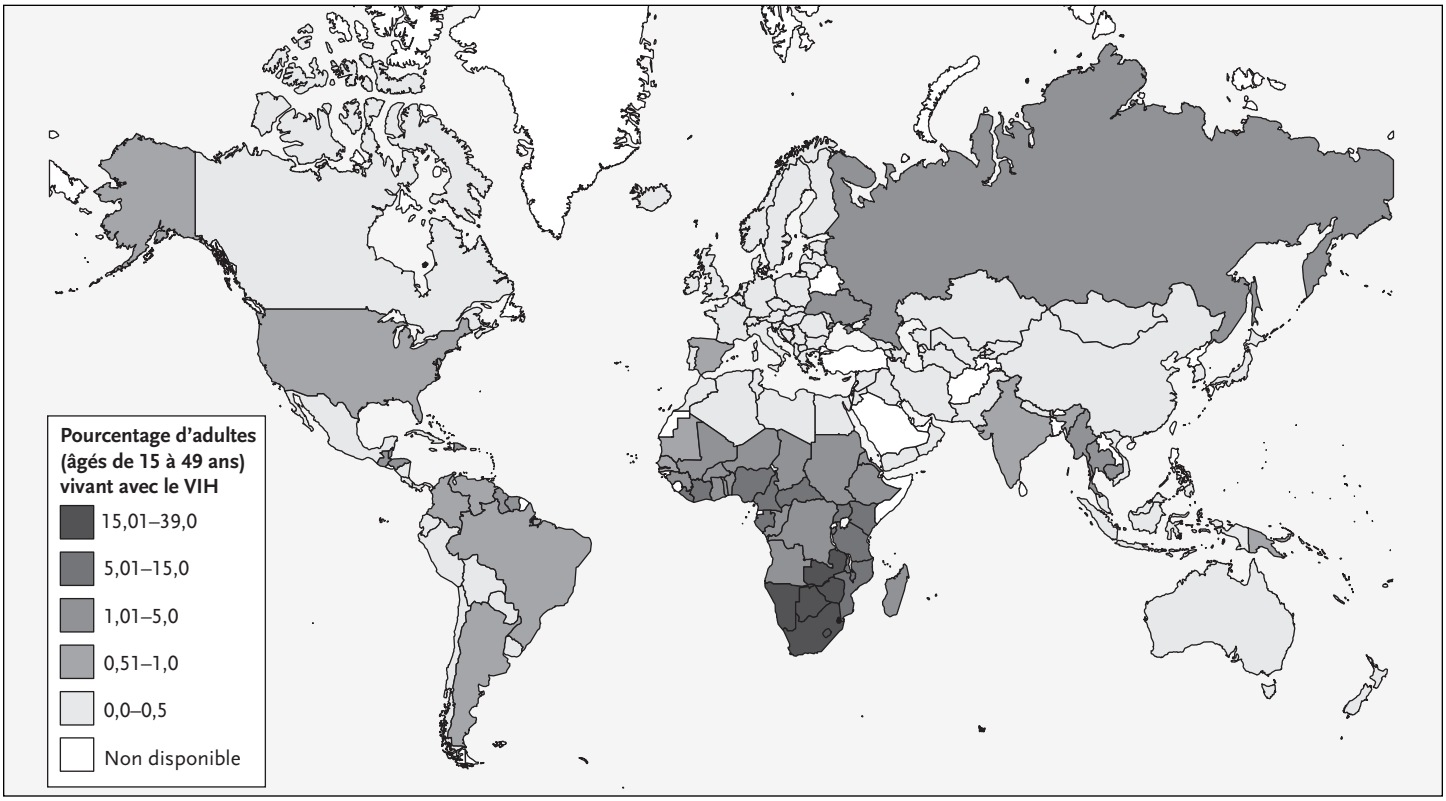
Risque et vulnérabilité

Lorsque le sida fut identifié pour la première fois, au cours des années 1980, les autorités sanitaires publiques pensaient qu'il serait possible d'en stopper la transmission en expliquant aux populations comment se prémunir contre l'infection et en protégeant leurs réserves de sang. Cette approche a réussi dans les communautés politiquement organisées ayant accès à l'information et aux ressources. C'est ainsi qu'il a été possible de réduire l'incidence de la maladie au sein des communautés masculines homosexuelles de race blanche en Amérique du Nord, en Australie et en Europe de l'Ouest, par exemple. Mais parmi les populations des pays moins avancés et plus socialement fragmentés n'ayant qu'un accès limité à des informations correctes ou à des programmes efficaces de prévention, le virus a pu continuer à se répandre.[4]

À la fin des années 1980, alors que l'épidémie s'amplifiait et passait des groupes aux comportements à risques à la population générale, notamment dans les pays en développement, les responsables de la santé publique ont compris qu'il leur fallait mieux appréhender les causes des infections individuelles et les moteurs de la pandémie. Ils savaient que la transmis-

Figure 1

Pourcentage d'adultes vivant avec le VIH, par pays, 2003



Note : Une mise à jour des taux estimatifs de séroprévalence par pays sera affichée sur le site Internet du PRB : www.prb.org.

Source : ONUSIDA, *Rapport 2004 sur l'épidémie mondiale du sida*.

sion du VIH était liée à certains comportements spécifiques, notamment la multiplicité des partenaires sexuels, le commerce du sexe et l'utilisation de drogues injectables, mais ils avaient également compris que ces comportements subissaient l'influence de facteurs politiques, économiques, sociaux, culturels et environnementaux — notamment la pauvreté, les conflits militaires, l'impuissance et les inégalités entre les sexes. Une bonne compréhension des facteurs renforçant le risque et la vulnérabilité au VIH est d'importance cruciale pour trouver des réponses efficaces à l'épidémie.

Comportements à risque

Les comportements à risque — notamment les rapports sexuels non protégés avec des partenaires multiples, l'utilisation de drogues injectables et le commerce du sexe — peuvent renforcer la vulnérabilité à l'infection au VIH. Si les rapports hétérosexuels avec des partenaires multiples sont le moteur des épidémies en Afrique subsaharienne, l'utilisation de drogues injectables et le commerce du sexe en sont les principaux responsables en Asie.

Les utilisateurs de drogues injectables sont plus susceptibles de contracter l'infection au VIH dans la mesure où ils utilisent parfois des seringues ou des aiguilles contaminées, qui constituent un mode de transmission efficace. Les travailleurs du sexe sont confrontés à un risque croissant d'infection dans la mesure où ils ont des rapports sexuels avec de nombreux partenaires, souvent sans protection. Les interactions entre le commerce du sexe et l'utilisation de drogues injectables renforcent encore la vulnérabilité, dans la mesure où de nombreux utilisateurs de drogues injectables se lancent dans le commerce du sexe pour financer leur addiction et une proportion considérable des travailleurs du sexe utilise également des drogues injectables. Nombreux sont les pays qui ont enregistré des niveaux élevés de VIH chez les travailleurs du sexe et les utilisateurs de drogues injectables, tout en évitant jusqu'à présent une épidémie au sein de la population générale. Ce nonobstant, dès que le VIH s'installe au sein des groupes à risque, il lui est aisé de se transférer à la population générale par le biais de groupes passerelles, notamment les clients des travailleurs du sexe. Ces populations passerelles peuvent à leur tour transmettre le VIH à leurs conjoints et leurs partenaires.[5]

Risque et vulnérabilité de la population féminine

S'il est vrai qu'au début de l'épidémie les hommes étaient les plus touchés, les taux de nouvelles infections chez les femmes dépassent aujourd'hui ceux des hommes, en particulier dans les pays où les femmes vivent dans la pauvreté et sont considérées comme des êtres au statut inférieur. En Afrique subsaharienne, les femmes représentent 57 % des adultes vivant avec le VIH. L'écart entre les sexes est particulièrement prononcé chez les Africains de moins de 25 ans. En effet, en Afrique subsaharienne, les femmes âgées de 15 à 24 ans sont trois fois plus susceptibles de contracter le virus que leurs homologues masculins.[6]

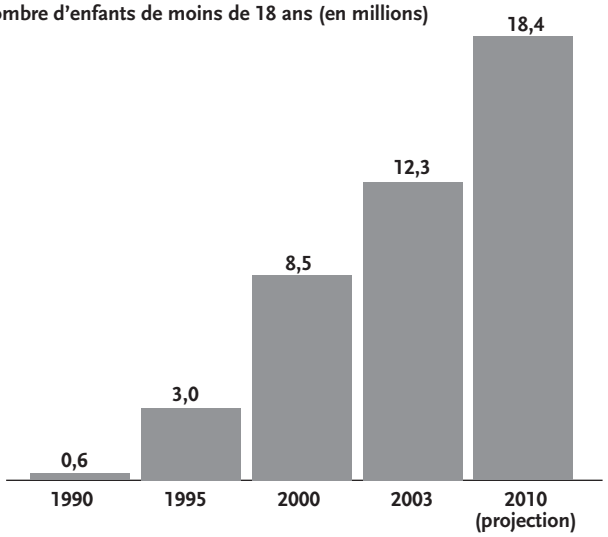
Les conditions biologiques, culturelles et socioéconomiques sont en partie responsables de la vulnérabilité accrue des femmes au VIH. Lors de rapports sexuels vaginaux non protégés, le risque d'infection pour une femme est jusqu'à quatre fois plus élevé que pour les hommes. Le vagin présente en effet une superficie plus vaste de tissus susceptibles à l'infection que l'urètre ; qui plus est, i1 subit souvent des microtraumatismes pendant les rapports sexuels.[7] En outre, le sperme séropositif contient généralement une plus forte concentration virale que les sécrétions vaginales.

Le risque d'infection au VIH est plus important chez les personnes atteintes d'infections sexuellement transmises (IST). Selon les recherches, certaines IST non traitées chez l'un ou l'autre des partenaires peuvent aller jusqu'à décupler le risque de transmission du VIH. Ceci est particulièrement important pour les femmes, car nombreux sont les cas d'IST féminines qui restent sans traitement. Les symptômes chez les femmes sont souvent latents ou difficiles à détecter, et nombreuses sont celles qui ont reçu un diagnostic d'IST sans pour autant avoir bénéficié d'un traitement médical.[8]

Les facteurs socioéconomiques, notamment le manque d'accès des femmes à l'éducation ou aux revenus personnels, et l'inégalité des droits de la propriété ne font que perpétuer la vulnérabilité accrue des femmes à la séropositivité. Nombreuses sont celles qui craignent que leur mari ou partenaire ne les abandonne si elles tentent de contrôler la fréquence et le format de leurs rapports sexuels et demandent l'utilisation du préservatif. Qui plus est, la pauvreté pousse certaines femmes à la prostitution, et le trafic sexuel et le commerce du sexe encouragent une exposition continue au VIH. Par ailleurs, le principal instrument de réduction des risques de transmission — le préservatif masculin — demeure sous le contrôle des hommes. Même si le préservatif féminin a amélioré les options de prévention offertes aux femmes, la participation des hommes demeure cruciale.[9]

Les traditions culturelles prônant la domination masculine et la préférence des hommes plus âgés pour des femmes plus jeunes renforcent encore davantage la vulnérabilité des femmes. Dans le monde entier, les opinions qui priment en matière de masculinité encouragent les hommes à s'adonner à des comportements sexuels à risque — multiplicité des partenaires sexuelles, consommation d'alcool avant les rapports sexuels et violence sexuelle — qui renforcent la vulnérabilité des femmes au VIH et à d'autres IST. Dans bien des cas, le fait qu'une femme soit mariée et fidèle ne constitue pas pour elle une protection contre le VIH dans la mesure où c'est le comportement sexuel de son mari avant ou pendant le mariage qui lui fait courir des risques. En Inde, par exemple, de nombreuses nouvelles infections se produisent chez les femmes mariées dont les époux ont fréquenté des prostituées et, selon une étude, les femmes mariées au Nicaragua sont deux fois plus susceptibles d'être séropositives que les travailleurs du sexe.[10] Les violences à l'encontre des femmes, notamment les violences de nature sexuelle, sont le plus souvent infligées par un mari ou partenaire et elles pourraient bien constituer également un facteur de séropositivité. Selon

Figure 2
Augmentation du nombre d'orphelins du sida en Afrique subsaharienne, 1990–2010



Note : Estimation du nombre d'enfants ayant perdu au moins un de leurs parents de causes liées au sida.

Source : ONUSIDA, UNICEF et Agence des États-Unis pour le Développement international (USAID), *Children on the Brink 2004* (2004).

une étude réalisée en Afrique du Sud, les femmes subissant des violences de la part de leurs partenaires étaient 48 % plus susceptibles d'être séropositives que les autres.[11]

Les jeunes filles courent un risque encore plus grave d'infection, et ce en raison de leur vulnérabilité sociale avant et pendant le mariage. La plupart des infections contractées par les jeunes femmes résultent de rapports sexuels non protégés et reflètent l'inégalité des rapports entre les sexes qui empêche les femmes de négocier ou de maîtriser pleinement leurs interactions sexuelles, notamment avec des hommes plus âgés qu'elles. Qui plus est, les jeunes filles sont confrontées à des risques biologiques supérieurs dans la mesure où leur appareil reproducteur n'est souvent pas entièrement développé.

Situations à risque

Les conflits armés et les catastrophes naturelles créent des rapprochements au sein de populations dont les niveaux de séropositivité varient, ce qui augmente les risques de nouvelles infections.

Durant ces périodes troublées, les structures socioéconomiques et sanitaires commencent à se détériorer alors que les populations sont éloignées de leurs foyers et de leurs communautés. Les déplacements massifs de population pendant le génocide au Rwanda en 1994 ont par exemple mélangé des populations urbaines enregistrant des taux élevés de séropositivité et des populations rurales au faible taux d'infection, ce qui a contribué à la dissémination de l'épidémie dans les régions rurales.[12] Au cours des dernières années, plus de 50 millions de personnes de 70 pays ont été touchées par des crises découlant de conflits armés et de catastrophes naturelles.[13]

S'il est vrai que tous les groupes de population en situation de crise peuvent se heurter à une intensification des risques de VIH, il n'en reste pas moins que les femmes et les enfants demeurent les plus vulnérables et les moins à même de se protéger. Certains adoptent des comportements à risque, notamment le commerce du sexe, par simple volonté de survivre. Les enfants se retrouvent parfois séparés de leurs parents, recrutés comme enfants soldats ou placés dans des situations de plus grande vulnérabilité à l'infection. Qui plus est, avec la détérioration de la situation sécuritaire, les femmes et les fillettes font trop souvent l'objet de violences sexuelles et de viol.[14]

Le personnel militaire est lui aussi confronté à un risque accru d'infection ou de transmission du VIH à la suite de rapports sexuels à risque pendant les longs déploiements loin de chez eux.[15]

Face aux besoins immédiats que sont les soins de santé, le logement, l'eau et la nourriture, la menace de l'infection par le VIH n'a pas constitué une priorité dans les situations de crise. Mais les efforts d'aide humanitaire commencent peu à peu à intégrer les programmes de lutte contre le VIH dans leurs réponses aux situations de crise. Dans certains cas, en particulier lorsque les conflits limitent l'autonomie des mouvements, la menace la plus sérieuse de transmission du VIH peut se produire pendant les périodes de paix qui suivent une période de conflit. La guerre civile qui a déchiré l'Angola, par exemple, a sans doute ralenti la transmission du VIH dans la mesure où les échanges commerciaux et les voyages ont été interrompus pendant près de trente ans. Cependant, la menace du VIH en Angola s'est intensifiée depuis la fin des hostilités en 2002 en raison notamment du retour des réfugiés, de l'ouverture des frontières, de l'intensification des échanges commerciaux et de l'augmentation des déplacements.[16]

Les migrations de la main d'œuvre — qui affectent des millions de personnes chaque année — renforcent elles aussi la vulnérabilité au VIH et sa transmission. Parmi les facteurs qui contribuent à la plus forte vulnérabilité des travailleurs migrants et itinérants figurent notamment les voyages fréquents, les longues séparations des conjoints ou partenaires, l'accès limité aux services de santé et la rareté des opportunités de contact social et de divertissement. En l'absence de leurs systèmes de soutien familial et communautaire, les travailleurs migrants sont plus susceptibles d'adopter des comportements à risque et, par la suite, de transmettre ces risques à leur propre famille ou aux membres de leur communauté.[17]

Orphelins et enfants vulnérables

L'augmentation des taux d'infection par le VIH chez les femmes, notamment en Afrique subsaharienne, renforce l'exposition des enfants au risque de contracter le VIH avant même la naissance. Dans 16 pays d'Afrique subsaharienne, au moins 5 % des femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans se rendant dans des cliniques prénatales entre 2001 et 2003 étaient séropositives.[18] Qui plus est, moins de 10 % des femmes enceintes se voyaient offrir des services de prévention de la transmission de la mère à l'enfant. En l'absence de mesures préventives, près d'un tiers des enfants nés de mères séropositives seront infectés.[19]

Selon l'ONUSIDA, à la fin de 2005 il y avait 2,3 millions d'enfants séropositifs. Moins de 5 % des enfants ayant besoin d'un traitement pédiatrique contre le sida en bénéficient. Nombreux sont les enfants séropositifs qui sont doublement frappés : non seulement ils sont infectés, mais ils ont aussi perdu un de leurs parents sinon les deux à cause du sida. À la fin de 2003, 15 millions d'enfants avaient perdu au moins un de leurs parents à cause du sida.

Le nombre d'enfants rendus orphelins par le sida augmente à un rythme jusqu'à présent jamais vu. Sans le sida, le pourcentage d'enfants orphelins aurait dû décliner en raison des améliorations générales dans le domaine de la santé, mais le sida provoque une augmentation brutale du pourcentage et du nombre d'orphelins, en particulier dans les pays les plus durement frappés par l'épidémie. Au fur et à mesure que de plus en plus de parents contractent le sida et en meurent, le nombre d'orphelins va continuer à augmenter durant les 10 années à venir.[20] En Afrique subsaharienne, le sida avait fait plus de 12 millions d'orphelins jusqu'en 2003 ; d'ici 2010, on s'attend à ce que le sida fasse 18 millions d'orphelins (voir la figure 2, page 6). Dans la seule Afrique du Sud, le nombre d'orphelins pourrait passer de 2,2 millions en 2003 à 3,1 millions en 2010.

Les enfants vivant dans des contextes à ressources limitées sont particulièrement vulnérables à toute une série de périls, et ce, avant même le décès dû au sida d'un de leurs parents ou d'un tuteur. Les besoins les plus fondamentaux tels que l'éducation, la nourriture, le logement et les soins de santé sont menacés, alors même que les enfants doivent faire face à un risque de plus en plus important de sévices, d'exploitation et d'isolement social. Les besoins psychosociaux sont considérables car ces enfants sont confrontés au traumatisme de la perte, ou de la perte imminente, d'un de leurs parents combiné à la révélation possible de la séropositivité de leurs parents ou de la leur, à l'ajustement à de nouvelles conditions de vie ou un nouvel environnement familial et à l'augmentation perçue ou réelle de leurs responsabilités économiques et familiales.

Les enfants sont souvent les principaux responsables de l'aide à leurs parents malades, ils doivent assumer la responsabilité de leurs frères et sœurs plus jeunes, ou celle de s'occuper de leur foyer.[21] Si le principal soutien de famille tombe malade, les enfants doivent souvent abandonner leur scolarité pour se trouver un emploi et contribuer aux revenus du foyer. Les maladies frappant la famille absorbent souvent des fonds qui pouvaient auparavant être consacrés aux frais de scolarité. Les familles des personnes vivant avec le VIH et le sida font en outre souvent l'objet d'une stigmatisation ou d'une discrimination empêchant les enfants d'obtenir des services d'éducation et parfois même des soins de santé.

Les orphelins du sida courent un risque accru d'exploitation et de sévices. En raison de la faiblesse des lois ou de leur mauvaise application, les orphelins sont parfois spoliés de leur héritage. Les exigences économiques les contraignent, en particulier les fillettes, à sombrer dans le commerce du sexe ou à accepter des liaisons avec des hommes plus âgés pour s'assurer un toit, de la nourriture ou de l'argent. Sans la protection d'un parent ou d'un tuteur affectueux, les enfants peuvent devenir les victimes de la traite, de conditions de travail relevant de l'exploitation, voire de violence. Ces conditions risquées aggravent encore la vulnérabilité des orphelins au VIH.

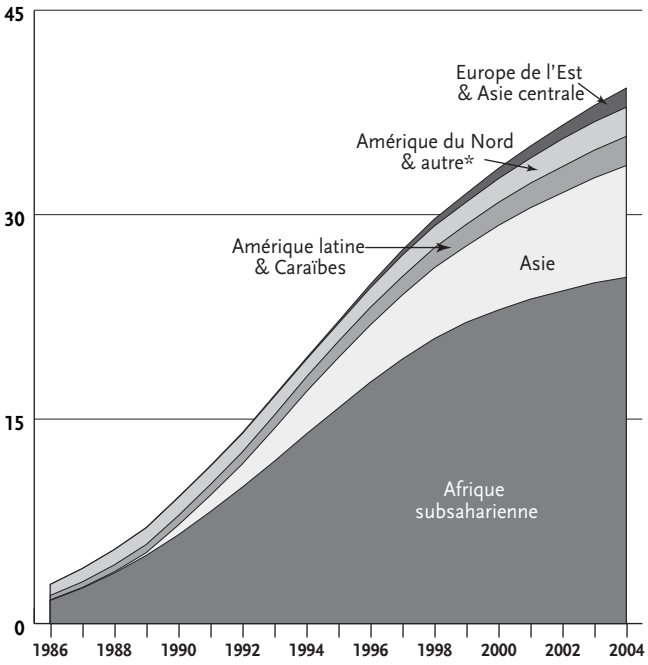
Effets démographiques et sanitaires

Au cours des 25 dernières années, le sida a fait des ravages au sein des populations et en matière de santé. Le nombre de personnes vivant avec le VIH est passé de quelques milliers pendant les années 1980 à 40 millions à la fin 2005 et touche maintenant toutes les régions du monde (voir la figure 3 et l'encadré 1, page 8). L'épidémie, qui a déclenché une résurgence d'infections et de malignités jusqu'alors peu communes, contribue à une épidémie explosive de TB dans le monde. Le VIH a effacé nombre de progrès difficilement accomplis en termes de survie des enfants et d'espérance de vie en Afrique subsaharienne et dans un nombre croissant de pays et de communautés mondiales.

Dans la mesure où le sida frappe généralement les jeunes et les personnes sexuellement actives, les décès attribuables au sida ont également provoqué une distorsion des pyramides d'âge et de sexe des populations des communautés et des pays les plus durement frappés. Ces déséquilibres ont en retour un impact sur la croissance démographique et sur le bien-être social et économique de ces groupes.

Figure 3

Personnes vivant avec le VIH, par région du monde, 1986–2004



*Amérique du Nord, Europe (sauf Europe de l'Est), Afrique du Nord et Moyen-Orient.

Source : ONUSIDA et Organisation mondiale de la Santé (OMS), données publiées et non publiées, 2005.

Encadré 1

Apparition de nouvelles épidémies du VIH

S'il est vrai que certains pays parviennent à maîtriser l'épidémie du sida, il n'en reste pas moins que la séroprévalence se répand dans de nouvelles régions et enregistre une forte augmentation dans d'autres. Les augmentations les plus alarmantes sont enregistrées en Europe de l'Est et en Asie centrale, ainsi qu'en Inde et en Chine.

L'Europe de l'Est et l'Asie centrale enregistrent une explosion de leur épidémie de VIH. Quelque 1,6 millions de personnes dans la région vivent avec le VIH. Si l'utilisation de drogues injectables représente le moteur de l'épidémie, les rapports sexuels non protégés constituent un mode de transmission de plus en plus fréquent. La Fédération de Russie et l'Ukraine sont les zones les plus affectées de cette région. À la fin de 2003, on comptait quelque 860 000 personnes séropositives en Fédération de Russie et près de 360 000 en Ukraine.

Plusieurs pays d'Asie sont confrontés à une épidémie émergente de VIH. En Inde, on comptait au moins 5 millions de séropositifs en 2005. Dans la partie sud du pays, la transmission du virus se fait essentiellement par les rapports sexuels non protégés, alors que dans le nord-est de l'Inde, le principal vecteur est l'utilisation de drogues injectables. Dans la plupart des régions de l'Inde, le commerce du sexe est le facteur essentiel. Le taux général de prévalence continue à augmenter et le VIH se répand au-delà des zones urbaines.

La Chine comptait quelque 650 000 personnes séropositives en 2005. Les épidémies les plus sérieuses se sont révélées chez les utilisateurs de drogues injectables, les travailleurs du sexe et les donneurs de sang et leurs partenaires. On enregistre d'ores et déjà des indications selon lesquelles le VIH commence à passer des populations pratiquant des comportements à risque à la population générale. Des cas de VIH ont été détectés dans les 31 provinces de la Chine.

Le Vietnam, l'Indonésie et le Pakistan sont eux aussi aux portes d'une grave épidémie. Au Vietnam, on estime à 263 000 le nombre de personnes vivant avec le VIH — deux fois plus qu'en 2000. Les interactions entre l'utilisation de drogues injectables et le commerce du sexe ne font qu'alimenter l'épidémie. Des cas de VIH ont été découverts dans les 64 provinces du pays.

L'Indonésie comptait quelque 110 000 personnes séropositives à la fin de 2003. Alimentée avant tout par l'utilisation de drogues injectables, l'épidémie se répand dans des zones isolées du pays. Le VIH commence également à apparaître au sein des réseaux du commerce du sexe et il est plus que probable qu'il va commencer à s'introduire dans la population générale.

Au Pakistan, on comptait à la fin de 2003 quelque 74 000 personnes vivant avec le VIH. Les utilisateurs de drogues injectables et les travailleurs du sexe continuent à pratiquer des comportements à risque, mais leurs connaissances concernant le VIH sont des plus limitées, ce qui constitue le fondement idéal pour une aggravation continue de l'épidémie de VIH.

Références

Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), *Rapport 2004 sur l'épidémie mondiale du sida : 4e rapport mondial* (Genève : ONUSIDA, 2004) ; Ministère de la Santé, République populaire de Chine, ONUSIDA et OMS, *« 2005 Update on the HIV/AIDS Epidemic and Response in China »* (2006), consulté en ligne à l'adresse suivante : www.unaids.org, le 7 fév. 2006 ; et ONUSIDA et Organisation mondiale de la Santé (OMS), *AIDS Epidemic Update — December 2005* (Genève : ONUSIDA, 2005).

Le VIH et la tuberculose

La tuberculose a refait son apparition dans de nombreuses régions du monde et elle frappe aujourd'hui un tiers de la population mondiale. Certains pays sont aujourd'hui confrontés à une épidémie simultanée de VIH et de TB. En Afrique subsaharienne, jusqu'à 70 % des patients atteints de TB sont également séropositifs. Le sida et la TB ont des interactions de nature destructrice, chacune des maladies provoquant une accélération de l'autre. La TB est la cause principale des décès chez les séropositifs ; elle serait responsable de quelque 13 % des décès dus au sida. La plupart des personnes atteintes de tuberculose mais séronégatives restent en bonne santé : 5 % à 10 % d'entre elles seulement développeront une tuberculose active. Cependant, le VIH déclenche la tuberculose active et infectieuse. Une personne souffrant de phtisie peut en moyenne transmettre la tuberculose à 10 à 15 personnes chaque année si elle ne reçoit pas le traitement nécessaire.[22]

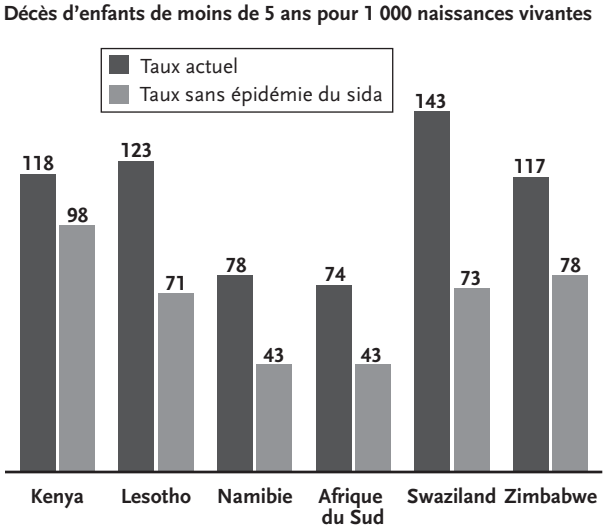
La séropositivité complique en outre le diagnostic de la TB. Les personnes atteintes de VIH ou de sida acquièrent souvent une TB résistante à de nombreux traitements et qui ne peut être détectée que par des tests de laboratoires spécialisés, souvent non disponibles dans les pays à faible revenu. La TB peut être soignée chez les séropositifs mais le traitement requis est beaucoup plus coûteux et il exige souvent un régime médicamenteux strict d'une durée d'environ six mois. Le respect strict du traitement est fréquemment difficile pour les habitants des pays en développement, dans lesquels l'accès aux soins de santé est souvent limité.[23]

Le VIH et le paludisme

Le paludisme et le VIH sont les infections les plus communes et les principales causes de décès et de maladie en Afrique subsaharienne. Selon les estimations, quelque 30 millions d'Africains sont séropositifs et 300 à 500 millions de person-

Figure 4

Effet du sida sur la mortalité infantile, pays choisis d'Afrique subsaharienne, vers de 2003



Sources : Division des Nations Unies pour la Population, *World Population Prospects: The 2004 Revision* ; et ONUSIDA et UNICEF, *A Call to Action: Children, The Missing Face of AIDS (2005)*.

nes souffrent chaque année de paludisme. Il est de plus en plus établi qu'au niveau des interactions entre le paludisme et le VIH, la séropositivité réduit l'efficacité des traitements antipaludiques. Le VIH est associé à une recrudescence du risque d'infection paludique, de maladies plus graves et de décès, et, chez les femmes enceintes, d'une augmentation du nombre d'attaques de paludisme et d'accès de fièvre et de complications à l'accouchement et à la naissance.[24]

Réduction de l'espérance de vie

Le sida est la quatrième cause de décès à l'échelle mondiale. Selon les estimations de l'ONUSIDA pour 2005, 3,1 millions d'adultes et d'enfants sont morts du sida, dont 2,4 millions en Afrique subsaharienne. Par contre, le nombre de décès associés au sida a diminué de manière spectaculaire dans certains pays, en raison de l'efficacité des nouveaux médicaments. Au Brésil, les politiques du gouvernement consistant à fournir un traitement universel aux patients atteints du sida a permis de réduire le nombre de décès de quelque 70 % entre 1996 et 2002 (voir l'encadré 2, page 14). Cependant, dans la plupart des pays, les médicaments ne sont toujours pas à la disposition de tous et le nombre de décès dus au sida va continuer à augmenter.

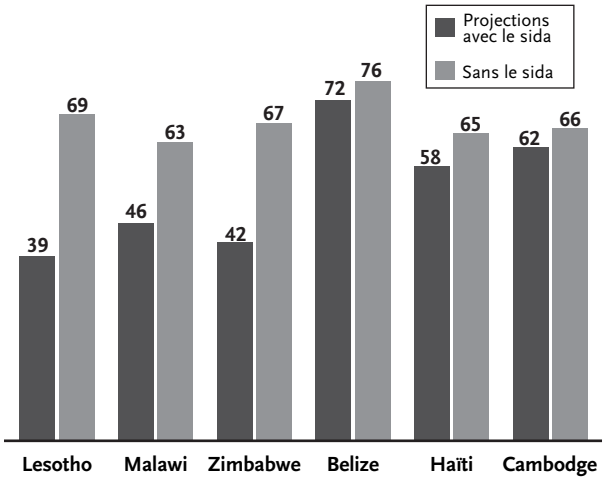
L'épidémie a provoqué une stagnation, voire une régression, des progrès accomplis en matières de survie infantile et d'espérance de vie, deux indicateurs clés du développement social et économique. Dans les pays moins avancés, les taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans sont nettement supérieurs à ce qu'ils seraient sans le VIH. Sans les antirétroviraux, environ un tiers des enfants séropositifs infectés par leur mère meurent avant leur premier anniversaire et 60 % environ avant d'atteindre l'âge de 5 ans. Selon les estimations des Nations Unies, les taux de mortalité infantile en Afrique du Sud sont passés de 62 à 74 décès pour 1 000 enfants de moins de 5 ans entre la fin des années 1990 et le début des années 2000. En l'absence du sida, les taux de mortalité des moins de 5 ans auraient été de l'ordre de 43 décès pour 1 000 enfants (voir la figure 4). Pendant la même période au Swaziland, les taux de mortalité des moins de 5 ans sont passés de 109 à 143 pour 1 000 enfants ; sans l'épidémie du sida, il aurait été de 73 en 2003.

Entre 1985 et 1990, les acquis en termes de santé publique et de niveaux de vie dans le monde avaient allongé l'espérance de vie, mais l'explosion du nombre de décès attribuables au sida a interrompu ces progrès dans de nombreux pays et provoqué un déclin brutal dans plusieurs nations de l'Afrique subsaharienne. Au Lesotho, l'espérance de vie pour 2015-2020 est projetée à 39 ans, mais elle serait passée à 69 ans sans l'épidémie de sida (voir la figure 5). Certains pays en dehors de l'Afrique subsaharienne enregistrent eux aussi des réductions des niveaux de l'espérance de vie en raison du sida. Le sida a réduit le niveau escompté d'espérance de vie de quatre ans au Cambodge et de sept ans en Haïti pour la période 2015–2020.

En Afrique subsaharienne, où les femmes contractent l'infection VIH à un âge beaucoup plus jeune et en plus grand nombre que les hommes, certains pays enregistrent des taux d'espérance de vie encore plus faibles pour la population féminine. Entre 2000 et 2005, l'espérance de vie féminine a chuté en dessous de celle des hommes en raison du sida au Kenya, au Malawi, en Zambie et au Zimbabwe. C'est au Kenya qu'a été enregistrée la plus forte différence — 46 ans pour les femmes contre 48 ans pour les hommes.[25]

Figure 5

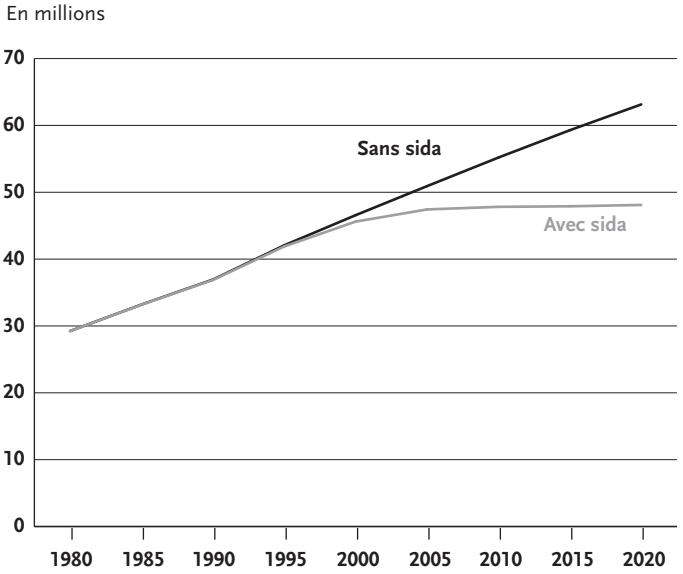
Effet projeté du sida sur l'espérance de vie dans certains pays à forte séroprévalence, 2015–2020



Source : Division des Nations Unies pour la Population, *World Population Prospects: The 2004 Revision*.

Figure 6

Population projetée pour l'Afrique du Sud d'ici 2020, avec et sans sida



Source : Division des Nations Unies pour la Population, *World Population Prospects: The 2004 Revision* (CD-ROM Edition—Extended Dataset, 2005).

Ralentissement de la croissance démographique

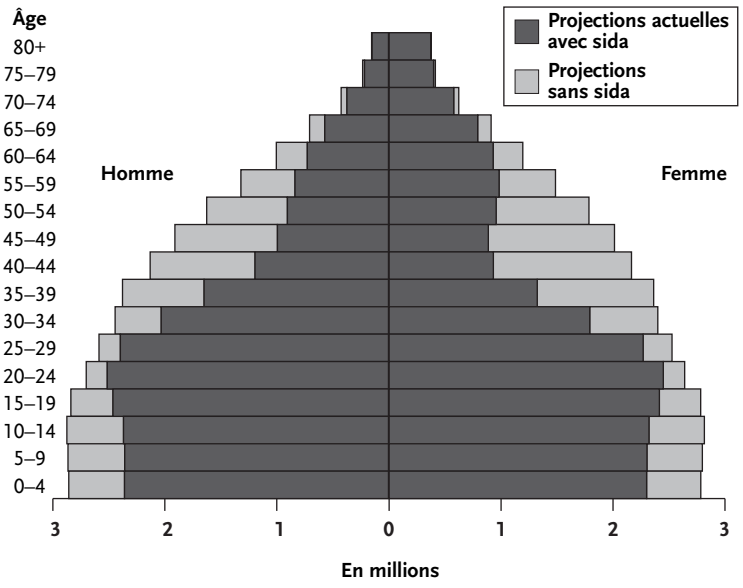
La croissance démographique se poursuit dans nombre de pays affectés, bien qu'elle soit inférieure au niveau prévu hors

sida. En Ouganda, par exemple, selon les estimations de l'ONU la population devrait atteindre 51 millions d'ici 2020, contre 29 millions en 2005. Si le pays n'avait pas été frappé par l'épidémie du sida, le total pour 2020 aurait été supérieur de 5 millions. Cet impact est d'autant plus important en Afrique du Sud, où les taux de mortalité attribuable au sida interrompront pratiquement la croissance démographique au cours des 15 prochaines années et ce, en dépit de la forte fécondité. L'Afrique du Sud devrait ajouter moins d'un million de personnes à sa population de 2005 — 47,4 millions — en 15 ans. Selon les estimations des Nations Unies, si le pays avait échappé à l'épidémie du sida, la population de l'Afrique du Sud en 2020 aurait atteint 63,1 millions (voir la figure 6, page 9).

Les décès liés au sida provoquent une modification de la pyramide des âges dans les pays sévèrement touchés par l'épidémie. En Afrique australe, entre 1985 et 1990, la plupart des décès ont été enregistrés parmi les enfants de moins de 5 ans et les adultes de plus de 60 ans, alors qu'un cinquième seulement des décès est survenu au sein de la population adulte des 20 à 49 ans. Entre 2000 et 2005, en raison de la forte mortalité due au sida chez les jeunes et les adultes, les personnes âgées de 20 à 49 ans ont constitué près de 60 % de tous les décès.

L'Afrique du Sud est un exemple des nombreux changements projetés pour les populations durement frappées par le sida. D'ici 2020, moins d'enfants seront nés en raison des décès et de la réduction de la fécondité chez les femmes séropositives. De nombreux enfants mourront de causes liées au sida pendant leur enfance. La population adulte va diminuer, notamment en raison des pertes importantes au sein des groupes de femmes de 30 à 49 ans et des hommes de plus de 40 ans, ce qui ne manquera pas de se révéler dans les pyramides des âges et des sexes des pays pour 2020 (voir la figure 7). En raison de la longue période de latence du VIH, le plus grand nombre de décès dus au sida se produit généralement environ 10 ans après la crête des taux de séroprévalence.

Figure 7
Population de l'Afrique du Sud par âge et par sexe en 2020, avec et sans sida



Source : Division des Nations Unies pour la Population, *World Population Prospects: The 2004 Revision* (CD-ROM Edition—Extended Dataset, 2005).

Incidence sociale et économique

Dans les pays les plus durement touchés, le VIH a pris d'assaut les systèmes de santé publique, débordés, et a lourdement grevé les capacités limitées des prestataires, de l'infrastructure et des budgets de la santé. Toutefois, le sida surpasse, et de loin, une crise sanitaire. Ses effets touchent presque toutes les dimensions de la vie sociale et économique, notamment dans les pays les plus frappés. Bien que l'ampleur de l'épidémie varie dans chaque pays, le sida touche principalement les adultes de 25 à 45 ans, c'est-à-dire ceux qui ont été contaminés à l'adolescence et à l'âge de jeune adulte. Le VIH et le sida enlèvent les employés à la main-d'œuvre, les chefs de famille et les parents-substituts aux familles et les enseignants aux communautés.[26]

Fardeau pour la santé publique

Les secteurs de la santé ressentent les répercussions du VIH par le biais des charges directes, notamment les frais de traitement, de fournitures et de personnels médicaux, ainsi que par le truchement des charges indirectes : régression du nombre de prestataires médicaux formés et pressions accrues sur les systèmes de santé confrontés à la responsabilité de faire face à l'épidémie.

Le VIH et le sida continuent à submerger les systèmes de santé dans nombre de pays. Les personnes vivant avec le VIH présentent toute une gamme de besoins en matière de santé, allant des soins primaires et des traitements de base pour soigner les infections et à la gestion de régimes de traitement complexes.

Le besoin accru en matière de soins est particulièrement problématique dans les pays pour lesquels il est déjà difficile de remplir les besoins sanitaires les plus fondamentaux de leurs populations. Selon l'OMS, il faut aux pays entre 35 et 40 dollars par habitant par an pour financer l'ensemble de services généraux sanitaires de base, y compris les thérapies antirétrovirales pour les personnes vivant avec le sida. Toutefois, le montant moyen dépensé en 2001 était de 23 dollars américains et de 6 dollars seulement lorsqu'il s'agissait des dépenses publiques.[27] Nombre de pays, y compris les plus pauvres, augmentent leurs dépenses nationales pour le VIH et le sida. L'Afrique du Sud a augmenté ses dépenses concernant le VIH/sida de 86 % dans le budget national 2003–2004 par rapport à l'exercice budgétaire précédent.[28]

Le sida dérobe au secteur de la santé des ressources nécessaires au traitement d'autres problèmes sanitaires. Dans bon nombre d'hôpitaux d'Afrique subsaharienne, par exemple, les patients du sida supplantent les autres malades : les sidéens occupent souvent plus de la moitié des lits d'hôpital dans certains pays d'Afrique subsaharienne. En Côte d'Ivoire et en

Ouganda, entre 50 % et 80 % des lits d'hôpitaux pour adultes sont occupés par des malades souffrant de morbidités liées au VIH.[29]

La perte d'effectifs sanitaires emportés par le sida est une autre vicissitude frappant le secteur de la santé dans les pays les plus touchés. Leur disparition est particulièrement douloureuse étant donné le besoin croissant de leurs compétences professionnelles puisque le nombre de sidéens augmente. Selon les services sanitaires en Afrique du Sud, 14 % des effectifs, surtout le personnel infirmier, sont décédés du sida entre 1997 et 2001.[30] Le sida sape également le moral des effectifs de la santé, car leur charge de travail et leur stress vont croissant et ils sont témoins de la mortalité élevée chez les enfants, les jeunes adultes et leurs collègues.

Commerce, agriculture et main-d'œuvre

Étant donné que le sida touche les adultes à l'âge le plus productif, les entreprises ressentent les répercussions profondes de l'épidémie, ce qui est particulièrement vrai pour certains pays d'Afrique subsaharienne, où près d'un tiers de la population en âge de travailler souffre du VIH. Dans les pays de haute prévalence, le sida a un impact sur les bénéfices commerciaux pour trois raisons principales : accroissement des frais d'exploitation, diminution de la productivité et régression des marchés.

Selon certaines crédulités initiales, le sida était censé être principalement un phénomène urbain, mais il menace à présent clairement les vies et l'existence des communautés rurales dans l'intégralité du monde en développement. Les décès liés au sida chez les travailleurs agricoles menacent la production agricole et la sécurité alimentaire, notamment en Afrique subsaharienne, où une grande partie de la société est tributaire de l'agriculture. Selon l'estimation de l'organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), 7 millions de travailleurs agricoles sont morts du sida entre 1985 et 2000 dans les 25 pays les plus touchés d'Afrique subsaharienne. Selon les prévisions de la FAO, 16 autres millions de travailleurs agricoles pourraient mourir du sida d'ici 2020. Dans les pays les plus durement touchés, les pertes de main-d'œuvre agricole iront de 13 % en Tanzanie à 26 % en Namibie d'ici 2020. La disparition de travailleurs agricoles en Afrique australe entraînera une diminution d'environ 30 % de la production céréalière.[31]

En perturbant la production agricole, le sida saperait les capacités d'exportation des pays, donc leurs capacités de commerce international. En Afrique, l'agriculture représente 70 % de l'emploi, 25 % du produit intérieur brut et 40 % des recettes du commerce international.[32] Selon les rapports de l'Organisation internationale du travail (OIT), l'agriculture de subsistance emploie 80 % de la population du Swaziland et la production agricole destinée à l'exportation représente 10 % du produit intérieur brut.

Les ménages agricoles touchés par le sida se trouvent amenés à vendre leurs biens, notamment le bétail, le matériel ou leurs terres pour prendre soin des membres de la famille malades et régler les frais de pompes funèbres. Le temps consacré aux soins, aux enterrements et aux deuils des parents sidéens réduit la productivité et nuit aux capacités des ménages à produire et à acheter des aliments. En outre, des connaissances et des compétences importantes disparaissent au fur et à mesure que le nombre de morts progresse dans les populations agricoles. Dans les foyers agricoles, les femmes sont particulièrement touchées puisqu'elles sont souvent la main-d'œuvre agricole, mais elles doivent consacrer toujours plus de temps aux soins de membres malades de leur famille.

Privées de la main-d'œuvre et des ressources nécessaires pour les semailles et la moisson, certaines familles doivent abandonner leurs terres. Selon une enquête réalisée en Zambie, les chefs de famille touchés de maladies chroniques dans les zones rurales entraînent une réduction de plus de la moitié de la superficie cultivée, réduisant ainsi la production agricole et la disponibilité alimentaire.[33]

Au fur et à mesure que les revenus chutent et que les dépenses de santé augmentent, les fonds nécessaires aux achats alimentaires diminuent, ce qui peut entraîner la malnutrition. Les déficiences alimentaires peuvent accélérer la progression du VIH en sida et aggraver la susceptibilité aux infections opportunistes. Les besoins caloriques des personnes vivant avec le sida sont supérieurs à ceux des personnes en bonne santé, notamment si elles ont subi une perte de poids importante. Les personnes suivant un traitement antirétroviral ont, elles aussi, des besoins alimentaires spécifiques et une nutrition inadéquate peut avoir une incidence néfaste sur leur tolérance aux médicaments et la façon dont elles suivent leurs régimes médicamenteux.[34]

Gouvernance et service public

Dans les pays profondément touchés par le VIH, l'épidémie frappe la fonction publique et les services gouvernementaux, principalement de trois manières : le pays perd des dirigeants politiques et des fonctionnaires difficiles à remplacer, les recettes chutent et les coûts augmentent et la demande de services sociaux s'intensifie. Conjugués, ces facteurs exercent des pressions importantes sur les gouvernements des pays moins développés.

Aux plus hauts échelons, le sida sape les vies de dirigeants nationaux, y compris des ministres, parlementaires et membres du cabinet, bien que la plupart de ces décès ne soient pas classés comme étant des morts du sida car les familles craignent la stigmatisation. Les pays perdent leurs dirigeants et leurs années d'expérience politique, minant ainsi la stabilité et la sécurité nationales futures.[35] La Zambie a tenu 14 élections spéciales entre 1964 et 1984, pour cause de décès du candidat sortant. Entre 1985, date du premier cas de VIH en Zambie, et 2003, ce pays a tenu 59 élections partielles en raison du décès de candidats sortants, 39 d'entre eux survenus au plus haut point de l'épidémie.[36]

Les rangs des fonctionnaires sont également décimés : les décès des fonctionnaires compétents sont particulièrement difficiles à résorber dans les pays où les niveaux éducatifs et d'alphabétisation sont faibles. Nombre de ces pays sont tributaires d'un petit nombre de collaborateurs pour le développement et l'administration des services.

La chute des recettes et l'augmentation des coûts viennent s'ajouter à la perte des fonctionnaires. Dans les pays les plus touchés, le sida réduit la productivité et les revenus. Dans 33 pays d'Afrique subsaharienne, le taux de croissance annuelle du produit intérieur brut, par habitant, a chuté de 0,7 % entre 1992 et 2002 en raison de l'épidémie du sida.[37] Parallèlement, les dépenses publiques intérieures consacrées au sida ont considérablement augmenté. De 1999 à 2002, les pays en développement à faible revenu et revenu moyen ont multiplié par deux les dépenses des programmes de lutte contre le sida, pour atteindre 995 millions de dollars américains.[38]

Parallèlement à l'augmentation des coûts et à la chute des recettes, la demande en matière de services publics augmente. Le VIH touche les ménages les plus pauvres de façon disproportionnée, contribuant à une augmentation de la pauvreté et à celle des besoins en services sociaux. En outre, des millions d'enfants orphelins exigeront des services publics amplifiés ou nouveaux. Le financement et les investissements de certains services publics sont réduits en raison de l'augmentation des dépenses consacrées aux services sanitaires et sociaux.[39]

Prévention, soins et traitement

En troisième décennie de l'épidémie, il n'existe toujours pas de cure, ni de vaccin contre le sida. Les médicaments thérapeutiques sont plus abordables et plus accessibles, mais le traitement n'est toujours pas disponible pour la plupart des séropositifs et des sidéens dans les pays en développement. À compter de juin 2005, sur les 6,5 millions de sidéens et de séropositifs dans ces pays, seul environ un million recevait un traitement.[40] Bien que le traitement antirétroviral prolonge la vie d'un grand nombre de sidéens, il ne guérit pas le sida. Plus de 50 vaccins potentiels ont subi des essais cliniques depuis 1987 et les chercheurs continuent à mettre au point des stratégies pour améliorer les défenses contre le virus. En dépit de ces progrès, il faudra encore plusieurs années avant qu'un vaccin sûr et efficace n'existe.

Alors que le VIH continue à se propager, la prévention reste l'épine dorsale des programmes pour freiner l'épidémie dans un avenir proche. Toutefois, davantage de programmes exhaustifs sont nécessaires, englobant la prévention, les soins, le traitement et des interventions d'appui. Les programmes de prévention exhaustifs destinés aux personnes vivant avec le sida comprennent :

- Éducation publique concernant les risques de transmission sexuelle
- Appui pour le comportement à faible risque, y compris l'utilisation de préservatifs
- Diagnostic et traitement des IST
- Consultations-conseil et tests de détection du VIH
- Prévention de la transmission d'une mère à son enfant
- Vérification de la sûreté du sang et des produits sanguins
- Programmes d'échange de seringues et
- Atténuation de la stigmatisation liée au VIH et au sida.

Les programmes exhaustifs de soins et de traitement comprennent la thérapie antirétrovirale, la prévention et le traitement des infections opportunistes, les soins palliatifs et à domicile, l'appui psychosocial, la prophylaxie post-exposition (principalement concernant l'exposition au VIH à la suite d'un viol ou d'une piqûre de seringue) et l'appui aux orphelins du sida et aux enfants des personnes vivant avec le sida.

Les différents volets de la séquence des services de prévention et de soins s'appuient mutuellement. La disponibilité des services de soins et de traitement contre le VIH peut constituer une incitation importante pour que les personnes sollicitent des consultations-conseil et des tests de dépistage. En l'absence de ces services, elles auront peu d'incitations à s'informer sur leur état sérologique relativement au sida. Les consultations-conseil offrent la possibilité d'informer les personnes contaminées sur l'importance de la prévention de la contamination des tiers et des méthodes à cet effet. Selon les experts, les consultations-conseil et les tests de dépistage du VIH proposés par les prestataires de santé dans les cliniques génériques ou du sida constituent le point de départ crucial d'une prévention, d'un traitement et de soins efficaces. L'accès aux soins et au traitement permet également de réduire la stigmatisation liée au VIH, il encourage davantage de personnes à demander un test de dépistage pour détecter le VIH et pourrait promouvoir le changement de comportement. Mais il est difficile de persuader les personnes de changer de comportement, notamment si elles estiment ne pas courir de risque personnel ou pensent pouvoir être traitées et guéries du sida. Selon des études effectuées dans les pays développés, certaines personnes pratiquent des comportements sexuels à haut risque lorsqu'elles savent qu'il existe des thérapies viables contre le sida.[41]

Les programmes de prévention sont plus à même de réussir s'ils incluent les décideurs politiques et les dirigeants communautaires. Les politiques publiques appuyant les programmes de prévention du VIH permettent aux citoyens de se protéger. Les programmes de prévention couronnés de succès abordent également les facteurs mettant les particuliers, les familles et les communautés exposés au risque de contamination par le VIH et augmentant leur vulnérabilité à l'infection.

Les programmes de prévention ne sont efficaces que s'ils peuvent toucher la majorité des personnes les plus exposées, notamment les jeunes adultes et les groupes marginalisés, tels que les travailleuses du sexe, les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes, les utilisateurs de stupéfiants injectables et les partenaires sexuels des personnes contaminées. Les programmes couronnés de succès sont façonnés de manière à s'axer sur les principaux modes de transmission dans les communautés concernées. La transmission sexuelle est le principal mode de transmission dans la plupart des pays, notamment dans les régions moins développées (voir le tableau 2, page 13), mais les perfusions de sang contaminé, l'injection de stupéfiants et la transmission de mère à enfant représentent près de 30 % de toutes les infections mondiales par le VIH. Si les activités de prévention sont axées sur ces

groupes lorsqu'une épidémie est localisée, la prévalence du VIH dans la population générale restera faible. Toutefois, même lorsque l'épidémie est circonscrite, les programmes de prévention restent nécessaires pour la population générale.

En Afrique subsaharienne, les programmes de prévention couronnés de succès sont axés sur la prévention de la transmission au cours de relations sexuelles hétérosexuelles, entre la mère et son enfant ou par le sang contaminé. En Asie du Sud-Est, l'axe principal reste la prévention de la transmission au cours des relations sexuelles et par les drogues injectables. En Europe de l'Est, l'accent est mis sur la transmission par les seringues et les injections de stupéfiants. En Amérique Latine et dans les pays à revenu élevé, les efforts de prévention doivent englober la transmission hétérosexuelle et homosexuelle, ainsi que la transmission par l'utilisation de stupéfiants injectables.

Prévention de la transmission par voie sexuelle

Les relations sexuelles restent le mode le plus courant de transmission du VIH. Les hommes et les femmes ayant plusieurs partenaires sexuels, y compris les travailleurs du sexe et leurs clients, les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes et les jeunes constituent les groupes les plus exposés à la transmission sexuelle.

Les programmes de prévention les plus efficaces encouragent ou englobent des interventions telles que l'abstinence, le différé des premières relations sexuelles et la fidélité réciproque, ainsi que la limitation du nombre de partenaires sexuels, l'utilisation constante et correcte de préservatifs, le traitement des IST, les consultations-conseil et les tests de détection, ainsi qu'un environnement politique et social propice. Un programme uniquement axé sur quelques éléments ne dessert donc pas la population dans son intégralité et n'a qu'une incidence nationale minime. La conjugaison la plus efficace de ces éléments est tributaire du contexte culturel, ainsi que des besoins et caractéristiques spécifiques en matière de prévention des principaux groupes concernés. Les programmes efficaces tiennent également compte des facteurs économiques, sociaux et culturels qui peuvent avoir une incidence sur le comportement individuel.

Les premières relations sexuelles à un jeune âge, une multiplicité de partenaires, les relations sexuelles intergénérationnelles, les IST et les relations sexuelles non protégées sont des facteurs d'exposition au VIH que l'on peut atténuer grâce au changement de comportement. Ces changements exigent une éducation concernant les modes de transmission du VIH, la façon de différer les premières relations sexuelles, les stratégies pour éliminer les relations sexuelles à haut risque, adopter des comportements plus sûrs ou solliciter des services-conseil et pour accéder aux fournitures ou aux services nécessaires à la protection.

Selon les prévisions, la circoncision sera un moyen supplémentaire important de réduire le risque de contamination du VIH. Les compétences de négociation et la prise en charge de soi-même sont également importantes pour que les personnes, notamment les femmes et les filles, puissent se protéger.

Tableau 2

Risque d'infection VIH selon le mode d'exposition et contribution aux infections mondiales

Mode d'exposition	Taux de transmission par exposition	Pourcentage mondial d'infections
Transfusion	Plus de 90 %	5 % à 10 %
Transmission mère-enfant	25 % à 40 % dans les pays moins avancés 15 % à 25 % dans les pays plus développés	2 % à 3 %
Rapports sexuels sans protection	0,1-1,0 % a,b	70 % à 80 %
Utilisation de drogues injectables	Moins de 1,0 %a	5 % à 10 %
Aiguilles hypodermiques et autres contextes hospitaliers	Moins de 0,5 %	0,01 %
Contact en foyer des suites d'une exposition aux produits sanguins	Rare	Négligeable

[a] Le risque est cumulatif et il augmente de manière exponentielle à chaque exposition.
[b] Plusieurs facteurs, notamment les infections à transmission sexuelle et l'absence de circoncision, peuvent augmenter le risque.

Sources : Communicable Disease Prevention and Control, *The Risk of VIH-1 Transmission by Type of Exposure* (www.cdpc.com, consulté le 8 juillet 2002) ; et P.R. Lamptey et H.D. Gayle, *HIV/AIDS Prevention and Care in Resource-Constrained Settings: A Handbook for the Design and Management of Programs* (2001).

L'abstinence est la méthode de prévention soulignée dans les programmes visant les jeunes, le groupe démographique au sein duquel le taux de nouveaux cas est le plus élevé. Les stratégies encourageant l'abstinence comprennent le changement des normes sociales, l'éducation sexuelle et l'éducation des pairs. L'abstinence « secondaire » chez les personnes ayant déjà eu des relations sexuelles peut également réduire le risque de VIH. Les programmes exclusifs d'abstinence ont été critiqués pour leur manque de sensibilité aux besoins des personnes qui ont été violées, qui sont tributaires du point de vue économique du travail sexuel ou qui ont un conjoint ou un partenaire séropositif.

Bien que l'abstinence et les relations monogames avec un partenaire non contaminé constituent des comportements préventifs efficaces, ils peuvent se révéler difficiles à maintenir. L'utilisation constante de préservatifs est une méthode très efficace de protection contre la transmission du VIH et d'autres IST chez les personnes sexuellement actives. Chez les couples mariés ou monogames, l'un des obstacles courants entravant l'utilisation du préservatif reste la perception selon laquelle son utilisation signifie l'infidélité. L'enseignement des stratégies pour négocier l'utilisation du préservatif pourrait permettre d'améliorer son acceptabilité pour les partenaires sexuels tout en abordant cette préoccupation. En Thaïlande et au Cambodge, les établissements de commerce sexuel dotés d'une politique d'utilisation du préservatif ont permis de réduire la transmission du VIH entre les travailleuses du sexe et leurs clients, ainsi que dans la population générale. Une utilisation uniforme des préservatifs réduit par six la transmission du VIH dans les couples séro-discordants (couples où seul l'un des partenaires est séropositif).[42]

Encadré 2

Trois victoires dans la lutte contre le VIH et le sida

Brésil

En 1996, un ressortissant sur trois de l'Amérique Latine vivant avec le VIH habitait au Brésil et le pays enregistrait l'un des taux de prévalence les plus élevés de la région. Pour faire face à cette épidémie croissante, les législateurs brésiliens ont rendu obligatoire la distribution gratuite des antirétroviraux (ART) à tous les séropositifs pouvant bénéficier de la couverture d'assurance nationale. Cette décision sans précédent était particulièrement coûteuse pour un pays en développement. Mais après presque une décennie, ces efforts ont permis de réduire de manière considérable le taux de séroprévalence et la mortalité due au sida.

Le taux national de mortalité due au sida a été réduit de moitié et les hospitalisations dues au sida dans les installations publiques de santé ont diminué de 80 % entre 1996 et 1999. En 2005, plus de 170 000 Brésiliens séropositifs bénéficiaient de traitements vitaux grâce aux efforts déployés par le gouvernement.

Par ailleurs, les messages et activités de prévention du VIH se sont également vus accorder un haut niveau de priorité. Ils sont intégrés dans la vie quotidienne que ce soit à l'école, sur le lieu de travail, dans le monde des loisirs ou dans les rues. Le taux national de séroprévalence est tombé à 0,6 % en 2000 et est resté faible depuis lors.

Le Brésil a ainsi prouvé la faisabilité et le succès possible d'un engagement national à un effort exhaustif de traitement et de prévention. Il sert d'exemple à maints autres pays d'Amérique Latine souhaitant établir des programmes de lutte contre le VIH.

Cambodge

Avec un taux de séroprévalence de 2,6 % chez les adultes, le Cambodge enregistre le plus fort taux de toute l'Asie. C'est également l'un des pays les plus pauvres du monde en développement. Mais en dépit de ses ressources limitées, le Cambodge a lancé un programme de prévention qui a réussi à réduire les taux de transmission. L'épidémie est alimentée par un commerce actif du sexe, les taux de séroprévalence étant élevés chez les travailleurs du sexe et leurs clients, ainsi que certains des partenaires ou épouses des clients. Le Cambodge a adopté des stratégies de prévention similaires à celles qui ont permis de réduire le taux de transmission dans un pays voisin, la Thaïlande, notamment en imposant l'emploi du préservatif sans exception dans les établissements pratiquant le commerce sexuel. Cette stratégie est jugée responsable du déclin radical des taux de séroprévalence chez les travailleurs du sexe et leurs clients. Par ailleurs, le taux national de séroprévalence a lui aussi enregistré une légère réduction entre 2001 et 2003, passant de 2,7 % à 2,6 % des adultes âgés de 15 à 49 ans.

Botswana

Le Botswana a été frappé par l'une des plus sévères manifestations de l'épidémie de VIH au monde. Au moins trois adultes sur 10 sont séropositifs et l'espérance de vie est inférieure d'au moins 20 ans à ce qu'elle aurait dû être en l'absence du sida. En 2002, le Président et plusieurs dirigeants nationaux ont mis sur pied le Programme Masa (« Aube nouvelle »), qui est le premier programme de traitement gratuit du sida en Afrique. Ce programme fournit des ART à quelque 42 000 Botswanais, soit 56 % de ceux qui en ont besoin. Le Botswana, un pays ravagé par le sida, a prouvé qu'il est possible de renforcer l'accès au traitement pour tous, même dans les pays durement frappés de l'Afrique.

Références

Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), *Rapport 2004 sur l'épidémie mondiale de sida : 4e rapport mondial* (Genève : ONUSIDA, 2004) ; ONUSIDA et Organisation mondiale de la Santé (OMS), *Latin America, Fact Sheet* (2005), consulté en ligne à l'adresse suivante : www.who.int, le 10 février 2006 ; Pedro Chequer, « Strengthening the National Response to VIH/AIDS in Brazil Through Civil Society Partnerships », présentation dans le cadre du Programme brésilien de lutte contre les IST et le sida, Ministère de la Santé, 3e Conférence de la Société internationale sur le sida, Rio de Janeiro, 25 juillet 2005; AVERT, *HIV and AIDS in Latin America and the Caribbean* (2005), consulté en ligne à l'adresse suivante : www.avert.org, le 10 février 2006 ; Elizabeth Pisani et al., « Back to Basics in HIV Prevention: Focus on Exposure », *British Medical Journal* 326, no 7403 (2003) : 1384-87; AVERT, « HIV and AIDS in Botswana » (2005), consulté en ligne à l'adresse suivante : www.avert.org, le 10 février 2006 ; et U.S. Centers for Disease Control and Prevention, Global AIDS Program, « Country Profile — Botswana » (13 septembre 2005), consulté en ligne à l'adresse suivante : www.cdc.gov, le 10 février 2006.

Les préservatifs préviennent également les IST qui contribueraient à une augmentation par dix de la susceptibilité au VIH.[43] Les IST telles que la syphilis ou la gonorrhée peuvent être traitées aux antibiotiques pour réduire ce risque, alors que les infections qui ne peuvent être guéries, l'herpès génital par exemple, pourraient être maîtrisées grâce à l'acyclovir et d'autres médicaments antiviraux. Même en l'absence de médicaments, les personnes souffrant d'IST incurables peuvent tirer parti de soins médicaux en bénéficiant de consultations-conseil sur les pratiques sexuelles sans risques, les stratégies d'information du partenaire et les informations médicales générales. Les services pour les IST peuvent aborder les facteurs de risque biologiques et comportementaux chez les personnes sexuellement actives, par le biais du traitement et des consultations-conseil.

Le programme brésilien de lutte contre le VIH/sida démontre l'efficacité de l'éducation des jeunes concernant l'utilisation et l'accès aux préservatifs. L'utilisation du préservatif lors des premières relations sexuelles chez les jeunes Brésiliens est passé de moins de 5 % en 1986 à 63 % en 2003.[44]

La recherche en cours démontre que la circoncision chez les hommes peut protéger de l'infection par le VIH. La circoncision n'est pas pratiquée dans bon nombre de régions d'Afrique orientale et australe, ce qui pourrait constituer l'une des raisons de la forte prévalence du VIH dans ces régions.[45] Un essai clinique en Afrique du Sud a relevé que les hommes circoncis sont 61 % moins susceptibles de contracter le VIH que les hommes qui ne sont pas circoncis. À Rakai, en Ouganda, une étude a récemment démontré que la circoncision chez les hommes réduit l'infection par le VIH des partenaires féminines de 30 %.[46] Si des études ultérieures confirment ces résultats, la circoncision des hommes pourrait devenir un moyen important pour juguler le VIH.

Il existe plusieurs facteurs qui pourraient diminuer le risque d'infection par le VIH chez les hommes circoncis.[47] L'absence de prépuce peut raccourcir la durée de séchage à la suite d'un contact sexuel, ce qui réduit la durée de vie du VIH et la durée de contact du virus sur la peau. La superficie totale du pénis et le nombre de cellules visées, abondantes dans le prépuce, sont réduits grâce à la circoncision.

Selon plusieurs études, la plupart des hommes adultes se feraient circoncire s'ils estimaient être ainsi protégés du VIH.[48] La circoncision des hommes pourrait se révéler efficace pour réduire l'infection par le VIH, mais elle n'est pas une panacée pour la prévention. La circoncision n'offre pas une protection complète contre le VIH. Une démarche de prévention exhaustive, y compris l'éducation sur l'abstinence, la fidélité et l'utilisation du préservatif devrait être proposée à tous les hommes, circoncis ou pas, afin de prévenir la propagation du virus.

Un plan de travail de l'ONU pour la circoncision des hommes met au point des recommandations techniques sur les questions programmatiques, sociales et cliniques concernant l'amplification des services de circoncision pour les hommes. Ces recommandations aideront les directeurs de programme nationaux d'une part à s'assurer que les circoncisions des hommes soient réalisées de façon appropriée, tout en réduisant le risque de complications cliniques, la stigmatisation et la discrimination à l'encontre des hommes circoncis ou pas, et d'autre part à éviter de nuire aux autres stratégies de prévention du VIH.

VIH et utilisation de stupéfiants injectables

Selon les estimations, il existe 13 millions d'utilisateurs de stupéfiants injectables dans le monde et jusqu'à 3,3 millions de personnes infectées par le VIH.[49] Entre 5 % et 11 % de tous les cas de sida sont liés à l'utilisation de drogues injectables, mode principal de transmission du VIH en Europe australe et orientale, dans la plus grande partie de l'Asie et de l'Amérique du Nord et certaines régions de l'Amérique du Sud. L'utilisation de drogues injectables est également une source importante de transmission en Afrique du Nord et au Moyen Orient. La transmission parmi les utilisateurs de drogues injectables résulte principalement de l'utilisation commune d'aiguilles contaminées. Toutefois, tous les utilisateurs de drogues, injectables ou pas, jouent un rôle dans la propagation du VIH dans la population générale, par le biais de la transmission sexuelle, notamment les utilisateurs qui font commerce de sexe en échange de stupéfiants ou d'argent ou qui pratiquent des comportements sexuels à risque sous l'influence des stupéfiants.

La propagation du VIH chez les utilisateurs de stupéfiants est souvent rapide et difficile à juguler. La culture clandestine et la stigmatisation sociale liées à l'utilisation de stupéfiants et au VIH entravent la communication avec ce groupe démographique. Toutefois, selon les études, une fois munis d'informations et d'opportunités appropriées, bon nombre d'utilisateurs de drogues injectables changent leurs modes d'utilisation de stupéfiants et leurs comportements sexuels pour se protéger, ainsi que leurs partenaires, contre le VIH. Les programmes d'éducation ont réussi à réduire la transmission du VIH parmi les personnes utilisatrices de stupéfiants injectables dans plusieurs pays développés, notamment en Australie, au Canada et aux États-Unis. Les modèles de réduction des impacts nocifs, par exemple les programmes d'échange d'aiguilles, peuvent réduire au minimum l'utilisation d'aiguilles contaminées. Le souci selon lequel les programmes d'échange des aiguilles augmenteraient la fréquence d'utilisation des stupéfiants s'est révélé sans fondement.[50]

Le traitement aux méthadone et buprénorphine pourrait réduire la pharmacodépendance aux stupéfiants illégaux, réduisant ainsi les comportements à haut risque. La disponibilité garantie des préservatifs et l'enseignement de l'utilisation correcte des préservatifs peuvent freiner les relations sexuelles non protégées. Les services de soins des IST et autres services sanitaires réduisent les risques, tout en offrant des possibilités de consultation-conseil ou d'aiguillage vers des programmes de traitement de la toxicomanie. Pour les utilisateurs de stupéfiants vivant avec le VIH ou le sida, les services de soins, de traitement et d'appui peuvent être intégrés dans des programmes de traitement de la toxicomanie.

Sang contaminé par le VIH

Certains des premiers cas identifiés d'infection par le VIH dans les pays à revenu élevé étaient dus à l'utilisation de produits sanguins contaminés. Dans les années 80, des milliers de personnes ont été contaminées par des produits sanguins contaminés, mais le nombre de cas a chuté lorsque des analyses de dépistage des dons et des donneurs de sang se sont généralisées. Dans les pays plus développés, la diminution sensible du nombre de transmissions du VIH par les dons du sang est l'une des plus grandes réussites de lutte contre l'épidémie.[51]

Toutefois, le sang contaminé continue à représenter entre 5 % et 10 % de toutes les nouvelles infections par le VIH dans le monde entier et reste particulièrement problématique dans les pays à faible revenu dont les infrastructures sanitaires sont insuffisantes. Les pratiques insalubres de dons du sang ont contaminé des milliers de villageois des zones rurales en Chine, dans les années 90.[52]

La prévention de la transmission du VIH par le sang et les produits sanguins implique la création d'un service de transfusion sanguine bien organisé, l'application de précautions universelles au cours de la collecte et de la manipulation du sang, le recrutement de donneurs de sang surs, l'utilisation d'analyses du sang pour dépister le VIH et d'autres maladies infectieuses, y compris le fait d'éviter les transfusions inutiles et la prévention des problèmes de santé, notamment l'anémie, qui exigeraient des transfusions sanguines.

Transmission iatrogène

Les pratiques médicales dangereuses contribuent à la transmission iatrogène (la transmission involontaire du VIH par le personnel médical). Les agents de santé, notamment dans les zones rurales, ne reçoivent sans doute pas de formation adéquate en matière de précautions sanitaires universelles. Les méthodes de stérilisation inefficaces et les pratiques sanitaires insuffisantes dans les installations médicales peuvent exposer le personnel de santé et les patients au contact avec le sang et autres liquides organiques porteurs de VIH. La mise au rebut incorrecte de seringues, aiguilles et autres fournitures médicales usagées constitue un autre danger potentiel.

Les attentes culturelles de soins médicaux peuvent intensifier le risque de transmission iatrogène du VIH. Dans certaines régions, une visite médicale n'est pas complète si elle n'inclut pas une injection, souvent inutile, que ce soit d'antibiotiques, de vitamines, d'analgésiques ou de chloroquine. Le VIH peut survivre dans des aiguilles qui servent aux injections intramusculaires ou sous-cutanées et elles constituent un risque de transmission du VIH si elles sont réutilisées.[53] En 2000, la réutilisation du matériel d'injection représentait environ 5 % de toutes les nouvelles infections par le VIH.[54]

La transmission entre prestataire médical et patient constitue également un risque dans les contextes médicaux. Les agents de santé sont souvent exposés au sang ou aux produits infectieux au cours de leurs activités professionnelles usuelles. L'application de précautions universelles, notamment le port de gants et de masques, permet de façon uniforme de ne pas stigmatiser les soins, pour tous les patients, quel que soit le statut de VIH du patient ou du prestataire.

Les guérisseurs traditionnels constituent une source importante de soins dans bon nombre de régions du monde et ils pratiquent souvent des activités qui les exposent un jour ou l'autre, eux ou leurs patients, au VIH. Selon certains praticiens, la source du VIH n'est pas d'origine biologique, donc les précautions semblent inutiles. Le contact avec un matériel contaminé peut survenir pendant les pratiques culturelles courantes, notamment la scarification, la circoncision, la mutilation génitale des femmes et le tatouage.

Gestion du VIH et du sida

En 2005, quelque 6,4 millions de personnes auraient besoin d'un traitement antirétroviral : 15 % environ seulement, soit 1 million de malades, y ont accès. En Afrique subsaharienne, près de 11 % de ceux devant suivre un traitement le reçoivent.[55] Les principales raisons de cette carence comprennent le coût élevé du traitement, les difficultés d'achat, l'inadéquation de l'infrastructure de santé, y compris l'absence de prestataires de santé, l'asthénie de l'engagement politique au niveau national, l'incertitude ou l'inadéquation des ressources financières et l'opprobre persistante qui empêche souvent les malades de solliciter des soins.

Les objectifs cliniques de la thérapie antirétrovirale visent à empêcher la réplication du virus et le rétablissement de la fonction immunologique du corps, restreindre la probabilité de résistance virale aux médicaments antirétroviraux et réduire la morbidité et la mortalité liées au VIH.

Depuis l'introduction des antirétroviraux en 1996, la pharmacothérapie a transformé le VIH d'une maladie mortelle progressive en une maladie chronique gérable. Les médicaments peuvent ralentir ou inverser la progression du sida, bien qu'ils ne soient pas en mesure de le guérir. Les médicaments antirétroviraux actuels, qui relèvent de trois classes principales*, agissent en bloquant les enzymes qui sont importants pour la réplication et le fonctionnement du VIH dans le corps.[56] Une nouvelle classe d'antirétroviraux, les inhibiteurs d'entrée du VIH, agissent différemment. Ils luttent contre le VIH après l'infection du système immunitaire. Les inhibiteurs d'entrée offrent un espoir à ceux qui ont développé une résistance aux médicaments actuels contre le VIH. La conjugaison de médicaments de différentes classes est la thérapie la plus efficace pour faire échec au sida, car le virus peut développer une résistance aux médicaments utilisés individuellement. Une polypharmacothérapie analogue est utilisée pour traiter le cancer et la tuberculose.

Selon des études récentes, des régimes médicamenteux à faible coût peuvent prévenir certaines infections opportunistes qui surviennent couramment avec le VIH, y compris la tuberculose et la pneumonie à Pneumocystis carinii (PCP) et d'autres causes majeures de maladie, notamment les infections de salmonelle non-typhoïde et la toxoplasmose cérébrale. La thérapie préventive contre la tuberculose serait particulièrement efficace en Afrique subsaharienne, où la tuberculose est une cause de décès chez les séropositifs.

L'utilisation de cotrimoxazole pour traiter les malades de la PCP atteints du VIH peut réduire sensiblement les hospitalisations et la mortalité provoquées par d'autres infections opportunistes bactériennes.[57] Les infections fongiques, une cause principale de morbidité et de mortalité chez les personnes séropositives, répondent à la thérapie préventive au fluconazole.[58]

Ces thérapies préventives simples pourraient réduire la morbidité chez les personnes vivant avec le VIH. Leur coût relativement peu élevé signifie qu'elles pourraient toucher une population plus large que les médicaments rétroviraux plus onéreux. Toutefois, une recherche plus approfondie est nécessaire pour savoir qui devrait en bénéficier, pendant combien de temps et comment ces thérapies influent la pharmacorésistance à long terme.

Le but général des soins cliniques (y compris la pharmacothérapie) consiste à améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH en accroissant l'accès aux programmes exhaustifs de prévention et de soins. Selon les preuves concluantes tirées dans les pays développés et en développement, la thérapie antirétrovirale peut sensiblement prolonger la vie des personnes vivant avec le VIH, leur permettant ainsi de remplir leurs fonctions de membres productifs de leur communauté, d'assurer les besoins de leurs familles et d'élever leurs enfants.

Les programmes de soins cliniques peuvent également permettre de réduire le nombre d'orphelins et d'enfants vulnérables par la prolongation de la vie de leurs parents, la réduction de la transmission de la mère à l'enfant et celle de la transmission sexuelle en raison d'une charge virale atténuée des liquides organiques. Les programmes de soins luttent également contre l'opprobre et la discrimination liées au VIH et au sida.

* Les médicaments antirétroviraux utilisés le plus souvent pour traiter le sida entrent dans trois grandes classes : les inhibiteurs nucléotidiques de la transcriptase inverse (INTI), les inhibiteurs non nucléotidiques de transcriptase inverse (INNTI)) et les inhibiteurs de protéase. Une quatrième classe de médicaments, les inhibiteurs d'entrée, y compris les inhibiteurs de fusion, est aujourd'hui disponible. Les inhibiteurs d'entrée agissent en empêchant le VIH de pénétrer dans les lymphocytes-T. Les lymphocytes-T sains sont essentiels pour défendre le corps contre les pathogènes, tels que le VIH.

Les soins palliatifs sont un élément important des soins complets pour les personnes vivant avec le VIH. Un grand nombre d'entre elles souffrent de douleurs, diarrhée, nausée, toux, essoufflement, fatigue, fièvre et confusion mentale, ainsi que du stress psychosocial lié à la maladie, à l'opprobre et aux questions relatives à la cessation de la vie humaine. La prévention de ces symptômes, par le biais de soins palliatifs, prévient la douleur et les visites inutiles dans les établissements de soins, et permet aux sidéens de rester en activité, autant que faire se peut, dans leur communauté. La formation de prestataires de soins à domicile, des volontaires communautaires ou des membres des familles, aux soins palliatifs, permettrait de valoriser la qualité de vie des personnes vivant avec le sida.

Les soins à domicile offrent de nombreux avantages aux personnes vivant avec le VIH et le sida, ainsi qu'à leurs familles, notamment ceux qui ont un accès incertain aux établissements de soins. Les prestataires de soins à domicile ont la possibilité, unique en son genre, d'identifier les enfants vulnérables, au sein du foyer, qui pourraient avoir besoin de services.

Encadré 3

Financement des initiatives de lutte contre le VIH et le sida

De nombreuses initiatives importantes sont venues renforcer l'arsenal d'armes disponibles dans la lutte contre le VIH et le sida. Trois d'entre elles sont présentées ci-dessous.

Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme

En 2001, les Nations Unies ont mis sur pied le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, avec comme objectif des crédits de US$9 milliards pour financer des approches intégrées de prévention, de soins, de soutien et de traitement. L'établissement de ce fonds a contribué à reporter l'attention non seulement sur le VIH, mais également sur deux autres graves menaces pesant sur la santé internationale : la tuberculose (TB) et le paludisme.

Le Fonds mondial décaisse des financements aux agences d'exécution, un groupe divers représentant plusieurs secteurs de la société. Les donateurs au Fonds mondial comprennent notamment les gouvernements de plus de 50 pays, ainsi que des fondations, des corporations et des donateurs privés. Par ailleurs, le Fonds mondial assure le financement de programmes de lutte contre le paludisme et la TB, deux maladies endémiques dans de nombreux pays à forte séroprévalence.

Le Fonds mondial a engagé US$2.5 milliards pour les programmes de prévention, de soin et de traitement du VIH dans divers pays du monde.[1] Entre 2001 et 2005, ce Fonds a permis le traitement de 220 000 personnes atteintes de VIH, de plus de 1,1 million de personnes souffrant du paludisme et de 600 000 personnes atteintes de TB.[2]

S'il est entièrement financé, le Fonds mondial a pour objectif de fournir des thérapies antirétrovirales (ART) à 1,8 million de personnes, des services de conseil et de dépistage volontaire à 62 millions de personnes et des fonds pour aider plus d'un million d'orphelins qui ont besoin de services médicaux, d'éducation et de soins au niveau des communautés.

Le Programme d'urgence pour l'allègement du fardeau du VIH/sida proposé par le Président des États-Unis

C'est en 2003 qu'a été lancé le Programme d'urgence du Président des États-Unis pour l'allègement du fardeau du sida, une initiative mondiale de US$15 milliards sur cinq ans pour lutter contre le VIH et le sida en dehors des États-Unis. Ce Plan d'urgence met avant tout l'accent sur les soins et le traitement, consacrant 55 % de ses ressources au traitement, 15 % aux soins palliatifs, 20 % aux efforts de prévention du VIH/sida (dont au moins 33 % sont consacrés à la promotion de l'abstinence jusqu'au mariage) et 10 % pour aider les orphelins et les enfants en situation vulnérable.

Quinze pays ciblés (le Botswana, la Côte d'Ivoire, l'Éthiopie, la Guyane, Haïti, le Kenya, le Mozambique, la Namibie, le Nigeria, le Rwanda, l'Afrique du Sud, la Tanzanie, l'Ouganda, la Zambie et le Vietnam) bénéficient d'une assistance au titre de ce Plan. Des ART ont été fournis à plus 235 000 personnes séropositives et plus de 1,1 million ont bénéficié de soins de santé essentiels. Le traitement pourrait augmenter à un rythme plus soutenu dans la mesure où les fonds peuvent maintenant être utilisés pour l'acquisition de médicaments antirétroviraux génériques, et donc moins coûteux, suite à une décision de la Food and Drug Administration des États-Unis en 2005.[3]

L'Initiative « 3 sur 5 »

L'Initiative 3 sur 5 a été lancée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et l'ONUSIDA en septembre 2003. Son but : fournir des médicaments antirétroviraux à 3 millions de personnes qui vivent avec le sida dans les pays en développement, d'ici la fin de 2005 (3 M d'ici 2005) et de toucher au moins la moitié des personnes dans le besoin. L'initiative ONUSIDA/OMS se fonde sur un partenariat avec le Fonds mondial, le Plan d'urgence, la Banque mondiale, les gouvernements nationaux et les organisations non gouvernementales (ONG). D'ici la mi-2005, environ un million de ressortissants du monde en développement avaient accès aux ARV, soit 2 millions de moins que l'objectif fixé. Quatorze pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire ont dépassé l'objectif des 3 sur 5 en fournissant des ARV à plus de 50 % des personnes en ayant besoin. Ce nonobstant, les ART ne sont parvenus qu'à environ 15 % de tous ceux en ayant besoin, soit nettement moins que l'objectif fixé de 50 %.

Les objectifs de l'Initiative 3 sur 5 se sont révélés par trop ambitieux, étant donné les nombreux obstacles à l'augmentation rapide des traitements aux antirétroviraux, notamment dans les pays les plus démunis. Certains pays ne disposaient pas de l'engagement politique nécessaire pour renforcer rapidement l'accès aux ART. Les goulots d'étranglement au niveau de l'approvisionnement, les capacités humaines limitées, le coût élevé des médicaments et la médiocrité des infrastructures dans de nombreux pays en développement ont en outre constitué autant d'obstacles majeurs. Les financements fournis par les donateurs étaient souvent imprévisibles et insuffisants et l'assistance technique de l'OMS et d'autres agences n'a pas permis de surmonter les carences en infrastructure dont souffrent de nombreux pays. S'il est vrai que les objectifs de l'Initiative 3 sur 5 n'ont pas été atteints, le plan n'en a pas moins aidé de nombreux pays à fournir des ART à un plus grand nombre de personnes, à renforcer les infrastructures de santé, et, surtout, à prouver qu'il était possible de traiter un nombre important de personnes vivant avec le sida dans le monde en développement.[4]

Références

1. Le Fonds mondial, « Monthly Progress Update – 15 November 2005 », consulté en ligne à l'adresse suivante : www.theglobalfund.org, le 23 janvier 2006.
2. Bernard Rivers, « Stalled Growth: The Global Fund in Year Four », *Global Fund Observer* 52, no 7 (2005), consulté en ligne à l'adresse suivante : www.aidspan.org/gfo, le 25 janvier 2006.
3. Département d'État des États-Unis, site Internet de l'Office du Coordinateur mondial pour le sida, consulté en ligne à l'adresse suivante : www.state.gov/s/gac, le 13 février 2006.
4. International Treatment Preparedness Coalition, « Missing the Target: A Report of the VIH/AIDS Treatment Access From the Frontlines » (2005), consulté en ligne à l'adresse suivante : http://aidstreatmentaccess.org, le 13 février 2006.

Accès accru aux traitements

Une augmentation récente et sensible du financement mondial, des initiatives internationales pugnaces et la régression des coûts des antirétroviraux ont amplifié l'accès aux traitements dans plusieurs pays.

Les programmes nationaux de traitement dans les pays en développement les plus réussis sont ceux du Brésil et du Botswana (cf. encadré 2, page 14). Le programme de traitement du Brésil fait la preuve du niveau considérable de ressources nécessaires pour fournir un accès universel et des services de prévention et de traitement exhaustifs. Le gouvernement brésilien a fourni près de 90 % de ces ressources. L'engagement de ressources colossales a, certes, été opérant pour le Brésil, un pays à revenu moyen, mais la plupart des pays en développement n'aurait sans doute pas les moyens de fournir un traitement gratuit à tous ceux qui en auraient besoin.[59]

Le programme du Botswana, Partenariats africains exhaustifs contre le VIH/sida (ACHAP) constitue un effort commun entre le gouvernement botswanais, la fondation Bill & Melinda Gates et la Fondation de la société Merck/société Merck Inc. qui a sensiblement amélioré l'accès national aux traitements. Ce programme lancé en 2000 a fourni une pharmacothérapie antirétrovirale à 42 000 personnes (soit 56 % de ceux qui en ont besoin) de sa date de lancement à décembre 2004.

La couverture de traitement continue à progresser dans plusieurs pays à la suite d'une augmentation des ressources du Plan d'urgence présidentiel des États-Unis pour le sida et du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Le plan d'urgence présidentiel prévoit de toucher 2 millions de personnes dans 15 pays visés d'ici 2008. Le fonds mondial a déjà engagé près de 2,5 milliards de dollars pour la lutte contre le VIH/sida et, selon ses estimations, plus de 1,8 millions de personnes bénéficieront d'antirétroviraux grâce à des subventions (voir l'encadré 3, page 17).

En dépit de ces efforts, la grande majorité de ceux qui vivent avec le VIH ne recevront aucun traitement efficace pendant les quelques années à venir. Bon nombre des personnes qui vivent avec le VIH n'ont pas accès aux établissements de santé et n'ont pas les moyens de régler les quotes-parts, certes réduites mais quand même substantielles, d'un traitement. De nombreux pays en développement n'ont ni les ressources financières ni l'infrastructure pour financer un programme de traitement du VIH de grande ampleur. Les populations les plus délaissées en termes d'accès aux traitements sont souvent les enfants, les femmes, les résidents ruraux et les populations marginalisées, telles que les utilisateurs de stupéfiants injectables et les travailleurs du sexe. Les programmes de pharmacothérapie doivent inclure la participation étroite de la société civile, notamment des organisations communautaires pour les personnes vivant avec le sida et garantir un accès égalitaire aux soins cliniques aux femmes, aux enfants et aux autres populations vulnérables et marginalisées.

Le traitement des enfants séropositifs présente des difficultés spécifiques. Sans traitement, près de la moitié des nouveau-nés infectés mourra avant d'atteindre l'âge de deux ans, mais il est difficile de ne serait-ce que déterminer l'état sérologique des nouveau-nés. Les analyses des anticorps utilisées dans les pays en développement ne peuvent détecter l'infection par le VIH chez les enfants de moins de 18 mois. Les analyses d'antigènes, plus onéreuses, qui permettent de mesurer l'infection chez les très jeunes enfants, sont rarement disponibles. Les enfants sont également vulnérables car ils ne peuvent d'ordinaire s'exprimer pour la défense de leurs droits de santé et ils sont tributaires de leurs parents ou de leurs tuteurs pour les moindres interventions telles qu'une visite médicale. En outre, les enfants possèdent des options de traitement limitées, la plupart des pharmacopées contre le sida ne sont pas appropriées pour les enfants et les régimes de traitement doivent faire l'objet d'une surveillance constante car les doses efficaces changent au fur et à mesure que l'enfant grandit. Seuls 5 % environ des quelque 700 000 enfants ayant besoin de médicaments antirétroviraux en ont bénéficié en 2005.

Transmission de la mère à l'enfant

La grande majorité, 90 %, des enfants séropositifs ont été contaminés par leur mère. Le risque de la transmission du virus d'une mère à son enfant se situe à 15 % - 30 % et il peut aller jusqu'à 45 % en cas d'allaitement prolongé.[60] Environ 800 000 nouveau-nés sont infectés par le VIH tous les ans dans presque tous les pays en développement. Quatre-vingt dix pour cent des enfants contaminés vivent en Afrique subsaharienne.

Le risque de transmission est tributaire de facteurs liés au virus, à la mère, à l'accouchement, à l'enfant et à la façon dont le nouveau-né est alimenté. Au cours de la grossesse et de l'accouchement, la santé de la mère, la perturbation de la barrière placentaire, l'accouchement avant terme et les hémorragies sont des facteurs de prévision importants de l'infection de l'enfant. Après l'accouchement, l'allaitement maternel est le risque le plus important. Sans traitement, l'on estime qu'un nouveau-né sur sept allaité par une mère séropositive sera infecté par le truchement du lait maternel.

Les stratégies actuelles de prévention de la transmission d'une mère à son enfant comprennent la prévention primaire contre le VIH chez les filles et les femmes, les consultations-conseil et le dépistage des femmes enceintes, les services de planning familial pour réduire les grossesses chez les mères infectées, la thérapie antirétrovirale préventive, les soins et les traitements de suivi pour la mère et l'enfant, ainsi que des consultations-conseil de nutrition et des produits de substitution de l'allaitement, le cas échéant. La pharmacothérapie la plus efficace mise à l'essai jusqu'à présent est l'HAART de longue durée, qui peut réduire la transmission à 2 %. La complexité et le coût de l'HAART ont restreint son utilisation dans les contextes de ressources limitées. Des régimes plus courts, plus simples et moins onéreux sont disponibles. L'option la plus pratique et la moins onéreuse (4 dollars américains par dose) est la névirapine. Des doses uniques peuvent être administrées, à la naissance, à la mère et à l'enfant. Boehringer-Ingelheim, la société qui fabrique la névirapine, a mis gratuitement ce médicament à la disposition des pays moins développés pour prévenir la transmission de la mère à son enfant. Mais bon nombre de femmes développent une

résistance à la névirapine et aux médicaments analogues, ce qui les rend moins utiles à l'avenir. Selon une étude récente, 69 % des femmes pourraient présenter une résistance à cette classe de médicaments, un à quatre mois après la cessation du traitement prophylactique à la névirapine.[61] L'OMS passe en revue à l'heure actuelle les répercussions politiques de ces résultats et recommandera sans doute une formule conjuguée de l'HAART pour la prévention de la transmission d'une mère à son enfant.

En se fondant sur les données d'essai de la Zambie, l'OMS, l'UNICEF et l'ONUSIDA recommandent l'utilisation de cotrimoxizole pour réduire la transmission d'une mère à son enfant. Dans les régions où les enfants de moins de 18 mois ne peuvent être testés de façon fiable, la prophylaxie de cotrimoxizole est recommandée pour tous les enfants nés de mères infectées par le VIH. Cette formule peut également prévenir et traiter la pneumonie à Pneumocystis, ainsi que d'autres infections opportunistes, chez les enfants infectés par le VIH.

Aider les orphelins et les enfants vulnérables

Le VIH est infectieux, le risque est donc élevé qu'un enfant dont l'un des parents décède du sida perde l'autre également. L'amplification de la disponibilité des traitements ralentira certes la multiplication du nombre d'enfants orphelins du sida, mais le nombre d'orphelins et d'enfants vulnérables continuera à progresser dans un avenir proche. Lorsque les enfants sont privés de parents, les communautés doivent répondre à leurs besoins pour éviter que ces enfants ne soient exploités, garantir leur existence et promouvoir leur développement sain.

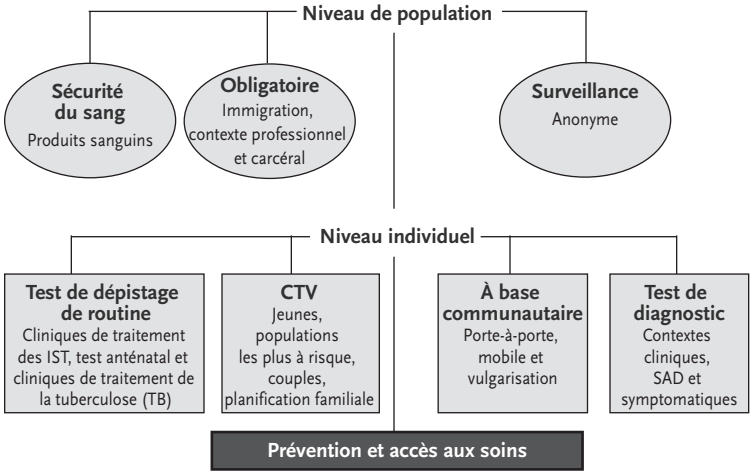
La plupart des enfants orphelins du sida en Afrique subsaharienne sont pris en charge par les membres de leur famille élargie. Certains de ces prestataires de soins sont séropositifs ou ont la charge d'autres parents vivant avec le VIH et le sida, ce qui peut entraîner des charges tant financières qu'affectives. De nombreuses familles élargies ne sont pas en mesure de couvrir les frais scolaires, la nourriture et les frais de soins de santé de ces enfants supplémentaires. Dans de nombreuses régions de haute prévalence du VIH, les organisations communautaires aident les familles à remplir les besoins des foyers des orphelins grâce à un appui matériel, financier, affectif ou psychosocial, destiné aux enfants et à ceux qui les élèvent. L'appui communautaire aux familles est plus économique que d'autres options tentées par les pays, y compris la construction ou l'agrandissement des orphelinats. Les orphelinats peuvent, certes, remplir les besoins immédiats, urgents des orphelins, mais ils ne sont pas la meilleure solution à longue échéance. Les orphelinats sont onéreux à exploiter, ils ne répondent souvent pas aux besoins développementaux des enfants et peuvent isoler les enfants des systèmes d'appui communautaire.

Amplifier l'expertise-conseil et les tests anti-VIH

Les services d'expertise-conseil et de dépistage du VIH font depuis longtemps partie des programmes de prévention et de soins contre le VIH, dans un grand nombre de pays développés et se révèlent être une façon rentable de réduire les comportements à risque des patients et d'aiguiller les patients sur d'autres services (voir la figure 8). Une étude des données du Kenya, de la Tanzanie et de la Trinité et Tobago relève une réduction de 43 % des relations sexuelles non protégées chez les personnes ayant bénéficié de conseils et de tests volontaires (CTV) du VIH.[62]

Figure 8

Modèles de dépistage du VIH adaptés aux besoins et aux contextes : la voie de la prévention et de l'accès aux soins



Notes :
CTV : conseils et tests volontaires ; SAD : soins à domicile ; IST : infections sexuellement transmises ; TB : tuberculose ; les contextes de prise en charge incluent les prisons.

Source : Family Health International, 2006.

Les programmes d'expertise-conseil et de dépistage incluent la sensibilisation communautaire, les consultations-conseil avant et après les tests, l'appui psychologique et l'aiguillage vers des services pertinents. Les consultations-conseil sur le VIH aident les personnes à faire face au stress personnel et à prendre des décisions concernant le VIH.[63] Elles permettent à la personne ou au couple d'évaluer le risque de contamination ou de transmission du VIH et les aident à l'éviter. L'expertise-conseil permet aux personnes de faire face à l'opprobre et à la discrimination liées au VIH. Le seul fait de se faire dépister, par exemple, peut avoir des conséquences négatives dans les communautés où les séropositifs sont stigmatisés.

En dépit de leur importance, l'expertise-conseil et les services d'analyses sont d'ordinaire en nombre et de couverture limités dans les pays moins développés. L'absence de personnel formé, les préoccupations concernant la confidentialité, la stigmatisation et la discrimination, le manque de connaissance des clients quant aux services et les ressources limitées sont les raisons pour lesquelles les programmes de CTV sont inadéquats ou sous-utilisés.

De nombreux pays amplifient la disponibilité et l'utilisation des services conseil et des analyses en passant du conseil et des tests volontaires, lorsqu'une personne se rend dans un établissement de soins principalement pour une analyse de séropositivité, à des tests de routine, où tous les patients qui arrivent dans l'établissement en question se voient offrir une

analyse de séropositivité de routine. Les tests dont les résultats sont obtenus le jour même sont de plus en plus offerts, car ils éliminent la nécessité pour les patients de revenir au centre de santé pour recevoir les résultats et davantage de patients prennent connaissance de leur état sérologique concernant le VIH.

Plusieurs pays ont amplifié, avec succès, leurs services conseil et de dépistage. Le Botswana, l'un des pays de plus forte prévalence, a été le premier pays d'Afrique à offrir couramment les tests de dépistage du VIH dans les cliniques publiques et privées. Selon des éléments probants de plus en plus nombreux, en insérant les tests de dépistage du VIH dans les soins courants standard, on réduit l'opprobre associée à la maladie et on augmente le nombre de personnes décidant de se faire dépister. Les tests de routine, les campagnes médiatiques mettant en exergue l'importance de connaître son état sérologique concernant le VIH, l'information sur les avantages et la disponibilité des traitements ont sensiblement accru le recours aux services conseil et de dépistage au Botswana.[64]

Au Kenya, l'introduction de tests de dépistage de routine (avec l'option de les refuser) dans les cliniques de soins prénataux a multiplié par deux le recours aux tests et aux services conseil, le taux passant de 37 % à 75 % en un mois.[65] Le Lesotho a poussé le concept des dépistages de routine plus loin en offrant des tests communautaires, au porte-à-porte, dans sa campagne KYS (*Know Your Status* – Connaissez votre statut sérologique). Il s'agit d'essayer d'augmenter sensiblement le nombre de personnes connaissant leur état sérologique concernant le VIH. À l'heure actuelle, seuls 9 % des hommes et 13 % des femmes connaissent leur état sérologique, dans un pays où la prévalence du VIH chez les adultes est de 30 %. Le programme comprend une formation pour les chefs communautaires en qualité de partisans de la prévention et du traitement, ayant pour objectifs de faire participer les personnes vivant avec le VIH à des activités de conformité et de prévention et de recruter 7 500 agents sanitaires pour les consultations conseil et les tests de dépistage.[66]

Difficultés de la lutte contre le VIH

En dépit des grands progrès et développements médicaux et technologiques, l'épidémie du sida continue à se propager sans relâche dans un grand nombre de contextes économiquement faibles. Le sida reste l'un des problèmes de santé publique mondiale et de développement les plus importants et les plus dévastateurs. Toutefois, la lutte contre le VIH et le sida sont en lice avec d'autres urgences, notamment les troubles civils, les désastres naturels et les menaces ininterrompues des maladies infectieuses émergentes dont l'Ebola, la grippe aviaire et le SRAS. Trois grands défis à l'avenir seront d'endiguer une plus grande propagation de l'épidémie chez les nouveau-nés et les jeunes adultes, d'offrir traitement, soins et appui aux millions de personnes vivant avec le VIH qui sont laissées pour compte et d'atténuer l'incidence de l'épidémie sur les millions de personnes touchées par le sida dans les pays économiquement faibles. Pour relever ces défis, la communauté internationale et les gouvernements nationaux, ainsi que la société civile doivent prendre plusieurs mesures, notamment :

- Augmenter les ressources disponibles pour les services exhaustifs de prévention, soins, traitement et appui
- S'assurer que la prévention reste la clef de voûte des programmes de lutte contre le sida, même en présence d'un accès amplifié aux traitements
- Améliorer l'infrastructure sanitaire et les capacités de prestation de services
- Améliorer les technologies de traitement et de prévention du sida
- Réduire la pauvreté, l'analphabétisme et les autres facteurs sociaux, économiques et politiques qui amplifient la vulnérabilité à l'infection par le VIH et
- Réduire la stigmatisation et la discrimination à l'encontre de ceux qui vivent avec le VIH.

Améliorer les ressources des programmes de lutte contre le VIH

Les ressources disponibles pour le VIH et le sida ont augmenté, passant de 300 millions de dollars américains en 1996 à 10 milliards de dollars en 2006. En dépit de cette augmentation, selon l'ONUSIDA, 22 milliards de dollars seront nécessaires d'ici 2008 pour garantir une intervention adéquate contre l'épidémie exponentielle du sida. Cette intervention comprendrait l'HAART à faible coût, le traitement des infections opportunistes et l'appui aux orphelins et aux enfants vulnérables.[67] La fourniture de ces services exigera sans doute d'importantes augmentations des affectations budgétaires publiques nationales, un financement accru du secteur privé et une augmentation sensible de l'assistance internationale.

Les programmes de prévention et de traitement face à la pandémie du sida se sont révélés inadéquats, de petite taille et fragmentés dans la plupart des pays, notamment dans les régions les moins développées. À quelques exceptions près, les efforts n'ont pas été en mesure de ralentir la propagation du virus, ni de réduire les effets nuisibles de la pandémie. Toutefois, les experts en santé et politique publiques citent un certain nombre de stratégies qui pourraient permettre de remplir les besoins d'une intervention élargie et exhaustive.

Il conviendrait qu'une intervention efficace comprenne une planification stratégique, une démarche multisectorielle et la participation active des organisations non gouvernementales (ONG). Dans l'absolu, il conviendrait que les programmes de lutte contre le VIH comprennent également des stratégies techniques à la pointe du progrès, une distribution adéquate des ressources au niveau communautaire, le développement des capacités humaines ainsi que des compétences techniques et opérationnelles et enfin, de meilleurs gestion et approvisionnement en médicaments et produits.[68]

Les responsables de la planification des programmes doivent également prévoir les coûts d'une couverture élargie, de l'évaluation des programmes et des développements technologiques futurs. Une intervention élargie et exhaustive exige aussi l'amélioration des capacités des secteurs public et privé

pour amplifier les soins et les services de traitement, notamment les nouvelles technologies telles que l'HAART et les vaccins. Mais la difficulté essentielle réside dans l'application efficace des technologies actuelles sur une échelle suffisamment vaste pour freiner l'épidémie, améliorer l'accès aux soins et aux traitements, réduire la stigmatisation et la discrimination à l'encontre des personnes vivant avec le VIH et aider financièrement et protéger les orphelins et les enfants vulnérables.

Intégration de la prévention et du traitement

Les programmes de prévention de la transmission du VIH sont souvent en lice avec les programmes de traitement des sidéens quant aux ressources et à l'appui politique. Mais de nouveaux modèles mathématiques confirment qu'il existe une synergie entre les efforts de traitement et de prévention et que tous deux sont cruciaux pour juguler l'épidémie du sida.[69] Les programmes de prévention couronnés de succès permettent de réduire le nombre de nouvelles infections et, en fin de compte, le nombre de personnes devant être traitées. Les programmes de traitement couronnés de succès non seulement prolongent les vies des personnes vivant avec le VIH, mais ils ralentissent la propagation du VIH en diminuant la charge virale des personnes séropositives. Les programmes efficaces de soins et de traitement peuvent réduire le nombre de morts du sida, mais la prévention de nouveaux cas de VIH sera le moteur d'une régression à long terme. Les programmes de traitement peuvent également valoriser les efforts de prévention en réduisant la stigmatisation. L'amplification des efforts de traitement et de prévention pourrait éviter environ la moitié des nouvelles infections par le VIH et prévenir plus d'un quart des morts liées au sida au cours des deux décennies à venir.

Recherche d'un vaccin

Un vaccin contre le VIH sûr, stable, efficace, abordable et accessible renforcerait sensiblement la prévention du VIH et permettrait de maîtriser l'épidémie mondiale. La mise au point d'un vaccin contre le VIH et sa mise à l'essai se sont sensiblement accélérées au cours des dernières années, notamment dans le cadre de l'Initiative mondiale du vaccin contre le VIH, une alliance d'organisations indépendantes qui s'efforcent d'accélérer la mise au point d'un vaccin grâce à l'échange d'informations et la coopération.[70]

Selon les chercheurs du VIH, il faudra encore sept à dix ans pour mettre au point un vaccin idéal en raison de nombreux obstacles scientifiques, éthiques, juridiques et financiers. L'infection par le VIH et la réponse immunitaire humaine sont très complexes, la recherche et le développement sont longs et coûteux et il n'existe ni test animal approprié ni modèle de substitution pour les vaccins expérimentaux.

Les expérimentations cliniques humaines soulèvent toujours des questions éthiques et légales, notamment quand elles portent sur un agent infectieux mortel tel que le VIH. Plus de 30 candidats aux vaccins contre le VIH étaient en phase d'essais cliniques à la mi-2005. Une étude d'efficacité menée à grande échelle s'est terminée en 2003 et a démontré que les humains sont disposés à prendre part aux essais du vaccin. La recherche d'un vaccin ne se limite pas aux personnes qui vivent dans les pays à haut revenu, neuf pays en développement procèdent à l'heure actuelle ou se préparent à procéder à des essais d'un vaccin contre le VIH.[71] La participation intégrale des personnes vivant dans les régions les plus durement touchées est importante pour s'assurer qu'un vaccin est efficace contre les différents sous-types du virus.

L'un des plus grands obstacles entravant la mise au point d'un vaccin est l'absence d'incitation financière pour sa production. À l'heure actuelle, l'investissement dans la mise au point d'un vaccin contre le VIH se situe à quelque 682 millions de dollars par an, moins d'un pour cent des dépenses de tout le développement pharmaceutique.[72] La participation du secteur privé dans la mise au point du vaccin reste limitée et seules quatre sociétés pharmaceutiques ont des vaccins en expérimentation clinique à l'heure actuelle. Les gouvernements, les petites sociétés de biotechnologie et les ONG ont élargi la recherche en cours, mais davantage de ressources sont nécessaires pour accélérer le processus.

Si un vaccin efficace contre le VIH devient disponible, la communauté internationale devra surmonter de nouveaux obstacles, par exemple déterminer qui bénéficiera le plus du vaccin et s'assurer d'un accès équitable, comprendre les questions comportementales qu'entraînera un vaccin, mettre au point de nouveaux tests pour faire le distinguo entre une infection par vaccin et une infection active par le VIH et mobiliser suffisamment de ressources pour délivrer le vaccin.

Mettre au point des microbicides

Des millions de femmes dans le monde entier ne sont pas en mesure de se protéger d'une infection par le VIH. La plupart des stratégies de prévention s'appuient sur l'abstinence, la monogamie, l'utilisation de préservatifs, un moindre nombre de partenaires sexuels et le traitement des IST. Toutefois, de nombreuses femmes ne peuvent exiger l'utilisation d'un préservatif ou refuser les relations sexuelles. Une femme court le risque d'une infection par le VIH par le biais des autres partenaires sexuelles éventuelles de son mari.

Les microbicides donneraient aux femmes la possibilité de contrôler davantage les risques d'infection. Un microbicide est une substance, d'ordinaire un gel, une crème ou un suppositoire, que l'on peut appliquer vaginalement ou rectalement pour prévenir ou réduire sensiblement la transmission des IST ou du VIH. Les microbicides peuvent tuer ou immobiliser le pathogène en créant une barrière entre le pathogène et le vagin ou le rectum, ou en empêchant le pathogène de se reproduire une fois entré dans les cellules. Une femme pourrait avoir recours à un microbicide si son partenaire n'utilise pas de préservatif, en complément de l'utilisation d'un préservatif ou à titre de protection supplémentaire en cas de défaillance du préservatif. Les microbicides pourraient être appliqués avant les relations sexuelles et à l'insu du partenaire sexuel.

La recherche d'un microbicide a subi un revers important lorsqu'une étude menée au Cameroun a démontré que le

nonoxynol-9 (N-9), un spermicide courant, ne protège pas ses utilisateurs contre le VIH. Il pourrait même augmenter légèrement les risques s'il est utilisé fréquemment.

Près de 30 microbicides se trouvent à l'heure actuelle à diverses étapes de développement. Cinq d'entre eux vont passer à la phase des essais cliniques à grande échelle.[73] La mise au point d'un microbicide efficace et abordable donnerait aux femmes les moyens de se prévenir contre le VIH et pourrait éviter entre 2,5 et 3,7 millions d'infections sur trois ans.[74]

Le médicament antirétroviral, tenofovir, pourrait également constituer un agent prophylactique efficace avant l'exposition. Tenofovir peut être pris par voie orale une fois par jour et présente peu d'effets secondaires chez les personnes vivant avec le VIH. Selon la recherche effectuée sur des animaux non infectés, tenofovir pourrait réduire le risque d'infection par le VIH s'il etait pris avant l'exposition au virus.[75] Les essais cliniques au Cambodge, au Nigeria et au Cameroun visant à évaluer l'efficacité de tenofovir pour la prévention de l'infection humaine ont été stoppés en 2004 et 2005 en raison de pressions exercées par des groupes activistes pour des motifs éthiques. En dépit de ces revers, de nouveaux essais ont commencé pour déterminer si tenofovir peut protéger les humains efficacement contre l'infection par le VIH.

Protection des droits de l'homme

Les protections des droits de l'homme sont essentielles pour réduire la vulnérabilité au VIH, protéger la dignité des personnes touchées par le virus et partager les progrès médicaux avec les pays moins développés.

Les droits des femmes sont particulièrement pertinents dans la lutte contre le VIH. La lutte contre l'inégalité entre les sexes relève le défi d'une des causes fondamentales de l'épidémie : l'incapacité des femmes à se protéger contre le VIH.[76] Les experts du sida ont cerné plusieurs formules pour augmenter les droits des femmes afin de réduire leur vulnérabilité et leur exposition au VIH, y compris par la promotion de la responsabilité sexuelle chez les garçons et les hommes, la mise au point de méthodes de prévention contrôlées par les femmes, notamment les microbicides et l'augmentation des opportunités économiques des femmes.

Les violations des droits des personnes vivant avec le VIH sont documentées dans le monde entier et comprennent le refus de soins médicaux, les contraventions au droit au respect de la vie privée, la restriction de l'information sur le VIH pour certaines populations et la discrimination dans l'emploi et le logement. En vertu du droit international, les gouvernements ont l'obligation de respecter, protéger et remplir les droits de l'homme des personnes vulnérables au VIH, des personnes vivant avec le VIH/sida et des personnes touchées par la maladie.

Dans les pays moins développés, le droit des personnes à l'accès aux médicaments d'importance vitale est une question cruciale de droits de l'homme dans le contexte du VIH. Selon les arguments avancés par les activistes du sida, l'absence de ressources aux niveaux individuel et national, l'insuffisance des infrastructures de santé et la protection des investissements et des brevets des compagnies pharmaceutiques ne constituent plus des motifs acceptables pour refuser l'accès au traitement aux malades du sida dans les pays moins développés.[77] Les groupements pour les droits de l'homme, les personnes vivant avec le VIH, les dirigeants civiques et politiques s'unissent pour exiger que les traitements liés au VIH soient disponibles et abordables pour les pays moins développés. De ce fait, les prix des médicaments antirétroviraux ont chuté sensiblement, des pharmacothérapies sont offertes à prix coûtant ou à titre gracieux dans les pays moins développés, des ressources sont fournies pour couvrir les frais des traitements et des soins et les droits des brevets pharmaceutiques sont remis en question. En dépit de ces changements, la grande majorité des personnes vivant avec le VIH dans les pays moins développés n'auront pas accès aux traitements dans un proche avenir.

Conclusion

Le VIH est une tragédie humaine dans le monde entier, mais plus particulièrement dans les pays privés de ressources. En dépit des efforts concertés pour freiner l'épidémie et malgré de nombreux succès, le VIH poursuit sa progression inexorable. Sa propagation résulte, en partie au moins, de l'incapacité de la communauté mondiale à offrir des soins adéquats à des millions de personnes vivant avec le VIH. Le VIH et le sida ont aggravé les effets d'autres maladies infectieuses graves, notamment le paludisme et la tuberculose, particulièrement en Afrique subsaharienne.

Les connaissances nécessaires pour lutter de façon efficace contre l'épidémie existent. Toutefois, il existe peu de traitements efficaces contre le sida dans le monde moins développé. « Six mille cinq cent Africains continuent à mourir tous les jours de maladies évitables, traitables, par manque de médicaments que nous pouvons acheter dans n'importe quelle pharmacie », déclarait en février 2006 le chanteur et activiste contre le sida Bono devant un public de législateurs américains.[78]

En Afrique, 150 000 personnes meurent tous les moins d'une maladie absolument évitable. Il est étonnant qu'une maladie infectieuse puisse réduire si rapidement à néant les progrès de la santé et du développement de ces cinquante dernières années. La communauté internationale et la plupart des pays en développement n'ont pas encore démontré qu'ils avaient la volonté, l'engagement et les ressources pour mettre en œuvre des programmes efficaces pour stopper le VIH et le sida.

De récents engagements de financement mondiaux, l'augmentation de l'accès aux traitements et aux soins et un nombre croisant de réussites nationales laissent espérer un avenir meilleur. Les dirigeants de la lutte contre le VIH/sida ont exigé une intervention sans précédent, face à une épidémie sans précédent. « Les règles normales et les interventions de routine ne peuvent perdurer » affirmait Peter Piot, le directeur exécutif de l'ONSIDA, en novembre 2005. « Au point où nous en sommes, la réussite point à l'horizon, il nous faut plus que jamais intensifier nos efforts. Nous avons fait trop de progrès pour accepter l'échec ».[79]

Références

1. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) et Organisation mondiale de la Santé (OMS), *AIDS Epidemic Update — December 2005* (Genève : ONUSIDA, 2005) : 2.
2. Agence des États-Unis pour le Développement international (USAID), « Leading the Way: USAID Responds to HIV/AIDS » (Washington, DC : USAID, 2001).
3. Organisation internationale du Travail (OIT), *An ILO Code of Practice on HIV/AIDS and the World of Work* (Genève : OIT, 2001).
4. Daniel Tarantola, « Reducing HIV/AIDS Risk, Impact, and Vulnerability », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé* 78, no 2 (2000) : 236-37.
5. Monitoring the AIDS Pandemic Network, « AIDS in Asia: Face the Facts » (2004) ; et ONUSIDA/OMS, *AIDS Epidemic Update — December 2005*.
6. ONUSIDA/OMS, *AIDS Epidemic Update — December 2005* ; et ONUSIDA, *2004 Rapport sur l'épidémie mondial de SIDA, 4eme rapport mondial* (Genève : ONUSIDA, 2004).
7. Peter K. Lamptey, Kristen Ruckstuhl et Willard Cates, « HIV/AIDS Evolving Impact on Global Health » dans *Dawning Answers: How the HIV/AIDS Epidemic Has Strengthened Public Health*, éd. Ron Valdiserri (New York : Oxford University Press, 2002).
8. ONUSIDA, *Les femmes et le sida : le point de vue de l'ONUSIDA* (Genève : ONUSIDA, 1997).
9. Heidi Worley, « Obstacles Remain to Wide Adoption of Female Condom » Population Reference Bureau (novembre 2005), consulté en ligne à l'adresse suivante : www.prb.org, le 4 jan. 2006.
10. ONUSIDA/OMS, *AIDS Epidemic Update — December 2005* ; et ONUSIDA/OMS, *Epidemiological Fact Sheet: Nicaragua* (édition 2004) (Genève : ONUSIDA/OMS, 2004).
11. ONUSIDA, Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) et Fonds de Développement des Nations Unies pour la Femme (UNIFEM), *Women and HIV/AIDS: Confronting the Crisis* (2004), consulté en ligne à l'adresse suivante : www.unfpa.org, le 13 fév. 2006.
12. ONUSIDA, *2004 Rapport sur l'épidémie mondiale de sida*.
13. Inter-Agency Standing Committee, « Guidelines for HIV/AIDS Interventions in Emergency Settings » (2003), consulté en ligne à l'adresse suivante : www.humanitarianinfo.org, le 4 jan. 2006.
14. Elisabeth Rehn et Ellen Johnson Sirleif, « Women, War, Peace: The Independent Experts' Assessment on the Impact of Armed Conflict on Women and Women's Role in Peace-Building » (New York : UNIFEM, 2002).
15. ONUSIDA, *2004 Rapport sur l'épidémie mondiale de sida*.
16. Laurie Garrett, *HIV and National Security: Where are the Links?* (New York : Council on Foreign Relations, 2005).
17. OIT, « Meeting Report 3: Technical Workshop on Population Mobility, Migration, and HIV/AIDS, Geneva, March 18, 2002 » consulté en ligne à l'adresse suivante : www.ilo.org, le 3 jan. 2006.
18. ONUSIDA, *2004 Rapport sur l'épidémie mondiale de sida*.
19. ONUSIDA et UNICEF, *A Call to Action: Children, The Missing Face of AIDS* (New York: UNICEF, 2005), consulté en ligne à l'adresse suivante : www.unicef.org, le 6 jan. 2006.
20. ONUSIDA, UNICEF et USAID, *Children on the Brink 2004: A Joint Report of New Orphan Estimates and a Framework for Action* (Washington, DC : USAID, 2004).
21. UNICEF, *Children Orphaned by AIDS: Front Line Responses From Eastern and Southern Africa* (1999), consulté en ligne à l'adresse suivante : www.unicef.org, le 19 jan. 2006.
22. OMS, « Tuberculosis: Fact Sheet N104, April 2005 » consulté en ligne à l'adresse suivante : www.who.int, le 4 jan. 2006 ; Claire Nullis-Kapp, « Africa is Worst Hit By Dual Epidemic » *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé* 83, no 3 (2005) : 165-66 ; et ONUSIDA, *2004 Rapport sur l'épidémie mondiale de sida*.
23. Sally Hargreaves et Laura Hakokongas, « Running Out of Breath? TB Care in the 21st Century » Rapport d'activité 2004, Médecins Sans Frontières (2004), consulté en ligne à l'adresse suivante : www.doctorswithoutborders.org, le 8 fév. 2006 ; et ONUSIDA, *2004 Rapport sur l'épidémie mondiale de sida*.
24. Roll Back Malaria, « Malaria in Africa », consulté en ligne à l'adresse suivante : www.rbm.who.int le 24 jan. 2006 ; et James Whitworth, « Malaria and HIV », *HIV InSite* (avril 2005), consulté en ligne à l'adresse suivante : http://hivinsite.ucsf.edu le 23 jan. 2006.
25. Division de la Population de l'ONU, *World Population Prospects: The 2004 Revision, Highlights*, consulté en ligne à l'adresse suivante : www.un.org/population, le 17 janv. 2006.
26. Anthony Kinghorn, Malcolm Steinberg et Alan Whiteside, « Responding to the Socioeconomic Impact of HIV/AIDS », dans *HIV/AIDS Prevention and Care in Resource-Constrained Settings: A Handbook for the Design and Management of Programs*, éd. Peter R. Lamptey et Helene D. Gayle (Arlington, VA : Family Health International (FHI), 2001) : 55-84.
27. OMS, *Rapport sur la santé dans le monde 2004 — Changer le cours de l'histoire* (Genève : OMS, 2004).
28. ONUSIDA, « Funding for AIDS: Fact Sheet » consulté en ligne à l'adresse suivante : www.unaids.org, le 4 janv. 2006.
29. OMS, *Rapport sur la santé dans le monde 2004*.
30. OIT, *HIV/AIDS and Work: Global Estimates, Impact, and Response* (Genève : OIT, 2004).
31. Food and Agriculture Organization (FAO), « AIDS — A Threat to Rural Africa: Fact Sheet » consulté en ligne à l'adresse suivante : www.fao.org, le 3 janv. 2006 ; et OIT, *HIV/AIDS and Work*.
32. ONUSIDA, *2004 Rapport sur l'épidémie mondiale de sida*.
33. OIT, *HIV/AIDS and Work*.
34. Programme alimentaire mondial (PAM), « HIV/AIDS and Nutrition: Food in the Fight Against AIDS, Fact Sheet, July 2004 » consulté en ligne à l'adresse suivante : www.wfp.org, le 4 janv. 2006.
35. Garrett, *HIV and National Security*.
36. Per Strand et al., *HIV/AIDS and Democratic Governance in South Africa: Illustrating the Impact on Electoral Processes* (Pretoria, Afrique du Sud : Institute for Democracy in South Africa, 2004).
37. OIT, *HIV/AIDS and Work*.
38. ONUSIDA, *Rapport d'activité sur la riposte mondiale à l'épidémie de VIH/SIDA, 2003* (Genève : ONUSIDA, 2003).
39. Banque mondiale, *Intensifying Action Against HIV/AIDS in Africa: Responding to a Development Crisis* (Washington, DC : Banque mondiale, 1999) : 15 ; et Banque mondiale, *Confronting AIDS: Public Priorities in a Global Epidemic* (New York : Oxford University Press, 1997).
40. OMS, Progress on Global Access to HIV Antiretroviral Therapy: An Update on '3 by 5' (Genève : OMS, 2005).
41. Robert Colebunders et al., « Management of HIV Disease and Its Complications in Resource-Constrained Settings » dans *HIV/AIDS Prevention and Care in Resource-Constrained Settings: A Handbook for the Design and Management of Programs*, éd. Peter R. Lamptey et Helene D. Gayle (Arlington, VA : FHI, 2001) : 603-29.
42. Karen R. Davis et Susan C. Weller, « The Effectiveness of Condoms in Reducing Heterosexual Transmission of HIV » *Family Planning Perspectives* 31, no 6 (1999) : 272-79.
43. ONUSIDA, « Global Fact Sheet, 2005 » consulté en ligne à l'adresse suivante : www.unaids.org, le 19 janv. 2006.
44. Pedro Chequer, « Strengthening the National Response to HIV/AIDS in Brazil Through Civil Society Partnerships », exposé dans le cadre du Programme brésilien de lutte contre les IST et le sida, Ministère de la Santé, 3ème Conférence de la Société internationale sur le sida, Rio de Janeiro, 25 juillet 2005 ; et Theo Smart, « Brazil's HIV/AIDS Programme » *HIV & AIDS Treatment in Practice* no 53 (18 août 2005), consulté en ligne à l'adresse suivante : http://hivinsite.ucsf.edu, le 7 fév. 2006.
45. John Bongaarts et al., « The Relationship Between Male Circumcision and HIV Infection in African Populations » *AIDS* 3, no 6 (1989) : 373–77 ; John C. Caldwell et Patricia Caldwell, « The African AIDS Epidemic » *Scientific American* 274, no 3 (1996) : 62-68 ; et Stephen Moses et al., « Geographical Patterns of Male Circumcision Practices in Africa: Association With HIV Seroprevalence » *International Journal of Epidemiology* 19, no 3 (1990) : 693–97.
46. Bertran Auvert et al., « Randomized, Controlled Intervention Trial of Male Circumcision for Reduction of HIV Infection Risk: The ANRS 1265 Trial » *PLoS Medicine* 2, no 11 (2005) : e298 ; et Maggie Fox, « Male Circumcision May Cut HIV Transmission » *The Toronto Star*, 10 fév. 2006.
47. Auvert et al., « Randomized, Controlled Intervention Trial of Male Circumcision ».
48. Emmanuel Lagarde et al., « Acceptability of Male Circumcision as a Tool for Preventing HIV Infection in a Highly Infected Community in South Africa », AIDS 17, no 1 (2003) : 89–95 ; Beth E. Scott, Helen A. Weiss et J.I. Viljoen, « The Acceptability of Male Circumcision as an HIV Intervention Among a Rural Zulu Population, KwaZulu-Natal, South Africa », *AIDS Care* 17, no 3 (2005) : 304–13 ; et Christine L. Mattson et al., « Acceptability of Male

Circumcision and Predictors of Circumcision Preference Among Men and Women in Nyanza Province, Kenya » , *AIDS Care* 17, no 2 (2005) : 182–94.

49. Andrew Ball et Nick Crofts, « HIV Risk Reduction in Injection Drug User », dans *HIV/AIDS Prevention and Care in Resource-Constrained Settings: A Handbook for the Design and Management of Programs*, éd. Peter R. Lamptey et Helene D. Gayle (Arlington, VA : FHI, 2001).
50. ONUSIDA, « Global Fact Sheet, 2005 ».
51. Eve Lackritz et Brian McClelland, « Ensuring the Safety of Blood and Blood Products », dans *HIV/AIDS Prevention and Care in Resource-Constrained Settings: A Handbook for the Design and Management of Programs*, éd. Peter R. Lamptey et Helene D. Gayle (Arlington, VA : FHI, 2001) : 477-500.
52. Ministère de la Santé, Chine, ONUSIDA et OMS, *2005 Update on the HIV/AIDS Epidemic and Response in China* (2006) : 3, consulté en ligne à l'adresse suivante : www.unchina/unaids, le 8 fév. 2006.
53. Josiah D. Rich et al., « Detection of HIV-1 Nucleic Acid and HIV-1 Antibodies in Needles and Syringes Used for Non-Intravenous Injection », *AIDS* 12, no 17 (1998) : 2345-50.
54. Gerald Dziekan et al., « The Cost-Effectiveness of Policies for the Safe and Appropriate Use of Injection in Healthcare Settings », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé* 81, no 4 (2003) : 277-85.
55. OMS, *Progress on Global Access to HIV Antiretroviral Therapy*.
56. « Quick Links: HIV Medications », *The Body: The Complete HIV/AIDS Resource*, consulté en ligne à l'adresse suivante : www.thebody.com, le 23 fév. 2006.
57. Colebunders et al., « Management of HIV Disease and Its Complications in Resource-Constrained Settings ».
58. Alison Grant, Jonathan Kaplan et Kevin de Cock, « Preventing Opportunistic Infections Among Human Immunodeficiency Virus-Infected Adults in African Countries », *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 65, no 6 (2001) : 810-21.
59. Chequer, « Strengthening the National Response to HIV/AIDS in Brazil ».
60. Kevin De Cock et al., « Prevention of Mother-to-Child HIV Transmission in Resource-Poor Countries », *Journal of the American Medical Association* 283, no 9 (2000) : 1175-82.
61. Tinker Ready, « WHO to Take on Nevirapine Resistance », *Medscape* (25 fév. 2005), consulté en ligne à l'adresse suivante : www.medscape.com, le 14 fév. 2006.
62. The Voluntary HIV-1 Counseling and Testing Efficacy Study Group, « Efficacy of Voluntary HIV-1 Counseling and Testing in Individuals and Couples in Kenya, Tanzania, and Trinidad: A Randomized Trial », *Lancet* 356, no 9924 (2000) : 113-21.
63. Rachel Baggaley, Ignatius Kayawe et David Miller, « Counseling, Testing, and Psychosocial Support », dans *HIV/AIDS Prevention and Care in Resource-Constrained Settings: A Handbook for the Design and Management of Programs*, éd. Peter R. Lamptey et Helene D. Gayle (Arlington, VA : FHI, 2001) : 547-78.
64. Kaiser Family Foundation, « Global Challenges — AP/CNN.com Examines Botswana's Routine HIV Testing Policy », *Daily HIV/AIDS Report* (9 janv. 2006), consulté en ligne à l'adresse suivante : www.kaisernetwork.org, le 13 fév. 2006.
65. Dorothy Mbori-Ngacha, CDC/MOH, Kenya, communication personnelle, 2004.
66. Ministère de la Santé et du Bien-Être social du Lesotho, STI, HIV & AIDS Directorate and Partners, « 'Know Your Status' Campaign Operational Plan 2006-7 » (Maseru, Lesotho, 1er déc. 2005) ; et Madeleine Morris, « Lesotho to Offer Free HIV Tests », *BBCNEWS*, 29 nov. 2005, consulté en ligne à l'adresse suivante : news.bbc.co.uk, le 14 fév. 2006.
67. ONUSIDA, « Resource Needs for an Expanded Response to AIDS in Low- and Middle-Income Countries », présentation à la réunion du Conseil de coordination du Programme de l'ONUSIDA, Genève, 27-29 juin, 2005.
68. Peter R. Lamptey, Paul Zeitz et Carol Larivee, *Strategies for an Expanded and Comprehensive Response (ECR) to a National HIV/AIDS Epidemic* (Arlington, VA : FHI, 2001).
69. Joshua A. Salomon et al., « Integrating HIV Prevention and Treatment: From Slogans to Impact », *PLoS Medicine* 2, no 1 (2005).
70. Richard G. Lugar et Patty Stonesifer, « Speeding an AIDS Vaccine », *The Washington Post*, 19 janv. 2005.
71. International AIDS Vaccine Initiative, « The State of Global Research », consulté en ligne à l'adresse suivante : www.iavi.org, le 19 déc. 2005.
72. Alliance for Microbicide Development et al., *Tracking Funding for Preventive HIV Vaccine Research and Development: Estimates of Annual Investments and Expenditures 2000 to 2005*, consulté en ligne à l'adresse suivante : www.iavi.org, le 24 fév. 2006.
73. Carolyn J. Plescia et Franka N. des Vignes, « Update on the Microbicide Research and Development Database (MRDD) », *Microbicide Quarterly* 3, no. 3-4 (2005), consulté en ligne à l'adresse suivante : www.microbicide.org, le 7 fév. 2006 ; et The INFO Project, « Microbicides: New Potential for Protection », *INFO Reports* 3 (2005), consulté en ligne à l'adresse suivante : www.infoforhealth.org, le 7 fév. 2006.
74. Anna M. Foss et al., « Shifts in Condom Use Following Microbicide Introduction: Should We Be Concerned? », *AIDS* 17, no 8 (2003) : 1227-37.
75. Koen K.A. Van Rompay et al., « Two Low Doses of Tenofovir Protect Newborn Macaques Against Oral Simian Immunodeficiency Virus Infection », *Journal of Infectious Diseases* 184 (2001) : 429-38 ; et Koen K.A. Van Rompay et al., « Topical Administration of Low-Dose Tenofovir Disoproxil Fumarate to Protect Infant Macaques Against Multiple Oral Exposures of Low Doses of Simian Immunodeficiency Virus », *Journal of Infectious Diseases* 186 (2002) : 1508-13.
76. Sofia Gruskin et Daniel Tarantola, « HIV/AIDS, Health, and Human Rights » dans *HIV/AIDS Prevention and Care in Resource-Constrained Settings: A Handbook for the Design and Management of Programs*, éd. Peter R. Lamptey et Helene D. Gayle (Arlington, VA : FHI, 2001) : 661-72.
77. Lamptey, Ruckstuhl et Cates, « HIV/AIDS Evolving Impact ».
78. Bono, Remarques prononcées lors du National Prayer Breakfast, Washington, DC, 6 fév. 2006, consulté en ligne à l'adresse suivante : www.data.org, le 17 fév. 2006.
79. Peter Piot, discours prononcé à New Delhi le 21 nov. 2005, consulté en ligne à l'adresse suivante : http://data.unaids.org, le 14 fév. 2006

Ressources suggérées

Lamptey, Peter R. et Helene D. Gayle, éds. *HIV/AIDS Prevention and Care in Resource-Constrained Settings: A Handbook for the Design and Management of Programs.* Arlington, VA : Family Health International (FHI), 2001.

Lamptey, Peter, Paul Zeitz et Carol Larivee, éds. *Strategies for an Expanded and Comprehensive Response to a National HIV/AIDS Epidemic.* Arlington, VA : FHI : 2001.

Monitoring the AIDS Pandemic (MAP) Network. *AIDS in Asia: Face the Facts. 2004.* Disponible en ligne à l'adresse suivante : www.fhi.org.

Ritzenthaler, Robert. *Delivering Antiretroviral Treatment in Resource-Constrained Settings*. Arlington, VA : FHI, 2005.

Programme commun des Nations Unie sur le VIH/sida (ONUSIDA). *AIDS in Africa: Three Scenarios to 2025.* Genève : ONUSIDA, 2005.

ONUSIDA et Organisation mondiale de la Santé (OMS). *AIDS Epidemic Update: December 2005.* Genève : ONUSIDA/OMS, 2005.

ONUSIDA. *The Three Ones in Action: Where We Are and Where We Go From Here.* Genève : ONUSIDA, 2005.

Sites Internet choisis proposant des informations sur le VIH/sida

AIDSMap
www.aidsmap.com

Centers for Disease Control and Prevention
www.cdc.gov/hiv/

Family Health International
www.fhi.org

HIV InSite
Center for HIV Information (CHI), University of California San Francisco
http://hivinsite.ucsf.edu/

Integrated Regional Information Networks (IRIN)
PlusNews, HIV/AIDS News Service for Africa
www.irinnews.org/AIDSfp.asp

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS)
www.unaids.org

Monitoring the AIDS Pandemic Network
www.mapnetwork.org/reports.shtml

The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria
www.theglobalfund.org

The Henry J. Kaiser Family Foundation
Global Health Reporting
www.globalhealthreporting.org

The Synergy Project
www.synergyaids.com

Autres publications du PRB

Global Demographic Divide (disponible en anglais)
par Mary M. Kent et Carl Haub, 2005
L'important écart entre les taux de natalité et de mortalité des différents pays de notre planète a créé une fracture démographique mondiale. D'un côté de cette fracture se trouvent essentiellement les pays pauvres, caractérisés par des taux de natalité relativement élevés et des espérances de vie limitées. De l'autre côté se trouvent en majorité des pays riches, aux taux de natalité faibles et aux populations rapidement vieillissantes. Et entre les deux extrêmes se trouvent les pays où vit l'essentiel de la population mondiale en 2005. (BUL60.4)

China Confronts HIV/AIDS (disponible en anglais et chinois)
par Drew Thompson, 2005
La Chine se trouve confrontée à des défis redoutables alors qu'elle tente de maîtriser une épidémie sans cesse croissante de VIH/sida susceptible d'affecter plus de 10 millions de personnes d'ici 2010. S'il est vrai qu'au début cette épidémie frappait surtout les utilisateurs de drogues injectables et les ex-donneurs de sang, il n'en reste pas moins qu'elle se répand aujourd'hui par le biais des rapports sexuels hétérosexuels et homosexuels entre hommes. (AIDSCHINA)

Promouvoir des comportements sains
par Elaine M. Murphy, 2005
Ce numéro du *Bulletin de santé* examine le rôle crucial que jouent les comportements parmi les causes principales de la mortalité et de l'invalidité, ainsi que dans la prévention ou l'atténuation de ces causes. Ce rapport décrit les cadres de travail basés sur la recherche qui sont employés pour comprendre et pour influencer les comportements sanitaires et présente des études de cas et les enseignements tirés. (IPHB)

Fiche de données sur la population mondiale
par Carl Haub, 2005
La *Fiche de données sur la population mondiale 2005* du PRB présente les plus récentes estimations et projections démographiques, ainsi que d'autres indicateurs clés pour plus de 200 pays, avec notamment les naissances, les décès, la mortalité infantile, l'indice synthétique de fécondité, l'espérance de vie, la population urbaine, la prévalence du VIH/sida, l'utilisation des contraceptifs, les revenus par habitant, l'accès à l'eau potable et l'utilisation de l'énergie. (DS05W)

Les défis mondiaux du VIH et du sida

L'épidémie mondiale du sida est en passe de devenir la plus grande catastrophe sanitaire ayant jamais frappé l'humanité. La maladie continue à ravager les familles et les communautés du monde. Hormis plus de 25 millions de personnes mortes du sida à la fin de l'année 2005, au moins 40 autres millions sont aujourd'hui séropositives. Quelque 4,9 millions de personnes ont contracté le virus du VIH en 2005 — dont 95 % vivant en Afrique subsaharienne, en Europe de l'Est ou en Asie. S'il est vrai que certaines régions sont parvenues à ralentir le développement de l'épidémie, d'autres enregistrent une augmentation du nombre de personnes touchées.

Alors que le monde tente de faire face à cette pandémie, les experts apprennent comment gérer les efforts de prévention et de traitement au sein des populations à haut risque et découvrent les interventions les plus efficaces dans des situations spécifiques. Il n'est possible de ralentir l'épidémie qu'avec un engagement politique et un leadership à de multiples niveaux.

PRB
POPULATION REFERENCE BUREAU

1875 Connecticut Avenue, NW, Suite 520
Washington, DC 20009-5728 États-Unis
'202-483-1100
www.prb.org