

Comprendre les dernières estimations du rapport ‘Le point sur l’épidémie de sida 2007’

Première partie : Les données

1. Sur quelles données l’ONUSIDA et l’OMS fondent-ils leurs estimations de la prévalence du VIH ?

On ne connaît pas le nombre *précis* de personnes vivant avec le VIH, de personnes qui ont récemment contracté une infection ou sont décédées du sida. Pour connaître avec certitude le nombre des personnes qui vivent avec le VIH dans le monde, par exemple, il faudrait chaque année tester pour le VIH chaque individu vivant sur la planète – ce qui est impossible sur le plan logistique et pose des problèmes éthiques. Mais nous pouvons estimer ces chiffres en recourant à d’autres sources de données.

Les estimations de l’ONUSIDA/OMS sont fondées sur toutes les données pertinentes dont on dispose – dont des enquêtes auprès des femmes enceintes qui fréquentent les consultations prénatales, des enquêtes dans les ménages, la surveillance sentinelle dans les populations exposées à un risque accru d’infection à VIH, la notification des cas, les services d’état civil (registre officiel des naissances et décès), ainsi que d’autres renseignements de surveillance.

On utilise différentes séries de données pour calculer les estimations de la prévalence du VIH pour les épidémies *généralisées* (d’un niveau élevé – lorsque la prévalence du VIH est solidement établie dans la population générale). Si les sous-groupes de population exposés à un risque élevé peuvent continuer de contribuer de manière disproportionnée à la propagation du VIH, les réseaux sexuels au sein de la population générale sont suffisants pour maintenir une épidémie indépendamment des sous-groupes de population plus exposés au risque d’infection.

Dans les pays qui connaissent des épidémies *généralisées*, les estimations de la prévalence du VIH reposent principalement sur la surveillance exercée parmi les femmes enceintes qui fréquentent les consultations prénatales sentinelles. Ces données sont recueillies chaque année et constituent actuellement la base principale sur laquelle nous estimons les

tendances. Lorsqu'elles existent, les enquêtes au sein de la population par sondage, qui comprennent le dépistage de l'infection à VIH (et qui sont effectuées beaucoup moins fréquemment), sont utilisées pour améliorer les estimations recueillies dans les consultations prénatales.

Pour les pays connaissant des épidémies de faible niveau ou *concentrées*, les estimations du VIH sont fondées sur des études conduites parmi les populations clés qui sont exposées à un risque accru d'infection par le VIH – dont les consommateurs de drogues injectables, les professionnel(le)s du sexe ou les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes.

Les pays qui ont des épidémies concentrées disposent parfois de sources supplémentaires de données qui contribuent à préciser les estimations. Dans des pays comme l'Argentine et le Brésil, qui disposent de vastes programmes de conseil et de test volontaires, la notification des cas peut contribuer au processus d'estimation et rendre les chiffres plus précis.

De meilleures données de surveillance dans les pays et une amélioration régulière de la méthodologie de modélisation permettent à l'ONUSIDA/OMS d'élaborer des estimations plus précises.

2. Quelles sont les points forts et les faiblesses du recours aux enquêtes dans les consultations prénatales et les ménages pour estimer les niveaux d'infection à VIH dans les épidémies généralisées ?

Chacune de ces méthodes comporte des points forts et des faiblesses. Généralement, les estimations fondées sur les femmes qui fréquentent les consultations prénatales fournissent une bonne indication des *tendances* dans le temps de l'infection à VIH parmi les 15 à 49 ans.

Les études ont montré que de grandes proportions de femmes dans la plupart des pays fortement touchés ont accès à des services prénatals. Lorsque c'est possible, les estimations tirées des données recueillies dans les consultations prénatales ont été comparées, à l'échelle locale, avec les données de prévalence du VIH recueillies dans des enquêtes au sein de la communauté. Ces exercices de validation ont conclu que les estimations fondées sur la surveillance sentinelle dans les consultations prénatales fournissent une bonne approximation de la prévalence du VIH parmi les adultes de 15 à 49 ans (hommes et femmes) dans la collectivité locale. Cependant la surveillance dans ces consultations est limitée en ce sens qu'elle n'échantillonne que les femmes enceintes qui fréquentent les services de santé publique et exclut donc les femmes qui ne sont pas

enceintes ou sexuellement actives et qui ne fréquentent pas les dispensaires de santé publique. La plus importante des limites est souvent liée au choix même des consultations prénatales. En général, on choisit des dispensaires qui reçoivent un grand nombre de femmes enceintes, afin d'obtenir l'échantillon minimum requis au cours des quelques semaines sur lesquelles porte l'enquête annuelle dans les sites prénatals sentinelles. Il est fort probable que ces dispensaires se situeront dans les zones urbaines, si bien que leurs échantillons seront fréquemment peu représentatifs sur le plan géographique. Les dispensaires situés dans les zones rurales éloignées sont dans la plupart des cas sous-représentés, même si les pays s'efforcent de plus en plus d'accroître leur représentation au fur et à mesure de l'élargissement des actions de surveillance sur le plan national.

Les enquêtes démographiques nationales dans les ménages, par ailleurs, peuvent révéler d'importantes informations concernant le niveau national de prévalence et la propagation du VIH dans un pays donné. Ces enquêtes sont généralement représentatives sur le plan géographique et peuvent apporter des estimations pour la population générale comme pour les différents sous-groupes, par exemple, la prévalence dans les zones urbaines et rurales, chez les hommes et les femmes, dans les divers groupes d'âge et les différentes régions. Cependant, les enquêtes au sein de la population, de par leur nature même, ne prennent pas en compte certaines populations exposées à un risque élevé (p. ex. les gens qui vivent en foyer, les recrues, etc.) et peuvent donc sous-estimer la prévalence du VIH. Les non-réponses en raison d'une absence au moment de l'enquête et le refus de participer à l'étude peuvent aussi contribuer à biaiser les estimations du VIH. Pourtant, les recherches actuelles indiquent que, dans la plupart des cas, ces biais sont relativement peu importants.

Les enquêtes au sein de la population sont une activité coûteuse et complexe, en particulier si des tests biologiques sont demandés. Par conséquent, les intervalles entre elles sont longs et bien peu de pays ont entrepris plus d'une enquête nationale s'accompagnant du dépistage du VIH depuis 2000.

Prises ensemble, les diverses sources de données peuvent offrir des estimations plus précises des niveaux d'infection à VIH et de l'impact démographique du sida. Mais les estimations du VIH et du sida (qu'elles proviennent d'enquêtes dans les ménages ou des données de la surveillance sentinelle) doivent être évaluées attentivement et il convient de réexaminer en permanence les données et les hypothèses.

3. Les enquêtes au sein de la population sont-elles plus précises que les enquêtes prénatales ?

Pour toutes les maladies, un solide échantillon démographique fournira de meilleures estimations de la prévalence de la maladie qu'un échantillon obtenu dans un dispensaire.

Les enquêtes nationales au sein de la population révèlent d'importantes informations concernant le niveau national de la prévalence et la propagation du VIH, notamment parmi les jeunes, les hommes et les résidents des zones rurales. Si le niveau de réponse est bon (p. ex. supérieur à 75%) et qu'il n'existe pas de signes d'un biais systématique d'exclusion d'une grande proportion de la population, qui connaît peut-être des niveaux différents d'infection à VIH, alors les estimations nationales qui s'appuient sur toutes les sources de données (surveillance, enquêtes au sein de la population et, si elles existent, données de mortalité) devraient se rapprocher des résultats des enquêtes dans les ménages.

4. Quelles sont les sources de données les plus précises : la surveillance sentinelle ou la notification des cas ?

La notification des cas a généralement tendance à sous-estimer considérablement le nombre des personnes vivant avec le VIH. La plupart des pays qui s'appuient sur la notification des cas procèdent au recueil des données au sein de groupes particuliers exposés au risque d'infection, manquant ainsi souvent les autres groupes. Il est fréquent que la notification des cas soit largement axée sur les consommateurs de drogues injectables et que les données recueillies reflètent uniquement les tendances dans les groupes de consommateurs qui interagissent avec les pouvoirs publics (par exemple lorsqu'ils sont arrêtés ou fréquentent les centres de traitement de la toxicomanie).

Cependant, dans les pays qui disposent de programmes étendus de conseil et de test volontaires (tels que l'Argentine et le Brésil), la notification des cas peut contribuer à obtenir des estimations plus précises. Mais il est peu probable que la notification des cas permette de saisir les personnes vivant avec le VIH qui ont été récemment infectées et ne présentent donc pas de symptômes d'infection. Pour ces raisons, la notification des cas ne peut indiquer que le nombre minimum de personnes vivant avec le VIH.

D'autre part, le fait de s'appuyer sur la *surveillance sentinelle* des groupes exposés au risque d'infection peut conduire à surestimer la prévalence du VIH dans ces groupes, car une surveillance de ce type détecte dans certains cas les taux d'infection chez les individus qui sont exposés à un risque extrêmement élevé d'infection par le VIH. Par exemple, la surveillance sentinelle parmi les professionnel(le)s du sexe ou leurs clients est souvent axée sur celles et ceux qui sont traité(e)s dans les centres de prise en charge des infections sexuellement transmissibles et qui, par définition, ont eu des rapports sexuels non protégés. Mais les professionnel(le)s du sexe et leurs clients qui pratiquent réellement des rapports sexuels sans risque et par conséquent ne fréquentent pas ces centres, ne figureront généralement pas dans cette surveillance.

Deuxième partie : Des données aux estimations

5. Comment calcule-t-on les estimations du VIH/sida ?

L'ONUSIDA et l'OMS, en étroite collaboration avec les pays, appliquent une méthode en six étapes pour obtenir les estimations de la prévalence du VIH pour les hommes et les femmes. Un nombre croissant de pays ont adopté cette méthode pour formuler leurs estimations nationales.

On utilise des approches différentes pour les épidémies *généralisées* (dans lesquelles la prévalence du VIH chez les adultes dépasse 1% et la transmission est principalement hétérosexuelle) et les épidémies de *niveau faible* ou *concentrées* (dans lesquelles le VIH est concentré dans des groupes dont les comportements les exposent à un risque élevé d'infection par le VIH).

Depuis mars 2007, l'ONUSIDA et l'OMS ont organisé 11 ateliers régionaux pour former le personnel et les techniciens nationaux chargés des estimations du VIH dans plus de 150 pays aux outils et méthodes spécifiques utilisés pour produire les estimations nationales figurant dans le rapport 2007. En outre, l'ONUSIDA et l'OMS ont participé à plusieurs réunions de consensus sur les estimations du VIH dans des pays particuliers. Ces approches permettent de standardiser les méthodes de mesures, de comparer les données entre les pays et de formuler des estimations régionales et de les rassembler.

Les détails de la méthode en six étapes et des références choisies parmi le grand nombre d'articles publiés par des scientifiques de premier plan dans le monde entier, par l'ONUSIDA et par l'OMS figurent à l'Annexe A.

6. Peut-on comparer les nouvelles estimations avec celles des années précédentes ?

Il n'est pas possible de faire une comparaison directe entre les dernières estimations et celles publiées les années précédentes. On ne pourra pas non plus les comparer directement avec celles que publieront l'ONUSIDA et l'OMS dans les années à venir. Pourquoi ? Parce que les hypothèses, les méthodologies et les données utilisées pour produire les estimations changent progressivement au fur et à mesure de l'accroissement de notre connaissance de l'épidémie. Une comparaison des dernières estimations avec celles publiées les années précédentes risque donc de parvenir à des conclusions trompeuses.

En résumé, les dernières estimations – pour l'année en cours et les années passées – tendent à être plus exactes et plus fiables que celles produites les années précédentes, car elles sont fondées sur de meilleures méthodes et des données plus nombreuses que celles

qui précédaient. Ce type de mise en garde n'est pas rare lorsqu'il s'agit des estimations mondiales d'une maladie.

7. Pourquoi l'ONUSIDA et l'OMS ont-ils changé les fourchettes des groupes d'âge ?

Les nouvelles estimations du nombre d'adultes vivant avec le VIH (d'adultes nouvellement infectés et de la mortalité liée au sida) ne sont plus limitées au groupe d'âge des 15 à 49 ans. Jusqu'ici, l'ONUSIDA et l'OMS limitaient les estimations à ce groupe d'âge pour garantir la comparabilité entre pays, notamment pour la prévalence du VIH. Cependant, il est devenu évident qu'une proportion importante de personnes vivant avec le VIH ont 50 ans et plus, comme on le voit dans les courbes de distribution selon l'âge des cas de VIH et de sida notifiés, dans les études communautaires et les enquêtes démographiques. En conséquence, l'ONUSIDA et l'OMS présentent maintenant des estimations des adultes vivant avec le VIH, des nouvelles infections et des décès dus au sida pour tous les adultes de '15 ans et plus'. En outre, nous continuons à fournir des estimations de la prévalence du VIH pour les 'adultes de 15 à 49 ans' pour permettre le maintien des comparaisons entre pays. L'ONUSIDA et l'OMS estiment aussi les tendances parmi les enfants de 'moins de 15 ans'.

8. Pourquoi l'ONUSIDA et l'OMS publient-ils des fourchettes d'estimation du VIH et du sida ?

Les fourchettes reflètent le degré d'incertitude lié aux estimations et définissent les limites dans lesquelles se situent les chiffres réels.

Dans les rapports précédents de l'ONUSIDA/OMS, nous avons indiqué des estimations ponctuelles (fixant par exemple la prévalence du VIH dans le pays X à 12,5%). De plus, nous avons également publié des fourchettes autour de ces estimations ponctuelles, en fonction de la qualité des données qui avaient permis d'obtenir les estimations. Cela a été fait car toutes les estimations étaient associées à un certain niveau d'incertitude.

Etant donné que la qualité des données varie d'un pays à l'autre, les fourchettes d'incertitude entourant nos estimations peuvent être plus ou moins larges selon le pays. En outre, en présentant des estimations ponctuelles, on peut encourager un sentiment erroné de précision, même si des fourchettes d'incertitude sont aussi présentées.

De meilleures méthodes, des données plus nombreuses et de nouveaux outils d'estimation permettent de mieux cerner les degrés d'incertitude qui entourent les estimations du VIH et du sida. Cela participe d'un processus en cours pour améliorer les estimations et formuler des fourchettes correctes – processus essentiel pour une planification et une programmation efficaces dans le domaine du VIH/sida aux niveaux national et régional.

L'ONUSIDA et l'OMS sont convaincus que les chiffres réels concernant les personnes vivant avec le VIH et les personnes nouvellement infectées ou décédées du sida se situent dans les fourchettes présentées.

9. Si l'ONUSIDA et l'OMS prétendent que les estimations actuelles sont plus précises, pourquoi les fourchettes pour certains pays sont-elles si larges ?

Les fourchettes reflètent le degré d'incertitude entourant les estimations du VIH dans certains pays. De ce fait, les fourchettes varient en fonction de la qualité des données VIH dont on dispose dans différents pays.

Quatre facteurs déterminent la largeur des fourchettes entourant les estimations du VIH :

- (i) *Le niveau de prévalence du VIH* – Les fourchettes ont tendance à être plus étroites lorsque la prévalence est élevée. Ainsi, les limites entourant les meilleures estimations des adultes vivant avec le VIH en Zambie seront relativement étroites par rapport à celles d'un pays à plus faible prévalence comme Djibouti où les fourchettes seront beaucoup plus larges.
- (ii) *La qualité des données* – Les pays qui disposent de données de meilleure qualité ont des fourchettes plus étroites que ceux dont les données sont moins bonnes. Les fourchettes pour l'Asie et le Pacifique sont relativement larges – reflet du fait que la surveillance du VIH dans des populations clés (par exemple les consommateurs de drogues injectables, les professionnel(le)s du sexe et les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes) est relativement médiocre dans la plupart des pays de cette région, ce qui engendre davantage d'incertitude. En général, les fourchettes pour l'Afrique subsaharienne sont plus réduites grâce aux récentes améliorations apportées à la collecte et à l'interprétation des données VIH dans cette région.

Les pays dans lesquels une enquête nationale au sein de la population a eu lieu ont généralement des fourchettes plus réduites que les pays qui n'ont pas effectué ce type d'enquête. Les enquêtes nationales sur l'infection à VIH, qui sont habituellement plus représentatives de la population générale comme des sous-groupes particuliers, tels qu'hommes et femmes, zones urbaines et rurales ou régions différentes, contribuent en général à réduire le niveau d'incertitude entourant les estimations du VIH.

- (iii) *Le nombre d'étapes ou d'hypothèses utilisées pour parvenir à une estimation* – Plus les étapes et hypothèses sont nombreuses, plus l'écart d'incertitude sera grand (car chaque étape introduit de nouvelles incertitudes). Par exemple, les

écarts entourant les estimations de la prévalence du VIH chez les adultes sont plus étroits que ceux qui entourent les estimations de l'incidence du VIH chez les enfants, pour lesquelles il faut des données supplémentaires concernant la probabilité de la transmission mère-enfant du VIH. Ces données sont fondées sur la prévalence parmi les femmes enceintes, la probabilité de la transmission mère-enfant du VIH et l'estimation de la durée de survie des enfants séropositifs au VIH. L'incertitude est donc plus importante pour ces estimations que pour la prévalence chez les adultes.

- (iv) *Le type d'épidémie (généralisée ou de faible niveau/concentrée)* – Les fourchettes tendent à être plus larges dans les pays connaissant des épidémies de faible niveau ou concentrées que dans les pays où l'épidémie est généralisée, car dans le premier cas, il faut estimer à la fois le nombre de personnes dans les groupes exposés à un risque accru d'infection à VIH et la prévalence du VIH dans ces groupes.

10. Dans quelle mesure l'ONUSIDA et l'OMS sont-ils sûrs des estimations concernant le nombre de personnes qui décèdent chaque année du sida ?

Les estimations de la mortalité due au sida chez les adultes sont fondées sur plusieurs hypothèses et séries supplémentaires de données – y compris les estimations du nombre d'adultes et d'enfants qui sont infectés par le VIH et les estimations de la durée de survie entre le moment de l'infection par le VIH et le décès des adultes et des enfants infectés.

Les registres d'état civil constituent le meilleur moyen d'obtenir une estimation de la mortalité due au sida. Cependant, dans la plupart des pays connaissant des épidémies généralisées, la couverture des registres d'état civil est trop faible pour apporter des informations utiles sur la mortalité due au sida. Certains pays disposent de systèmes locaux de surveillance démographique ou d'information générale sur la mortalité chez les adultes grâce à des recensements et des enquêtes qui contribuent à estimer les niveaux de la mortalité liée au sida.

Il est encore plus difficile d'estimer la mortalité dans les pays connaissant des épidémies de faible niveau ou *concentrées*. Certains des groupes à risque peuvent avoir une mortalité de base différente, en d'autres termes, les individus appartenant à ces groupes sont davantage sujets à mourir d'autres causes (par exemple, les consommateurs de drogues injectables sont menacés par des overdoses fatales et par d'autres dangers susceptibles de menacer leur vie). Tous ces phénomènes peuvent avoir des effets importants sur les schémas de mortalité. Malheureusement, il est rare de pouvoir disposer de données concernant la

mortalité et la modification des comportements à risque qui soient spécifiques aux pays. Pourtant, certains pays connaissant des épidémies de faible niveau/concentrées ont des systèmes efficaces d'état civil qui comprennent la cause de décès.

11. Que fait-on pour améliorer les estimations nationales du VIH ?

De nouvelles sources différentes de données, dont les enquêtes nationales auprès de la population, permettent d'obtenir des estimations plus précises et de mieux comprendre les tendances de l'épidémie.

Il est important de noter que les rôles des programmes sida nationaux ont considérablement changé depuis que la première série d'estimations ONUSIDA/OMS spécifiques aux pays a été produite en 1997. Au départ, les pays étaient priés de faire part de leurs observations concernant les estimations provisoires. Depuis, leur implication s'est considérablement accrue.

Ces dernières années par exemple, l'ONUSIDA et l'OMS, en collaboration avec leurs partenaires techniques (dont l'East-West Center, Family Health International, The Futures Group, le Census Bureau des Etats-Unis et les Centers for Disease Control and Prevention des Etats-Unis), ont organisé une série d'ateliers régionaux au cours desquels des épidémiologistes de plus de 150 pays ont reçu une formation concernant le processus d'estimation du VIH.

Ce type d'activités a permis une participation beaucoup plus active des programmes nationaux, des bureaux nationaux de la statistique et d'autres organisations gouvernementales et universitaires dans la production des estimations. Il en résulte des estimations de bien meilleure qualité, grâce à l'utilisation de données supplémentaires et de connaissances locales.

L'ONUSIDA et l'OMS poursuivent leur collaboration avec les pays, les organisations partenaires et les experts afin d'améliorer la collecte des données. Ces efforts garantiront que l'on dispose des meilleures estimations possibles pour aider les pouvoirs publics, les organisations non gouvernementales et autres à évaluer la situation de l'épidémie et à contrôler l'efficacité des efforts de prévention et de prise en charge.

Troisième partie : Interpréter les nouvelles estimations

12. L'épidémie de sida est-elle en train de ralentir ?

Nous pouvons dire que l'épidémie ralentit à l'échelle mondiale, mais que tous les pays ne connaissent pas un déclin du nombre des nouvelles infections à VIH. Sur le plan mondial, on

estime que le taux d'incidence du VIH (soit le nombre annuel des nouvelles infections à VIH en pourcentage des personnes non infectées auparavant) a atteint un pic vers la fin des années 1990 et s'est stabilisé par la suite. Cependant, le nombre des personnes vivant avec le VIH a continué d'augmenter en raison de la croissance démographique et, plus récemment, des effets de la thérapie antirétrovirale sur la prolongation de la survie.

13. L'épidémie a-t-elle atteint son pic en Afrique subsaharienne ?

Dans la plus grande part de l'Afrique subsaharienne (y compris dans certaines régions d'Afrique australe), la prévalence du VIH chez les femmes enceintes qui fréquentent les consultations prénatales est restée à peu près stable ces dernières années – même si elle se situe parfois à des niveaux très élevés en Afrique australe – et elle marque un déclin dans certains pays. Les analyses du Secrétariat de l'ONUSIDA et de l'OMS au cours des six dernières années montrent que l'épidémie dans cette région a globalement atteint son maximum et que l'on observe des signes d'une baisse de la prévalence du VIH.

Cependant, même si la prévalence globale du VIH dans la région a marqué un fléchissement au cours des cinq dernières années, le *nombre* réel de personnes infectées par le VIH continue d'augmenter en raison de la croissance démographique. Le nombre de personnes vivant avec le VIH dans la région a augmenté de manière spectaculaire vers la fin des années 1980 et dans les années 1990 et il poursuivait sa hausse en 2007, mais moins rapidement. Ce ralentissement est le résultat d'un pic de nouvelles infections qui s'est produit vers la fin des années 1990 et d'une augmentation du nombre de personnes qui décèdent chaque année du sida.

13.1 Quelles pourraient être les causes de la stabilisation de la prévalence du VIH dans les pays d'Afrique subsaharienne ?

Deux facteurs provoquent la stabilisation des taux de prévalence observés dans de nombreux pays de la région : les taux de mortalité due au sida et l'incidence du VIH. Des taux élevés de mortalité due au sida et, dans certains pays, en hausse, ainsi qu'une incidence du VIH qui reste élevée et compense cette mortalité sont les causes de cette apparence de stabilisation. Dans les pays où le nombre de personnes nouvellement infectées chaque année est approximativement le même que le nombre des décès dus au sida, la prévalence restera stable. La prévalence du VIH paraîtra alors stabilisée mais cela cache

un nombre continuellement élevé de nouvelles infections à VIH chaque année et un nombre tout aussi élevé de décès dus au sida.

Le déclin de la prévalence dans les pays peut s'expliquer par un nombre élevé de décès dus au sida et une incidence en baisse, qui pourraient être associés à des changements de comportement.

Par ailleurs, avec l'augmentation de la couverture par la thérapie antirétrovirale, on pourrait bien voir une augmentation des niveaux de prévalence lorsqu'un nombre croissant de personnes infectées par le VIH vivront plus longtemps.

13.2 Il n'y a pas d'épidémie « africaine » de sida

Il est important de rappeler qu'il n'y a pas une épidémie de sida typiquement « africaine ». Dans plusieurs pays, la prévalence du VIH chez les adultes est inférieure à 2%, alors que dans quelques autres pays elle dépasse 20%. Ces différences énormes dans les niveaux de prévalence correspondent approximativement à des régions géographiques différentes. Huit pays d'Afrique australe (Afrique du Sud, Botswana, Lesotho, Mozambique, Namibie, Swaziland, Zambie, Zimbabwe) connaissent une prévalence supérieure à 15%. En Afrique de l'Ouest, la prévalence du VIH est beaucoup plus faible, aucun pays n'ayant une prévalence supérieure à 10% et la plupart d'entre eux se situant entre un et cinq pour cent. La prévalence chez les adultes dans les pays d'Afrique centrale et d'Afrique de l'Est se situe entre ces deux groupes.

Les pays de la région diffèrent aussi sur le plan de la chronologie de leurs épidémies, celles-ci ayant commencé plus tôt en Afrique de l'Est et en Afrique centrale et beaucoup plus tard dans les pays d'Afrique australe. L'Ouganda par exemple a connu un pic de prévalence du VIH chez les adultes au début des années 1990.

14. Le pourcentage de femmes infectées par le VIH est-il en hausse à l'échelle mondiale ?

Non, cette estimation est restée à peu près la même depuis plusieurs années.

L'ONUSIDA/OMS estiment que la moitié environ des adultes âgés de 15 ans et plus vivant avec le VIH sont des femmes. Cependant le nombre de femmes vivant avec le VIH dans le monde est en hausse parce que le nombre total des personnes vivant avec le VIH est en

hausse. La vaste majorité des femmes vivant avec le VIH résident en Afrique subsaharienne. Dans cette région, les jeunes femmes ont un risque beaucoup plus élevé d'être infectées par le VIH que les jeunes hommes – dans un rapport de 3 à 1.

La concentration des enfants vivant avec le VIH en Afrique subsaharienne est un reflet de l'estimation indiquant que 60% environ de tous les adultes infectés par le VIH dans cette région sont des femmes et du fait que les femmes africaines ont davantage d'enfants que celles du reste du monde. Proportionnellement aucune autre région ne compte autant de femmes vivant avec le VIH. Pourtant aux Caraïbes, les femmes représentent déjà près de la moitié des adultes vivant avec le VIH.

15. Le nombre de jeunes qui contractent une infection à VIH est-il en hausse ?

L'ONUSIDA estime que la moitié environ de toutes les nouvelles infections à VIH dans le monde surviennent chez des enfants et des jeunes jusqu'à 25 ans.

Autres sources d'information :

Pour une description technique des processus utilisés pour obtenir les estimations et pour d'autres explications sur la qualité des estimations relatives au VIH, se référer à :

Walker N, Grassly NC, Garnett GP, Stanecki KA, Ghys PD (2004) Estimating the global burden of HIV/AIDS : What do we really know about the HIV pandemic? *Lancet* 2004;336, 26 juin 2004.

Pour une description détaillée des méthodes, des logiciels, de la qualité des données et de l'élaboration des fourchettes, se référer à la série de sept articles publiés dans la revue *Sexually Transmitted Infections* la deuxième semaine de juillet 2004. On peut télécharger gratuitement ces articles sur le site www.Sti.bmjjournal.com.

Pour d'autres informations sur le Groupe de référence de l'ONUSIDA sur les estimations, modèles et projections, consulter le site www.epidem.org.

Annexe A

[PAS MOYEN D'ENTRER DANS LE TEXTE DE LA FIGURE, DONC JE LE LAISSE AU KILOMETRE]

Marche à suivre pour des épidémies généralisées

Données de surveillance provenant de femmes enceintes en consultations prénatales et d'enquêtes

Estimations et Projections Pays (EPP)

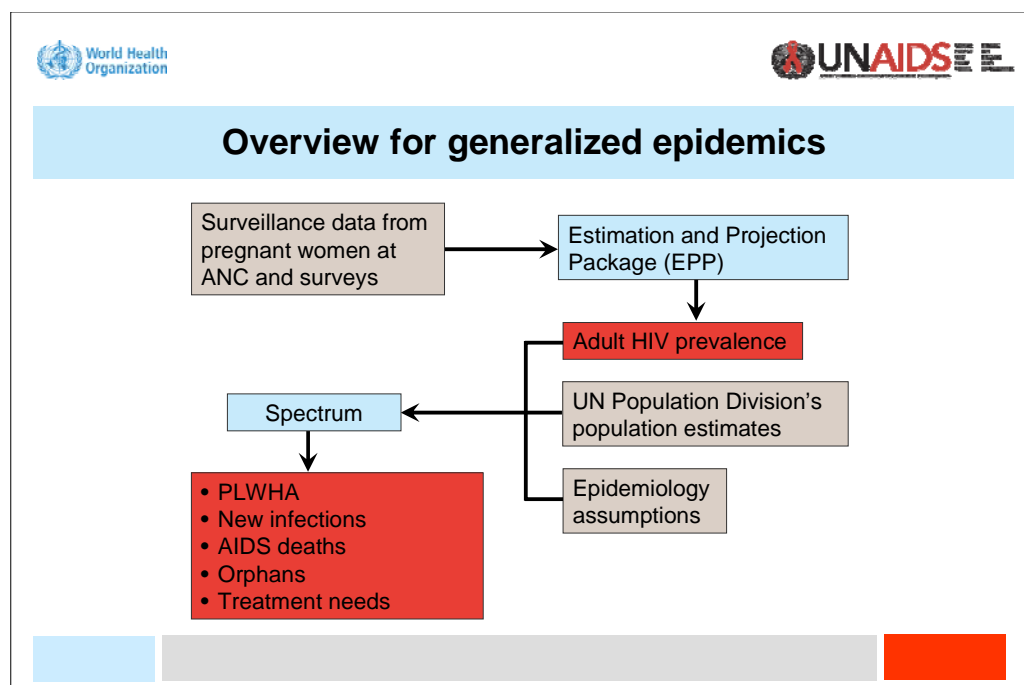
Prévalence VIH adulte

Estimations démographiques de la Division de la Population (ONU)

Hypothèses épidémiologiques

Spectrum

- PVVS
- Nouvelles infections
- Décès dus au sida
- Orphelins
- Besoins en traitements



La méthode en six étapes fonctionne de la manière suivante pour les pays connaissant une épidémie généralisée :

Etape Une ...Toutes les données de surveillance disponibles, obtenues par échantillons sanguins testés pour le VIH prélevés auprès de femmes enceintes fréquentant les consultations prénatales ainsi que les résultats de la prévalence du VIH obtenue par des enquêtes auprès de la population sont entrés dans ...

Etape Deux ...un logiciel spécialisé (appelé Estimations et Projections Pays – EPP). Ce programme produit une courbe qui décrit l'évolution ...

Etape Trois ... des taux de prévalence du VIH chez les adultes dans le temps. Cette courbe de prévalence chez les adultes, ainsi que ...

Etape Quatre ... les estimations démographiques nationales obtenues auprès de la Division de la Population de l'ONU, ainsi que la couverture par la thérapie antirétrovirale et ...

Etape Cinq ... diverses hypothèses épidémiologiques (taux de fécondité, ratios hommes/femmes, survie après infection à VIH, etc.) sont alors entrées dans ...

Etape Six ... le logiciel Spectrum qui calcule le nombre d'adultes et d'enfants infectés, les nouvelles infections, les décès, les orphelins et les besoins en traitements.

[IDEM POUR LA DEUXIEME FIGURE]

Marche à suivre pour des épidémies de faible niveau/concentrées

Données de surveillance et estimations de la taille des groupes à risque élevé et les populations à faible risque

WORKBOOK ou EPP

Prévalence VIH adulte

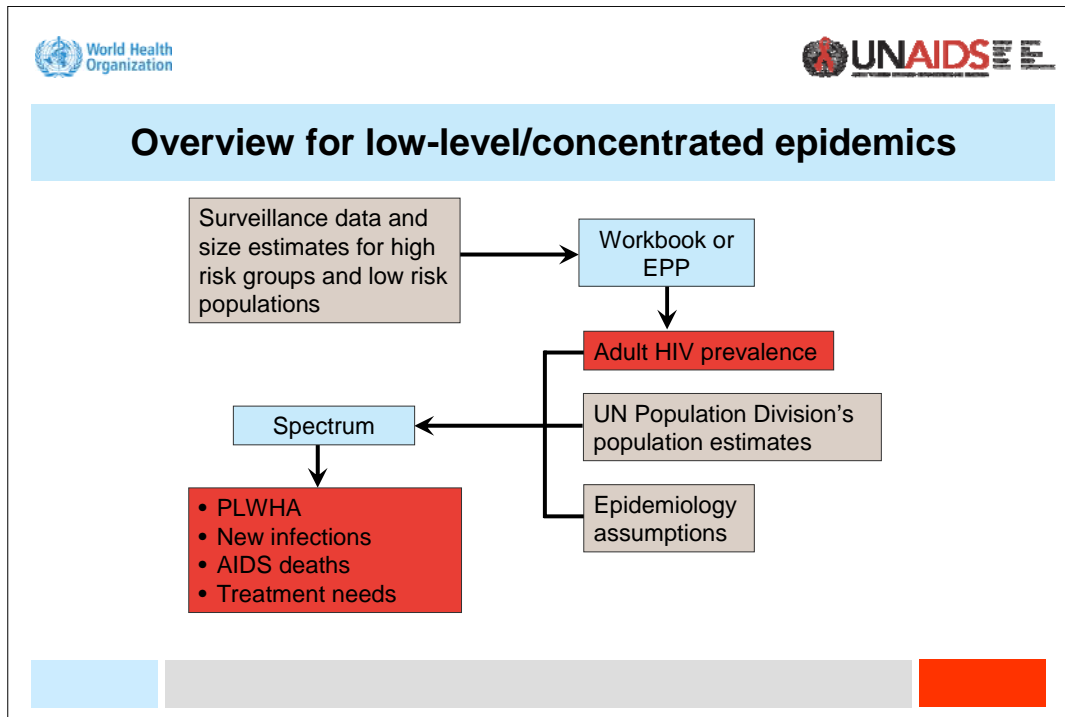
Estimations démographiques de la Division de la Population (ONU)

Hypothèses épidémiologiques

Spectrum

- PVVS
- Nouvelles infections

- Décès dus au sida
- Besoins en traitements



Pour les pays connaissant une épidémie de niveau faible ou *concentrée*, les estimations émanent du processus suivant :

Etape Une – Les données de surveillance sont recueillies pour des populations à risque élevé (professionnel(le)s du sexe, hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, consommateurs de drogues injectables). Des estimations sont formulées concernant la taille de ces populations et d'autres populations qui courent un risque moins important mais tout de même significatif (par exemple les partenaires des professionnel(le)s du sexe et de leurs clients et des consommateurs de drogues injectables, etc.). Cette information est alors entrée dans ...

Etape Deux ... des modèles de tableur afin de produire des courbes décrivant l'évolution ...

Etape Trois ... des taux de prévalence du VIH chez les adultes dans le temps. Cette courbe de prévalence chez les adultes, ainsi que ...

Etape Quatre ... les estimations démographiques nationales obtenues auprès de la Division de la Population de l'ONU, ainsi que la couverture par la thérapie antirétrovirale et ...

Etape Cinq ... diverses hypothèses épidémiologiques (taux de fécondité, ratios hommes/femmes, survie après infection à VIH, etc.) sont alors entrées dans ...

Etape Six ... le logiciel Spectrum qui calcule le nombre d'adultes et d'enfants infectés, les nouvelles infections, les décès, les orphelins et les besoins en traitements.