

## Le point sur l'épidémie de sida 2007

### *Prévalence*

#### **1. A combien estime-t-on aujourd'hui le nombre de personnes vivant avec le sida dans le monde ?**

Le pourcentage de la population adulte vivant avec le VIH (appelé prévalence du VIH) s'est stabilisé sur le plan mondial et est en baisse en Afrique subsaharienne.

Cependant, le nombre absolu de personnes vivant avec le VIH dans le monde continue d'augmenter. En 2007, on estime qu'à l'échelle mondiale, 33,2 millions [30,6-36,1 millions] de personnes vivent avec le VIH, en augmentation par rapport aux 29,0 millions [26,9 millions–32,4 millions] en 2001.

L'estimation actuelle du nombre de personnes vivant avec le VIH s'est réduite de 6,3 millions par rapport à l'estimation de 39,5 millions [34,1-47,1 millions] de personnes publiée l'année dernière. Cette réduction tient compte des estimations révisées pour l'Inde annoncées en juin 2007.

#### **2. Quels sont les raisons de cette révision de la prévalence à la baisse de 6,3 millions ?**

Cette diminution de 6,3 millions est due dans une large mesure à l'amélioration et à l'élargissement de la surveillance, de la collecte de données et des méthodologies, qui ont permis à l'ONUSIDA et à l'OMS de présenter un tableau plus détaillé et précis de l'épidémie mondiale de sida.

Environ 70% de la différence s'explique par des baisses de la prévalence du VIH en Inde (qui à elle seule représente à peu près la moitié de cette révision) et dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne y compris l'Angola, le Kenya, le Nigéria, le Mozambique et le Zimbabwe.

Les 30% restants des révisions sont survenues dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne. Une baisse de l'incidence (le nombre de nouvelles infections à VIH) pourrait également être un facteur, mais il est actuellement difficile de le quantifier.

Des données provenant d'enquêtes auprès de la population ont contribué à des corrections dans tous les pays. Cependant, dans certains pays, notamment la Côte d'Ivoire, le Kenya et le Zimbabwe, la réduction de la prévalence du VIH est en majeure partie due à des diminutions réelles, plutôt qu'à des corrections statistiques.

### **3. Prévoyez-vous d'autres révisions ?**

On s'attend à ce que les résultats des enquêtes effectuées dans l'avenir auprès des populations en Asie et en Afrique subsaharienne n'aient qu'un impact mineur sur les estimations mondiales de la prévalence. Ceci parce que les pays les plus grands et les plus touchés ont soit déjà réalisé ces enquêtes ou, dans le cas contraire, parce que leurs estimations ont été corrigées en se fondant sur l'information obtenue par des enquêtes nationales dans des pays connaissant des épidémies analogues.

En nous basant sur une meilleure méthodologie et sur de meilleures données en provenance des pays, nous sommes convaincus de présenter le tableau le plus précis possible de l'épidémie mondiale de sida.

Dans l'avenir, l'ONUSIDA et l'OMS continueront à collaborer avec leurs partenaires pour faire en sorte de disposer de données encore plus complètes et d'une méthodologie encore meilleure.

### **4. La stabilisation signifie-t-elle que le sida est maîtrisé ?**

Non. Un pays tel que le Botswana, où la prévalence dépasse 15%, est un exemple d'une épidémie qui s'est stabilisée, mais à des taux inacceptables : c'est une démonstration claire que la riposte au sida a été insuffisante dans le pays.

De plus, même si une épidémie s'est stabilisée, cela peut masquer la situation dans laquelle un grand nombre de personnes contractent une infection et un nombre égal de personnes décèdent. Ceci arrive dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne.

Par ailleurs, même si la prévalence est stable ou en baisse, les nouvelles infections qui ne cessent de survenir contribuent au nombre estimé de personnes vivant avec le VIH dans un pays donné.

Cette situation peut aussi être le résultat du nombre grandissant de personnes sous traitement antirétroviral, ce qui peut mener à une baisse de l'incidence parce que les personnes en traitement risquent moins de transmettre le virus aux autres.

### **5. Les diminutions de la prévalence en Afrique subsaharienne montrent-elles que les programmes de prévention fonctionnent ?**

Nous avons des données montrant une baisse de la transmission du VIH parmi les jeunes dans neuf pays<sup>1</sup>. Ces tendances, associées à des signes d'une importante diminution de la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes jeunes dans les zones urbaines et rurales de cinq pays<sup>2</sup>, indiquent que les efforts de prévention du VIH pourraient avoir un impact dans plusieurs des pays les plus affectés.

Une prévalence du VIH stable ou en baisse peut aussi indiquer d'autres phénomènes :

- Un taux de décès liés au sida supérieur au taux de nouvelles infections à VIH.
- Un nombre élevé de personnes vivant avec le VIH qui quittent les endroits particulièrement frappés par l'épidémie.

### *Incidences*

## **6. Combien de personnes ont-elles été nouvellement infectées par le VIH en 2007 ?**

L'incidence mondiale du VIH (le nombre de nouvelles infections) a baissé à 2,5 millions [1,8-4,1 millions] en 2007, alors qu'elle était de 3,2 millions [2,1-4,5 millions] en 2001.

Les modèles indiquent que l'incidence du VIH en Afrique a connu un pic à la fin des années 1990. Cependant, il est possible que cette baisse générale masque des augmentations dans les populations les plus exposées au risque, dans les épidémies à la fois généralisées et concentrées.

## **7. Où a-t-on observé une baisse de l'incidence ?**

L'incidence du VIH a décliné surtout en Afrique subsaharienne, où 1,7 million [1,4-2,4 millions] de personnes ont été infectées par le VIH l'an passé, en diminution par rapport aux 2,2 millions [1,7-2,7 millions] de nouvelles infections en 2001.

Outre la baisse des nouvelles infections en Afrique subsaharienne entre 2001 et 2007, le nombre annuel estimé de nouvelles infections à VIH a clairement diminué en Asie du Sud et du Sud-Est.

## **8. L'incidence a-t-elle baissé dans toutes les régions ?**

L'incidence n'a pas chuté dans toutes les régions. Les nouvelles infections ont augmenté de près de 20% en Asie de l'Est entre 2001 et 2007 et l'Océanie a également connu une augmentation durant cette période. L'incidence reste à peu près la même depuis 2001 dans les Caraïbes, en Amérique latine, au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, en Amérique du Nord et en Europe.

## **9. Comment êtes-vous arrivés à cette estimation de l'incidence ?**

---

<sup>1</sup> Botswana, Cameroun, Kenya, Haïti, Malawi, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe

<sup>2</sup> Botswana, Côte d'Ivoire, Kenya, Malawi et Zimbabwe

L'incidence (ou le nombre annuel de nouvelles infections) n'est pas directement mesurée dans les populations. Elle est plutôt calculée à partir de données sur les changements de la prévalence dans le temps, combinées avec une estimation de la survie moyenne des personnes infectées par le VIH. De nouvelles recherches<sup>3</sup> indiquent que ce temps moyen de survie est plus long qu'on ne l'avait estimé jusqu'ici (il passe de 9 à 11 ans).

En conséquence, la différence entre les estimations publiées par l'ONUSIDA et l'OMS en 2006 et celles du rapport de cette année est due à :

- Une estimation plus basse de la prévalence mondiale du VIH.
- Une augmentation de la durée moyenne de survie des personnes vivant avec le VIH.

#### *Décès liés au sida*

### **10. Combien de personnes sont-elles décédées du sida en 2007 ?**

Le sida est toujours une des causes principales de mortalité dans le monde et demeure la première cause de décès en Afrique subsaharienne.

Globalement, le nombre annuel de personnes décédées en raison du sida a légèrement décliné à 2,1 millions [1,9-2,4 millions] en 2007. L'Afrique subsaharienne est restée la région la plus touchée et 1,6 million [1,5-2,0 millions] de décès liés au sida y sont survenus.

La différence entre les estimations publiées l'an passé et celles de cette année est principalement due à trois facteurs :

- Une estimation plus basse de la prévalence mondiale du VIH.
- L'augmentation de la durée moyenne de survie des personnes vivant avec le VIH.
- L'impact des programmes de traitement dans les pays, maintenant que plus de 2 millions de personnes sont sous thérapie antirétrovirale (à fin 2006).

### **11. Quels facteurs sont responsables de la diminution estimée de la mortalité liée au sida ?**

Un des principaux facteurs contribuant au léger déclin dans les taux de la mortalité liée au sida, c'est le nombre grandissant de personnes sous traitement ; à fin 2006, plus de 2

---

<sup>3</sup> Etudes de cohortes (Réseau ALPHA).

millions de personnes dans les pays à revenu faible ou intermédiaire suivaient un traitement antirétroviral.

## Révisions

### **12. Pourquoi les estimations de cette année sont-elles plus basses qu'en 2006 ?**

La différence dans le nombre estimé de personnes vivant avec le VIH entre les rapports 2006 et 2007 est principalement due à une amélioration de la méthodologie. Une meilleure surveillance dans les pays et des modifications des grandes hypothèses épidémiologiques, approuvées par un tableau d'experts, ont servi au calcul des estimations.

### **13. Pourquoi la méthodologie a-t-elle changé ?**

L'ONUSIDA et l'OMS se sont engagés à poursuivre l'amélioration de notre compréhension de l'épidémie afin de renforcer les moyens de prévenir et de traiter le VIH. Pour y parvenir, et au fur et à mesure que de nouvelles données sont disponibles, ils mettent régulièrement à jour leur méthodologie portant sur les estimations, sur la base des recommandations du Groupe de référence de l'ONUSIDA sur les estimations, modèles et projections.

En 2007 l'ONUSIDA et l'OMS, suivant les recommandations de ce groupe, ont entrepris la révision la plus complète de leur méthodologie sur les estimations du VIH et du sida depuis 2001.

### **14. Qu'est-ce qui a changé sur le plan de la surveillance ?**

L'ONUSIDA et l'OMS travaillent aujourd'hui avec de meilleures données provenant d'un nombre beaucoup plus important de pays. Ces dernières années, plusieurs pays, en particulier en Afrique subsaharienne et en Asie, ont étendu et amélioré leurs systèmes de surveillance du VIH, menant des études nouvelles et plus précises qui fournissent une information plus exacte que les études précédentes sur la prévalence du VIH.

Dans certains pays, des progrès ont été réalisés grâce à l'augmentation du nombre de sites de surveillance sentinelle, à la fois en termes de nombre réel de sites et de couverture géographique. De plus, environ 30 pays, la plupart en Afrique, ont mené des enquêtes nationales représentatives auprès des ménages et de la population.

Les nouvelles données provenant d'enquêtes auprès de la population ont non seulement permis de réviser les estimations des pays qui les ont menées, mais ont également contribué aux ajustements dans d'autres pays connaissant des épidémies analogues mais qui n'avaient pas mené ce type d'enquêtes.

### **15. Quels sont les nouvelles hypothèses épidémiologiques ?**

Le logiciel utilisé pour estimer l'impact du VIH a été modifié pour incorporer deux nouvelles hypothèses épidémiologiques essentielles :

- Les données des consultations prénatales sont aujourd'hui utilisées différemment pour aider au calcul de la prévalence du VIH dans la population générale. A la différence des années précédentes, des facteurs correctifs fondés sur des enquêtes auprès de la population ont été appliqués aux données provenant des zones urbaines (ils n'étaient précédemment utilisés que pour les zones rurales).
- L'estimation du nombre moyen d'années de survie sans traitement des personnes vivant avec le VIH a augmenté de 9 à 11 ans.

### *Methodologie*

#### **16. Quelle méthodologie a-t-on utilisée ?**

L'ONUSIDA et l'OMS se servent de logiciels pour analyser les épidémies, utilisant les données de surveillance, les données d'enquêtes auprès de la population et les hypothèses relatives à l'épidémiologie du VIH. De plus, ils ont formé dans les pays des experts qui utiliseront ces instruments pour analyser leurs données.

Les méthodes et outils employés ont été élaborés par le Groupe de référence de l'ONUSIDA sur les estimations, modèles et projections. Ses recommandations ont été publiées dans des revues scientifiques et sont disponibles à la fois sur le site de l'ONUSIDA et sur celui du Groupe de référence (<http://www.epidem.org/>).

#### **17. Pensez-vous apporter d'autres changements à la méthodologie ?**

L'ONUSIDA et l'OMS s'engagent à améliorer notre compréhension de l'épidémie afin d'augmenter les moyens de prévenir et de traiter le VIH. Ils continueront d'actualiser leur méthodologie au fur et à mesure que de nouvelles données provenant de la recherche et de la surveillance dans les pays seront disponibles.

#### **18. Quel a été le résultat de la consultation sur la méthodologie relative aux estimations du VIH tenue à Genève ?**

Les 14 et 15 novembre 2007, l'ONUSIDA et l'OMS ont organisé une consultation internationale sur les estimations du VIH, qui a réuni plus de 30 experts mondiaux, afin de passer en revue les processus, méthodologies et outils utilisés par l'ONUSIDA et l'OMS pour produire leurs estimations du VIH aux niveaux national, régional et mondial.

La consultation a reconnu que les estimations ONUSIDA/OMS 2007 étaient fondées sur les meilleures données et méthodologies disponibles et formulé plusieurs recommandations, notamment :

- Un examen scientifique indépendant des processus et méthodologies d'estimation doit avoir lieu régulièrement, impliquant des experts qui ne sont pas directement associés à la conception des méthodologies et à la production des estimations.
- Les pays doivent être encouragés à rassembler des données de meilleure qualité et recevoir davantage d'assistance. Les données doivent provenir d'un éventail de sources soigneusement étudiées telles que les sites de surveillance sentinelle et les enquêtes auprès de la population, et il conviendra de renforcer la surveillance des populations les plus exposées au risque.
- L'appropriation par les pays doit rester un élément clé de la collecte de données et de la surveillance du VIH, la formation impliquant un large spectre de parties prenantes y compris des épidémiologistes locaux, la société civile et des représentants des pouvoirs publics.
- La surveillance doit faire partie intégrante de la conception, de la mise en œuvre et de l'évaluation des programmes VIH dans les pays. L'ONUSIDA et l'OMS doivent développer la capacité de leurs homologues dans les pays à analyser les données de surveillance.
- Des études spéciales pourront être requises pour évaluer des aspects tels que les taux de mortalité spécifiques au sida, ainsi que la qualité et la couverture des ressources destinées aux traitements.
- L'ONUSIDA et l'OMS publieront les estimations 2007 du VIH à l'échelle mondiale le **27 novembre 2007**, à temps pour la Journée mondiale sida. Ils poursuivront leur collaboration avec des experts et homologues dans les pays afin d'examiner systématiquement les méthodes utilisées pour formuler des estimations sur le VIH et faire en sorte qu'elles reflètent les données et recherches scientifiques les plus récentes.

**19. Dans quelle mesure êtes-vous convaincus de la précision de vos estimations ?**

Sur la base d'une méthodologie améliorée et des meilleures données fournies par les pays, nous sommes convaincus de présenter le tableau le plus précis possible de l'épidémie mondiale de sida.

Dans l'avenir, nous poursuivrons notre collaboration avec nos partenaires pour faire en sorte de travailler avec des données encore plus complètes et une méthodologie et des outils encore meilleurs.

**20. L'ONUSIDA et l'OMS ont formulé plusieurs recommandations fermes concernant les programmes depuis 2001 – les nouvelles estimations les invalident-elles ?**

Non. L'ONUSIDA et l'OMS continueront d'examiner et d'actualiser leurs conseils aux pays selon les besoins, mais les recommandations fondamentales demeurent inchangées.

Les pays doivent continuer à améliorer leur compréhension de leurs épidémies et à prendre des mesures courageuses dans leur approche de sujets souvent sensibles tels que le commerce du sexe, la consommation de drogues et les rapports sexuels entre hommes.

Tous les pays doivent également travailler à faire en sorte que les systèmes de santé et les communautés soient en mesure de fournir à tous ceux qui en ont besoin des services complets de prévention, de traitement, de prise en charge et de soutien dans le domaine du VIH.

**21. A votre avis, comment les donateurs vont-ils réagir à ces révisions ?**

L'ONUSIDA et l'OMS travailleront en étroite collaboration avec les donateurs pour expliquer que ces révisions doivent être considérées comme un important pas en avant vers la fourniture d'une meilleure information sur l'épidémie, et que la nécessité de financer pleinement la riposte au sida doit rester une priorité mondiale.

**22. Certains critiques ont prétendu que l'ONUSIDA exagérait la situation de l'épidémie pour obtenir plus de fonds et améliorer la sensibilisation au sida. Ces développements prouvent-ils qu'ils avaient raison ?**

L'ONUSIDA et l'OMS ont toujours rendu publics les approches et instruments utilisés dans l'évaluation de l'épidémie mondiale de sida et encouragé le monde à poursuivre une riposte complète, efficace et soutenue. Nous n'exagérons en aucun cas les données dans l'intérêt du plaidoyer, et ces données ne sont pas non plus influencées par des intérêts politiques ou financiers.

***Besoins de ressources***

**23. Ces révisions affectent-elles les estimations de l'ONUSIDA publiées en septembre concernant les besoins en ressources ?**

La projection des besoins financiers pour la lutte contre le sida sera légèrement plus basse cette année et pourrait être encore réduite dans les années à venir.

En nous fondant sur les données supplémentaires concernant la prévalence du VIH fournies par les pays depuis l'évaluation des besoins en ressources publiée en septembre, nous avons abaissé les estimations du nombre de personnes nécessitant une thérapie antirétrovirale et déterminé que l'épidémie ne croissait pas aussi rapidement que ce qui avait été estimé auparavant.

Les ressources nécessaires à l'avenir ne dépendront pas seulement des ajustements dans l'estimation du nombre de personnes nécessitant un traitement. Des questions techniques, telles que le choix optimal des thérapies de première et de deuxième intention ainsi que des recommandations concernant le moment où commencer une thérapie, joueront également un rôle important.

**24. L'ONUSIDA était-elle consciente qu'il y aurait des révisions lorsqu'elle a commencé à formuler l'analyse des besoins en ressources ? Et dans ce cas, pourquoi n'ont-elles pas été prises en compte à ce moment-là ?**

Lors de la rédaction du rapport sur les besoins en ressources, l'ONUSIDA était consciente d'une diminution importante dans les estimations des épidémies en Inde et

dans cinq pays d'Afrique subsaharienne. Les estimations des besoins en ressources ont en conséquence été ajustées à la baisse.

Les estimations épidémiologiques finales n'ont été disponibles qu'après la publication de l'évaluation des besoins en ressources et toutes les estimations épidémiologiques révisées ne sont pas reflétées dans les calculs d'origine. Toutefois, ces révisions ne changent pas de manière substantielle les fourchettes des besoins en ressources.

## **25. Publierez-vous une évaluation révisée des besoins en ressources ?**

Une version actualisée de l'évaluation des besoins en ressources est actuellement en préparation et elle comprendra toutes les données du rapport *Le point sur l'épidémie de sida 2007*.