



En 2006, près des deux tiers (63%) de l'ensemble des personnes infectées par le VIH vivent en Afrique subsaharienne – 24,7 millions [21,8 millions–27,7 millions]. On estime à 2,8 millions [2,4 millions–3,2 millions] le nombre d'adultes et d'enfants infectés par le VIH en 2006, plus que dans l'ensemble des autres régions du monde. Les 2,1 millions [1,8 million–2,4 millions] de décès dus au SIDA en Afrique subsaharienne représentent 72% du total mondial des décès dus au SIDA. Dans l'ensemble de la région, les femmes paient un tribut disproportionné au SIDA : non seulement elles encourent un risque plus grand d'infection à VIH que les hommes, mais dans la plupart des pays ce seront elles qui devront prendre en charge les personnes infectées par le virus.

---

*A travers l'Afrique subsaharienne, les femmes encourent un risque plus élevé d'être infectées par le VIH que les hommes, et elles sont plus susceptibles de devoir prendre en charge les personnes infectées par le virus.*

---

Si l'on commence à observer des signes de diminution pour certaines épidémies de la région, les tendances semblent stables dans la plupart des pays. Cette situation correspond à un équilibre où le nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH est approximativement égal au nombre de décès dus au SIDA.

L'accès aux traitements antirétroviraux a considérablement augmenté en Afrique subsaharienne : plus d'un million de personnes [930 000–1,15 million] recevaient ce type de traitement en juin 2006, soit 10 fois plus qu'en décembre 2003 (OMS/ONUSIDA, 2006). Les efforts d'expansion et de mise à niveau ont été particulièrement marqués récemment dans quelques pays, dont l'Afrique du Sud, le Botswana, le Kenya, le Malawi, la Namibie, l'Ouganda, le Rwanda et la Zambie. L'échelle des

## AFRIQUE SUBSAHARIENNE

besoins pour la région est néanmoins telle que moins du quart (23%) des personnes qui auraient besoin d'un traitement antirétroviral – et dont le nombre est estimé à 4,6 millions [4 millions–5,4 millions] reçoivent effectivement ce traitement (OMS/ONUSIDA, 2006).

### Afrique australe

L'Afrique australe reste l'épicentre de l'épidémie mondiale de VIH : 32% des personnes infectées par le VIH vivent dans cette sous-région et elle compte 34% des décès dus au SIDA de par le monde.

Le seul signe de déclin de la prévalence du VIH chez les adultes en Afrique australe vient du **Zimbabwe**, avec une chute tant de la prévalence que de l'incidence du VIH (ONUSIDA, 2005). Les données en provenance des consultations prénatales montrent chez les femmes enceintes des niveaux d'infection à VIH tournant autour de 30%–32% au début des années 2000 avant de descendre à 24% en 2004. A Harare, la capitale, la prévalence parmi les femmes enceintes a atteint un pic supérieur à 36% en 1996 avant de chuter à environ 21% à la mi-2004 (Mahomva et al., 2006 ; Hargrove et al., 2005 ; Mugurungi et al., 2005). Des discordances et des biais dans certaines des données font néanmoins penser que la diminution de la prévalence du VIH pourrait ne pas être aussi considérable que celle que l'on observe au niveau des données VIH des consultations prénatales (ONUSIDA, 2005). On a en même temps observé une tendance à la baisse pour la prévalence du VIH parmi les populations rurales du Manicaland, accompagnées de quelques indications de modifications du comportement sexuel (Gregson et al., 2006).

Les diminutions de prévalence observées semblent liées à une combinaison de divers facteurs, en particulier une diminution des liaisons sexuelles 'occasionnelles' avec des partenaires non réguliers, ainsi qu'un recours accru au préservatif et une entrée plus tardive dans la vie sexuelle (Mahomva

et al., 2006 ; ONUSIDA, 2005). Au Manicaland, par exemple, le nombre d'hommes sexuellement actifs déclarant avoir récemment eu un rapport sexuel avec une partenaire occasionnelle était en 2001–2003 la moitié (49%) de celui qui avait été observé en 1998–2000. Le recours systématique au préservatif avec les partenaires occasionnels a augmenté pour les femmes (de 26% à 37% pour les mêmes périodes), mais pas pour les hommes (Gregson et al., 2006). Il semble que ce soit l'effet conjugué d'une prise de conscience accrue du SIDA, d'une infrastructure sanitaire relativement importante et d'une crainte croissante de la mortalité due au SIDA qui ont entraîné ces modifications du comportement. Les taux élevés de mortalité ont en outre contribué de façon non négligeable à la diminution de prévalence du VIH.

Il n'en reste pas moins que près d'un adulte sur cinq au Zimbabwe – 20,1% avec une fourchette de 13,3% à 27,6% (ONUSIDA, 2006) vit avec le VIH – ce qui correspond à une des pires épidémies de VIH au monde. On estime que l'espérance de vie à la naissance pour les femmes du Zimbabwe est, à 34 ans, l'une des plus faibles au monde – l'estimation pour les hommes est de 37 ans (OMS, 2006). L'insuffisance d'apport alimentaire, l'appauvrissement, les déplacements forcés de populations et la sécheresse ont forcé plusieurs centaines de milliers d'habitants du Zimbabwe à migrer à la recherche de moyens de subsistance. Les effets potentiels de ces bouleversements sur la transmission du VIH ne se sont pas encore fait sentir mais pourraient être graves – la crise économique actuelle du Zimbabwe pourrait avoir des effets aussi importants sur le programme de traitements antirétroviraux.

---

*Au Zimbabwe, le déclin de la prévalence du VIH semble être en partie lié aux changements de comportements qui remontent au milieu ou à la fin des années 1990.*

---

En **Afrique du Sud**, quelque 5,5 millions de personnes [4,9 millions–6,1 millions], dont 240 000 enfants de moins de 15 ans [93 000–500 000], vivaient avec le VIH en 2005 (ONUSIDA, 2006).<sup>2</sup> Les données assemblées sur le VIH au cours des enquêtes dans l'important système national de surveillance prénatale suggèrent que la prévalence du VIH n'a pas encore atteint son plateau.

Les données les plus récentes montrent une tendance continue à l'augmentation des taux d'in-

fection à VIH au niveau national chez les femmes enceintes qui se rendent aux consultations prénatales publiques, de 22,4% en 1999 à 30,2% en 2005 – une augmentation de 35%, comme l'indique la Figure 3 (Département de la Santé, Afrique du Sud, 2006). La prévalence du VIH chez les jeunes pourrait néanmoins être en cours de stabilisation : les données de la surveillance prénatale suggèrent que chez les femmes enceintes de 15–24 ans elle est restée relativement stable depuis 2000 (14%–16% dans le groupe d'âge de 15 à 19 ans et 28%–31% dans le groupe d'âge de 20 à 24 ans) (Département de la Santé, Afrique du Sud, 2006).

En Afrique du Sud, comme pour le reste de l'Afrique subsaharienne, l'épidémie atteint les femmes de façon disproportionnée. Les jeunes femmes (15 à 24 ans) courent un risque quatre fois supérieur d'être infectées par le VIH que les jeunes hommes : en 2005, la prévalence parmi elles était de 17% contre 4,4% chez les jeunes hommes (Shisana et al., 2005). Ces chiffres sont semblables à ceux de l'enquête nationale chez les jeunes de 15 à 24 ans en 2003, soit respectivement 15,5% et 4,8% (Pettifor et al., 2004). Parmi les femmes de 30 à 34 ans, une sur quatre vivait avec le VIH en 2005, et un homme sur cinq parmi les hommes de 30 à 39 ans, d'après les chiffres de l'enquête nationale VIH dans les foyers en 2005. On a en outre trouvé des taux d'infection élevés parmi les hommes de plus de 50 ans ; plus de 10% ont présenté un test positif au VIH (Shisana et al., 2005).

L'épidémie a émergé un peu plus tard en Afrique du Sud que dans les autres pays de la sous-région, mais elle a maintenant atteint le stade où de très nombreuses personnes meurent du SIDA. Les données de mortalité officielles les plus récentes montrent une augmentation de 79% pour la mortalité totale en Afrique du Sud (toutes causes confondues) entre 1997 et 2004, de 316 505 à 567 488 (Statistiques de l'Afrique du Sud, 2006). Les taux de mortalité par causes naturelles ont quintuplé entre 1997 et 2004 pour les femmes de 25 à 34 ans, et ont plus que doublé pendant la même période pour les hommes de 30 à 44 ans. Cette tendance à l'augmentation des taux de mortalité est en grande partie attribuable à l'épidémie de SIDA (Anderson et Phillips, 2006 ; Actuarial Society of South Africa, 2005 ; Medical Research Council, 2005 ; Bradshaw et al., 2004 ; Dorrington et al., 2001) ; dans trois provinces (Cap-Oriental, Etat libre et KwaZulu-Natal), cette augmentation a réduit l'espérance

---

<sup>2</sup> Toutes les estimations du nombre total de personnes vivant avec le VIH dans un pays donné valent pour 2005.

## FLAMBÉES DE TUBERCULOSE ULTRARÉSISTANTE

La flambée de tuberculose ultrarésistante (XDR-TB) découverte au KwaZulu-Natal au début de l'année 2005 a mis en lumière la combinaison mortelle du VIH et de la tuberculose en Afrique du Sud, où l'on estime que dans l'ensemble 60% des personnes atteintes de tuberculose sont aussi infectées par le VIH.

Parmi les 53 personnes présentant un diagnostic initial de tuberculose ultrarésistante dans un hôpital de district de la province du KwaZulu-Natal entre janvier 2005 et mars 2006, 44 ont effectué le test du VIH et tous ces tests se sont révélés positifs. Le taux de létalité a été très élevé, avec 52 décès au cours de la période d'un mois en moyenne qui a suivi la première collecte d'expectorations. Au début du mois d'octobre 2006, la tuberculose ultrarésistante avait été identifiée dans 33 centres de soins du KwaZulu-Natal.

La résistance de la tuberculose aux médicaments survient essentiellement à cause d'une lutte inefficace contre la maladie, d'une adhésion inadéquate des malades ou des médecins aux traitements standardisés contre la tuberculose, de l'emploi de médicaments de qualité médiocre ou en quantité insuffisante. Leur risque accru d'exposition à la tuberculose et d'une évolution de l'infection vers la maladie active expose les personnes vivant avec le VIH à un risque particulièrement marqué de tuberculose pharmacorésistante.

Cette flambée souligne la nécessité d'assurer un diagnostic rapide et un traitement efficace contre la tuberculose pour les personnes vivant avec le VIH afin de prévenir l'apparition et la propagation de la résistance aux médicaments. Il convient d'améliorer les possibilités d'accès aux techniques de culture du bacille de la tuberculose et aux tests de sensibilité aux médicaments, ainsi que de mettre en place des pratiques efficaces de lutte contre l'infection au sein des consultations de prise en charge du VIH, afin d'empêcher la propagation de la tuberculose.

Le problème ne se limite cependant pas à l'Afrique subsaharienne. En mars 2006, l'OMS et les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des Etats-Unis ont signalé que 2% des cultures d'agents de la tuberculose effectuées dans 25 laboratoires de référence supranationaux remplissaient les critères requis pour un diagnostic de tuberculose ultrarésistante et ont conclu que ce type de tuberculose se rencontrait dans toutes les régions du monde (CDC et OMS, 2006). La culture des bacilles de la tuberculose et les tests de sensibilité aux antituberculeux ne sont pas effectués en routine dans la plupart des environnements pauvres en ressources et l'on ne connaît donc pas encore toute l'ampleur de cette épidémie.

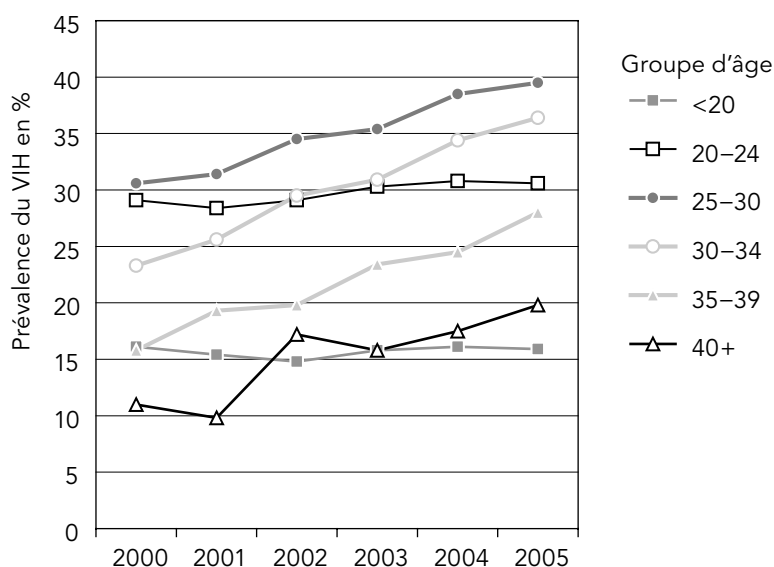
Les 9 et 10 octobre 2006, l'OMS a réuni le Groupe spécial mondial sur la tuberculose ultrarésistante afin d'examiner les informations disponibles et de mettre au point un plan d'action en urgence destiné à prévenir et endiguer l'apparition d'autres flambées de tuberculose ultrarésistante et de prendre en charge la maladie chez les personnes atteintes. La définition de la tuberculose ultrarésistante a été revue au cours de la réunion.<sup>3</sup>

Cette réunion faisait suite à celle d'un groupe d'experts à Johannesburg, Afrique du Sud, les 7 et 8 septembre 2006, organisée conjointement par le Conseil sud-africain de la Recherche médicale, l'OMS et les CDC, au cours de laquelle a été élaboré un plan d'action en sept points :

- Mener des enquêtes rapides sur la tuberculose ultrarésistante ;
- Améliorer le niveau actuel des laboratoires ;
- Améliorer les compétences techniques des responsables cliniques et de santé publique, afin d'apporter une riposte efficace à la tuberculose ultrarésistante ;
- Mettre en œuvre des précautions de lutte contre l'infection ;
- Soutenir la recherche concernant la mise au point de médicaments antituberculeux ;
- Soutenir la recherche concernant la mise au point de mesures de diagnostic rapide ;
- Promouvoir un accès universel aux médicaments antirétroviraux grâce à des activités conjointes tuberculose/VIH.

<sup>3</sup> Résistance à au moins deux des médicaments antituberculeux de première intention les plus puissants (rifampicine et isoniazide), à une fluoroquinolone et à au moins l'un des médicaments injectables ci-après : amikacine, kanamycine et capréomycine.

### Prévalence du VIH par groupes d'âge parmi les femmes en consultation prénatale en Afrique du Sud, 2000–2005



Source : Département de la Santé (2006, Enquête nationale sur la prévalence de la syphilis et du VIH en Afrique du Sud ; 2003, Enquête nationale sur la séroprévalence de la syphilis et du VIH en Afrique du Sud)

**Figure 3**

de vie moyenne à la naissance à moins de 50 ans (Actuarial Society of South Africa, 2005).

*En Afrique du Sud, les taux de mortalité par causes naturelles chez les femmes de 25 à 34 ans ont quintuplé entre 1997 et 2004, et ils ont plus que doublé chez les hommes de 30 à 44 ans.*

Une proportion élevée de la population d'Afrique du Sud ne pense néanmoins pas encourir le risque d'être infectée par le VIH. Environ 13% des personnes qui se sont fait tester pour le VIH pour la première fois au cours de l'enquête nationale dans les foyers en 2005 se sont avérées séropositives, alors que la plupart avaient jusque-là décliné de se soumettre au test, au motif qu'elles ne pensaient pas être exposées au risque d'infection. Globalement parlant, plus de la moitié des personnes participantes *chez qui le test a été positif pour le VIH* avaient déclaré qu'elles ne se sentaient pas 'à risque' pour le VIH (Shisana, 2005). Ceci signifie que plus de deux millions d'habitants de l'Afrique du Sud vivant avec le VIH ignorent leur statut et croient ne courir aucun danger d'infection – et ne se rendent donc pas compte de leur potentiel de transmission du virus à autrui. Si le taux de test VIH n'augmente pas, les personnes infectées par le VIH pourraient

normalement ne devenir conscientes de leur statut qu'au moment de l'apparition de symptômes, ce qui pourrait aussi limiter l'impact bénéfique potentiel du traitement antirétroviral.

Le **Swaziland** présente à l'heure actuelle le taux de prévalence du VIH chez les adultes le plus élevé du monde, soit 33,4% [21,2%–45,3%]. Comme au **Lesotho** (voir Figure 4), il semble que de nombreuses jeunes femmes retardent leurs premiers rapports sexuels jusqu'à la fin de leur adolescence. Au cours d'une enquête, près des deux tiers (61%) des jeunes filles élèves de l'enseignement secondaire ont déclaré ne pas encore avoir eu de rapports sexuels (Buseh, 2004). Il semble néanmoins que, une fois entamée leur vie sexuelle, les jeunes femmes doivent faire face à un énorme risque d'infection à VIH. La prévalence du VIH chez les jeunes femmes vues en consultation prénatale était de 39% pour l'ensemble du pays et de 43% à Manzini, la capitale (Ministère de la Santé et du Bien-être social, Swaziland, 2005).

Les taux d'infection à VIH chez l'adulte sont aussi élevés au niveau national pour le **Botswana**, le **Lesotho** et la **Namibie** (20%–24%). En **Namibie**, on estime qu'en 2005 il y avait 230 000 personnes [110 000–360 000] vivant avec le VIH et que la prévalence chez l'adulte au niveau national était

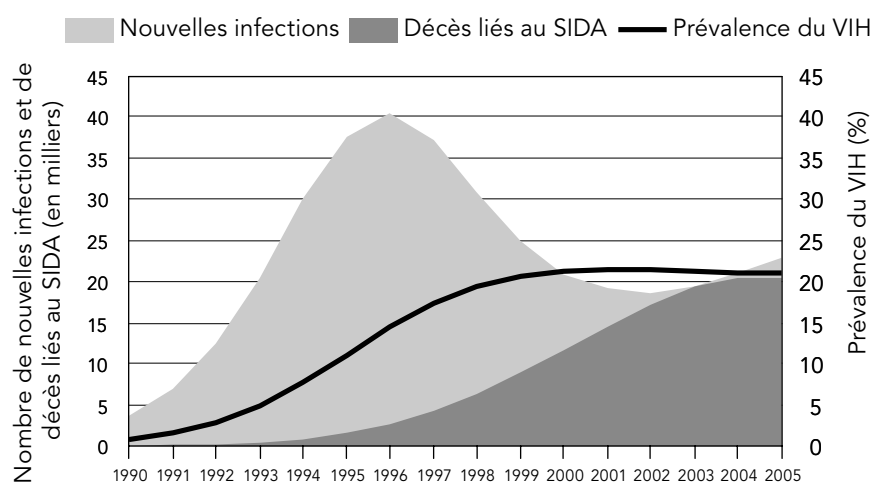
de 19,6% [8,6%–31,7%] (ONUSIDA, 2006). Les régions les plus gravement atteintes sont Caprivi au nord-est, où 43% des femmes enceintes ont été identifiées comme infectées par le VIH, Erongo dans le centre du pays avec une prévalence du VIH de 27% et Oshana au nord avec une prévalence de 25% (Ministère de la Santé et des Services sociaux de Namibie, 2004). Les programmes qui tendent à diminuer la transmission mère-enfant du VIH auraient permis à 16% des femmes enceintes infectées par le VIH en Namibie de recevoir une prophylaxie antirétrovirale en 2005 – un progrès considérable sur le taux de couverture de 0,1% signalé deux ans plus tôt (Ministère de la Santé et des Services sociaux de Namibie, 2005).

Des enquêtes VIH récentes au sein de la population et d'autres données VIH apportent une image plus précise de l'épidémie au **Botswana**, où la prévalence reste une des plus élevées au monde. Depuis 2001 on a pu mettre en évidence une légère diminution de la prévalence du VIH parmi

chez qui les niveaux d'infection à VIH semblent encore augmenter actuellement (Seipone, 2006).

Les taux d'infection chez les femmes enceintes varient de façon marquée au Botswana, et vont de 21% pour le district de Goodhope (au sud) à 47% pour Selebi-Phikwe (une communauté minière très peuplée dans l'est). Dans les districts de Francistown et de Tutume (tous deux situés au nord-est), plus de 40% des femmes enceintes se sont avérées infectées (Ministère de la Santé du Botswana, 2006). Il est frappant de constater que les connaissances sur le VIH restent faibles : seul un tiers environ des jeunes de 15 à 24 ans ont pu à la fois identifier correctement les façons d'empêcher la transmission sexuelle du VIH et rejeter les principales notions erronées concernant la transmission du VIH, ce qui semble correspondre au schéma régional (Agence nationale de Coordination pour le SIDA, 2005). D'autre part, on estime qu'un tiers des adultes du Botswana connaissent leur statut par rapport au VIH et le système de test et de conseil volontaires dit 'de

Estimation du nombre annuel de nouvelles infections et de décès liés au SIDA chez les adultes (15+) par rapport à la tendance vers la stabilisation du taux de prévalence estimé chez l'adulte (15–49), Lesotho, 1990–2005



Source : Gouvernement du Lesotho/ONUSIDA, 2006.

Figure 4

les femmes enceintes sur le plan national (de 36% en 2001 à 33% in 2005), surtout chez les femmes de 15 à 24 ans, ce qui permet de penser que l'épidémie pourrait entamer une décrue. Au moins 40% des femmes enceintes de 25 à 39 ans vivaient néanmoins avec le VIH en 2005, et une femme sur deux dans le groupe d'âge de 30 à 34 ans, groupe

refus' (opt-out) introduit en 2003 semble rencontrer une large adhésion au sein du public (Weiser et al., 2006).

Le taux de prévalence du VIH chez les adultes au **Lesotho** est resté relativement stable au cours des dernières années – mais à des niveaux élevés, puisque près du quart des adultes (23,2%, avec une

fourchette de 21,9% à 24,7%) vivaient avec le VIH en 2005 (ONUSIDA, 2006) Comme le montre la Figure 4 ci-dessous, qui vaudrait d'ailleurs pour bien des pays de l'Afrique subsaharienne, la stabilité apparente de l'épidémie au Lesotho masque des taux élevés de nouvelles infections à VIH et de mortalité due au SIDA. Le Lesotho devra vaincre de très nombreux défis pour pouvoir lutter contre cette épidémie. Les rapports sexuels occasionnels restent courants, par exemple, et le recours au préservatif est rare. Deux tiers des hommes et un tiers des femmes déclarent avoir eu des rapports sexuels avec une personne autre que leur partenaire à long terme au cours de l'année écoulée et moins de la moitié ont au recours au préservatif lors de ces liaisons (Ministère de la Santé et du Bien-être social du Lesotho et ORC Macro, 2004).

Il faudra aussi améliorer les efforts visant à accroître la prévention de l'infection à VIH parmi les jeunes. Alors qu'environ 15% des jeunes femmes et 27% des jeunes hommes entre 15 et 24 ans ont une vie sexuelle avant leur quinzième anniversaire, 40% des parents participant à l'enquête ne souhaitent pas que leurs enfants de ce groupe d'âge reçoivent un enseignement sur le préservatif à l'école. Il n'est donc pas étonnant que seulement 26% des jeunes femmes et 18% des jeunes hommes interrogés en 2004 aient su comment prévenir la transmission sexuelle du VIH et ne faisaient pas état d'idées trop fausses sur le VIH (Ministère de la Santé et du Bien-être social du Lesotho et ORC Macro, 2004). L'impact de l'épidémie sur les jeunes femmes est tragique. A 18-19 ans, moins de 10% des femmes sont séropositives au VIH, mais à leur 22ème anniversaire déjà, 30% auront été infectées par le VIH, et lorsqu'elles atteignent 24 ans, près de 40% auront été infectées. Pour une grande partie des jeunes femmes au Lesotho, retarder leurs premières expériences sexuelles semble bien être simplement un moyen de retarder une inévitable infection à VIH (Conseil national SIDA et ONUSIDA, 2006).

L'Angola, qui a étendu son système de surveillance sentinelle pour le VIH à toutes les provinces du pays au cours de ces dernières années, commence progressivement à mieux comprendre les caractéristiques de son épidémie. La prévalence du VIH chez l'adulte au niveau national (moins de 5%) est plus faible en Angola que dans tout autre pays de l'Afrique australe. La prévalence du VIH parmi les femmes enceintes se situe entre moins de 1% dans la province centrale de Bie et 9% dans la province de Cunene voisine de la frontière avec la Namibie (Institut national de Lutte contre le SIDA, 2005).

Ces variations reflètent en partie le degré d'inaccessibilité de certaines régions du pays au cours du long conflit qui a marqué l'Angola jusqu'au milieu des années 1990.

S'il est trop tôt pour pouvoir discerner des tendances nettes dans l'épidémie de l'Angola, les données en provenance du **Mozambique** montrent une augmentation significative des taux d'infection à VIH depuis le début du siècle. La prévalence du VIH chez les femmes enceintes (15-49 ans) est passée de 11% en 2000 à 16% en 2004 (Conseil de Lutte contre le VIH/SIDA, 2006) : il s'agit là d'une des augmentations les plus marquées de ces dernières années en Afrique subsaharienne.

Les taux d'infection à VIH chez les femmes enceintes sont les plus élevés dans le sud et le centre du pays. On a constaté des augmentations particulièrement marquées dans la ville et la province de Maputo, ainsi qu'à Sofala et à Gaza – la prévalence du VIH y variait de 18% à 27% en 2004. Les sites sentinelles de Quelimane (province de Zambezia) et de Beira (province de Sofala) ont indiqué qu'une femme sur trois parmi les femmes vues en consultation prénatale était positive au VIH en 2004 (Programme national de Lutte contre les IST et le VIH/SIDA, 2005). Dans certains endroits au nord du pays où l'épidémie avait commencé par progresser beaucoup plus lentement que dans les autres régions, la prévalence du VIH chez les femmes enceintes a pratiquement doublé depuis 2000 – elle a atteint respectivement 9,2% et 11% à Nampula et à Niassa en 2004. Le fait que la prévalence a aussi augmenté chez les femmes enceintes plus jeunes suggère que les nouvelles infections continuent à augmenter et peut présager de la croissance future de l'épidémie dans le pays (Conseil de Lutte contre le VIH/SIDA, 2006).

Près d'un million de personnes [940 000 avec une fourchette de 480 000 à 1,4 million] vivaient avec le VIH en 2005 au **Malawi**. La prévalence chez les adultes au niveau du pays en 2005 a été estimée à 14,1% [6,9% à 21,4%] (ONUSIDA, 2006), chiffre proche du taux de 12,7% signalé pour la prévalence chez les adultes lors de l'enquête démographique et sanitaire de 2004 (Bureau national des Statistiques et ORC Macro, 2005).

Pour l'ensemble du Malawi, les taux d'infection à VIH semblent s'être stabilisés depuis le début du siècle, les valeurs médianes de la prévalence enregistrées aux sites de surveillance sentinelle du VIH fluctuant de 15% à 17% en 2001-2005 (Commission nationale du SIDA, Malawi, 2005).

Pour les sites de surveillance VIH urbains et semi-urbains, on observe néanmoins une diminution des niveaux d'infection, de 26%–27% en 1999 à 17%–20% en 2005 (Commission nationale du SIDA, Malawi, 2005). La prévalence du VIH parmi les femmes vues en consultation prénatale à Lilongwe, la capitale, a présenté un pic de 27% en 1996 et est passée à 17% en 2003 ; cette diminution ne s'est pas poursuivie en 2005, où la prévalence parmi les femmes enceintes a légèrement augmenté jusqu'à 19% (Bello, Chipeta, Aberle-Grasse, 2006 ; Commission nationale du SIDA, Malawi, 2005).

Les diminutions observées semblent être associées à quelques modifications du comportement. Lors d'une enquête en 2000, le pourcentage de femmes et d'hommes signalant des rapports sexuels avec de nombreux partenaires était moins élevé qu'en 1996. La proportion de jeunes hommes (15–24 ans) ayant deux partenaires occasionnelles ou plus a décru de plus de la moitié (de 28% à 12%) et est passée de 3% à moins de 1% chez les jeunes femmes. Par rapport à 1996, une plus grande proportion de jeunes femmes a signalé en 2000 avoir eu recours au préservatif lors de rapports sexuels avec des partenaires occasionnels (31% contre 22%) – le taux de recours au préservatif est resté inchangé à 38% en ce qui concerne les jeunes hommes. Le pourcentage de femmes et d'hommes qui se sont abstenus de rapports sexuels au cours des 12 mois écoulés a légèrement changé entre 1996 et 2000, passant de 21% à 22% pour les femmes et de 17% à 20% pour les hommes (Office national des Statistiques et ORC Macro 2001 et 1997). Il est en outre probable que les taux croissants de mortalité (qui ont doublé entre 1992 et 2000) pourraient répondre d'une grande partie des diminutions de prévalence du VIH que l'on a pu observer.

---

*Aux niveaux actuels de prévalence du VIH et en l'absence de traitement, les jeunes en Zambie sont confrontés à un risque de mourir du SIDA évalué à 50% pour la durée de leur vie.*

---

Même si le Malawi est un petit pays, l'épidémie y varie considérablement d'un endroit à l'autre. La prévalence du VIH chez l'adulte dans la région méridionale (17,6% en 2004) est trois fois plus importante que dans la région du Centre et deux fois plus que dans la région septentrionale (Office national des Statistiques et ORC Macro, 2005). L'épidémie a augmenté dans le nord, la prévalence

du VIH y ayant triplé (de 5% environ en 1998 à plus de 15% en 2003) dans les zones rurales (Bello, Chipeta, Aberle-Grasse, 2006 ; Ministère de la Santé et de la Population du Malawi, 2005). Il se peut que pour les régions septentrionales cette tendance soit liée au développement socioéconomique dans la ville de Mzuzu et ses alentours, ainsi que le long des principaux axes de transport (Bello, Chipeta, Aberle-Grasse, 2006 ; Ministère de la Santé et de la Population du Malawi, 2005).

Au Malawi comme dans les autres pays de la région, la prévalence du VIH parmi les jeunes femmes (15–24 ans) est beaucoup plus élevée que parmi les jeunes hommes du même âge : 9% contre 2% au niveau national, et 13% contre moins de 1% dans les villes (Office national des Statistiques et ORC Macro, 2005). Un quart seulement des jeunes femmes a montré une connaissance suffisante du VIH lors de l'enquête de 2004, et un peu plus du tiers des hommes (Office national des Statistiques et ORC Macro, 2005).

En **Zambie**, la prévalence globale du VIH parmi les femmes vues en consultation prénatale est aussi restée relativement stable depuis le milieu des années 1990 ; elle s'est maintenue à 19%–20% de 1994 à 2004 parmi les femmes enceintes de 15 à 39 ans. Les données montrent néanmoins des tendances et des schémas localement divergents, les taux d'infection à VIH chez les femmes enceintes de 15 à 44 ans variant de moins de 10% dans certains sites à plus de 25% ailleurs. La prévalence du VIH est maximale dans les zones urbaines situées le long des principaux axes de transport du pays, comme Kabwe, Livingstone et Ndola (Ministère de la Santé de Zambie, 2005).

On observe en milieu urbain une légère diminution des taux d'infection à VIH – de 28% en 1994 à 25% en 2004 – parmi les femmes enceintes de 15 à 39 ans. Cette diminution est particulièrement marquée chez les femmes enceintes de 20 à 24 ans – de 30% en 1994 à 24% en 2004 – et de 15 à 19 ans – de 20% en 1994 à 14% en 2004 (Ministère de la Santé de Zambie, 2005).

En milieu rural, la prévalence du VIH a néanmoins augmenté de façon marginale, passant de 11% à 12% entre 1994 et 2004 (Ministère de la Santé de Zambie, 2005). Parmi les femmes enceintes plus âgées (30–39 ans) des zones urbaines, la prévalence du VIH a augmenté de façon marquée (de 24% à 30%) pendant cette même période. Dans certains sites urbains (notamment Mongu) la prévalence du VIH est restée élevée parmi les femmes enceintes jeunes (28% à

30% entre 1994 et 2004), et dans certains sites ruraux, les taux d'infection ont quasiment doublé pour la même période, passant de 7% à 14% pour Kalabao, par exemple (Sandoy et al., 2006 ; Ministère de la Santé de Zambie, 2005). Si l'on prend en compte les niveaux actuels de prévalence du VIH, les jeunes en Zambie devront affronter un risque de mourir du SIDA en l'absence de traitement que l'on peut évaluer à 50% pour la durée de leur vie (Ministère de la Santé de Zambie, 2005).

Les nations insulaires au large des côtes de l'Afrique australe sont en butte à des épidémies beaucoup moins importantes. En 2005, la prévalence nationale du VIH chez l'adulte était bien inférieure à 1% à **Madagascar**, où l'on estime à 49 000 [16 000–110 000] le nombre de personnes vivant avec le VIH. Les connaissances sur le VIH y sont néanmoins maigres et le recours au préservatif très rare. Lors d'une enquête effectuée en 2003–2004, un Malgache sur cinq seulement pouvait nommer deux façons d'empêcher la transmission sexuelle du VIH. Près du tiers (31%) des jeunes femmes de 15 à 24 ans et près des trois quarts (72%) des jeunes hommes ont dit avoir eu des rapports sexuels occasionnels au cours des 12 mois précédents – mais seulement un sur 10 environ (12%) parmi ces jeunes

hommes et une sur 20 (5%) des jeunes femmes ont signalé avoir eu recours au préservatif lors de leur plus récent rapport occasionnel (Institut national de la Statistique et ORC Macro, 2005a).

Il faudra renforcer et focaliser les efforts de prévention visant les consommateurs de drogues injectables à **Maurice** et surtout ceux et celles dans ce groupe qui se livrent au commerce du sexe (Dewing et al., 2006). Parmi les consommateurs de drogues injectables, l'exposition à du matériel d'injection contaminé représente le facteur de risque principal d'infection à VIH dans le cadre de l'épidémie mauricienne, qui est pour le moment assez peu importante. Environ les trois quarts des infections à VIH diagnostiquées pendant le premier semestre 2004 sont survenues chez des consommateurs de drogues injectables (Sulliman et Ameerberg, 2004). L'utilisation de matériel d'injection non stérile semble courant : une enquête en 2004 a montré que 80% des consommateurs de drogues injectables ont déclaré avoir partagé des aiguilles au cours du trimestre précédent. Parmi ceux et celles qui ont accepté de se faire tester pour le VIH, 4% se sont révélés séropositifs. Une proportion élevée des professionnel(le)s du sexe (75%) ont déclaré s'injecter des drogues et ne recourir que rarement au

### CONFLIT ET RISQUE D'INFECTION À VIH

De nouveaux résultats de recherche en Ouganda jettent un doute sur l'opinion jusqu'ici largement répandue selon laquelle les personnes déplacées au sein des pays et les personnes réfugiées encourent un risque plus élevé d'infection à VIH que les personnes vivant dans des conditions apparemment plus stables. On estime que dans le nord de l'Ouganda, le pays Acholi abrite deux millions de personnes déplacées à l'intérieur du pays, avec une prévalence du VIH à un peu plus de 8% (Ministère de la Santé de l'Ouganda et ORC Macro, 2006). Une étude parmi les femmes enceintes des districts de Gulu, Kitgum et Pader a montré que les femmes qui vivent en dehors des camps protégés encouraient un risque plus élevé d'infection à VIH que leurs consœurs vivant à l'intérieur des camps. Cette observation pourrait être liée au fait que dans certains camps les femmes ont moins l'occasion de se déplacer et jouissent d'un meilleur accès aux services de santé et de prévention (Fabiani et al., 2006). Un examen récent de la littérature sur les problèmes du VIH parmi les personnes déplacées concernant huit pays (dont l'Ouganda) a lui aussi échoué à apporter des preuves que les conflits stimulent la transmission du VIH (Spiegel et Harroff-Tavel, 2006).

### TAUX DE PALUDISME TRÈS ÉLEVÉS CHEZ LES PERSONNES INFECTÉES PAR LE VIH

Les adultes consultant pour un paludisme en Ouganda présentent des taux de séropositivité au VIH plus élevés qu'on ne s'y attendrait. Plus de 30% des adultes qui se présentent aux centres de santé des districts avec un accès de paludisme simple à *Plasmodium falciparum* présentent une coinfection à VIH. Les adultes infectés par le VIH courent un risque trois fois plus élevé de devoir recevoir un traitement clinique pour le paludisme. Ces résultats concordent avec les observations de plus en plus nombreuses en provenance d'autres études en Afrique subsaharienne, selon lesquelles le paludisme tend à être plus grave et plus fréquent chez les adultes infectés par le VIH ; ils soulignent l'importance de nouvelles stratégies de test et de conseil VIH chez les adultes présentant un paludisme à *P. falciparum* sans complications (Kamya et al., 2006).

préservatif (32% seulement signalaient un recours systématique au préservatif pendant le trimestre précédent). Parmi les professionnel(le)s du sexe chez qui on a procédé au test du VIH, 13% présentaient une infection à VIH (Sulliman, Ameerberg, Dhannoo, 2004).

## Afrique de l'Est

En Afrique de l'Est, la tendance générale vers une stabilisation ou un déclin de la prévalence du VIH semble se poursuivre.

Après avoir décliné au cours des années 1990, l'épidémie de l'**Ouganda** s'est stabilisée dans l'ensemble. La prévalence du VIH chez l'adulte était de 6,7% [5,7% à 7,6%] en 2005 pour l'ensemble du pays, significativement plus élevée chez les femmes – près de 8% – que chez les hommes – 5% (ONUSIDA, 2006 ; Ministère de la Santé de l'Ouganda et ORC Macro, 2006). En 2005, il y avait environ un million de personnes vivant avec le VIH [850 000–1,2 million] en Ouganda (ONUSIDA, 2006). Au niveau des régions, la prévalence la plus faible s'observait dans la région du West Nile et la plus élevée (plus de 8%) dans les régions de Kampala, la région centrale et la région du centre-nord (Ministère de la Santé de l'Ouganda et ORC Macro, 2006).

L'épidémie en Ouganda présente des tendances variables. La prévalence du VIH a diminué de façon marquée parmi les femmes enceintes à Kampala et dans d'autres villes depuis le début des années 1990 jusqu'au début des années 2000, dans un contexte de modifications significatives du comportement (notamment l'abstinence sexuelle et le recours au préservatif pour les rapports occasionnels) et d'un accroissement de la mortalité due au SIDA (Kirungi et al., 2006). Dans certaines régions rurales, toutefois, il y a maintenant des indications que les infections à VIH augmentent à nouveau. Les données recueillies lors d'une étude sur 25 villages ont mis en évidence une augmentation de la prévalence d'un minimum de 5,6% chez les hommes et 6,9% chez les femmes en 2000 à 6,5% chez les hommes et 8,8% chez les femmes en 2004. Une tendance similaire, qui remonte à 2002, a été observée parmi des femmes enceintes dans la moitié environ des sites de surveillance anténatale inclus dans cette étude (Shafer et al., 2006). La distribution massive de médicaments antirétroviraux et la survie prolongée des personnes ainsi traitées ne suffisent pas à expliquer le fait que davantage de personnes vivaient avec le VIH. Les traitements massifs n'ont démarré qu'en 2004, alors que l'augmentation du

pourcentage de personnes vivant avec le VIH avait commencé plusieurs années auparavant, vers 2000. L'étude en milieu rural a montré que l'*incidence* du VIH chez les femmes et les hommes plus âgés (40–49 ans) avait crû depuis 2000 ; chez les hommes, en fait, l'incidence avait atteint des pics plus élevés que les taux observés en 1990–1994. L'enquête nationale au niveau des foyers entreprise en 2004–2005 a apporté des résultats du même ordre, notant des niveaux élevés d'infection parmi les Ougandais d'âge moyen (Ministère de la Santé de l'Ouganda et ORC Macro, 2006). Ces résultats peuvent provenir de modifications du comportement : l'enquête rurale a par exemple montré que le pourcentage d'hommes âgés de 40 ans et plus qui déclaraient avoir eu au moins deux partenaires occasionnelles au cours du mois précédent avait augmenté entre 2000 et 2004 (Shafer et al., 2006).

Il faudra poursuivre les recherches pour pouvoir valider ces tendances apparentes, mais les résultats actuels semblent indiquer une érosion des gains acquis par l'Ouganda contre le SIDA au cours des années 1990. Des données nationales sur le comportement (enquête nationale VIH dans les foyers de 2004–2005), qui signalent un recours irrégulier au préservatif – seule une moitié environ des hommes et des femmes de 15 à 49 ans ont signalé un recours au préservatif lors de leur dernier rapport avec un(e) partenaire occasionnel(le) – et le nombre croissant d'hommes ayant eu des rapports sexuels avec plus d'une partenaire au cours de l'année précédente (Ministère de la Santé de l'Ouganda et ORC Macro, 2006) renforcent cette interprétation.

Les résultats d'enquêtes récentes dans les zones rurales de la province de Tororo donnent cependant des indications encourageantes selon lesquelles les personnes qui reçoivent un traitement antirétroviral présentaient un risque nettement moindre de transmettre le VIH après deux années de traitement ; cette diminution serait en partie due à une réduction marquée de la charge virale et aussi à une moindre fréquence des rapports sexuels non protégés (Bunnell et al., 2006).

Le **Kenya**, où 1,3 million de personnes vivent actuellement avec le VIH [1,1 million–1,5 million], continue à affronter une grave épidémie de SIDA, même s'il y a des signes que la prévalence du VIH décroît parmi les femmes enceintes (Cheluget et al., 2006 ; OMS, 2005 ; Baltazar, 2005). Au niveau du pays, la prévalence du VIH chez l'adulte a baissé de 10% à la fin des années 1990 jusqu'à environ 7% en 2003 (Ministère de la Santé du Kenya, 2005) et un

peu plus de 6% [5,2% à 7,0%] en 2005 (ONUSIDA, 2006). Il y a aussi eu une chute marquée des taux d'infection parmi les femmes enceintes dans la plupart des sites de consultation prénatale où les données VIH sont fiables et comparables. La prévalence du VIH a chuté de 25% en 1998 à 8% en 2004 dans certains de ces sites, et dans d'autres de 15% en 2001 à 4,3% en 2004 (Cheluget, Marum, Stover, 2006).

---

*En Afrique de l'Est, les tendances générales à la stabilisation ou au déclin de la prévalence du VIH semblent se poursuivre. Toutefois, des recherches récentes font état de l'érosion possible des gains obtenus par l'Ouganda contre le SIDA au cours des années 1990.*

---

Les raisons qui peuvent éventuellement expliquer ces tendances sont complexes. Le Kenya a mis en place des efforts importants de prévention du VIH dès 2000 et il semble bien que les gens ont été plus nombreux à retarder leur entrée dans la vie sexuelle, que le recours au préservatif a augmenté et que le pourcentage d'adultes ayant plusieurs partenaires sexuels a diminué. Les nouvelles infections à VIH semblent néanmoins avoir déjà atteint un pic dès le milieu des années 1990, avant l'expansion des programmes de prévention. On peut donc penser que d'autres facteurs – notamment l'accroissement de la mortalité due au SIDA et la saturation de l'infection chez les personnes les plus exposées – ont entraîné la majeure partie de la diminution de prévalence du VIH que l'on observe depuis plusieurs années (Cheluget, Marum, Stover, 2006). On peut espérer que les modifications du comportement observées récemment continueront à encourager cette diminution. L'émergence de la consommation de drogues injectables comme facteur de l'épidémie au Kenya constitue néanmoins une préoccupation nouvelle. Au cours d'une enquête menée en 2004 parmi des consommateurs de drogues injectables à Mombasa, par exemple, 50% étaient infectés par le VIH ; une enquête semblable à Nairobi a trouvé un taux de 53% parmi les consommateurs de drogues injectables (Odek-Ogunde, 2004).

On estime à 1,4 million [1,3 million–1,6 million] le nombre d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH dans la **République-Unie de Tanzanie** à la fin 2005, ce qui en fait l'un des pays les plus touchés au monde. Là aussi les taux d'infection ont quelque peu diminué – de 8,1% à 6,5% au niveau du pays

entre 1995 et 2004 (Somi et al, 2006) et de 14% à 11% parmi les femmes enceintes à Dar es-Salaam entre 1995 et 2003 (Urassa et al., 2006). A Mbeya et Iringa, les régions du pays les plus gravement touchées, les taux d'infection à VIH vont de 15% à 19% dans plusieurs villes en 2004 (Swai et al., 2006 ; Bureau national des Statistiques de Tanzanie et ORC Macro, 2005).

Par ailleurs, on a observé une prévalence élevée du VIH dans des sites ruraux de consultation prénatale, par exemple 8% et 11% à Ilembo et Igamba dans la région de Mbeya en 2004 (Swai et al., 2006). Les projections indiquent que le nombre de nouvelles infections à VIH en milieu rural (où vivent environ les trois quarts de la population du pays) pourrait être deux fois plus élevé qu'en zones urbaines d'ici à 2010. Il faudra donc veiller avec force à prévoir aussi des ressources suffisantes pour la prévention, le traitement et la prise en charge en milieu rural (Somi et al., 2006).

Il existe aussi des indications selon lesquelles la consommation de drogues injectables, qui s'est rapidement étendue en Afrique de l'Est (McCurdy et al., 2005a) pourrait aussi contribuer à l'épidémie en **Tanzanie**. On ne connaît pas encore la prévalence du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables en Tanzanie mais on sait que les pratiques hautement susceptibles de transmettre le virus ne sont pas rares. Jusqu'à un tiers des consommateurs de drogues injectables à Dar es-Salaam interrogés au cours d'une étude réduite disent avoir partagé du matériel d'injection non stérile ; la plupart des consommatrices de drogues injectables pratiquent aussi le commerce du sexe. Une pratique particulièrement risquée est celle appelée 'flashblood' (connue aussi sous le nom de 'charge sanguine directe' dans d'autres pays), qui consiste à retirer du sang dans la seringue après avoir injecté de l'héroïne et à passer ensuite la seringue à un compagnon ou à une compagne d'injection. Cette pratique – apparemment destinée à partager avec les personnes qui ne peuvent pas se payer leur propre dose de drogue les effets de l'injection – est fréquente à Dar es-Salaam parmi les professionnelles du sexe qui s'injectent des drogues ; elle comporte évidemment un risque très élevé de transmission du VIH (McCurdy et al, 2005b).

La consommation de drogues injectables figure aussi dans l'épidémie moins importante de Zanzibar. Parmi les femmes en consultation prénatale, la prévalence du VIH était de 0,9% en 2005. Une étude récente a néanmoins montré qu'un tiers des personnes consommant des drogues injecta-

bles présentait une infection à VIH ; près de la moitié (46%) ont signalé avoir utilisé des aiguilles non stériles. En outre, près d'une consommatrice de drogues injectables sur cinq présentait une syphilis, ce qui peut faire penser à la combinaison de pratiques à risque tant pour l'injection que pour les rapports sexuels au sein de cette population (Dahoma et al., 2006).

Au **Rwanda** l'épidémie s'est stabilisée au cours des années 2000, mais la prévalence du VIH reste élevée dans la capitale Kigali, où environ 13% des femmes enceintes étaient séropositives en 2003. Le Rwanda a élargi la surveillance du VIH, notamment en milieu rural (où l'on a montré que la prévalence du VIH – 3% ou moins parmi les femmes enceintes – est significativement plus faible qu'en milieu urbain) et a introduit des méthodes améliorées d'estimation de la prévalence du VIH au cours des dernières années (Kayirangwa et al., 2006). Il convient donc de ne comparer entre elles que des données en provenance de sites de surveillance ayant utilisé des méthodes comparables au cours du temps. Ce type de comparaison montre une chute de la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes en milieu urbain, notamment en 1998–2003. A Kigali, la prévalence est passée d'une valeur légèrement supérieure à 16% à un taux de 13% au cours de cette période ; dans deux autres zones urbaines elle est passée de 9,5% à 5,8%. Cette tendance à la décroissance semble avoir faibli au cours des dernières années. La prévalence du VIH est restée stable en milieu rural, mais à des niveaux nettement plus faibles – entre 2,1% et 2,8% en 1998–2003 (Kayirangwa et al., 2006). Les premiers résultats de la dernière enquête démographique et sanitaire montrent que les taux d'infection à VIH sont plus de trois fois plus élevés en milieu urbain qu'en milieu rural : 7,3% contre 2,2%. La prévalence la plus élevée se rencontre toujours à Kigali, où les taux d'infection sont de 2 à 3 fois plus élevés que n'importe où ailleurs dans le pays (Institut national de la Statistique et al., 2005).

Au **Burundi** voisin, un peu plus de 3% des adultes [2,7%–3,8%] – environ 150 000 – personnes vivaient avec le VIH in 2005 ; des tendances divergentes se font jour en diverses régions du pays. La prévalence du VIH parmi les jeunes femmes enceintes (15–24 ans) a décliné de 13% à 9% entre 2000 et 2004 dans les consultations prénatales de Bujumbura et dans d'autres zones urbaines (Ministère de la Santé publique du Burundi, 2005).

Les données de surveillance sentinelle les plus récentes montrent néanmoins un net accroissement des infections à VIH parmi les femmes en consultation prénatale à Bujumbura (de 12,6% en 2004 à 18% en 2005) ; les taux d'infection parmi les femmes jeunes (15 à 24 ans) ont pratiquement doublé, passant de 8,6% in 2004 à 15,5% en 2005. En 2004–2005, la prévalence chez les femmes enceintes a aussi augmenté dans les zones rurales (Ministère de la Santé publique du Burundi, 2005).

En **Ethiopie**, d'après les données sur le VIH collectées dans les consultations prénatales, on a estimé la prévalence chez les adultes au niveau du pays à 3,5% en 2005, avec des taux plus de cinq fois plus élevés en milieu urbain (10,5%) qu'en milieu rural (1,9%). Dans certaines consultations prénatales d'Addis-Abeba et dans d'autres zones urbaines, on note un déclin progressif de la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes, surtout depuis 1997–1998 (Ministère fédéral de la Santé, 2006). La prévalence reste néanmoins élevée à Addis-Abeba dans l'ensemble – où elle se maintient entre 14% et 16% depuis le milieu des années 1990 – et dans d'autres zones urbaines – où elle se maintient de même entre 11% et 13% (Hladik et al., 2006). Environ 80% de la population nationale vit en milieu rural, où la prévalence parmi les femmes en consultation prénatale est passée de 1,9% en 2000 à 2,6% en 2003 et 2,2% in 2005 (Hladik et al., 2006 ; Ministère fédéral de la Santé de l'Ethiopie, 2004 ; Ministère fédéral de la Santé de l'Ethiopie, 2006).

Seule une minorité des femmes enceintes se rend aux consultations prénatales en Ethiopie et les données rassemblées ne donnent qu'un portrait incomplet des tendances de l'épidémie. Les résultats de l'enquête démographique et sanitaire de 2005, qui concernait plus de 13 000 hommes et femmes de toutes les régions, permettent une approche plus complète de l'épidémie éthiopienne. Ces chiffres montrent que 1,4% des adultes (15 à 49 ans) vivaient avec le VIH en 2005, la prévalence chez les femmes adultes étant double de celle des hommes du même groupe d'âge. Les taux d'infection sont beaucoup plus élevés en milieu urbain (5,5% parmi les adultes) qu'en milieu rural (0,7%) (Agence centrale des Statistiques et ORC Macro, 2006).<sup>4</sup>

Les données les plus récentes de l'**Erythrée** voisine montrent elles aussi une épidémie stable ; 2,4% des femmes en consultation prénatale sont séropositives, ce qui concorde avec les prévalences de 2,8% et

<sup>4</sup> Les différences entre les estimations VIH fondées sur les chiffres des consultations prénatales et celles qui proviennent de l'enquête à assise communautaire semblent tenir pour l'essentiel à la faible couverture des services de consultation prénatale en Ethiopie et aux différences de couverture géographique entre les deux systèmes de surveillance. Il vaut la peine de noter que la prévalence du VIH est la même – 3,5% – pour les femmes testées au sein de la population et qui avaient été vues en consultation prénatale et pour les informations tirées des données de consultation prénatale (Agence centrale des Statistiques et ORC Macro, 2006).

2,4% rencontrées respectivement en 2001 et 2003. La prévalence va de plus de 7% à Assab dans le sud du pays et 6% dans la région centrale d'Assia jusqu'à 0% à Shieb, également en zone centrale (Ministère de la Santé de l'Erythrée, 2006).

Nous ne disposons pas de nouvelles données pour la **Somalie**, où une enquête sentinelle de surveillance menée en 2004 avait trouvé des taux relativement bas au niveau du pays chez les femmes enceintes (0,9%). Dans certaines consultations prénatales, la prévalence du VIH avait considérablement augmenté depuis 1999 – à Hargeisa de 0,7% à 1,6% et à Berbera de 0% à 2,3% (OMS, 2005a). Le niveau de connaissances sur les modes de transmission du VIH est faible et le recours au préservatif très rare : d'après une enquête, plus de 85% des jeunes de 15 à 24 ans (hommes et femmes) n'avaient jamais eu recours à un préservatif (OMS, 2005b).

### Afrique de l'Ouest et Afrique centrale

La prévalence du VIH chez les adultes au niveau du pays continue à être bien moindre en Afrique de l'Ouest que dans les autres régions de l'Afrique subsaharienne. Au niveau du pays, la prévalence chez l'adulte ne dépasse 4% qu'en **Côte d'Ivoire**, et dans plusieurs autres pays, notamment des pays du Sahel, elle ne dépasse pas 2%. Comme dans la majeure partie de l'Afrique de l'Est, les tendances de l'infection à VIH sont en général stables même si on a noté un déclin de la prévalence parmi les femmes enceintes de plusieurs villes, dont Ouagadougou au **Burkina Faso**, Abidjan en **Côte d'Ivoire** et Lomé au **Togo** (OMS, 2005).

Seules l'Inde et l'Afrique du Sud comptent plus d'habitants vivant avec le VIH que le **Nigéria**, où l'on estime ce chiffre à 2,9 millions [1,7 million–4,2 millions] en 2005 (ONUSIDA, 2006). Environ 300 000 adultes ont été infectés par le VIH en 2005. L'application aux anciennes données de surveillance sentinelle des hypothèses améliorées que l'on utilise pour les estimations actuelles de la prévalence du VIH chez les femmes enceintes montre que la tendance générale de cette prévalence chez les femmes enceintes au Nigéria est probablement stable. Au niveau du pays, environ 4,4% [4,2% à 4,6%] des femmes qui se rendent aux consultations prénatales ont présenté une infection à VIH en 2005, mais cette prévalence dépassait 5% dans une petite douzaine d'Etats. L'épidémie varie de façon marquée, la prévalence au niveau des Etats allant de 10% pour Benue (zone du Centre-Nord) et 8% pour Akwa Ibom (Sud-Est) à moins de 2% pour Ekiti, Oyo (tous deux dans la zone du Sud-Ouest) et Jigawa (Nord-Ouest). Dans certains Etats, la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes

est plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain, mais l'inverse peut se rencontrer aussi. Des travaux de recherche plus précis permettront peut-être de mieux comprendre des schémas aussi variables (Ministère fédéral de la Santé du Nigéria, 2006).

Au niveau du pays la prévalence chez l'adulte se maintient à un peu moins de 1% [0,4%-1,5%] au **Sénégal** (ONUSIDA, 2006), avec néanmoins des niveaux deux fois plus élevés (respectivement 2,2% et 2%) dans les régions méridionales de Ziguinchor et de Kolda (Centre de recherche pour le Développement humain et données de l'enquête démographique et sanitaire et MEASURE DHS+, 2005). Le commerce du sexe semble toujours être le principal moteur de l'épidémie au Sénégal : la prévalence du VIH peut atteindre 30% parmi les professionnel(le)s du sexe à Ziguinchor, par exemple, et le risque persiste de voir le VIH se propager depuis ces professionnel(le)s et leur clientèle vers la population générale (Gomes do Espirito Santo et Etheredge, 2005).

Des études en cours sont en train d'identifier un facteur jusqu'ici mal connu de l'épidémie au Sénégal : les rapports sexuels entre hommes en tant que facteur de risque pour l'infection à VIH. Une étude menée dans cinq zones urbaines (Dakar, Kaolack, Mbour, Saint-Louis et Thiès) a mis en évidence une prévalence de 22% pour le VIH chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes – la plupart (94%) ont déclaré par ailleurs avoir des rapports sexuels avec des femmes aussi (Wade et al., 2005). Cette population pourrait constituer un pont potentiel pour la transmission du VIH aux femmes, qui normalement n'encourent qu'un faible risque d'infection. Environ la moitié seulement des hommes qui ont pris part à l'étude ont mentionné avoir eu recours au préservatif pendant leurs rapports avec une femme ou avec un homme au cours du mois précédent (Wade et al., 2005).

L'épidémie de VIH pourrait bien continuer à croître au **Mali** après être restée stable pendant plusieurs années. L'étude des données provenant des sites de surveillance sentinelle avec des données cohérentes pour 2002–2005 montre une augmentation de la prévalence médiane du VIH parmi les femmes enceintes, de 3,3% in 2002 à 4,1% en 2003 et 2005. Il en va de même pour les femmes enceintes âgées de 15 à 19 ans, où les taux d'infection à VIH ont augmenté de 2,5% en 2002 à 3,4% en 2005, et pour les femmes enceintes de plus de 35 ans (1,5% en 2002 à 4,5% en 2005). Les taux d'infection seraient normalement plus élevés chez les femmes plus âgées, sexuellement actives depuis plus longtemps et donc plus susceptibles d'avoir été infectées. Dans

l'ensemble, la prévalence du VIH est la plus élevée dans la région de Ségou, avec 5,1% des femmes enceintes séropositives en 2005 – un rappel que dans ce vaste pays des épidémies graves et localisées sont en cours (Ministère de la Santé du Mali, 2005).

---

*Il y a des signes qui évoquent un déclin de la prévalence du VIH dans les zones urbaines du Burkina Faso, de la Côte d'Ivoire et du Ghana, mais l'épidémie du Mali semble s'étendre.*

---

La **Guinée** connaît l'une des épidémies de SIDA parmi les plus modestes de l'Afrique subsaharienne. La prévalence du VIH chez l'adulte y a été estimée à 1,5% [1,2% à 1,8%] en 2005 et environ 85 000 personnes [69 000 à 100 000] y vivent avec le VIH. L'enquête dans les foyers récemment menée au niveau du pays montre que les niveaux d'infection à VIH sont les plus élevés en milieu urbain, le taux parmi les adultes dépassant 2% dans la capitale Conakry (Direction nationale de la Statistique de Guinée et ORC Macro, 2006).

En **Côte d'Ivoire**, où les conflits civils ont entravé les activités de surveillance du VIH et probablement aussi les activités de prévention, les nouvelles données sont toujours en attente. Les données disponibles pour le VIH suggèrent l'existence d'une épidémie relativement stable mais sérieuse, au moins 4% des adultes vivant avec le VIH en 2005 (ONUSIDA, 2006). Au Togo les données pour le VIH indiquent elles aussi une épidémie importante, les régions Maritime, Plateaux et Savanes ainsi que la capitale Lomé étant les plus gravement atteintes (OMS, 2005). Au moins 7% des femmes en consultation prénatale dans ces régions ont présenté un test positif au VIH (OMS, 2005 ; Ministère de la Santé du Togo, 2004). La prévalence du VIH pour l'ensemble des adultes a été estimée à 3,2% [1,9% à 4,7%] et environ 110 000 personnes [65 000-160 000] vivaient avec le VIH en 2005 (ONUSIDA, 2006).

Le **Bénin** voisin connaît une épidémie moins importante : environ 87 000 personnes [57 000 à 120 000] y vivaient avec le VIH en 2005 et la prévalence du VIH chez les adultes y est estimée à 1,8% [1,2% à 2,5%] (ONUSIDA, 2006). Les données en provenance du petit nombre de sites sentinelles urbains qui en disposent depuis le milieu des années 1990 montrent une tendance à la baisse pour les infections à VIH depuis 2000, la prévalence du VIH ayant chuté de 4% environ (2001) à moins de 2% (2005). On a néanmoins trouvé des taux d'infection élevés pour le VIH (de 3% à plus de 5%) parmi les

femmes en consultation prénatale en milieu urbain et rural dans les départements de l'Atlantique et de Mono. Dans l'ensemble, l'épidémie du Bénin semble être stable, la prévalence du VIH dans les consultations prénatales se maintenant entre 1,8% et 2,2% depuis 2003 (Ministère de la Santé du Bénin, 2006 ; Alary et al., 2003).

Au **Ghana** voisin, où on estimait en 2005 à 2,3% [1,9% à 2,6%] la prévalence du VIH chez l'adulte (ONUSIDA, 2006), on observe des signes qui pourraient faire penser à un déclin de l'épidémie. Après avoir augmenté jusqu'à atteindre un pic de 3,6% en 2003, les taux d'infection à VIH parmi les femmes vues en consultation prénatale ont baissé à 3,1% en 2004 et 2,7% en 2005 (Programme national de Lutte contre le SIDA et les IST, 2006). L'enquête nationale menée en 2003 a montré que, contrairement à ce que l'on observe dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, la prévalence du VIH au Ghana varie peu entre milieu urbain et milieu rural – 2,3% contre 2,0% (Services de la Statistique du Ghana, Noguchi Memorial Institute for Medical Research et ORC Macro, 2004). La propagation du VIH varie néanmoins d'une région à l'autre, la prévalence parmi les femmes enceintes allant de 1,2% dans la région septentrionale à 4,7% dans la région orientale (Programme national de Lutte contre le SIDA et les IST, 2006).

Les infections à VIH sont particulièrement fréquentes parmi les personnes moins jeunes, en particulier les femmes de 35 à 39 ans et les hommes de 40 à 44 ans (Akwaru et al., 2005). Parmi les femmes enceintes, la plupart des infections à VIH s'observent au sein du groupe d'âge 25 à 34 ans (Programme national de Lutte contre le SIDA et les IST, 2006). Au Ghana, comme dans beaucoup d'autres pays, le mariage semble constituer un facteur de risque important pour les femmes, comme la mobilité en constitue un pour les hommes (Akwaru et al., 2005). Les femmes mariées courent un risque trois fois plus élevé d'être infectées par le VIH que les femmes n'ayant jamais été mariées (Services de la Statistique du Ghana, Noguchi Memorial Institute for Medical Research, ORC Macro, 2004).

Des recherches menées dans trois prisons de Nsawan et d'Accra au Ghana ont mis en évidence un taux de prévalence élevé pour le VIH parmi les détenus (19%) et les membres du personnel carcéral (8,5%) qui ont pris part à l'étude. Il se peut que la faible taille de l'échantillon ait conduit à une surestimation de la prévalence du VIH, mais les résultats montrent que des flambées de VIH surviennent dans ces prisons. Dans l'ensemble, un tiers ou presque des

détenus de sexe masculin de l'enquête ont dit avoir eu des rapports sexuels avec des hommes (en prison ou hors de la prison) et un faible pourcentage a déclaré avoir consommé des drogues injectables. Le tatouage pourrait aussi être une cause de transmission intracarcérale du VIH. Il semble que de nombreux détenus infectés par le VIH ont acquis le virus en prison : même si la majorité étaient en prison depuis 10 ans environ, aucun n'avait atteint le stade symptomatique du SIDA, ce qui indique une infection relativement récente (Adjei et al., 2006).

Au nord du Ghana, au **Burkina Faso**, l'épidémie semble elle aussi décliner : la prévalence estimée du VIH chez l'adulte s'y est maintenue autour de 2% [1,5 à 2,5%] (ONUSIDA, 2006). Parmi les jeunes femmes (15-24 ans) vues en consultation prénatale en milieu urbain, les niveaux d'infection à VIH ont baissé de moitié entre 2001 et 2003, à moins de 2%. Les données d'enquête au niveau du pays indiquent que les citoyens du Burkina Faso ont plus tendance à se protéger – ainsi que leurs partenaires – contre une éventuelle infection à VIH (Présidence du Faso, 2005; Institut national de la statistique et de la démographie et ORC Macro, 2004). Le sud et l'ouest du pays (notamment la province de Poni avec une prévalence du VIH chez l'adulte de 3,7% en 2003) sont nettement plus atteints par l'épidémie que les régions situées à l'est (Institut national de la statistique et de la démographie et ORC Macro, 2004).

Au sein de la population clairsemée du **Tchad**, une enquête nationale récente a trouvé une prévalence chez l'adulte de 3,3% pour le VIH. Dans les cinq principales villes du pays, plus de 6% des adultes vivent avec le VIH et 8% dans la capitale N'Djamena. Il y a beaucoup à faire pour améliorer la prévention dans le domaine du VIH. Moins d'un homme ou d'une femme sur 10 (8%) ont dit avoir eu recours au préservatif lors de leur plus récent rapport sexuel et environ 4% des hommes et 2% des femmes ont dit avoir échangé des services sexuels contre de l'argent à un moment ou à un autre (la moitié seulement ayant eu recours au préservatif dans ce cas). Le niveau de connaissances élémentaires sur le VIH est médiocre : seul un quart des hommes ou des femmes savaient comment empêcher la transmission sexuelle du VIH et rejetaient les principales idées fausses concernant le virus (République du Tchad, 2005).

L'insuffisance des données sur le VIH rend difficile l'examen des tendances pour la plupart des pays de l'Afrique centrale ; le Cameroun et la République centrafricaine semblent les plus atteints. En

République centrafricaine, près de 11% des adultes de 15 à 49 ans [4,5% à 17,2%] vivaient avec le VIH en 2005 (ONUSIDA, 2006) ; la prévalence du VIH chez l'adulte dépassait 5% [4,9%-5,9%] au Cameroun (ONUSIDA, 2006). Dans ce dernier pays, les taux d'infection sont les plus élevés dans les zones du nord-ouest et de l'est (près de 9%) et les plus bas dans les régions du nord – 2% ou moins (Institut national de la statistique et de la démographie et ORC Macro, 2005b). L'enquête démographique et sanitaire de 2005 a mis en évidence une prévalence chez les femmes de 15 à 49 ans qui est près du double de la prévalence observée chez les hommes (6,8% contre 4,1%). Cette même enquête a permis de constater que, si la population est largement consciente du SIDA, elle a peu de connaissances sur le VIH : plus du tiers des femmes ne connaissaient pas les méthodes de prévention contre la transmission sexuelle du VIH (Institut national de la statistique et de la démographie et ORC Macro, 2004).

On estime à un million [560 000-1,5 million] le nombre de personnes vivant avec le VIH en **République démocratique du Congo** en 2005, dont plus de 100 000 enfants de moins de 14 ans [40 000-270 000] (ONUSIDA, 2006). Pour de nombreuses régions de ce vaste pays, on ne dispose pas de données de surveillance du VIH. Son voisin plus petit et moins peuplé à l'ouest, le Congo, comptait environ 120 000 personnes vivant avec le VIH [75 000-160 000] en 2005 (ONUSIDA, 2006), année où 4,9% des femmes vues en consultation prénatale se sont avérées séropositives au VIH. La prévalence parmi les femmes enceintes varie considérablement – de 2% pour Djambala à 9% pour Sibiti et 10% pour Gamboma. A Brazzaville, la capitale, quelque 4% des femmes en consultation prénatale étaient infectées par le VIH (Ministère de la Santé et de la Population de la République du Congo, 2005).

En résumé, les épidémies de l'Afrique subsaharienne suivent des tracés divergents. Il y a des indications que la propagation du VIH est stable ou décroît dans la plupart des pays de l'Afrique de l'Est ou de l'Ouest – mais avec des épidémies croissantes dans un petit nombre de pays. En Afrique australe, seul le Zimbabwe montre une prévalence en fort déclin pour le VIH au niveau national ; dans plusieurs autres pays – dont l'Afrique du Sud – il n'y a encore aucun signe que les épidémies soient en train de ralentir.