



ASIE

On estime à 8,6 millions [6,0 millions – 13,0 millions] le nombre de personnes vivant avec le VIH en Asie en 2006, y compris les 960 000 personnes [640 000 – 2,5 millions] nouvellement infectées au cours de l'année écoulée. Environ 630 000 personnes [430 000 – 900 000] sont mortes en 2006 de maladies liées au SIDA. Le nombre de personnes recevant un traitement antirétroviral a plus que triplé depuis 2003 et aurait atteint 235 000 [180 000 – 290 000] en juin 2006. Ce chiffre représente environ 16% du nombre total de personnes requérant ce type de traitement en Asie. Seule, la **Thaïlande** est parvenue à fournir ce traitement à la moitié au moins des personnes qui en avaient besoin (OMS/ONUSIDA, 2006).

Chine

On estime qu'en **Chine** 650 000 personnes [390 000 – 1,1 million] vivaient avec le VIH à la fin de l'année 2005 (Ministère de la Santé de la Chine, 2006) Bien que des infections à VIH aient été détectées dans toutes les provinces de ce grand pays, la plupart ont été enregistrées dans les provinces du Henan, du Yunnan, du Guangxi, du Xinjiang et du Guangdong, tandis que le Ningxia, le Qinghai et le Tibet semblent n'avoir pas connu à ce jour de flambées de VIH (Ministère de la Santé de la Chine ; ONUSIDA, 2006).

Ayant commencé dans les zones rurales avant de s'étendre dans les villes – ce qui est inhabituel (Zhao et al., 2006) – l'épidémie de VIH liée à la consommation de drogues injectables a pris des proportions alarmantes. Près de la moitié (44%) des personnes vivant en Chine avec le VIH auraient été infectées lors de l'injection de drogues (Ministère de la Santé de la Chine, ONUSIDA, OMS ; Lu, Wang et al., 2006) et près de 90% des infections à VIH survenues dans ces conditions sont survenues

dans sept provinces – Yunnan, Xinjiang, Guangxi, Guangdong, Guizhou, Sichuan et Hunan (Ministère de la Santé de la Chine, ONUSIDA, OMS, 2006). La moitié (49%) des consommateurs de drogues injectables auraient à un moment ou à un autre utilisé du matériel d'injection non stérile (Comité de travail SIDA du Conseil d'Etat chinois, 2004). Il n'y a donc pas lieu de s'étonner que la prévalence du VIH ait dépassé 50% chez les consommateurs de drogues injectables dans certaines régions des provinces du Xinjiang, du Yunnan et du Sichuan (Mingjian et al., 2006 ; Ministère de la Santé de la Chine, 2006 ; MAP, 2005a), ni de la hausse brutale de cette prévalence chez les consommateurs de drogues injectables – dans le sud-ouest de la province du Sichuan, par exemple, la prévalence dans cette population en milieu urbain est passée de 11% en 2002 à 18% en 2004 (Zhang et al., 2006).

En Chine, la moitié des nouvelles infections à VIH en 2005 se sont produites au cours de rapports sexuels non protégés. Le VIH se propageant graduellement des populations les plus exposées au risque vers la population générale, le nombre des infections à VIH chez les femmes est en augmentation.

Après avoir lancé en 1999 son premier programme d'échange de seringues et d'aiguilles, la Chine a mis en place des programmes similaires dans 18 provinces et ces programmes sont passés au nombre de 92 en 2006. Les bienfaits commencent à s'en faire sentir. Selon les données recueillies dans six de ces sites d'échange, le partage du matériel d'injection non stérile, qui se situait entre 27% et 79% au début du projet, a chuté à un taux compris entre 12% et 56% à la fin 2005 (Wu et al., 2006). Dans

un lieu d'échange d'aiguilles et de seringues dans la province du Hunan, le pourcentage de consommateurs de drogues qui partagent les aiguilles a baissé de 43% à 23% entre 2003 et 2005 tandis que l'observation d'un niveau satisfaisant pour les connaissances en matière de VIH et la prise de conscience a été multipliée par quatre, de 21% à 80% (Chen et al., 2006). Malheureusement les programmes de réduction des risques rencontrent toujours en plusieurs endroits une certaine résistance de la part des autorités provinciales et locales. En conséquence, la nature et la qualité de la riposte de la Chine à l'épidémie varie considérablement d'un lieu à un autre. (Qian et al., 2006). Outre l'augmentation du nombre de cliniques dispensant de la méthadone et des sites d'échange de seringues et d'aiguilles, il est encore nécessaire d'accroître la connaissance du VIH chez les consommateurs de drogues injectables et leurs partenaires : une étude conduite par exemple auprès de consommateurs de drogues injectables dans la province du Yunnan a montré qu'une personne sur cinq parmi cette population ignorait que le partage des seringues comportait un risque de transmission du VIH (Christian et al., 2006).

Chez les consommateurs de drogues injectables les comportements sexuels à risque viennent accroître la probabilité d'une propagation au sein de cette population et même au-delà (Zhao et al., 2006).

Les données de la surveillance nationale indiquent que 11% des consommateurs de drogues injectables ont également des activités sexuelles à haut risque (Ministère de la Santé de la Chine, ONUSIDA, OMS, 2006). Lors d'une étude, plus d'un tiers de jeunes consommateurs de drogues injectables actifs sexuellement ont indiqué qu'ils partageaient leur matériel d'injection et 4% seulement d'entre eux employaient régulièrement un préservatif avec leurs partenaires sexuels réguliers (Liu et al., 2006). Dans la province du Yunnan, deux tiers des consommateurs de drogues injectables (inscrits dans des centres de désintoxication) disaient n'avoir pas acheté de préservatif au cours du mois précédent à l'occasion de leurs rapports rémunérés et plus de la moitié disaient n'en avoir jamais acheté (Christian et al., 2006).

De nombreux consommateurs masculins de drogues injectables achètent des rapports sexuels et une consommatrice de drogues injectables sur deux pratique fréquemment ou par intermittence le commerce du sexe (Liu et al., 2006 ; Yang et al., 2005). Dans certaines provinces, comme le Sichuan, un pourcentage faible mais significatif des professionnel(le)s du sexe consomment également des drogues – leur clientèle est généralement plus abondante que celle de leurs collègues qui ne consomment pas de drogues injectables et leur recours au préservatif est moins fréquent (MAP, 2005a ; MAP, 2005b).

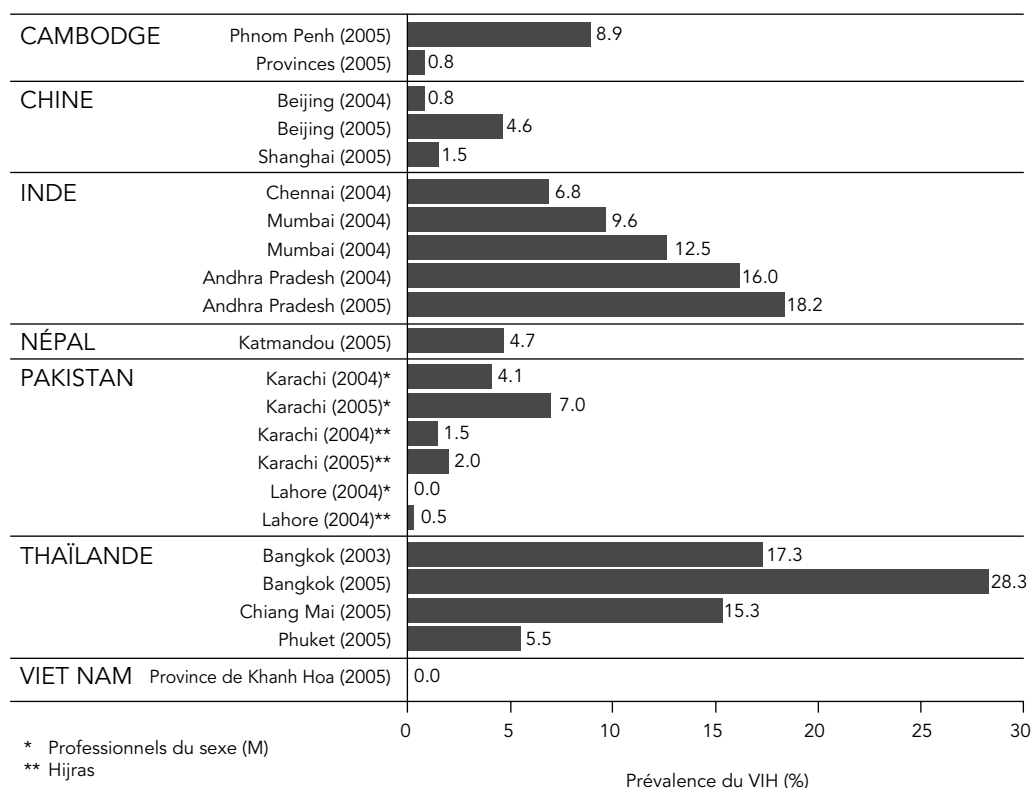
MIGRATION ET RISQUE DE VIH EN CHINE

On s'interroge beaucoup sur l'impact possible des vastes mouvements migratoires et des mouvements de population sur l'évolution de l'épidémie en Chine. On émet généralement l'hypothèse que les hommes migrants recourent plus facilement au commerce du sexe et ce faisant s'exposent et exposent leurs autres partenaires sexuel(le)s au risque d'infection à VIH et autres infections sexuellement transmissibles. L'hypothèse que les migrants constitueront une caractéristique importante de l'épidémie en Chine se base sur le nombre important de ces migrants (120-150 millions selon les estimations), sur l'association entre migration et VIH mise en évidence par des études effectuées ailleurs auprès de populations analogues – notamment en Afrique australe (Lurie et al., 1997 ; Lurie et al., 2003) et sur les données de surveillance du VIH dans un certain nombre de villes (Hesketh et al., 2006).

En Chine, certaines données semblent confirmer cette hypothèse. A Suining et Luzhou (province du Sichuan) par exemple, la majorité des clients des professionnel(le)s du sexe sont des travailleurs migrants qui paient pour des rapports sexuels assez fréquents (en moyenne 11 fois au cours des six mois précédents) et ont tendance à ne pas utiliser régulièrement de préservatifs – seuls 36% en ont utilisés lors de leurs derniers rapports rémunérés (Wan et Zhang, 2006). Lors d'une étude plus ancienne (2002) à Beijing, Nanjing et Shanghai, un travailleur migrant de sexe masculin sur 10 disait avoir à un moment ou un autre payé pour des rapports sexuels (Wang et al., 2006).

Mais il faut éviter de généraliser. La situation diffère d'une partie du pays à l'autre, particulièrement dans certaines régions de la Chine où les migrants sont nombreux à se déplacer avec leurs partenaires. Ainsi une première étude de population auprès des migrants et des travailleurs chinois dans la capitale de la province du Zhejiang, Hangzhou, n'a mis en évidence aucune infection à VIH. Il peut y avoir à cela plusieurs raisons. Jusqu'à la moitié des travailleurs migrants en Chine sont des femmes et elles ne sont pas susceptibles de payer pour des rapports sexuels. Dans plusieurs régions du pays, une forte proportion des migrants se déplacent avec leurs partenaires – comme c'était le cas pour un tiers des migrants dans l'étude de Hangzhou. Enfin de nombreux migrants semblent avoir des attitudes traditionnelles relativement conservatrices en ce qui concerne les rapports sexuels occasionnels (Hesketh et al., 2006).

Prévalence du VIH parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes dans diverses régions d'Asie, 2003–2005



Sources : [résumés de la XVIème Conférence internationale sur le SIDA – (Cambodia) M.Phalkun, et al. HIV, sexually transmitted infections, related risk behaviour among Cambodian men who have sex with men; (China) X.Ma, et al. Possible rise in HIV prevalence among men who have sex with men in Beijing; (India) S.Kumta et al. Sociodemographics, sexual risk behaviour and HIV among men who have sex with men attending voluntary counselling and testing services in Mumbai, India; Sravankumar K, Prabhakar P, Mythri/STI/HIV Study Group. High risk behaviour among HIV positive and negative men having sex with men (MSM) attending Myrthi clinics in Andhra Pradesh, India; (Nepal) L.B. Acharya, et al. HIV and STI prevalence among MSM in Kathmandu, Nepal; (Pakistan) A. Altaf, et al. Behavioral characteristics of male and eunuch (hijra) sex workers in Karachi, Pakistan; (Thailand) F. van Griensven, et al. Surveillance of HIV prevalence among populations of men who have sex with men in Thailand, 2003–2005; (Viet Nam) M. Truong Tan, et al. HIV risk behavior and prevalence among MSM in Khanh Hoa province, Viet Nam. National Study of Reproductive Tract and Sexually Transmitted Infections. Survey of High Risk Groups in Lahore and Karachi, 2005. National AIDS Control Program, DFID and FHI. (Pakistan); NACO, 2004; Andhra Pradesh State AIDS Control Society (2004). 8th round of national annual sentinel surveillance for HIV, Andhra Pradesh. Hyderabad, APSACS. (India)

Figure 5

Le faible niveau des connaissances relatives au VIH et les taux élevés de rapports sexuels non protégés font que les professionnel(le)s du sexe qui ne consomment pas de drogues injectables courent également un risque important d'infection à VIH. Un tiers seulement des professionnel(le)s du sexe travaillant en établissement et participant à une enquête dans le comté de Yingjian (province du Yunnan) déclarent utiliser régulièrement un préservatif avec leur clientèle et un cinquième déclarent ne jamais y avoir recours (Hesketh et al., 2005). D'après une autre étude dans la province du Yunnan, un cinquième des professionnel(le)s du sexe présentaient une infection à VIH (Wang, Yang et al., 2006). Selon une étude récente, la violence pose un problème supplémentaire : 49% des professionnel(le)s du sexe déclarent avoir été victimes d'un viol et on a noté une forte corrélation entre ces importantes flambées de violence et la présence d'infections sexuellement transmissibles (Choi, 2006). En conséquence, la prévalence du

VIH chez l'ensemble des professionnel(le)s du sexe s'est élevée de façon importante au cours de la dernière décennie, passant de 0,02% en 1994 à près de 1% (0,93%) en 2004, selon les données de la surveillance sentinelle (Ministère de la Santé de la Chine, ONUSIDA, OMS, 2006).

Des interventions appropriées visant à réduire le risque de transmission du VIH font vraiment une différence – surtout lorsqu'elles sont étayées par des accords avec les autorités sanitaires, la police et les directeurs d'établissements. Trois ans après une campagne pour l'usage systématique du préservatif dans le comté de Li (province du Hunan), le recours au préservatif a été, selon les personnes interrogées, multiplié par près de quatre (24% en 2002 et 88% en 2005) et le nombre des infections sexuellement transmissibles a chuté de presque deux tiers, de 513 à 192 (Chen, Yi et al., 2006). Il faut cependant encore harmoniser l'environnement juridique,

politique et opérationnel si l'on veut que de tels résultats se généralisent.

Par ailleurs, on perçoit mieux le rôle joué par les rapports sexuels entre hommes dans l'épidémie chinoise. On estime aujourd'hui que 7% des infections à VIH survenues en Chine se sont produites lors de rapports sexuels non protégés entre hommes (Lu, Wang et al., 2006) grâce à de nouvelles études qui montrent des taux élevés de rapports non protégés entre des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes – dont une proportion importante ont également des rapports sexuels avec des femmes (17% à 41%) ou s'adonnent au commerce du sexe (17%) (Jiang et al., 2006 ; Xu et al., 2006 ; Liu, Wang et al., 2006). Selon une étude dans la province de Jiangsu, par exemple, presque la moitié des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes avaient connu une pénétration anale sans protection dans les trois mois précédents. Aucun n'était séropositif au VIH mais la prévalence d'autres infections sexuellement transmissibles était élevée – 7% avaient la syphilis et 8% étaient infectés par HSV-2) (Jiang et al., 2006). En présence de ce type de comportements, la propagation du VIH peut être rapide une fois que le virus est installé. Une évolution de ce type pourrait être en cours dans plusieurs villes. A Beijing, deux études auprès des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ont calculé la prévalence du VIH, et l'une l'estime à 3% et l'autre à 4,6% (Choi et al., 2006 ; Ma et al., 2006). Un homme sur cinq participant à la dernière étude (en 2005) n'avait jamais entendu parler du VIH et plus de deux sur trois signalent des rapports non protégés au cours des six derniers mois (Ma et al., 2006). A Shanghai, une étude réalisée en 2004–2005 a noté une prévalence de 1,5% chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (Choi et al., 2006).

De graves épidémies parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes sont en train d'être découvertes au Cambodge, en Chine, en Inde, au Népal, au Pakistan, en Thaïlande et au Viet Nam.

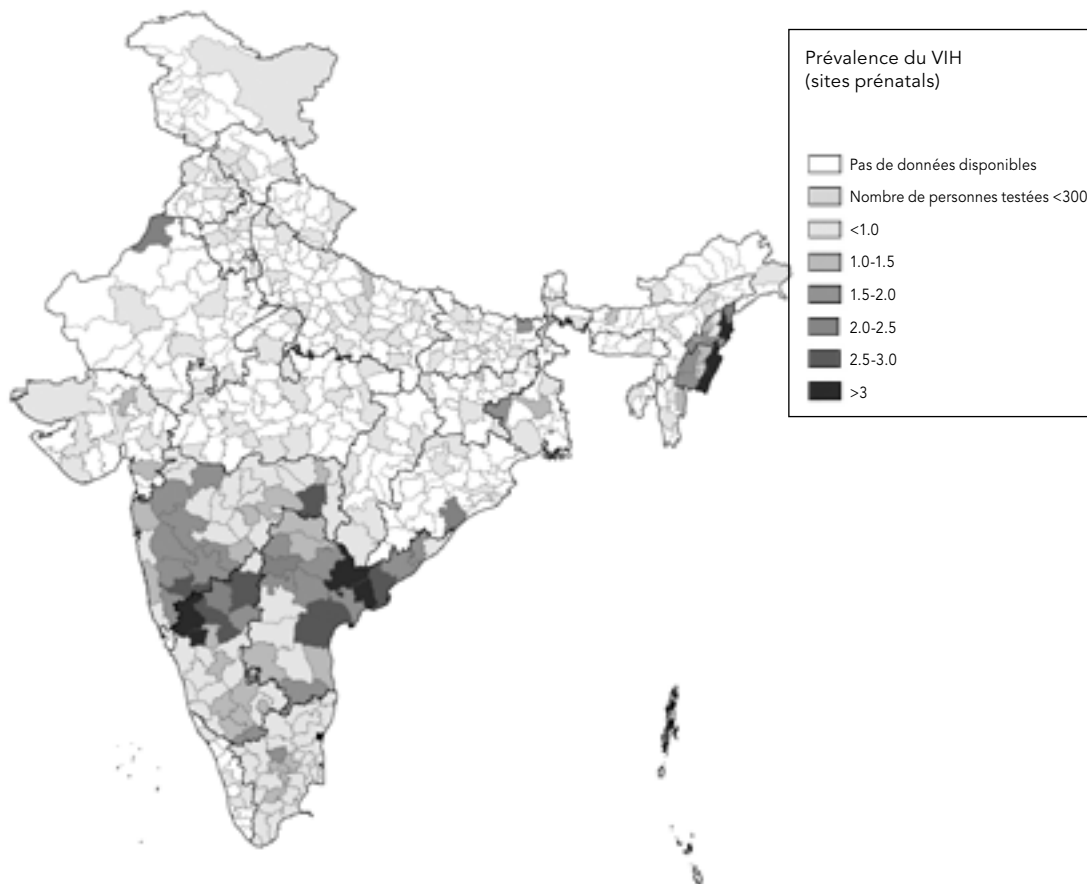
On estime que, dans l'ensemble, la moitié des nouvelles infections en Chine dans l'année 2005 sont dues à des rapports sexuels non protégés. Parallèlement à la propagation graduelle du VIH à partir des populations les plus exposées vers la population générale, le nombre de femmes infectées par le VIH va lui aussi croissant (Ministère de la Santé de la Chine, ONUSIDA, OMS, 2006). En 2004 déjà, les femmes représentaient 39% des infec-

tions signalées (à comparer à 25% deux années seulement auparavant). L'analyse récente des résultats aux tests VIH chez 138 000 femmes enceintes dans presque la moitié des comtés de la province du Yunnan montre une prévalence du VIH de 0,3%, variant de 0% jusqu'à 1,6% dans certains comtés (Zhang, Lu, Hesketh, 2006). Dans plusieurs sites des provinces du Henan et du Xinjiang, une prévalence de VIH dépassant 1% a été observée chez des femmes enceintes et des femmes passant des tests prénuptiaux (Ministère de la Santé de la Chine, ONUSIDA, OMS, 2006) ce qui montre que le virus se propage assez librement dans certains endroits.

L'épidémie persiste par ailleurs chez les anciens donateurs de sang et de plasma dans des provinces telles que Anhui, Hebei, Henan, Hubei et Shanxi (Cohen, 2004) ; il semble toutefois que le virus n'ait pas atteint la population générale dans les proportions que l'on avait craintes (Mastro et Yip, 2006). Chez les villageois d'un comté de la province de Shanxi (où la plupart des infections à VIH étaient dues à des dons de sang et de plasma) la prévalence globale du VIH était de 1,3% en 2004. Les infections semblent concentrées chez les anciens donateurs (4,1% d'entre eux étaient séropositifs) tandis que la prévalence ne dépassait pas 0,1% chez les villageois qui n'avaient pas donné de sang (Wang, Jia et al., 2006). On a attribué ces tendances à la moindre importance des réseaux sexuels dans certaines populations rurales (Mastro et Yip, 2006). La situation est toutefois différente dans des villages ruraux de l'Anhui où 15% des anciens donateurs de sang étaient infectés par le VIH et où 5% des habitants n'ayant jamais été donateurs l'étaient aussi. La majorité de ces derniers ont dû être infectés lors de rapports sexuels non protégés avec des conjoints ou partenaires occasionnels infectés (Ji et al., 2006). Ce sont environ 69 000 anciens donateurs de sang et de plasma rémunérés et personnes transfusées qui vivaient en 2005 avec le VIH (Ministère de la Santé de la Chine, 2006).

Bien qu'elle se soit accrue ces dernières années, la riposte de la Chine au VIH devra encore se renforcer. La prise de conscience du danger du VIH est très insuffisante (y compris chez les leaders politiques à certains niveaux) et la stigmatisation reste un problème dans bien des cas (Ministère de la Santé de la Chine, ONUSIDA, OMS, 2006). Ainsi, un tiers (30%) des professionnels de la santé dans la province du Yunnan déclarent ne pas souhaiter soigner une personne séropositive au VIH (Hesketh et al., 2005). Le succès ou l'échec de la Chine dans sa lutte contre le SIDA dépendra dans une large mesure de la capacité à freiner la propagation du virus chez les consommateurs de drogues injectables, les professionnel(le)s du sexe et leur clientèle.

Prévalence du VIH en Inde, par district, 2005



Source : Données de surveillance sentinelle Organisation nationale de lutte contre le SIDA (sites prénatals) (2005).

Figure 6

Inde

Le deuxième pays le plus peuplé du monde, l'**Inde**, connaît une épidémie de VIH très diversifiée qui semble se stabiliser – voire décliner – dans certaines régions, tout en progressant modérément dans d'autres. Le pays comptait en 2005 environ 5,7 millions de personnes séropositives [3,4 millions-9,4 millions] dont 5,2 millions d'adultes âgés de 15 à 49 ans.

Comme en Chine, la majorité des infections à VIH en Inde semblent survenir dans un petit nombre de régions. En Inde, deux tiers environ des infections enregistrées l'ont été dans six des 28 Etats du pays – principalement dans le sud et l'ouest industrialisés et dans l'extrémité nord-est. La prévalence du VIH y est en moyenne quatre à cinq fois plus élevée que dans les autres Etats indiens. Les taux de prévalence les plus élevés sont observés dans le corridor Mumbai-Karnataka, la zone de Nagpur dans le Maharashtra, le district de Namakal au Tamil Nadu, la côte de l'Andhra Pradesh et certaines parties du Manipur et du Nagaland (au nord-est de l'Inde)

(Organisation nationale de lutte contre le SIDA, 2005 ; Banque mondiale, 2005). Il est à remarquer que dans le sud du pays, les taux d'infection des populations rurale et urbaine ont tendance à être semblables (Banque mondiale, 2005).

Une analyse récente conduite de 2000 à 2004 dans 216 centres de consultations prénatales et 132 centres de traitement des infections sexuellement transmissibles conclut que la prévalence chez les femmes âgées de 15 à 24 ans dans les Etats du sud a baissé de 1,7% en 2000 à 1,1% en 2004 (Kumar, Jha et al., 2006). Le taux d'infection a également diminué dans le sud chez les hommes âgés de 20 à 29 ans soignés pour des infections sexuellement transmissibles dans les établissements de soins (on ne note pas de déclin de ce type dans les Etats du nord). Les auteurs attribuent cette tendance à un usage accru du préservatif par les professionnels du sexe (hommes et femmes) dans l'Inde du sud, qui aurait freiné la transmission du virus (Kumar et al., 2006). Cependant une analyse plus poussée conduit à penser que la baisse apparente de la prévalence du

VIH dans le sud est principalement due à une chute de la prévalence dans le Tamil Nadu (John, 2006). D'autres chercheurs affirment qu'il n'y a pas de données suffisantes pour attribuer à un changement de comportement la baisse de la prévalence du VIH dans le sud (Hallett et Garnett, 2006).

La majorité des infections à VIH en Inde est due aux rapports hétérosexuels non protégés (Organisation nationale de lutte contre le SIDA, 2005a). De ce fait, les femmes constituent une part croissante de la population qui vit avec le VIH (environ 38% en 2005) particulièrement en milieu rural. Des taux de prévalence du VIH dépassant 1% ont été observés chez les femmes enceintes en Andhra Pradesh, au Maharashtra et au Karnataka (Organisation nationale de lutte contre le SIDA, 2004). En 2004, on a noté une prévalence moyenne de 1,6% chez les femmes enceintes au Karnataka, où la cause principale des décès était le SIDA dans certains districts du nord ; dans plusieurs sous-districts ruraux, la prévalence varie de 1,1% à 6,4% chez les adultes, ce qui montre bien le caractère très diversifié de l'épidémie (Moses et al., 2006).

Il semble qu'une forte proportion des femmes séropositives aient été infectées par leur partenaire régulier, lui-même contaminé lors de rapports rémunérés (Lancet, 2006). A Mumbai et à Pune (au Maharashtra), par exemple, où l'on a observé que 54% et 49% respectivement des professionnel(le)s du sexe présentaient une infection à VIH (Organisation nationale de lutte contre le SIDA, 2005b), la probabilité est forte de voir l'infection transmise à leurs clients et autres partenaires. Dans les Etats du sud où la prévalence est la plus élevée, la plupart des transmissions du VIH semblent s'être opérées entre professionnel(le)s du sexe et leur clientèle ainsi qu'avec leurs autres partenaires sexuels (Kumar et al., 2005). Au Karnataka, par exemple, près du quart (23%) des 1100 professionnelles du sexe ayant participé à une étude récente étaient séropositives ; chez les femmes travaillant en maison de passe, ce taux était de 47% (Ramesh et al., 2006).

L'Inde mène des efforts de prévention auprès des professionnel(le)s du sexe. Cependant la législation en matière de commerce du sexe est complexe et constitue souvent un obstacle aux efforts de prévention et de traitement du VIH (Dandona et al., 2006). De plus, ces interventions visent la plupart du temps ceux et celles qui travaillent dans des maisons spécialisées et qui ne représentent qu'une minorité. Certains programmes de prévention gérés par des professionnel(le)s du sexe – à Sonagachi, Kolkatta, par exemple – ont encouragé des pratiques de protection et ont permis une baisse de la prévalence du VIH (Kumar, 1998 ;

Jana et al., 1998). Fortes de cette expérience, des organisations de professionnel(le)s du sexe ont étendu leur programme de prévention de base à tout l'Etat du Bengale occidental et celui-ci atteint aujourd'hui quelque 28 000 personnes dans près de 50 zones (Roy et al., 2006). Néanmoins les rapports rémunérés non protégés sont encore chose courante dans d'autres parties de l'Inde. Dans l'Andhra Pradesh, par exemple, dans 13 districts un(e) professionnel(le) du sexe sur quatre n'avait jamais employé de préservatif et un(e) sur deux l'utilisent irrégulièrement ; plus de la moitié des professionnel(le)s du sexe travaillant dans les rues n'avaient jamais ou presque jamais utilisé de préservatif. Il faut noter que celles des femmes qui savaient que l'on peut se protéger de l'infection et qui avaient accès à des préservatifs gratuits étaient nettement plus enclines à recourir régulièrement au préservatif (Dandona et al., (2005).

La consommation de drogues injectables est le principal moteur de l'infection à VIH dans le nord-est du pays (en particulier dans les Etats du Manipur, du Mizoram et du Nagaland) et ailleurs elle prend une part croissante dans les épidémies des grandes villes, y compris Chennai, Mumbai et New Delhi (MAP, 2005a ; Organisation nationale de lutte contre le SIDA, 2005). Les produits injectés comportent des produits pharmaceutiques licites (comme la buprénorphine, la pentazocine et le diazepam) en plus de l'héroïne. A Chennai une étude récente (Srikrishnan et al., 2006) indique que 31% des consommateurs de drogues injectables étaient séropositifs au VIH.

L'utilisation de matériel d'injection de drogues non stérile est le principal facteur de risque d'infection à VIH dans le nord-est de l'Inde (en particulier au Manipur, au Mizoram et au Nagaland), et se retrouve de plus en plus dans les épidémies sévissant dans des villes telles que Chennai, Mumbai et New Delhi.

Les interventions auprès des consommateurs de drogues injectables sont actuellement trop incohérentes, trop irrégulières et de trop faible ampleur pour donner des résultats perceptibles (Basu et Koliwad, 2006). Il faut d'urgence développer les programmes de réduction des risques et les étendre aux régions de l'Inde où l'épidémie de VIH est liée à la consommation de drogues injectables. Si cela n'est pas fait, il y a un risque que la combinaison de l'injection de drogues et du commerce du sexe conduise à des épidémies de VIH plus étendues. Une étude récente parmi les hommes traités pour des infections sexuellement transmissibles dans les

hôpitaux de Mumbai a montré que chez les patients consommateurs de drogues 12% étaient séropositifs, 80% d'entre eux ayant acheté des rapports sexuels récemment (au cours des trois mois écoulés) et 27% ayant eux-mêmes fait commerce de leur corps (Yu et al., 2006). Depuis 2006, plusieurs programmes d'échange d'aiguilles sont en place dans le nord-est, le Bengale occidental et à Delhi mais un seul programme de traitement de substitution a démarré dans l'Etat du Manipur.

On a mené peu de recherches sur le rôle que jouent les rapports sexuels entre hommes dans l'épidémie indienne de VIH. Dans les deux Etats où des données ont été collectées, on a noté une prévalence du VIH de 6,8% et de 9,6% respectivement à Chennai et Mumbai chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (Organisation nationale de lutte contre le SIDA, 2004b). Plus récemment, chez des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et venus se présenter dans des services de conseil et de test VIH volontaires à Mumbai, on a noté une prévalence de 12% et dans 10 cliniques de l'Andhra Pradesh, une prévalence atteignant 18% (Kumta et al., 2006 ; Groupe d'étude VIH/IST Sravankumar, Prabhakar et Mythri, 2006). Ces taux d'infection sont comparables à la prévalence de 16% observée en 2004 dans cet Etat par la surveillance sentinelle chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (Société pour la lutte contre le SIDA en Andhra Pradesh, 2004). Dans certaines régions, une proportion importante des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes pratiquent aussi le commerce du sexe : d'après une vaste étude en Andhra Pradesh, par exemple, un homme sur quatre vendait des rapports sexuels à des hommes (Dandona et al., 2006). Dans cette catégorie de population les connaissances en matière de VIH sont bien minces ; en effet, à Bangalore par exemple, chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, trois sur quatre ne savaient pas comment se transmet le virus et une forte proportion ne se protégeaient pas lors de ces rapports (Anthony et al., 2006).

L'étendue et le degré d'efficacité des efforts accomplis par l'Inde pour accroître la protection des rapports sexuels chez les professionnel(le)s du sexe et chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (et chez leurs autres partenaires sexuels) seront déterminants dans l'évolution de l'épidémie de VIH dans ce pays (Kang et al., 2005). Dans les Etats du nord-est et ailleurs dans les grandes villes, des programmes de réduction des risques sont tout aussi vitaux. Et parmi toutes les actions à mener, il faut faire plus contre la stigmatisation – qui demeure omniprésente dans toutes les couches de la société indienne y compris chez le

personnel de santé (Mahendra et al., 2006) et contre les disparités selon le sexe et autres inégalités qui minent dans ce pays les efforts de prévention et de traitement (Lancet, 2006).

C'est encore en Asie du Sud-Est que l'on trouve au niveau national les niveaux d'infection à VIH les plus élevés de tout le continent. Dans la plupart des pays, c'est une combinaison de commerce sexuel non protégé, de rapports sexuels entre hommes et de consommation de drogues injectables qui alimente l'épidémie.

Au **Viet Nam**, l'épidémie continue de croître ; on trouve le virus dans chacune des 64 provinces et dans toutes les villes. Le nombre de personnes vivant avec le VIH a doublé depuis 2000 et on l'estimait à 260 000 [150 000–430 000] en 2005. On compte environ 40 000 nouvelles infections à VIH chaque année (Ministère de la Santé du Viet Nam, 2005) en majorité chez des consommateurs de drogues injectables, les professionnel(le)s du sexe et leur clientèle.

L'emploi de matériel d'injection non stérile est très fréquent au Viet Nam ; selon une étude récente (Longfield, Zhiyong et al., 2006) un consommateur de drogue sur cinq avait utilisé un tel matériel dans les trois mois précédents. Le taux d'infection à VIH chez les consommateurs de drogues injectables est en conséquence passé de 9% en 1996 à plus de 30% en 2003 (Ministère de la Santé du Viet Nam, 2005 ; Hien et al., 2004) et a même atteint 63% à Hanoï et 67% à Haiphong en 2005 (Pham, del Rio et al., 2006 ; Luu Thi Minh, Tran Nhu et al., 2006a).

Les niveaux d'infection à VIH les plus élevés continuent d'être observés en Asie du Sud-Est, où les combinaisons de rapports sexuels tarifés non protégés et de rapports sexuels entre hommes, de même que la consommation de drogues injectables sans respect de l'hygiène, alimentent les épidémies.

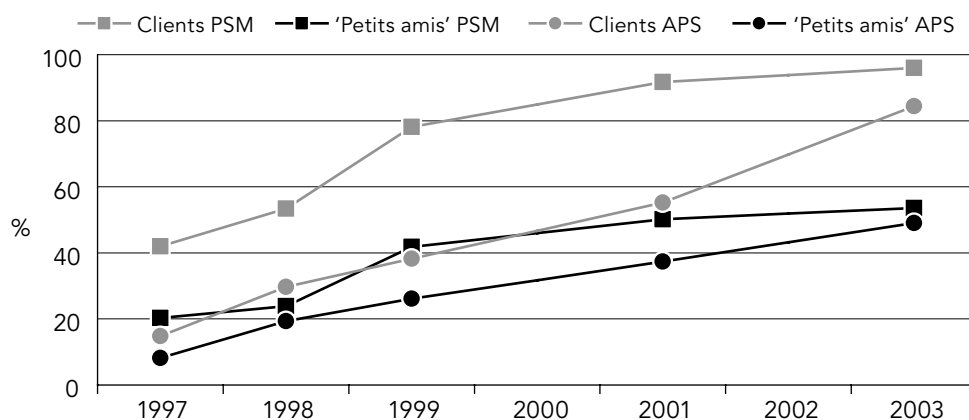
Il y a manifestement un chevauchement important entre risques liés aux rapports sexuels et consommation de drogues injectables dans plusieurs grandes villes vietnamiennes. Une forte proportion d'hommes consommateurs de drogues injectables ont des rapports sexuels non protégés, y compris des rapports rétribués – 40% dans la province de Bac Ninh dans le nord du pays, par exemple (Schumacher et al., 2006). L'observation de la même combinaison de drogues et de commerce du sexe chez les jeunes hommes migrants (16–26 ans) à Hanoï confirme la nécessité de programmes de prévention qui s'adressent aussi bien au risque

d'ordre sexuel qu'au risque lié à la drogue parmi les migrants (Giang et al., 2006). Par ailleurs un pourcentage significatif des professionnelles du sexe sont également consommatrices de drogues. Dans la capitale Hanoï, par exemple, dans le cadre d'une étude sur les professionnelles du sexe, il s'est avéré que 21% (pour celles issues de la classe moyenne) et 39% (pour celles issues des classes plus pauvres) consommaient des drogues injectables ; beaucoup d'entre elles avaient un 'petit ami' et des clients eux aussi consommateurs de drogues (Tran, Detels et al., 2005). Seules 5% de ces femmes disaient employer un préservatif avec leur partenaire habituel (Tran, Detels et al., 2005). Les résultats de ce cumul de risques peuvent être dramatiques. A Haiphong (la plus grande ville portuaire du pays) les taux d'infection à VIH chez les professionnelles du sexe étaient plus de deux fois plus élevés que chez leurs homologues de Hô-Chi-Minh-Ville en 2004 (30% contre 12%). Cette différence viendrait du pourcentage de professionnel(le)s du sexe consommant également des drogues injectables, pourcentage plus élevé à Haiphong (29%) qu'à Hô-Chi-Minh-Ville (12%) (Luu Thi Minh, Tran Nhu et al, 2006b).

professionnel(le)s du sexe et 18% des partenaires sexuels des consommateurs de drogues se sont avérés infectés par le VIH et dans certains endroits la prévalence chez les femmes enceintes fréquentant les consultations prénatales a passé le cap des 1% (Hammet et al., 2006).

Les stratégies visant à réduire le VIH chez les professionnelles du sexe doivent lutter contre la stigmatisation, décourager le partage du matériel d'injection, promouvoir dépistage et conseil volontaires et produire des préservatifs plus attrayants (Tran, Detels et al., 2005). Le succès dépendra aussi d'une politique plus audacieuse et d'un environnement institutionnel plus propice. Il faut en particulier mieux harmoniser les politiques relatives au VIH et le contexte juridique et politique. Accroître la connaissance du VIH et la prise de conscience est une autre nécessité. Moins de la moitié des jeunes ont une connaissance satisfaisante des dangers du virus (Institut national d'Hygiène et d'Epidémiologie et ORC Macro, 2006).

Recours au préservatif chez les professionnelles du sexe travaillant en maison de passe (PSM) et chez les autres professionnelles du sexe (APS) avec leurs clients (C) et avec leurs 'petits amis', Cambodge, 1997–2003



PSM -- Professionnelles du sexe travaillant en maison de passe ; APS -- Autres professionnelles du sexe

Source : Centre national pour le VIH/SIDA, la dermatologie et les IST, 2004.

Figure 7

La rapidité de l'évolution de l'épidémie du Viet Nam est particulièrement perceptible dans la province de Lang Son le long de la frontière avec la Chine. A la suite d'un projet de prévention destiné aux personnes consommant des drogues injectables, l'incidence du VIH parmi elles a chuté d'un tiers et la prévalence est restée stable ou a baissé selon les zones. Il n'en reste pas moins que jusqu'à 12% des

Les tendances actuelles indiquent donc que le moteur de l'épidémie du Viet Nam réside en une conjugaison de rapports sexuels non protégés et de mauvaises conditions d'injection de drogues – c'est contre ces facteurs qu'il faut centrer des efforts de prévention renforcés. Les comportements sont susceptibles de changer avec le temps – surtout dans des pays qui connaissent une profonde évolution sociale et économique.

Au **Cambodge**, l'épidémie semble se stabiliser, ayant décliné depuis la fin des années 1990. Il est certain que les efforts accomplis par les organisations gouvernementales et non gouvernementales en vue de modifier les comportements ont été fructueux, en particulier en ce qui concerne l'industrie du sexe. En 2003, 96% des professionnel(le)s du sexe travaillant dans des maisons de passe dans cinq villes (Phnom Penh, Battambang, Sihanoukville, Siem Reap, Kampong Cham) disaient utiliser régulièrement un préservatif avec leurs clients alors qu'ils n'étaient que 53% dans ce cas en 1997 (Gorbach et al., 2006). Les clients masculins des professionnel(le)s du sexe signalent eux aussi un taux élevé d'emploi du préservatif lors de rapports sexuels rémunérés – 85% et plus selon le groupe (Sopheab et al., 2006). La prévalence du VIH chez les professionnel(le)s du sexe travaillant en maison de passe a baissé de 43% en 1995 à 21% en 2003 (Centre national pour le VIH/SIDA, la dermatologie et les IST, 2004). Chez les autres professionnel(le)s du sexe, l'emploi du préservatif a également progressé, passant de 30% en 1997 à 84% en 2003 (Gorbach et al., 2006), tandis que la prévalence du VIH passait de 20% en 1998 à 15% en 2002 (Lengh et al., 2004).

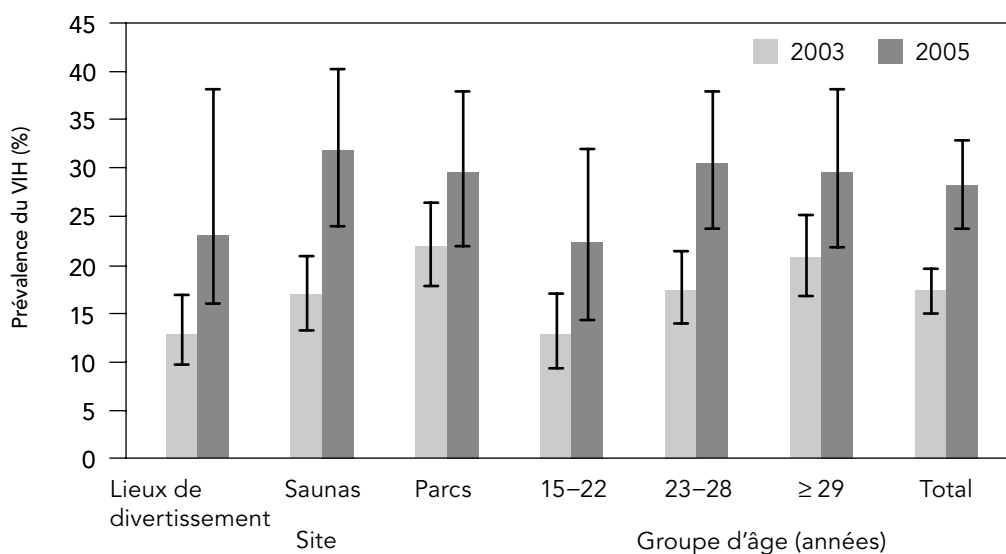
Poursuivre dans la même voie demandera des efforts soutenus. L'industrie du sexe au Cambodge est en expansion, avec un nombre accru de femmes

travaillant en dehors des bordels – où les efforts de prévention ont en général le plus d'efficacité (Gorbach et al., 2006) et restant plus longtemps dans le métier. Ce dernier point pourrait signifier que des professionnel(le)s du sexe plus âgé(e)s renoncent à recourir au préservatif, afin de maintenir leur compétitivité face à des collègues plus jeunes sur un marché difficile.

La prévalence du VIH chez les femmes enceintes fréquentant les consultations prénatales n'a cependant guère changé entre 1997 et 2003, passant de 2,3% à 2,1% (Phal et al., 2006). Cela signifie que bon nombre de femmes sont encore nouvellement infectées, vraisemblablement par un époux ou un compagnon qui lui-même a été contaminé lors de rapports rémunérés (Centre national pour le VIH/SIDA, la dermatologie et les IST, 2004 ; Gorbach et al., 2000). Les femmes représentaient presque la moitié (47%) des personnes vivant avec le VIH au Cambodge en 2003 alors qu'elles n'en représentaient qu'un peu plus du tiers (37%) en 1998. Un fort pourcentage (41%) de femmes mariées disent effectivement craindre d'être contaminées par leur mari. (Sopheab et al., 2006).

On dispose de peu de données sur l'évolution du VIH en ce qui concerne les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Une étude auprès de cette population à Phnom Penh en 2000

Prévalence du VIH parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes*, par site de recrutement et par groupe d'âge – Bangkok, Thaïlande, 2003 et 2005



*Hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes mais ne sont pas recrutés sur les sites où se rencontrent les professionnels masculins du sexe ou les personnes transgenre.

Source : Van Griensven F, MMWR, 2006.

Figure 8

y a noté une prévalence du VIH de 15% tandis qu'une étude plus récente situe cette prévalence à 8,9% (Phalkun et al., 2006). Dans les villes de province de Battambang et de Siem Reap, la prévalence du VIH était très faible, à 0,8%. Néanmoins, l'emploi du préservatif y est rare ; seuls 16% des hommes disent l'utiliser régulièrement lors de pénétrations anales (alors que ce taux atteint 54% dans la capitale). Parmi les hommes engagés dans le commerce du sexe, seuls 18% emploient régulièrement un préservatif (Phalkun et al., 2006). Etant donné cette évolution des comportements, il est fort probable que le VIH, une fois installé dans ces réseaux, se propage rapidement dans des villes comme Battambang et Siem Reap.

Dans la **Thaïlande** voisine, on estime à 580 000 [330 000 – 920 000] le nombre d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH à fin 2005 (ONUSIDA, 2006). Le nombre de nouvelles infections à VIH continue de chuter – les estimations pour 2005 se situent à 18 000, soit 10% de moins qu'en 2004. Une forte proportion des nouvelles infections surviennent néanmoins chez des personnes tenues pour faiblement exposées au risque (Gouws et al., 2006). Un tiers environ des nouvelles infections en 2005 touchent des femmes mariées sans doute contaminées par leur époux, selon le Ministère de la Santé thaïlandais. Le gouvernement encourage désormais les couples mariés à effectuer régulièrement un test du VIH et à utiliser plus souvent un préservatif. Certaines évolutions sociales peuvent également accroître le risque d'infection à VIH. Les rapports sexuels avant le mariage, par exemple, ne sont plus exceptionnels chez les jeunes Thaïlandais et pourtant seule une minorité des jeunes sexuellement actifs utilisent régulièrement un préservatif (Pumpanich et al., 2004).

Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sont par ailleurs toujours très exposés à l'infection par le VIH. A Bangkok, la prévalence du VIH dans cette catégorie de population s'est fortement accrue, passant de 17% en 2003 à 28% en 2005. Chez les jeunes de 22 ans ou moins, elle est passée dans la même période de 13% à 22% ce qui indique une forte incidence sous-jacente du VIH. Les taux d'infection étaient de 15% à Chiang Mai et de 5,5% à Phuket. Chez les hommes professionnels du sexe, la prévalence du VIH allait de 11% à Chiang Mai, et 14% à Phuket jusqu'à 19% à Bangkok – ce qui montre qu'ils sont peu nombreux à utiliser régulièrement le préservatif dans leur activité sexuelle professionnelle. L'ignorance dans laquelle sont beaucoup d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes de leur statut sérologique constitue un autre signe alarmant. Plus de 80% des hommes qui se sont

avérés séropositifs n'avaient jamais effectué de test auparavant ou étaient convaincus d'être séronégatifs (Van Griensven et al., 2006). En outre environ un cinquième des nouvelles infections en Thaïlande s'observent chez des hommes ayant des rapports sexuels non protégés avec des hommes (Gouws et al., 2006). Il est urgent de mettre en place pour cette catégorie de population des programmes qui réduisent les comportements sexuels à risque ainsi que des campagnes de promotion en faveur de tests et de conseil plus fréquents.

En Thaïlande, une proportion élevée des nouvelles infections à VIH touchent des personnes considérées comme étant peu exposées au risque de contracter le virus : en 2005, un tiers environ des nouvelles infections ont été observées chez des femmes mariées qui avaient probablement été infectées par leur conjoint.

Il est difficile d'avoir des certitudes quant aux taux d'infection à VIH chez les professionnelles du sexe. Certaines recherches indiquent chez elles des taux relativement faibles. Ainsi la surveillance sentinelle nationale du VIH indique pour 2005 une prévalence de 7,7% chez celles qui travaillent en maison de passe et de 4,2% chez les autres (Plipat et Teeraratkul, 2006). D'autres recherches ont relevé une tendance nouvelle à l'usage irrégulier du préservatif chez les professionnelles du sexe qui, à Bangkok, Chang Mai et Mae Hong Son disent utiliser un préservatif avec un peu plus de la moitié de leurs clients. De même, lors d'une enquête dans le nord du pays, moins d'un tiers des jeunes hommes ont dit utiliser régulièrement un préservatif lors de leurs rapports avec des professionnel(le)s du sexe (Buckingham et al., 2005).

L'injection de drogues reste un facteur de risque d'infection dans l'épidémie très diversifiée de la Thaïlande. On estime à 45% le nombre de consommateurs de drogues injectables en traitement dans des dispensaires qui ont présenté un test positif au VIH (Pumpanich et al., 2004), entre 3% et 10% celui des consommateurs de drogues injectables qui sont nouvellement infectés chaque année (Kawichai et al., 2006). Cela est dû dans une forte proportion (environ 35% selon une étude récente) à l'emploi de matériel d'injection non stérile (Longfield et al., 2006).

La Thaïlande doit renforcer ses campagnes pour des rapports sexuels protégés et veiller à ce que ses programmes nationaux de prévention touchent plus effectivement les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les consommateurs de drogues injectables. Il conviendra tout d'abord d'accroître la surveillance du VIH dans ces groupes.

Le nombre de provinces signalant les infections à VIH chez les hommes traités pour des infections sexuellement transmissibles et les consommateurs de drogues injectables traités par la méthadone aurait diminué de plus de 50% au cours des cinq dernières années (Iamsirithaworn et Detels, 2006). Il y a en outre nettement urgence à élargir des programmes de proximité qui puissent offrir aux consommateurs de drogues injectables toute une gamme de services visant la réduction des risques (Kawichai et al., 2006), tout en multipliant partout dans le pays les opportunités de test et de conseil volontaires et en facilitant l'accès.

Au **Myanmar** voisin, il y a quelques signes précurseurs d'un déclin de l'épidémie (Wiwat, Brown, Calleja-Garua, 2005). Les niveaux de l'infection à VIH ont diminué parmi les femmes enceintes – de 2,2% en 2000 à 1,3% en 2005 (Programme national SIDA du Myanmar, 2005) et parmi les hommes qui demandent un traitement pour d'autres infections sexuellement transmissibles – de 8% en 2001 à 4% en 2005 (Programme national SIDA du Myanmar, 2005). Le pays souffre néanmoins d'une grave épidémie : on estime à environ 360 000 [200 000 – 570 000] le nombre de personnes vivant avec le VIH à fin 2005, et une prévalence chez l'adulte pour le pays d'environ 1,3%. Une prévalence du VIH de 2,2% chez les jeunes (15 à 24 ans) en 2005 constitue un grave sujet de préoccupation (Programme national SIDA du Myanmar, 2005). Il en va de même pour les taux élevés d'infection à VIH rencontrés parmi les groupes les plus à risque, notamment les professionnel(le)s du sexe et les consommateurs de drogues injectables. Environ 43% de ces derniers et près du tiers (32%) des professionnel(le)s du sexe du pays entier vivaient avec le VIH en 2005 – ces pourcentages ont peu changé depuis 2000 (Programme national SIDA du Myanmar, 2005). Une étude dans les communautés rurales et urbaines de sept districts a montré que 16% seulement des jeunes de 15 à 24 ans étaient sexuellement actifs et parmi les jeunes hommes, seuls 3% ont signalé avoir eu des rapports sexuels avec des professionnel(le)s du sexe au cours de l'année écoulée. Dans leurs rapports avec cette dernière catégorie, 60% des hommes plus jeunes et 50% des hommes plus âgés ont déclaré avoir eu recours au préservatif (Thwe, 2005). Les organisations non gouvernementales, avec le soutien informel des autorités, ont entre-temps mis en place des programmes pilotes destinés à fournir des services de prévention contre le VIH aux consommateurs de drogues injectables. On estime que plus de 11 000 parmi ces derniers ont pu profiter de ces efforts en 2005 (Programme national SIDA du Myanmar, 2005).

Au **Pakistan**, des niveaux élevés d'infection à VIH chez les consommateurs de drogues injectables pourraient se retrouver dans d'autres populations, y compris chez les hommes et les femmes professionnels du sexe. A Larkana, 8% des consommateurs de drogues injectables étaient infectés par le VIH en 2005 (Abbasi, 2006), et ce pourcentage était de 6% à Faisalabad, Lahore, Sargodha et Sialkot où une majorité d'entre eux étaient soit mariés soit sexuellement actifs (Nai Zindagi, 2006). A Karachi, 26% des consommateurs de drogues injectables ayant participé à une enquête se sont avérés séropositifs au VIH (Emmanuel, Archibald, Altaf, 2006). La majorité des consommateurs de drogues infectés ont en commun un facteur de risque : ils utilisent un matériel d'injection non stérile. Les éléments les plus rudimentaires de réduction des risques sont absents. Ainsi la moitié seulement des consommateurs de drogues injectables ayant pris part à une étude conduite à Karachi et à Rawalpindi, par exemple, savaient que le virus pouvait se transmettre au moyen d'aiguilles non stériles – ils étaient tout aussi nombreux à déclarer qu'ils avaient utilisé un matériel de ce type au cours du mois précédent (Abbas, 2006).

Le taux de recours au préservatif lors de rencontres sexuelles rémunérées est toujours bas. A Karachi et à Rawalpindi, moins d'une professionnelle du sexe sur cinq et moins d'un sur 20 parmi leurs homologues masculins disent l'avoir utilisé régulièrement au cours du mois précédent (Abbas, 2006). Lors d'une étude antérieure à Karachi, un quart des professionnel(le)s du sexe ne savaient pas reconnaître un préservatif (Ministère de la Santé du Pakistan, DfID, Family Health International, 2005). Une enquête de 2005 a en outre confirmé que la transmission du VIH s'opérait au sein des réseaux sexuels des professionnels du sexe masculins et des eunuques (*hijras*) à Karachi. Lors de cette étude 7% des professionnels du sexe masculins et 2% des *hijras* étaient séropositifs (Altaf et al., 2006). Une autre étude à Karachi a montré que 4% des professionnels du sexe masculins et 2% des *hijras* étaient séropositifs. Des niveaux très élevés d'autres infections sexuellement transmissibles font penser que les comportements sexuels à risque sont fréquents. Selon cette dernière étude, 23% des professionnels du sexe masculins avaient la syphilis, 36% une gonorrhée et parmi les *hijras*, 62% avaient la syphilis et 29% une gonorrhée. Seuls 4% des professionnels du sexe masculins et moins de 1% des *hijras* disaient avoir utilisé un préservatif lors de leurs derniers rapports sexuels avec un homme. Il faut encore noter qu'un professionnel du sexe sur quatre a déclaré avoir également eu des rapports sexuels, rémunérés ou non, avec des femmes (Ministère de la Santé du Pakistan, DfID, Family Health

International, 2005). Il faut veiller à limiter ces comportements sexuels à risque si l'on veut éviter que le virus ne se propage au sein et en dehors de ces réseaux sexuels.

Il est prouvé que le VIH est désormais présent dans l'**Afghanistan** voisin où la situation est propice à sa propagation rapide. L'épidémie émergente de l'Afghanistan dépend vraisemblablement de la combinaison entre consommation de drogues injectables et commerce du sexe sans protection. A Kaboul, selon une étude récente, 4% des consommateurs de drogues injectables sont séropositifs. Environ un tiers (31%) des participants interrogés au cours de cette étude ont déclaré avoir utilisé un matériel d'injection non stérile. Plus de la moitié (54%) avaient connu la prison et un tiers s'étaient injecté des drogues en détention. De fortes proportions de ces consommateurs de drogues injectables (tous des hommes) avaient aussi d'autres comportements à risque : un tiers (32%) avaient des rapports sexuels avec des hommes ou de jeunes garçons et plus des deux tiers (69%) avaient des rapports rémunérés (Todd et al., 2006a). A tout le moins, il faut accroître rapidement le niveau des connaissances en matière de VIH. La moitié environ seulement des consommateurs de drogues injectables savaient que l'usage de seringues non stériles comporte un grand risque de transmission du VIH ou que le préservatif peut empêcher cette transmission (Todd et al., 2006b).

Des flambées de VIH sont observées au sein des populations les plus exposées en Afghanistan et au Pakistan, où des comportements risqués largement répandus laissent le champ libre à une croissance future de l'épidémie de VIH.

Les hauts niveaux d'infection observés chez les consommateurs de drogues injectables en Indonésie – on estime qu'il y en a entre 145 000 et 170 000 (Pisani, 2006) annoncent peut-être des flambées plus importantes de VIH dans le pays. Quelque 170 000 adultes [100 000–290 000] vivaient avec le VIH dans le pays en 2005 (ONUSIDA, 2006). Jusqu'en 1998 aucune infection à VIH n'avait été détectée chez les consommateurs de drogues injectables en traitement à Djakarta, la capitale (Pisani, 2006), mais dès 2002, plus de 40% des consommateurs de drogues injectables suivis dans les centres de réhabilitation à Djakarta étaient séropositifs et des taux plus élevés encore ont été par la suite signalés à Pontianak, dans l'île de Bornéo (Riono et Jazant, 2004 ; MAP, 2005a). Des données plus récentes indiquent qu'à Java Ouest 13% des consommateurs de drogues

injectables sont séropositifs (Ministère de la Santé de l'Indonésie, 2006).

Les recherches montrent que la majorité des consommateurs de drogues injectables déclarent des pratiques à haut risque, notamment l'usage de matériel non stérile et un grand nombre de rapports sexuels non protégés, souvent avec de nombreux partenaires (Pisani et al., 2003). A Denpasar, Medan, Bandung et Djakarta, entre 21% et 32% de cette catégorie de population disent toujours employer des aiguilles non stériles. Le recours au préservatif est rare : seuls entre 14% et 27% des consommateurs de drogues injectables à Medan, Djakarta et Denpasar disent en avoir utilisé lors de leur plus récent rapport sexuel (Statistiques d'Indonésie et Ministère de la Santé de l'Indonésie, 2006). Les comportements à risque sont également chose courante dans les prisons d'Indonésie où l'on a observé chez les détenus une prévalence du VIH de 13% dans la province de Java Ouest, de 18% à Djakarta et de 36% à Banten (Ministère de la Santé de l'Indonésie, 2006).

Comme dans plusieurs autres épidémies d'Asie, il y a chevauchement entre l'injection de drogues et les réseaux sexuels. Entre un quart (Djakarta, Medan et Bandung) et presque la moitié (Surabaya) des consommateurs de drogues injectables ont eu, au cours de l'année écoulée, des rapports sexuels rémunérés non protégés (Statistiques d'Indonésie et Ministère de la Santé de l'Indonésie, 2006). S'il n'y a pas d'interventions de prévention, ce cumul de risques pourrait accélérer la propagation plus large et plus rapide du virus. Dans certaines régions du pays, un pourcentage substantiel des professionnel(le)s du sexe sont infecté(e)s par le VIH : 6% à Yogyakarta et Riau, 7% à Jambi et 8% dans la province de Java Ouest (Statistiques d'Indonésie et Ministère de la Santé de l'Indonésie, 2006). Il est vrai que l'usage du préservatif dans le commerce du sexe pourrait être en train de progresser en certains endroits. Environ 60% des professionnel(le)s du sexe, objet d'une étude dans 16 villes en 2005, ont dit avoir utilisé un préservatif avec leur client le plus récent (Statistiques d'Indonésie et Ministère de la Santé de l'Indonésie, 2006). Par ailleurs, à Djakarta trois quarts des professionnel(le)s du sexe travaillant en salon de massage ou en club et 85% de ceux et celles qui opèrent dans la rue disaient n'avoir utilisé de préservatif avec aucun de leurs clients de la semaine précédente (MAP, 2005b).

Dans la province de Papua, à l'extrémité ouest de ce long archipel, le VIH est désormais bien établi dans la population générale. Dans plusieurs villages, on a trouvé que presque 1% de la population vivait avec

le VIH (MAP, 2004). La consommation de drogues injectables n'est pas répandue dans la région et le principal moteur de cette épidémie localisée semble être les rapports rémunérés non protégés – dans une culture où entre 10% et 15% des jeunes hommes de 15 à 24 ans paient leurs rapports sexuels. A la fin des années 1990 la prévalence du VIH chez les professionnel(le)s du sexe se situait autour de 1% et 2% dans la plupart des zones urbaines. En 2004 cependant, la prévalence avait atteint 9% à Timika, 14% à Nabire, 15% à Merauke et 16% à Sarong (Commission nationale SIDA de l'Indonésie, 2006).

On estime qu'en **Malaisie** 69 000 personnes [33 000 – 220 000] vivaient avec le VIH en 2005. Le facteur de risque d'infection à VIH le plus courant y est l'usage d'un matériel d'injection contaminé, cause de trois infections sur quatre en 2002, le plus souvent chez des hommes âgés de 20 à 40 ans (ONUSIDA, 2006). La prévalence du VIH chez les femmes enceintes fréquentant les consultations prénatales est restée relativement faible (0,04% en 2002). Des taux d'infection de 41% et de 31% ont été observés chez des consommateurs de drogues injectables respectivement dans les provinces de Kelantan et de Terengganu (Ministère de la Santé de Malaisie et OMS, 2004). Plus récemment, un consommateur d'héroïne sur cinq (19%) sous traitement à Muar était séropositif (Chawarski et al., 2006).

Les données mises à jour sur la Malaisie sont limitées ; les informations disponibles indiquent qu'une proportion modeste mais croissante des nouvelles infections à VIH (17% en 2002 et 7% sept ans auparavant) est due aux comportements sexuels à risque, pour beaucoup entre anciens ou actuels consommateurs de drogues injectables, leurs partenaires sexuels et les professionnel(le)s du sexe (Ministère de la Santé de Malaisie et OMS 2004 ; Huang et Hussein, 2004). Les autorités de Malaisie, comme celles d'autres pays du sud-est asiatique, ont tenté de riposter en sévissant contre les consommateurs de drogues, dont presque 39 000 ont été arrêtés dans la seule année 2004, pour la plupart des consommateurs d'héroïne (Agence nationale contre la drogue, 2005). Il n'est pas évident de savoir quel effet, si effet il y a, ces efforts et/ou une plus grande inquiétude à propos du VIH ont eu sur la tendance à consommer de la drogue. Il faut aussi noter toutefois que l'étude menée à Muar (voir ci-dessus) a montré qu'un pourcentage important de consommateurs de drogues injectables ont choisi de fumer l'héroïne plutôt que de l'injecter ou ont cessé d'employer des aiguilles non stériles (Chawarski et al., 2006). Dans le même temps les traitements d'entretien à la buprénorphine et à la méthadone sont devenus plus largement disponibles dans le secteur privé et sont en cours d'évaluation en vue

de leur usage dans les consultations VIH du secteur public (Chawarski et al., 2006). Une meilleure coordination de la prévention du VIH (qui relève de la compétence du Ministère de la Santé) et des efforts de réhabilitation et de traitement (qui dépendent du Ministère des Affaires intérieures) améliorerait la situation (Chawarski et al., 2006).

Aux **Philippines**, où le VIH se transmet principalement lors de rapports sexuels non protégés (Centre national d'Epidémiologie, 2006), la prévalence reste bien en dessous de 0,1% (ONUSIDA, 2006). Environ un tiers des nouvelles infections diagnostiquées depuis 1984 l'ont été chez des travailleurs philippins expatriés, principalement des marins et des employés de maison (Centre national d'Epidémiologie, 2006). Des efforts pour dépister et traiter les infections sexuellement transmissibles chez les professionnel(le)s du sexe, ainsi que d'autres initiatives de prévention lancées dès le début des années 1990 ont sans doute contribué à limiter la propagation du virus lors des rapports sexuels rémunérés (Mateo et al., 2003). Selon les résultats successifs de la surveillance sentinelle depuis 2002, moins de 1% des professionnel(le)s du sexe présenteraient une séropositivité (Département de la Santé des Philippines, 2005). On n'a pas encore observé non plus de prévalence supérieure à 1% chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (Département de la Santé des Philippines, 2005) mais il n'est pas sûr qu'il en aille toujours ainsi. L'emploi du préservatif n'est pas la norme lors de rapports sexuels rémunérés – lors d'une enquête en 2002, 6% seulement des professionnel(le)s du sexe ont déclaré avoir utilisé un préservatif avec tous leur clients de la semaine précédente (MAP, 2005b) et l'usage de matériel d'injection non stérile est encore une pratique courante chez les consommateurs de drogues injectables dans certaines zones, la ville de Cebu, par exemple (Wi et al., 2002 ; Mateo et al., 2004 ; Département de la Santé des Philippines, 2003). Dans de telles conditions, l'apparente sérénité des jeunes Philippins face à l'épidémie (trois jeunes sur cinq dans le groupe d'âge de 14 à 20 ans estiment ne pas pouvoir être contaminés) est préoccupante.

On estime à environ 17 000 [10 000 – 29 000] le nombre d'adultes et d'enfants qui vivaient avec le VIH au **Japon** en 2005. Un nombre croissant de nouvelles infections a été détecté chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Ces derniers représentent 60% des diagnostics de VIH annuels (Shimada et al., 2006). On a enregistré quelque 780 nouvelles infections en 2004, soit 140 de plus que l'année précédente et plus du double du nombre enregistré au milieu des années 1990 (Nemoto, 2004).