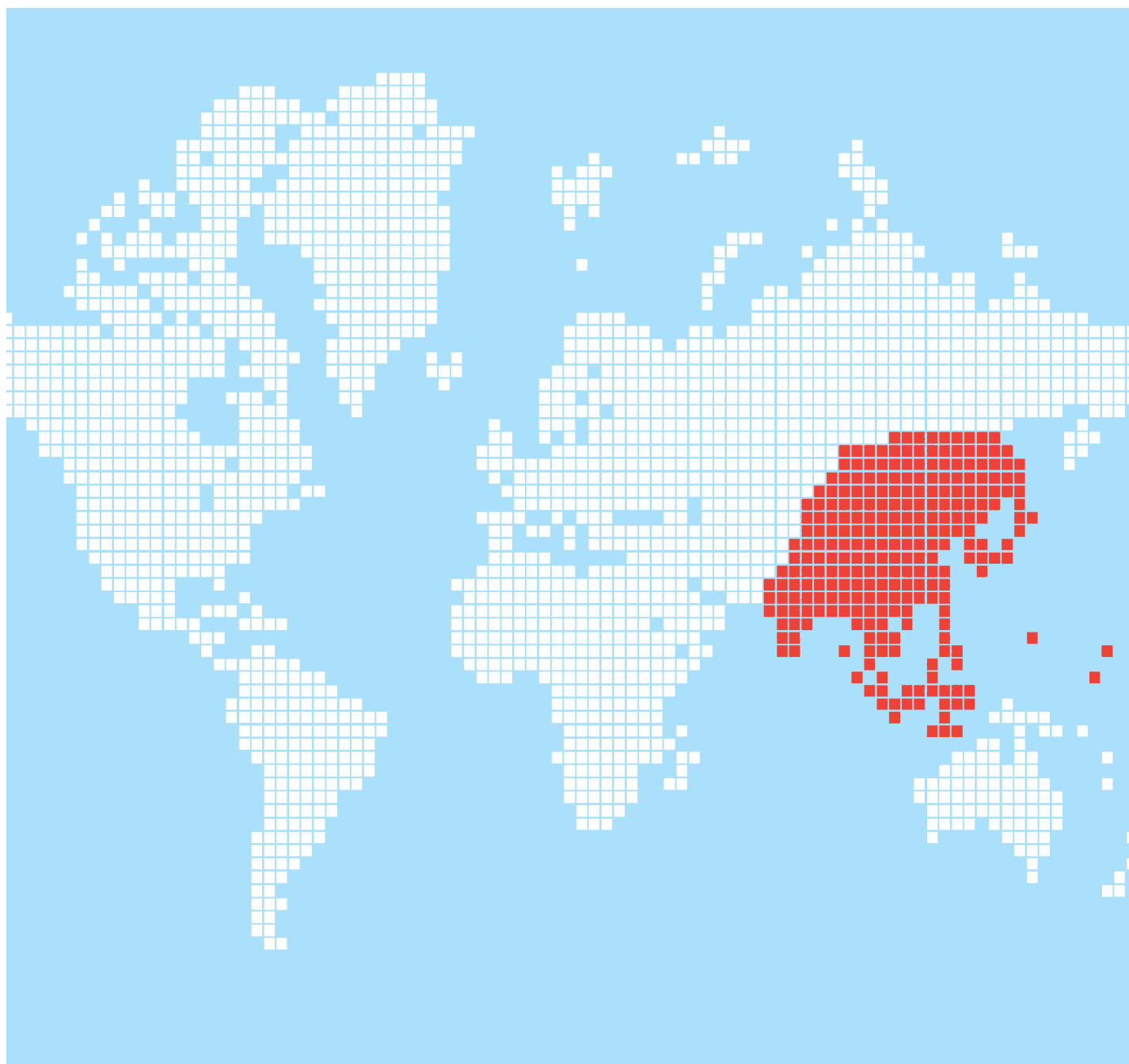


07

## ASIE

Le point sur l'épidémie de sida  
Résumés par région



**ONUSIDA**  
PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA

HCR  
UNICEF  
PAM  
PNUD  
UNFPA

ONU DC  
OIT  
UNESCO  
OMS  
BANQUE MONDIALE



**Organisation  
mondiale de la Santé**

---

ONUSIDA/08.09F / JC1527F (version française, mars 2008)

Version originale anglaise, UNAIDS/08.09E / JC1527E, mars 2008 :

*Asia : AIDS epidemic update : regional summary.*

Traduction – ONUSIDA

© Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) et Organisation mondiale de la Santé (OMS) 2008.

Tous droits de reproduction réservés. Les publications produites en commun par l'ONUSIDA et l'OMS peuvent être obtenues auprès du Centre d'information de l'ONUSIDA. Les demandes d'autorisation de reproduction ou de traduction des publications de l'ONUSIDA – qu'elles concernent la vente ou une distribution non commerciale – doivent être adressées au Centre d'Information à l'adresse ci-dessous ou par fax, au numéro +41 22 791 4835 ou par courriel : [publicationpermissions@unaids.org](mailto:publicationpermissions@unaids.org).

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'ONUSIDA ou de l'OMS aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'ONUSIDA ou l'OMS, de préférence à d'autres. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'ONUSIDA et l'OMS ne garantissent pas que l'information contenue dans la présente publication est complète et correcte et ne pourront être tenus pour responsables des dommages éventuels résultant de son utilisation.

---

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

Asie : Le point sur l'épidémie de sida : résumés par région.

« ONUSIDA/08.09F / JC1527F ».

1. Infection à VIH – prévention et contrôle. 2. Infection à VIH – épidémiologie. 3. Syndrome d'immunodéficience acquise – épidémiologie. 4. Épidémie. 5. Asie. I. ONUSIDA.

ISBN 978 92 9 173683 6

(Classification NLM : WC 503.4)

---

---

ONUSIDA  
20 avenue Appia  
CH-1211 Genève 27  
Suisse

T (+41) 22 791 36 66  
F (+41) 22 791 48 35

[distribution@unaids.org](mailto:distribution@unaids.org)  
[www.unaids.org](http://www.unaids.org)

# ASIE

Le point sur l'épidémie de sida

Résumés par région



**ONUSIDA**  
PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA

HCR  
UNICEF  
PAM  
PNLID  
UNFPA

ONU DC  
OIT  
UNESCO  
OMS  
BANQUE MONDIALE



**Organisation  
mondiale de la Santé**





## ASIE

### Chine

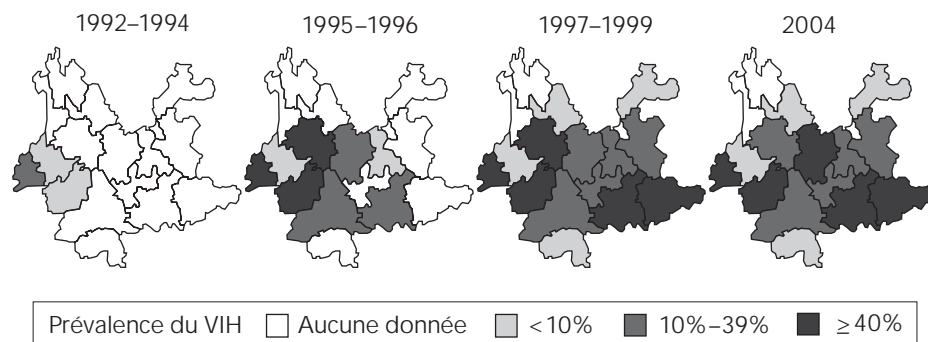
Des infections à VIH ont été notifiées dans chacune des provinces de **Chine** ; cependant on estime que la plupart des personnes vivant avec le VIH en Chine se trouvent dans les provinces du Henan, du Guangdong, du Guangxi, du Xinjiang et du Yunnan (Ministère de la Santé de la Chine, 2006). Dans cette dernière province, la surveillance du VIH dans les consultations prénatales a permis de voir que 0,3% [0,21%-0,31%] des femmes enceintes étaient infectées par le VIH, mais dans certains comtés, la prévalence allait jusqu'à 1,6% (Zhang, Hu, Hesketh, 2006).

On estime qu'un peu moins de la moitié des quelque 700 000 [390 000-1,1 million] personnes vivant avec le VIH en **Chine** en 2006 ont été infectées alors qu'elles s'injectaient des drogues avec du matériel contaminé et qu'une proportion analogue a contracté le virus au cours de rapports sexuels non protégés (Ministère de la Santé de la Chine, 2006 ; Lu et al., 2006). Lorsque

le VIH a pénétré dans les réseaux de consommateurs de drogues injectables, il a tendance à se propager rapidement – en particulier lorsque les connaissances relatives au VIH sont faibles et que le matériel d'injection est fréquemment non stérile. Dans les zones rurales de la province du Guangxi, une étude lancée en 2002 a mesuré un taux de *prévalence* de base de un consommateur de drogues injectables sur quatre (25%). Après avoir suivi les nouvelles infections au cours de l'année suivante, un taux annuel d'*incidence* de 3,1% a été relevé parmi les 702 consommateurs de drogues injectables participant à l'étude (Liu W et al., 2006). Des situations analogues se produisent dans d'autres provinces, par exemple le Guangxi, le Sichuan, le Xinjiang et le Yunnan, où des taux élevés de prévalence du VIH ont été relevés parmi les consommateurs de drogues injectables (Choi, Cheung, Chen, 2006). Dans la province du Sichuan, la prévalence du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables dans une ville du sud-ouest a passé de 11% en 2002 à 18% en 2004 (Zhang et al., 2006).

Figure 1

Prévalence du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables dans la province du Yunnan, Chine, 1992–2004



Source : Xiao Y et al. (2006). Expansion of HIV/AIDS in China: lessons from Yunnan Province. *Social Science & Medicine*, 64(3):665–675. Epub 2006 Nov 14.

Plus de la moitié (58%) des consommateurs de drogues injectables interrogés dans huit centres de réhabilitation pour toxicomanes de la province du Yunnan ont déclaré qu'ils utilisaient du matériel d'injection non stérile (Hesketh et al., 2006), comme 39% de ceux qui étaient inscrits dans les centres de désintoxication d'une autre région de la province (Christian et al., 2006). Dans cette dernière étude, un consommateur de drogues injectables sur cinq (20%) ne savait pas que l'utilisation d'aiguilles et de seringues non stériles s'accompagnait d'un risque très élevé de transmission du VIH, près de deux tiers (64%) d'entre eux avaient eu des rapports sexuels tarifés non protégés au cours du mois écoulé et près de la moitié (45%) n'avaient jamais acheté un préservatif. Pourtant, plus de la moitié (57%) de ces consommateurs de drogues injectables estimaient qu'ils avaient un risque faible ou nul de contracter le VIH (Christian et al., 2006).

Les activités de réduction des risques, aussi partielles et irrégulières qu'elles soient encore, commencent à montrer des résultats positifs. La **Chine** a mis en place

plus de 700 sites d'échange des aiguilles et seringues. Dans les six lieux qui fournissaient des taux d'utilisation de matériel non stérile lors d'une enquête nationale en 2005, 12% à 56% des consommateurs de drogues injectables déclaraient utiliser encore des aiguilles non stériles, par rapport aux 27% à 79% qui le faisaient lorsque les projets ont commencé au début des années 2000 (Wu et al, 2006). Un projet analogue dans la province du Hunan a noté que l'utilisation déclarée de matériel non stérile avait baissé de 43% à 23% et le niveau de sensibilisation et de connaissances relatives au VIH s'était multiplié par quatre pour atteindre 80% entre 2003 et 2005 (Chen Y et al., 2006). Cette évolution positive montre bien qu'il est nécessaire de poursuivre l'amélioration et l'expansion des programmes de réduction des risques en Chine, en prêtant une attention particulière au nombre croissant de consommatrices de drogues injectables qui utilisent du matériel non stérile (Zhang, Wu, 2002) et à la manière dont la dynamique entre les sexes influence le risque d'infection à VIH (Choi, Cheung, Chen, 2006) (voir encadré).

#### DOUBLE PÉRIL : SEXOSPÉCIFICITÉ ET RISQUE DE VIH PARMIS LES CONSOMMATEURS DE DROGUES INJECTABLES

La majorité des consommateurs de drogues injectables en **Chine**, comme ailleurs dans le monde, sont des hommes. Mais les femmes qui s'injectent des drogues pratiquent aussi souvent le commerce du sexe, et c'est pourquoi elles sont exposées à un risque accru de contracter le VIH. Certaines études effectuées en Chine montrent que jusqu'à 30%-40% des consommateurs de drogues injectables étaient des femmes (Phariss, Thomson, 2004 ; Jia et al., 2003) et une forte proportion d'entre elles vendaient aussi des services sexuels (Choi et al., 2007 ; Li et al., 2006). Dans une ville du sud-ouest de la province du Sichuan en 2003-2004, plus de la moitié (57%) des consommatrices de drogues injectables interrogées vendaient des services sexuels. En conséquence, les consommatrices de drogues injectables avaient un risque plus élevé d'être infectées par des maladies sexuellement transmissibles que leurs homologues masculins. La probabilité qu'elles empruntent des aiguilles à leurs partenaires sexuels était aussi plus grande que celle relevée chez les hommes consommateurs de drogues injectables (Choi, Cheung, Chen, 2006). Dans la province de l'Anhui, 39% des consommatrices de drogues injectables déclaraient avoir utilisé du matériel d'injection non stérile au cours du mois écoulé – soit deux fois plus que les 18% de consommateurs de drogues injectables qui déclaraient en avoir fait de même. Plus de la moitié (56%) des femmes avaient aussi vendu des services sexuels au cours de l'année précédente et un peu plus de la moitié (53%) déclaraient avoir utilisé des préservatifs « la plupart du temps » lors de ces rapports. Pourtant trois quarts (78%) des consommatrices de drogues injectables assuraient être « certaines » de ne pas être infectées par le VIH (Liu H et al., 2006).

De plus, le contexte dans lequel les femmes consomment des drogues et vendent des services sexuels (ceci permettant généralement de financer cela) accroît souvent les risques d'infection par le VIH. Lorsque le commerce du sexe est criminalisé et les professionnelles du sexe sont harcelées par les pouvoirs publics, il est plus difficile de trouver des clients, ce qui compromet parfois la capacité des femmes à imposer des rapports sexuels protégés (Choi, Cheung, Chen, 2006). Dans une autre étude réalisée dans la province du Sichuan, moins d'un tiers des consommatrices de drogues injectables qui vendaient des services sexuels disaient utiliser systématiquement des préservatifs avec leurs clients (He et al., 2003). La réduction des risques et les autres programmes de prévention doivent tenir compte de ces différences et inégalités entre les sexes en matière de risque de VIH.

Le chevauchement entre consommation de drogues injectables et commerce du sexe est un important aspect de l'épidémie de VIH en **Chine**. Un nombre croissant de femmes consomment des drogues injectables dans le pays et, à certains endroits, la moitié au moins d'entre elles vendent aussi des services sexuels (voir encadré). De nombreux hommes consommateurs de drogues injectables achètent aussi des services sexuels souvent sans utiliser de préservatifs. Dans l'étude du Yunnan réalisée dans les centres de réhabilitation, un tiers seulement (36%) des consommateurs de drogues injectables sexuellement actifs (en grande majorité des hommes) avaient déjà utilisé un préservatif (Hesketh et al., 2006). Bien que l'utilisation de matériel d'injection de drogues contaminé reste la principale voie de transmission du VIH dans la province du Yunnan, la proportion d'infections à VIH notifiées qui sont imputables à la transmission sexuelle a plus que doublé entre 1996 et 2004, passant de 5,3% à 12% (Lu et al., 2005). Dans la même province, la consommation de drogues injectables s'est également révélée un des principaux facteurs associés à l'infection à VIH parmi les professionnel(le)s du sexe, dont 21% ont présenté un test positif pour le VIH lors d'une récente étude (Wang et al., 2006a).

---

*Les activités de réduction des risques, aussi partielles et irrégulières qu'elles soient encore, commencent à montrer des résultats positifs en Chine.*

---

Les cas notifiés d'infections sexuellement transmissibles telles que la syphilis ont considérablement augmenté depuis les années 1980. Au milieu de cette décennie, on ne comptait que 194 cas de syphilis officiellement enregistrés dans l'ensemble du pays ; en 2005, ce nombre avait grimpé à 113 000, selon une récente enquête nationale de surveillance. Les chercheurs estiment qu'à l'échelle nationale, 0,5% des femmes enceintes, 0,8% des professionnel(le)s du sexe et 15% des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes sont infectés par la syphilis (Chen Z-Q et al., 2006). Les rapides changements sociaux et économiques de la **Chine** contribuent à cette tendance. Le strict contrôle policier de la deuxième moitié du 20<sup>ème</sup> siècle a contribué à limiter le commerce du sexe et à le pousser dans la clandestinité. Mais les réformes économiques et sociales mises en œuvre depuis les années 1980 se sont accompagnées d'un creusement des écarts en matière de revenus et d'un climat culturel plus

tolérant (Nolan, 2003), qui ont facilité la réapparition du commerce du sexe (Gill et al., 1996).

Le déséquilibre du rapport entre les sexes à l'échelle nationale (le ratio hommes/femmes était estimé à 117:100 en 2000) (Guilmoto, 2005) et l'augmentation du phénomène migratoire pourraient aussi avoir contribué à l'augmentation de la demande de commerce du sexe (Tucker et al., 2005). Une recherche effectuée parmi des hommes qui avaient quitté les campagnes pour Beijing, Nanjing et Shanghai a révélé qu'un sur 10 d'entre eux (10%) avait acheté des services sexuels et un sur cinq (20%) avait des antécédents d'infections sexuellement transmissibles (Wang et al., 2006b). Plusieurs autres études ont relevé des comportements sexuels à risque dans certains groupes de migrants (Yang, Xia, 2006 ; Smith, Yang, 2005). En 2003, une enquête dans le sud-ouest de la **Chine** a trouvé que les migrants transitoires avaient une probabilité cinq fois plus élevée que les non-migrants d'avoir des rapports sexuels avec un partenaire non régulier et sept fois plus élevée d'acheter des services sexuels. Les migrants transitoires de sexe féminin avaient une probabilité 14 fois plus élevée d'avoir des rapports sexuels avec un partenaire non régulier que les femmes non migrantes et 80 fois plus élevée de vendre des services sexuels (Yang, Xia, 2006), ce qui représente pour elles un risque accru d'exposition au VIH et aux autres infections sexuellement transmissibles.

Par ailleurs, de faibles niveaux de connaissances relatives au VIH et à la santé reproductive, le peu d'enthousiasme manifesté par les clients pour l'usage du préservatif et la nature illégale du commerce du sexe en **Chine** exposent les professionnel(le)s du sexe à un risque élevé de VIH. Dans une étude effectuée parmi des professionnelles du sexe à Hong Kong, une minorité (43%) de femmes avaient utilisé systématiquement des préservatifs avec leurs clients (au cours des trois mois précédents) et un pourcentage analogue (42%) de femmes présentaient au moins une infection sexuellement transmissible (Choi, 2006). Le recours systématique au préservatif semble particulièrement faible parmi les femmes qui se situent au bas de l'échelle du commerce du sexe (qui travaillent dans la rue, ou dans les parcs, les salons ou les auberges), à savoir moins de 20%, par rapport aux 57% relevés dans une autre étude parmi les professionnelles du sexe travaillant dans les hôtels de luxe (Parish, Suiming, 2006). La prise de risques sur le plan sexuel semble vraiment être la norme parmi les clients de sexe masculin. Un tiers seulement (36%) sur près d'un millier de clients de professionnelles du sexe qui participaient récemment à une étude dans la province du Sichuan déclaraient avoir utilisé un préservatif la

dernière fois qu'ils avaient acheté des services sexuels ; 6% d'entre eux avaient eu une infection sexuellement transmissible au cours des six mois précédents (Wan, Zhang, 2006).

S'ils sont encore relativement peu nombreux, les projets de promotion du préservatif à l'intention des professionnel(le)s du sexe et de leurs clients obtiennent des résultats. Lancé en 2003, un programme d'utilisation systématique du préservatif organisé dans les salons de coiffure pour hommes (qui font parfois également office de bases pour le commerce du sexe) dans la ville de Liuzhou (province du Guangxi) a entraîné une augmentation de l'utilisation du préservatif parmi les professionnel(le)s du sexe de 48% à 80% et une baisse des cas de blennorragie de 8,6% à 2,2% en l'espace de deux ans (Li, 2006). A Wuhan, capitale de la province orientale du Hubei, les niveaux d'utilisation du préservatif ont augmenté de 33% au moment du lancement d'un projet analogue en 2002, à 69% un an plus tard et la proportion de professionnel(le)s du sexe présentant une infection à chlamydia a diminué de moitié pour atteindre 15% (Wei et al., 2006). Des projets analogues dans les provinces du Guangxi, du Hainan, du Hubei, du Hunan et du Jiangsu montrent également des résultats positifs (OMS, 2004). Si leur nombre et leur qualité sont suffisants, ces projets pourraient se révéler essentiels pour les efforts déployés par la **Chine** afin d'inverser son épidémie.

La propagation du VIH parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes a fait l'objet d'assez peu d'attention en **Chine**, même si 7% au moins des infections à VIH pourraient être imputables aux rapports sexuels non protégés entre hommes, selon ce qu'indiquent certaines estimations (Lu et al., 2006). Des études ont relevé une prévalence du VIH allant de 1,5% à Shanghai (Choi et al., 2007), 1,7% dans le sud (Tao et al., 2004 ; Zhu et al., 2005) et 3,1%-4,6% à Beijing (Choi et al., 2003 ; Ma et al., 2006).

Plusieurs études suggèrent des schémas de comportement qui pourraient entraîner une exposition accrue au VIH dans les réseaux d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et au-delà. La plupart des participants à l'étude de Shanghai (citée plus haut) savaient comment se transmettre le VIH, 52% d'entre eux s'estimant exposés à un faible risque et 38% pensant qu'ils n'avaient aucun risque d'être infectés. Pourtant plus de la moitié (57%) des hommes interrogés avaient eu des rapports sexuels avec des hommes non protégés au cours des six mois précédents et 13% avaient eu des rapports non protégés avec des hommes comme avec des femmes. Quatorze pour cent des hommes étaient atteints de syphilis (Choi et al., 2007).

Des niveaux extrêmement élevés de comportements sexuels à risque ont été relevés par une étude à Beijing, où deux tiers (68%) des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ont déclaré avoir eu des rapports non protégés avec des hommes au cours des six mois précédents. La prévalence du VIH parmi eux était de 4,6% (Ma et al., 2006). Une autre étude dans la même ville a révélé des niveaux légèrement moins élevés d'infection à VIH (3,2%), mais des comportements de prise de risques sur le plan sexuel tout aussi répandus parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, dont une importante proportion (29%) avaient également des rapports sexuels avec des femmes. Moins d'un quart (21%-24%) des hommes utilisaient systématiquement des préservatifs avec des partenaires masculins réguliers, moins de la moitié (35%-42%) le faisaient avec des partenaires masculins non réguliers et un tiers seulement (33%) y recouraient avec leurs partenaires féminines (Ruan et al., 2007).

Dans la ville de Guangzhou, dans la province méridionale du Guangdong, les résultats ont été semblables, avec 55% des hommes interrogés déclarant avoir eu des rapports sexuels non protégés avec des hommes et une prévalence de la syphilis de 11%. Etant donné qu'un quart (26%) des hommes étaient mariés et presque un tiers (32%) des hommes avaient des partenaires féminines régulières, il existe un risque réel de propagation des infections sexuellement transmissibles au-delà des réseaux sexuels masculins (He et al., 2006), comme c'est aussi le cas à Beijing et Shenyang, où des études ont montré que 28% et 36%, respectivement, des hommes interrogés qui ont des rapports sexuels avec des hommes en avaient aussi eu récemment avec des partenaires féminines (Choi et al., 2004 ; Gu et al., 2004). De tels résultats mettent en avant la nécessité de programmes de prévention susceptibles de renforcer les réseaux sociaux d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en **Chine**, et d'y promouvoir la sexualité à moindre risque.

D'autres facteurs compliquent la riposte au sida en **Chine**, par exemple des problèmes de capacité, les faibles niveaux de participation de la société civile et l'importance de la stigmatisation entourant le VIH. Sur près de 4000 infirmier(ère)s interrogé(e)s au cours d'une enquête dans les provinces du Guangxi, du Sichuan et du Yunnan en 2005, par exemple, près d'un(e) sur cinq (18%) estimait que les malades infectés par le VIH devraient être isolés et presque la moitié (45%) déclaraient préférer ne pas travailler dans les services sida. Dans une autre étude, 43% des 1100 soignants interrogés soutenaient le test VIH obligatoire pour toutes les personnes utilisant les services hospitaliers (Sun et al., 2006).

Globalement cependant, la **Chine** a intensifié sa riposte à l'épidémie de VIH ces dernières années. Le dépistage gratuit du VIH est offert dans plus de 3000 sites de l'ensemble des 31 provinces (Wu et al., 2007) et on estimait à 30 000 le nombre de patients sous traitement antirétroviral à fin 2006 (Wu et al., 2007). Cependant les recherches suggèrent que la riposte bénéficierait considérablement d'une amélioration de la coordination entre les divers acteurs et organismes et de l'orientation des programmes vers les groupes les plus exposés au risque (Gill, Huang, Lu, 2007). En outre, il est nécessaire d'améliorer en priorité la co-prise en charge du VIH et de la tuberculose, y compris une amélioration du diagnostic en laboratoire, la mise en place plus précoce des traitements antirétroviraux, une application plus stricte des stratégies et une meilleure sensibilisation de la communauté. Les études sur le terrain rapportent des niveaux élevés d'infection par le VIH et la tuberculose. Dans une étude effectuée entre 2003 et 2005 dans des zones rurales, près d'un quart (22%) des personnes vivant avec le VIH étaient également atteintes de tuberculose. La mortalité chez ces personnes était élevée, en raison surtout du fait que les traitements de la tuberculose étaient rarement menés à leur fin (Dahmane et al., 2006).

Dans l'ensemble, quand bien même on a documenté des niveaux élevés de comportements à risque dans certaines provinces de la **Chine** et une prévalence du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles en hausse dans certains groupes de la population, il est difficile de généraliser sur la base de ces informations. L'épidémie de VIH en **Chine** est hétérogène et évolue à des rythmes différents selon les régions.

## Inde

Les nouvelles estimations plus précises indiquent qu'en 2006, quelque 2,5 millions (2 millions-3,1 millions) de personnes vivaient avec le VIH en **Inde** et que le taux national de prévalence du VIH chez les adultes y était de 0,36%. Bien que la proportion de personnes vivant avec le VIH soit plus faible qu'on ne l'avait estimé jusqu'ici, l'épidémie en Inde reste importante en chiffres absolus.

Ces dernières estimations sont fondées sur un système élargi de surveillance, sur de meilleures données (dont une enquête démographique nationale sur le VIH réalisée en 2005-2006), ainsi que sur l'application d'une méthodologie plus robuste et plus appropriée. Les estimations confirment de précédentes données démographiques sur le VIH qui suggéraient que les chiffres de la prévalence à l'échelon des Etats et du pays fondés sur la surveillance sentinelle pourraient

être surestimés. Une recherche dans le district de Guntur dans l'Etat méridional de l'Andhra Pradesh avait montré que la prévalence du VIH dans une étude démographique était près de moitié moins élevée que celle fondée sur la surveillance sentinelle (Dandona L et al., 2006). Parmi presque 100 000 adultes (entre 15 et 49 ans) testés pour le VIH au cours de la plus récente des enquêtes démographiques nationales (NFHS-3, 2007), on a relevé une prévalence de 0,28% (0,23%-0,33%).

---

*La proportion de personnes vivant avec le VIH en Inde est moins élevée qu'on ne l'avait pensé jusqu'ici, mais l'épidémie frappe toujours un nombre important d'individus.*

---

L'épidémie en **Inde** est extrêmement variée selon les Etats et les régions et des tendances diverses sont apparentes dans les différentes régions de cet énorme pays. Même dans les quatre Etats du sud (Andhra Pradesh, Karnataka, Maharashtra et Tamil Nadu) dont on pense qu'ils comptent la vaste majorité des personnes vivant avec le VIH en **Inde**, la prévalence du VIH est variable et l'épidémie a tendance à se concentrer dans certains districts (NACO, 2005a ; Banque mondiale, 2005). Le taux de prévalence du VIH chez les adultes notifié dans les Etats compris dans la récente enquête démographique nationale (NFHS-3, 2007) allait de 0,07% en Uttar Pradesh, à 0,34% au Tamil Nadu, 0,62% au Maharashtra, 0,69% au Karnataka, 0,97% en Andhra Pradesh et 1,13% au Manipur. La prévalence du VIH dans les Etats du sud était globalement cinq fois supérieure à celle des Etats du nord en 2000-2004 (Kumar R et al., 2006). Cependant, des poches à prévalence importante du VIH (principalement dans les groupes de la population exposés à un risque élevé de VIH) ont été identifiées dans certaines régions des Etats du nord (p. ex. le Bihar, l'Orissa, le Rajasthan et le Bengale-Occidental), alors que des niveaux de prévalence étonnamment élevés – près de 3% – ont été relevés dans la population générale d'un district du Karnataka, au sud (voir encadré).

Globalement, les données de la surveillance sentinelle élargie 2006 montrent, dans plusieurs Etats, un niveau élevé de prévalence du VIH parmi les professionnel(le)s du sexe et peut-être une augmentation de la prévalence du VIH chez les consommateurs de drogues injectables et les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes. Bien que le VIH se soit répandu dans la population générale et touche, dans certains Etats, un

## COMPRENDRE LES NOUVELLES ESTIMATIONS DU VIH EN INDE

Les estimations révisées concernant le VIH en Inde résultent de plusieurs améliorations essentielles, comprenant notamment un élargissement et une amélioration du système de surveillance du VIH et l'adaptation de la méthodologie d'estimation afin d'y intégrer les nouvelles données.

Une des grandes améliorations a été l'enquête nationale auprès des ménages (Enquête nationale de santé de la famille 3 [NFHS-3], réalisée entre 2005 et 2006), qui a porté sur 100 000 ménages environ et qui, pour la première fois, comportait une composante VIH (NFHS-3, 2007). Cette enquête constitue pour l'Inde une source de données entièrement nouvelle et elle est aussi la plus vaste enquête démographique dotée d'un élément VIH jamais effectuée dans le pays. Des enquêtes analogues ont été réalisées dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne où elles ont également permis d'améliorer les estimations du VIH.

L'Inde a également élargi son système de surveillance du VIH au cours de ces dernières années. Le système a passé de 155 sites de surveillance (en 1998) à 1100 sites (en 2006). Il recueille aujourd'hui des données auprès des femmes enceintes qui fréquentent les consultations prénatales, des personnes qui fréquentent les dispensaires de prise en charge des infections sexuellement transmissibles et des groupes de la population qui sont exposés à un risque accru d'infection par le VIH. Ces dernières données sont particulièrement importantes, car ces groupes (qui comprennent les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, les consommateurs de drogues injectables et les professionnel(le)s du sexe) sont souvent les oubliés des enquêtes démographiques. Ces diverses sources de données se complètent donc.

Enfin, l'Inde a actualisé ses méthodes d'analyse des nouvelles données recueillies par les enquêtes et les activités de surveillance du VIH. Des experts indiens et étrangers ont revu la méthodologie permettant de produire des estimations consolidées de la prévalence du VIH chez les adultes, du nombre de personnes vivant avec le VIH ainsi que d'autres indicateurs connexes. Il en résulte une compréhension plus complète et précise de l'épidémie de VIH en Inde – étape cruciale vers l'amélioration des programmes de prévention du VIH et vers une meilleure définition des besoins en matière de traitement, de prise en charge et de soutien. Ces nouvelles données permettent notamment à l'Inde de cibler ses activités de lutte contre le sida là où elles sont le plus nécessaires et où elles pourraient être le plus efficaces.

nombre croissant de femmes considérées comme étant exposées à un faible risque d'infection, l'épidémie de l'Inde est dans une large mesure le résultat de la transmission du VIH dans et entre ces populations les plus exposées au risque et dans leur entourage immédiat. A l'exception du nord-est du pays, où le matériel d'injection de drogues contaminé est le principal facteur, le VIH semble se propager surtout lors de rapports sexuels non protégés entre les professionnel(le)s du sexe et leurs clients, et leurs partenaires sexuels respectifs (Kumar et al., 2005).

Le pourcentage d'hommes indiens qui fréquentent des professionnel(le)s du sexe (ou ont des rapports sexuels occasionnels) varie considérablement entre les régions et les sous-groupes. Moins de 1% des hommes interrogés dans l'enquête démographique nationale de 2006 (NFHS-3, 2007) ont déclaré avoir pratiqué des rapports sexuels tarifés au cours des 12 mois précédant l'enquête. Les pourcentages les plus élevés de ces hommes se sont trouvés parmi les Sikhs (1,8%), les Bouddhistes/Néo-Bouddhistes (1,5%), les hommes absents de leur foyer pendant plus d'un mois à la fois

(1,4%), les hommes ne vivant pas à ce moment-là avec une épouse, ou les divorcés, veufs ou séparés (1,2%) ainsi que les hommes âgés de 20 à 24 ans (1,2%). Parmi les hommes interrogés qui avaient eu des rapports sexuels tarifés, 62% déclaraient avoir utilisé un préservatif la dernière fois qu'ils avaient acheté des services sexuels. Parmi les hommes et femmes de 15 à 49 ans participant à l'enquête NFHS-3, une femme sur 1000 seulement (0,1%) et deux hommes sur 100 (2%) indiquaient avoir eu deux partenaires sexuels ou davantage au cours des 12 derniers mois, alors que la proportion de ceux qui déclaraient avoir eu des rapports sexuels avec une personne autre que leur conjoint(e) ou le partenaire avec lequel ils cohabitent était plus élevée (0,2% des femmes et 5% des hommes) (NFHS-3, 2007). L'utilisation du préservatif au cours de ces rapports sexuels à haut risque était faible : 15% parmi les femmes et 38% parmi les hommes. Dans d'autres études, 8% à 13% des hommes et 1% à 4% des femmes déclarent avoir eu un partenaire sexuel non régulier au cours de l'année écoulée (Kumar R et al., 2006). Néanmoins, lorsque des hommes achètent des services sexuels, ils risquent d'avoir des rapports avec une personne séro-

positive au VIH et pourtant ils sont nombreux à choisir de ne pas utiliser de préservatifs. Près de la moitié (49%) des professionnelles du sexe participant à une enquête dans 14 districts du Karnataka déclarent avoir eu des rapports sexuels non protégés avec un client au moins une fois au cours du mois précédant l'enquête (Mondal et al., 2006). Dans le même Etat, un taux de prévalence du VIH de 16% a été relevé parmi des professionnel(le)s du sexe travaillant à domicile, de 26% parmi leurs homologues qui travaillent dans la rue et de 47% parmi celles qui travaillent dans des maisons de passe (Ramesh et al., 2006).

Les connaissances concernant le VIH, relevées dans l'enquête démographique nationale, diffèrent considérablement entre hommes et femmes en Inde (NFHS-3, 2007). Seuls 61% des femmes adultes et 84% des hommes adultes avaient entendu parler du sida au moment de l'enquête. Quelque 40% des femmes et 70% des hommes avaient quelques connaissances des méthodes de prévention, alors que les idées fausses étaient légion (p. ex. 38% des femmes et 61% des hommes savaient qu'une personne qui a l'air en bonne santé pouvait être infectée par le VIH). Seuls 3% des femmes et 4% des hommes en Inde ont été testés pour le VIH (NFHS-3, 2007), alors que la proportion des femmes qui ont été testées et ont reçu les résultats de leur test va de 0,2% au Rajasthan à 15% à Goa.

professionnel(le)s du sexe dans les régions qui ont fait l'objet d'activités ciblées de prévention, en particulier dans le Tamil Nadu et les autres Etats du sud. Les interventions portant sur les collectifs de professionnel(le)s du sexe (comme le pionnier du genre, le projet Sonagachi à Kolkata) semblent les plus efficaces (Kumar, 1998). Une enquête parmi des professionnel(le)s du sexe du Karnataka a relevé qu'un degré plus élevé de collectivisation était associé à de meilleures connaissances sur le VIH et des taux plus importants d'utilisation des préservatifs (Halli et al., 2006). Pourtant, ces activités restent limitées et ont souvent à faire face à la résistance ou à l'indifférence des pouvoirs publics (Dandona R et al., 2006b). Un quart (25%) des professionnelles du sexe participant à une enquête en Andhra Pradesh, n'avaient jamais utilisé un préservatif (que ce soit avec des clients ou des partenaires réguliers) (Kumar GA et al., 2006).

Les activités de prévention sont souvent compliquées par la nature variée du commerce du sexe. Dans certains Etats du sud, on estime que la plus grande partie du commerce du sexe se pratique dans la rue ou à la maison, et que les maisons de passe (où il est facile de mettre en œuvre des interventions de prévention) représentent 10% ou moins des rapports sexuels tarifés (Char, Piller, Shirke, 2003). Les résultats des recherches indiquent aussi qu'il conviendrait de prêter

#### SURPRISE DANS LE SUD

Une étude communautaire dans le district de Bagalkot au nord du Karnataka a révélé un taux de prévalence du VIH chez les adultes étonnamment élevé de 2,9%. Il était aussi surprenant de voir que la prévalence était considérablement plus élevée dans les zones rurales (3,6%) que dans les zones urbaines (2,4%). La prévalence du VIH dans les 10 villages inclus dans l'enquête allait de 0% à 8,2%. Près de trois quarts (70%) des participants à l'étude n'avaient jamais vu de préservatif et moins d'un sur 10 (9%) (moins de 3% dans le cas des femmes des campagnes) en avait déjà utilisé un (Becker et al., 2007). On attribue ces poches à forte prévalence au volume élevé de commerce du sexe dans le district et au fait que la plupart des professionnel(le)s du sexe sont jeunes, d'une caste inférieure et illettré(e)s (Becker et al., 2007 ; Blanchard et al., 2005 ; O'Neil et al., 2004 ; Centre de recherche démographique, 2003).

Des études suggèrent qu'entre la moitié et les deux tiers des clients masculins des professionnel(le)s du sexe sont mariés ou ont des partenaires féminines régulières (APAC Project, Voluntary Health Services, 2004a, 2004b ; NACO, 2001a). Par conséquent, on estime qu'une proportion importante de femmes vivant avec le VIH ont été infectées par leurs partenaires réguliers, qui eux ont contracté le VIH au cours de rapports sexuels tarifés non protégés (Lancet, 2006).

Certains programmes de prévention axés sur les professionnel(le)s du sexe semblent être efficaces. La prévalence du VIH serait en baisse parmi les

une plus grande attention aux activités de prévention à l'intention des personnes plus jeunes qui entrent dans le commerce du sexe. Au Bengale-Occidental, la prévalence du VIH parmi les jeunes (moins de 20 ans) professionnel(le)s du sexe travaillant dans des maisons de passe était deux fois plus élevée qu'elle ne l'était parmi leurs homologues plus âgé(e)s (13% par rapport à 5,4%) (Sarkar et al., 2006). Les femmes et les jeunes filles qui sont victimes de trafic sexuel sont exposées à un risque particulièrement élevé d'infection à VIH. Une étude récente à Mumbai, qui est considérée comme le plus grand centre de trafic sexuel de l'Inde

(Département d'Etat des Etats-Unis d'Amérique, 2005), environ une femme ou jeune fille sur quatre (23%), victime de la traite, présentait un test VIH positif. Pour ces femmes, la probabilité d'être infectées par le VIH augmentait au fur et à mesure de leur maintien en maison de passe : chaque mois supplémentaire en maison augmentait leur risque de contracter le VIH de 3% à 4% (Silverman et al., 2006).

La consommation de drogues injectables reste un facteur important de transmission du virus, en particulier dans le nord-est du pays. Au Manipur en 2005, près d'un quart (24%) des consommateurs de drogues injectables se sont révélés séropositifs au VIH, comme 5% de leurs homologues du Nagaland et du Mizoram (NACO, 2006). L'utilisation de matériel d'injection non stérile figure également, à divers degrés, dans l'épidémie de plusieurs grandes villes du reste du pays (dont Chandigarh, Chennai, Delhi et Mumbai) (Chandrasekaran et al., 2006 ; NACO, 2005a, 2005b). En 2004, entre 31% (Srikrishnan et al., 2006) et 39% (NACO, 2005b) des consommateurs de drogues injectables à Chennai se sont révélés infectés par le VIH comme 28% de ceux de Mumbai (NACO, 2005b).

---

*Bien que le VIH ait passé dans la population générale, l'épidémie de VIH en Inde est due, dans une large mesure, à la transmission du VIH dans et entre les populations les plus exposées au risque et dans leur entourage immédiat.*

---

Le chevauchement entre la consommation de drogues injectables et le commerce du sexe est un facteur potentiellement important dans l'épidémie en **Inde** (Chandrasekaran et al., 2006). Un croisement de facteurs de risque de ce type ressort clairement d'une étude effectuée dans les dispensaires de prise en charge des infections sexuellement transmissibles de Mumbai. Plus d'un consommateur de drogues injectables sur 10 (12%) fréquentant les dispensaires était séropositif au VIH ; sur ce pourcentage, huit sur 10 avaient acheté des services sexuels et près de trois sur 10 (27%) avaient vendu des services sexuels au cours des trois mois précédents (Yu et al., 2006).

Les rapports sexuels entre hommes constituent un aspect important, mais peu étudié jusqu'ici, de l'épidémie de VIH en **Inde**. On ne sait pas clairement dans quelle mesure les rapports sexuels entre hommes sont répandus en **Inde**. Une enquête transversale portant sur 2910 hommes dans les zones rurales de

cinq districts dans cinq Etats (Haryana, Karnataka, Orissa, Rajasthan, Uttar Pradesh) a montré que près de 10% des hommes célibataires et 3% des hommes mariés déclaraient avoir eu des rapports sexuels anaux avec un homme au cours de l'année écoulée (Verma, Collumbien, 2004), alors que près de 7% des hommes vivant dans les bidonvilles de Chennai (Tamil Nadu) déclaraient avoir eu des rapports avec un homme au moins (Go et al., 2004). Pourtant, dans une vaste étude démographique en Andhra Pradesh, 2% seulement des hommes indiquaient avoir jamais eu des rapports sexuels avec un homme (Dandona R et al., 2006a).

La prévalence du VIH enregistrée dans des études réalisées auprès d'hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes varie considérablement – de 1,7% à Goa à presque 7% au Tamil Nadu, 10%-13% à Mumbai (NACO, 2005b ; Kumta et al., 2006), 18% dans 10 dispensaires de l'Andhra Pradesh (Sravankumar, Prabhakar, Mythri STI/HIV Study Group, 2006) et 19% à Pune (Gupta et al., 2006). Moins de la moitié des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, interrogés en Andhra Pradesh et à Bangalore, disaient avoir utilisé des préservatifs au cours des rapports anaux (Banerjee, Sengupta, 2006 ; Anthony et al., 2006). Les professionnels du sexe sont exposés à un risque particulièrement élevé d'infection. Parmi les hommes en demande de traitement pour des infections sexuellement transmissibles à Mumbai, un tiers présentaient un test VIH positif et 21% d'entre eux n'avaient jamais utilisé un préservatif au cours d'un rapport anal (Jerajani et al., 2006).

Des pourcentages importants d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sont mariés et/ou ont des relations occasionnelles avec des femmes. L'étude dans cinq des Etats indiens mentionnée ci-dessus a montré que, parmi les hommes mariés des zones rurales qui ont des partenaires de sexe masculin, près d'un sur 10 (8%) avait fréquenté des professionnelles du sexe et plus d'un sur trois (36%) avait aussi des partenaires féminines non régulières (Verma, Collumbien, 2004). Environ un quart des hommes séropositifs au VIH en Andhra Pradesh comme à Mumbai déclaraient avoir eu des rapports sexuels avec des hommes et avec des femmes (Sravankumar, Prabhakar, Mythri STI/HIV Study Group, 2006 ; Kumta et al., 2006). Plus d'un tiers (36%) des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes interrogés dans les dispensaires de prise en charge des infections sexuellement transmissibles de Pune (au sud de Mumbai) étaient mariés, trois quarts d'entre eux (73%) déclaraient avoir eu des relations sexuelles avec une professionnelle du sexe et plus de la moitié (57%) avaient eu au moins une partenaire non régulière

(Gupta et al., 2006). En Andhra Pradesh, la moitié (51%) des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes interrogés déclaraient avoir eu des rapports sexuels avec une femme au cours des trois mois précédents et un sur six seulement (16%) disait avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport avec une femme (Dandona et al., 2005).

De tels schémas sexuels pourraient constituer des passerelles entre les divers groupes de la population exposés à un risque élevé ou à un faible risque d'infection et ils soulignent la nécessité d'améliorer la qualité et la portée des programmes visant à prévenir la transmission du VIH dans les réseaux d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et au-delà.

Il est essentiel pour l'**Inde** d'augmenter la couverture de la prévention dans ses populations les plus exposées au risque et de faire en sorte que des contextes juridiques et institutionnels plus favorables soient mis en place pour y parvenir. Il est aussi important d'appliquer des stratégies comprenant une couverture élevée d'interventions de qualité parmi les pairs, comme celles qui ont été mises en place à Kolkata et, plus récemment, au Bengale-Occidental (Kumar R et al., 2006a ; Roy et al., 2006 ; Kumar, 1998). De plus, l'accès et la fréquentation des services de traitement et de prise en charge doivent s'intensifier. Quelque 3600 centres publics de dépistage du VIH ont été créés et l'**Inde** a élargi son programme de traitement, avec environ 57 000 personnes sous traitement antirétroviral dans 103 centres à fin janvier 2007 (Steinbrook, 2007). Cependant, les patients sous traitement antirétroviral entre 2004 et 2005 dans trois cliniques privées de Mumbai affirmaient avoir de la peine à assumer le coût des médicaments et dépenser en moyenne 60% de leur revenu mensuel pour leur traitement. Sans un soutien des pouvoirs publics, les thérapies antirétrovirales de deuxième génération plus coûteuses pourraient bien devenir inabordables pour la plupart des patients du secteur privé (Shah et al., 2007).

Au **Pakistan** voisin, des connaissances insuffisantes concernant l'infection à VIH et les voies de transmission, ainsi que des comportements à risque très répandus dans les groupes les plus exposés offrent à l'épidémie un fort potentiel d'expansion. A Karachi, une étude a montré que la prévalence du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables avait passé de moins de 1% au début de 2004 à 26% en mars 2005 (Emmanuel, Archibal, Altaf, 2006), alors que d'autres études indiquaient que la prévalence du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables avait atteint 24% à Quetta (à la frontière avec l'Afghanistan) (Achakzai, Kassi, Kasi, 2007), 12% à Sargodha, près de 10% à

Faisalabad (Nai Zindagi and Associates, 2006) et 8% à Larkana (Abbasi, 2006).

La prévalence du VIH dans les autres groupes exposés au risque semble relativement faible. Parmi les professionnelles du sexe à Karachi, on a relevé en 2005 une prévalence du VIH de 2% alors qu'elle était inférieure à 1% à Lahore et à Rawalpindi (Ministère de la Santé du Pakistan, 2005 ; Programme national de lutte contre le sida du Pakistan, 2005). Mais le fait que jusqu'à 70% des professionnelles du sexe interrogées aient présenté une infection sexuellement transmissible indique que les rapports sexuels non protégés sont une pratique courante (Ministère de la Santé du Pakistan, 2005). En effet, des enquêtes comportementales ont montré que près des trois quarts (73%) des professionnelles du sexe à Rawalpindi et plus de la moitié (51%) de celles de Karachi ont déclaré n'avoir pas utilisé un seul préservatif au cours du mois écoulé (Ministère de la Santé du Pakistan, 2006). Dans des études précédentes, 11% seulement des clients de sexe masculin dans plusieurs villes affirmaient avoir utilisé un préservatif la dernière fois qu'ils avaient acheté des services sexuels. Seuls 7% des professionnels du sexe indiquaient avoir utilisé un préservatif la dernière fois qu'ils avaient vendu des rapports anaux (Ministère de la Santé du Pakistan, 2005).

L'évolution de l'épidémie de VIH au **Pakistan** sera déterminée dans une large mesure par l'importance et le chevauchement des comportements à risque dans les populations les plus exposées, ainsi que par la couverture et l'efficacité des programmes de prévention axés sur ces modes d'exposition. Un grand nombre de consommateurs de drogues injectables sont sexuellement actifs (et pratiquent souvent des rapports non protégés) et une fois qu'ils sont infectés par le VIH, ils risquent de transmettre le virus à leurs partenaires sexuels. Lors d'une enquête en 2005, huit consommateurs de drogues injectables sur 10 (79%) à Karachi et six sur 10 (58%) de leurs homologues de Rawalpindi ont déclaré être sexuellement actifs et un quart (26%) de ceux qui participaient à une étude à Quetta étaient mariés (Achakzai, Kassi, Kasi, 2007). A Karachi, 13% des consommateurs de drogues injectables avaient acheté des services sexuels auprès d'une professionnelle du sexe au cours des six mois précédents et 8% l'avaient fait auprès d'un professionnel du sexe ; à Rawalpindi, les proportions correspondantes étaient de 28% et 27%, respectivement. Pourtant, près de neuf sur 10 (86%) des participants à l'étude de Karachi n'avaient pas utilisé de préservatifs du tout au cours de leurs rapports sexuels tarifés les 10 derniers mois, comme la moitié (49%) de ceux de Rawalpindi. En outre, jusqu'à un consommateur de drogues injectables sur cinq dans plusieurs villes du Pakistan disait avoir également

vendu des services sexuels pour de l'argent ou de la drogue. Un pourcentage modeste mais significatif de d'hommes professionnels du sexe (7% et 9% à Karachi et à Rawalpindi, respectivement) et de professionnelles du sexe (5% à Karachi) s'injectent aussi des drogues (Ministère de la Santé du Pakistan, 2006).

---

*La prévalence du VIH augmente parmi les consommateurs de drogues injectables au Pakistan.*

---

Le rôle éventuel de la main-d'œuvre migrante dans l'épidémie du **Pakistan** est également préoccupant. A Lahore, un travailleur migrant célibataire sur 10 (11%) déclarait avoir eu des rapports sexuels tarifés non protégés au cours de l'année écoulée (Faisal, Cleland, 2006). Si les niveaux d'infection à VIH augmentent parmi les professionnel(le)s du sexe, ces travailleurs pourraient constituer une 'passerelle' de transmission du VIH à la population plus générale. En 2006, on estime que 5% seulement des professionnelles du sexe avaient accès à des activités de prévention du VIH (Programme national de lutte contre le sida du Pakistan, 2006).

On estime que le taux national de prévalence du VIH chez les adultes au **Népal** est inférieur à 1% (Ministère de la Santé du Népal, 2006 ; ONUSIDA, 2006a), mais des niveaux plus élevés de prévalence ont été observés parmi les populations exposées à un risque accru d'infection par le VIH. Les enquêtes comportementales les plus récentes (en 2005) ont montré une prévalence du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables de 52% à Katmandou, 32% dans les districts du Terai oriental, 22% à Pokhara et 12% dans les districts du Terai occidental (New Era, SACTS, 2005a, 2005b, 2005c). La majorité des consommateurs de drogues injectables (qui sont généralement des hommes) sont sexuellement actifs mais les niveaux de recours au préservatif sont faibles (Ministère de la Santé du Népal, 2006).

Jusqu'à 16% des professionnelles du sexe travaillant dans les rues dans la vallée de Katmandou se sont révélées séropositives au VIH en 2001 (Centre national de lutte contre le sida et les MST du Népal et al., 2006), mais des études plus récentes ont trouvé des niveaux d'infection beaucoup moins élevés, à savoir 2% ou moins parmi les professionnelles du sexe à Katmandou, Pokhara et dans l'est du pays (New Era, SACTS, 2005a, 2005b, 2005d). La surveillance comportementale parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes à Katmandou a montré une

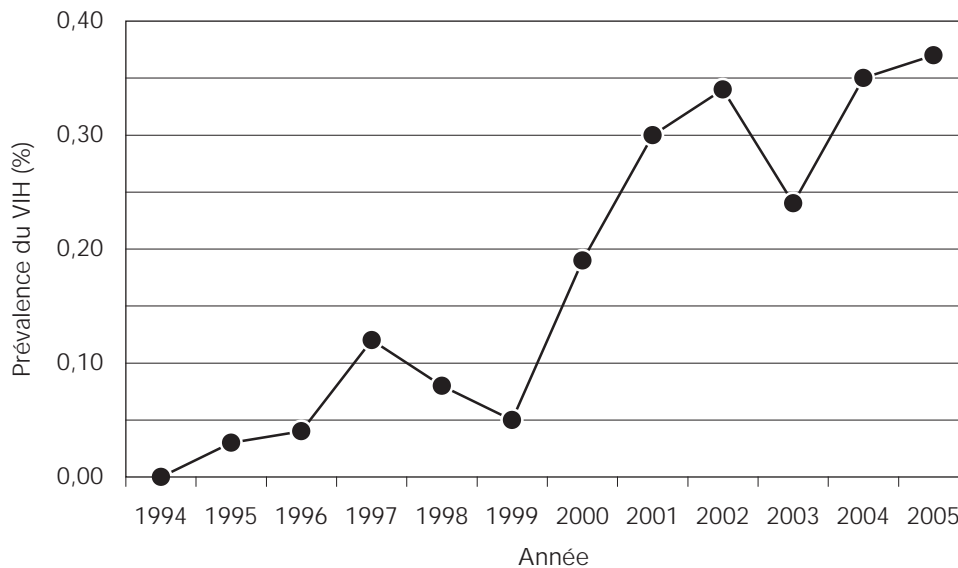
prévalence du VIH d'environ 4% et d'environ 5% parmi les professionnels du sexe (Centre de recherche sur l'hygiène du milieu et la population, Family Health International, 2005).

Plusieurs facteurs – dont la détérioration des conditions économiques, le faible statut socio-économique des femmes, le trafic de stupéfiants et les niveaux élevés de migration de la main-d'œuvre – pourraient entraîner la croissance de l'épidémie de VIH au **Népal**. La perspective d'une propagation accrue du VIH parmi les travailleurs migrants qui rentrent au pays est particulièrement préoccupante. On estime qu'entre 600 000 et 1,3 million d'hommes du Népal se rendent en Inde pour travailler. Un taux de prévalence du VIH de 8% a été relevé parmi des travailleurs migrants de retour de Mumbai au début des années 2000 (New Era, Family Health International, 2006), mais des études plus récentes à Achham and Kailali ont relevé des niveaux moins élevés (3% ou moins) (New Era, Family Health International, 2006). On estime que près de la moitié de toutes les personnes vivant au **Népal** ont été des travailleurs migrants (OMS, UNICEF, ONUSIDA, 2006). Les jeunes filles et les femmes népalaises qui ont fait l'objet de trafic sexuel sont exposées à un risque particulièrement élevé d'infection par le VIH. On a trouvé une prévalence du VIH de 38% parmi des femmes rapatriées après avoir fait partie d'un trafic sexuel et la moitié des femmes et jeunes filles pratiquant le commerce du sexe à Mumbai (Inde) étaient séropositives au VIH (Silverman et al., 2007).

On estime à moins de 0,1% [ $<0,2\%$ ] la proportion d'adultes qui vivaient avec le VIH au **Bangladesh** en 2005 (ONUSIDA, 2006b). Ici aussi les comportements à risque dans certains groupes de la population – notamment les consommateurs de drogues injectables – pourraient contribuer à l'expansion de la transmission du VIH. Dans la région de Dhaka, la prévalence du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables est comparativement faible (7%), bien qu'elle ait augmenté depuis 2000 où on enregistrait 1,4% (Ministère de la Santé et du Bien-être de la famille du Bangladesh, 2007). Toutefois, des activités de surveillance comportementale au centre du pays ont noté que plus de trois quarts (77%) des hommes qui consomment des drogues injectables avaient utilisé un matériel non stérile lors de leur plus récente injection et que plus d'un tiers (35%) avaient acheté des services sexuels au cours de l'année précédente, la plupart du temps sans utiliser de préservatif (Ministère de la Santé et du Bien-être de la famille du Bangladesh, 2004). Dans une récente étude parmi des consommatrices de drogues injectables de la région de Dhaka, aucune infection à VIH n'a été relevée (Azim et al., 2006).

Figure 2

## Prévalence du VIH parmi les femmes enceintes au Viet Nam, 1994–2005



Source : Ministère de la Santé, Données des enquêtes de surveillance sentinelle.

La prévalence du VIH observée parmi les professionnelles du sexe et les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes n'a pas encore dépassé 1% (Ministère de la Santé et du Bien-être de la famille du Bangladesh, 2007).

La prévalence du VIH à **Sri Lanka** semble également faible. Parmi les femmes qui fréquentent les consultations prénatales, la prévalence était inférieure à 0,1% en 2005 et elle était de 0,1% parmi les professionnelles du sexe (Programme national de lutte contre les MST et le sida de Sri Lanka, 2005).

### Asie du Sud et du Sud-Est

Si, globalement, le taux de prévalence du VIH chez les adultes en Asie du Sud et du Sud-Est est encore relativement bas, à 0,3% [0,2%-0,4%], l'épidémie de VIH frappe un nombre important de gens : on estime que 4 millions [3,3-5,1 millions] de personnes vivaient avec le VIH dans cette sous-région en 2007.

Les tendances de l'épidémie dans cette sous-région sont diverses. La prévalence du VIH est en hausse au **Viet Nam** et en **Indonésie** (notamment dans la province de Papua), alors que les épidémies du **Myanmar**, de la **Thaïlande** et, surtout, du **Cambodge**, montrent toutes une baisse de la prévalence du VIH.

Actuellement en Asie, ce n'est qu'en **Chine**, en **Inde** et en **Thaïlande** que l'on note davantage de

personnes vivant avec le VIH qu'au **Viet Nam**, où l'épidémie semble à la hausse. Bien qu'un tiers environ des personnes vivant avec le VIH résident dans les provinces du Delta du Mékong et dans des groupes de la province de Hô Chi Minh-Ville des infections à VIH ont été enregistrées dans l'ensemble des 64 provinces et dans plus de 90% des 659 districts du pays (Ministère de la Santé du Viet Nam, 2007 ; Commission pour la Population du Viet Nam et al., 2006). A l'échelle nationale, entre 2000 et 2005, on estime que le nombre de personnes vivant avec le VIH a plus que doublé, passant de 122 000 à 263 000 (Ministère de la Santé du Viet Nam, 2005), et que 0,5% [0,3%-0,9%] des adultes vivaient avec le VIH en 2005 (ONUSIDA, 2006b). Mais dans les groupes des provinces de la Côte Nord et de Hô Chi Minh-Ville, le taux de prévalence chez les adultes a dépassé 1% en 2005 (Commission pour la Population du Viet Nam et al., 2006).

Les principaux facteurs d'infection à VIH sont l'utilisation de matériel d'injection contaminé et les rapports sexuels non protégés avec des partenaires non réguliers (Tuan et al., 2007). Au fur et à mesure de l'évolution de l'épidémie, un nombre croissant de femmes contractent le VIH auprès d'hommes infectés lors de rapports sexuels tarifés non protégés et en consommant des drogues injectables. En 2006, on estime qu'un tiers des personnes vivant avec le VIH étaient des femmes (Commission pour la Population du Viet Nam et al., 2006). Cependant, la majorité des infections à VIH

restent directement ou indirectement associées à la consommation de drogues injectables.

La prévalence du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables du **Viet Nam** est très élevée. A l'échelle nationale, on estime qu'un d'entre eux sur trois (34%) vivait avec le VIH en 2005, alors qu'ils étaient 9% en 1996 (Ministère de la Santé du Viet Nam, 2005, 2006). Dans les provinces de Haiphong et de Quang Ninh, 57% et 58% respectivement des consommateurs de drogues injectables présentaient un test VIH positif en 2005, tout comme plus de 40% à Dien Bien et à Hô Chi Minh-Ville (Commission pour la Population du Viet Nam et al., 2006 ; Ministère de la Santé du Viet Nam, 2005), et 32% dans la province de Long An (Tran et al., 2006a). Le VIH se transmet rapidement parmi les nouveaux consommateurs de drogues injectables. A Hô Chi Minh-Ville, plus d'une personne sur quatre (28%) qui s'injectait des drogues depuis moins d'un an était déjà infectée par le VIH, indique une enquête de 2006 (Ministère de la Santé du Viet Nam, 2006).

Un important chevauchement entre les comportements sexuels à risque et la consommation de drogues injectables pourrait entraîner la poursuite de la croissance de l'épidémie. Une enquête en 2005-2006 a noté qu'entre 20% et 40% des consommateurs de drogues injectables (selon les lieux) déclaraient avoir acheté des services sexuels au cours des 12 mois précédents et jusqu'à 60% disaient avoir régulièrement des rapports

---

*Les poches à forte prévalence de VIH que l'on observe même dans les Etats indiens qui connaissent des niveaux d'infection globalement assez faibles rappellent que l'autosatisfaction n'est pas de mise.*

---

avec leur partenaire habituel (Ministère de la Santé du Viet Nam, 2006). Dans d'autres études, 40% ou plus des consommateurs de drogues injectables à Bac Ninh, Da Nang, Haiphong et Hanoi déclaraient avoir acheté des services sexuels au cours de l'année écoulée (Schumacher, 2006 ; Ministère de la Santé du Viet Nam, Institut national d'Hygiène et d'Epidémiologie, Family Health International, 2001). Mais le recours au préservatif est rare. Dans l'enquête de 2005-2006, selon les lieux, 16% à 36% seulement des consommateurs de drogues injectables disaient avoir utilisé systématiquement des préservatifs avec leurs partenaires réguliers (Ministère de la Santé du Viet Nam, 2006). La forte prévalence d'infections sexuellement transmissibles relevée parmi les consommateurs de drogues

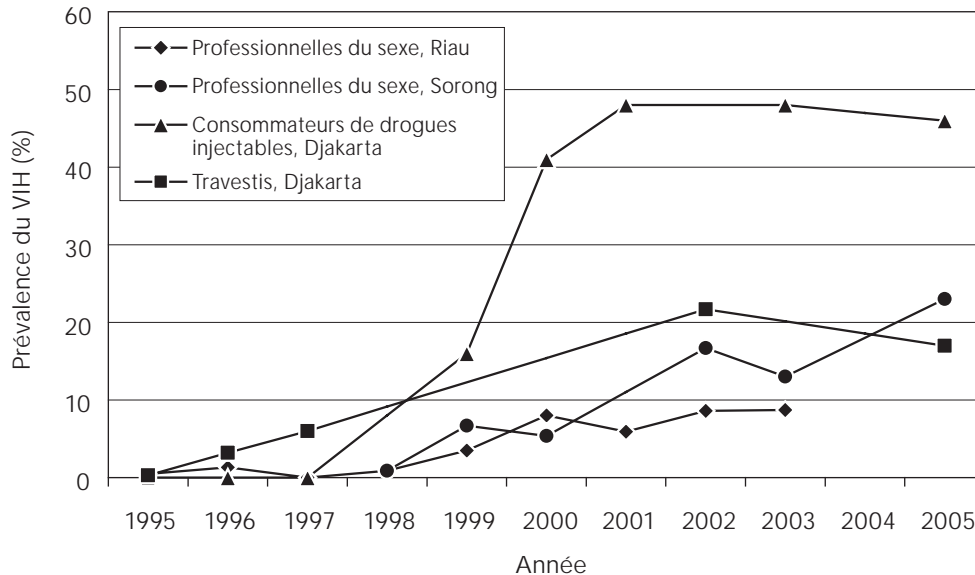
injectables (30% dans une étude au nord du pays, par exemple), souligne le risque important de transmission sexuelle des consommateurs de drogues injectables aux professionnel(le) du sexe et aux autres partenaires sexuels (Go et al., 2006).

En plus de la variation géographique, les niveaux d'infection à VIH parmi les professionnelles du sexe sont généralement considérablement plus élevés chez les femmes qui s'injectent aussi des drogues. Dans certaines villes, notamment Hanoi et Haiphong, des pourcentages importants de professionnelles du sexe s'injectent aussi des drogues, ce qui augmente leur risque de contracter une infection à VIH (Tran et al., 2005 ; Ministère de la Santé du Viet Nam, Institut national d'Hygiène et d'Epidémiologie, Family Health International, 2001). A Hanoi, un tiers (32%) des professionnelles du sexe interrogées ont déclaré qu'elles s'injectaient des drogues et 12% d'entre elles étaient séropositives au VIH (Tran et al., 2005), par rapport à une prévalence moyenne du VIH de 6,5% parmi les professionnelles du sexe à l'échelle nationale (Ministère de la Santé du Viet Nam, 2006). De même, le taux élevé de prévalence du VIH relevé parmi les professionnelles du sexe à Haiphong, où 30% ont présenté un test VIH positif lors d'une étude, semble lié au fait qu'une grande proportion (29%) des femmes consomment aussi des drogues injectables (Luu Thi Minh et al., 2006). Par ailleurs, les rapports sexuels protégés sont rares parmi les professionnelles du sexe du **Viet Nam**. Dans l'étude de Hanoi citée plus haut, moins de deux tiers (63%) des femmes déclaraient avoir utilisé systématiquement des préservatifs avec leurs clients irréguliers, moins de la moitié (41%) avec des clients réguliers et pratiquement aucune (5%) avec leurs partenaires réguliers (Tran, Detels, Lan, 2006).

Le fait que 4% au moins des patients des dispensaires de prise en charge des infections sexuellement transmissibles aient présenté un test VIH positif dans six provinces en 2005 suggère que les comportements sexuels à risque sont suffisamment répandus pour faciliter une plus grande transmission du VIH dans certaines régions du pays (Commission pour la Population du Viet Nam et al., 2005). Des enquêtes indiquent qu'une grande proportion des jeunes célibataires de sexe masculin au **Viet Nam** fréquentent des professionnel(le)s du sexe. Dans une enquête en 2003-2004, près d'un quart (22%) de tous les jeunes (15-24 ans) hommes célibataires sexuellement actifs et un tiers (34%) de ceux vivant en zones urbaines déclaraient avoir acheté des services sexuels (Ministère de la Santé du Viet Nam, 2005).

Figure 3

## Prévalence du VIH parmi les populations avec des comportements à haut risque en Indonésie, 1995–2005



Source : Directorate General of Disease Control and Environmental Health.

Cependant, il y a des raisons de penser que les projets de prévention peuvent amener des comportements plus sûrs au **Viet Nam**. Après l'introduction d'un projet communautaire de promotion du préservatif dans cinq provinces (Dien Bien, An Giang, Kien Gian, Dong Thap et Quang Tri), la proportion des professionnelles du sexe travaillant dans la rue qui utilisaient des préservatifs avec leurs clients a triplé, passant d'environ 20% en 2001 à 60% en 2004, alors que le recours au préservatif avec les époux et compagnons a plus que doublé, de 16% à 38%. Des changements impressionnants se sont également produits parmi les consommateurs de drogues injectables de sexe masculin, dont la moitié déclaraient, à la fin du projet, utiliser des préservatifs lorsqu'ils achetaient des services sexuels (alors qu'ils étaient moins d'un quart avant le début du projet), et près d'un tiers (30%) disaient utiliser des préservatifs avec leurs conjointes et compagnes (par rapport à 12% en 2001) (Commission pour la Population du Viet Nam et al., 2006). Grâce à une autre initiative, axée sur l'amélioration de l'accès à des services conviviaux de prise en charge des infections sexuellement transmissibles à l'intention des professionnelles du sexe dans cinq provinces, la prévalence du VIH parmi les femmes qui participaient à l'étude a baissé de 4,5% à 3,6% au cours du projet (Vu Thuong et al., 2007).

Bien qu'elles soient limitées, les données disponibles concernant le rôle de la sexualité entre hommes dans

l'épidémie du **Viet Nam** indiquent des niveaux élevés de prise de risques et une probabilité de forte transmission du VIH dans ce groupe de la population et au-delà. Une enquête comportementale réalisée en 2001 à Hô Chi Minh-Ville a révélé que 60% des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes n'avaient pas utilisé de préservatif lors de leur dernier rapport sexuel anal (Colby, 2003). Lors d'études plus récentes, environ deux tiers des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes dans les deux plus grandes villes du pays (69% à Hanoi et 63% à Hô Chi Minh-Ville) ont déclaré ne pas avoir utilisé systématiquement de préservatifs au cours du mois écoulé (Ministère de la Santé du Viet Nam, 2006). Certaines études montrent que de fortes proportions d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes pratiquent

*On estime que le nombre de personnes vivant avec le VIH au Viet Nam a plus que doublé entre 2000 et 2005.*

également le commerce du sexe (comme acheteur ou comme vendeur) et consomment des drogues injectables. Par conséquent, les enquêtes sur le VIH dans ce groupe de la population révèlent de forts taux d'infection. Par exemple, 8% des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes recrutés dans plus de 70 sites

à Hô Chi Minh-Ville, présentaient un test VIH positif comme 33% des professionnels du sexe parmi eux et 7% des transsexuels (Nguyen et al., 2007).

L'épidémie de VIH en **Indonésie** est une de celles dont la croissance est la plus rapide en Asie. Bien que la prévalence nationale chez les adultes soit encore basse (estimée à 0,2% en 2006), près de 200 000 personnes vivent avec le VIH à travers cet archipel densément peuplé (Centres de lutte contre la maladie et d'hygiène de l'environnement, Commission sida nationale, 2006). L'épidémie de VIH, initialement largement centrée sur les consommateurs de drogues injectables à Bali, Djakarta et à Java Ouest, comprend aujourd'hui nombre de leurs partenaires sexuels qui ne s'injectent pas de drogues, ainsi que des détenus, des professionnel(le)s du sexe et leur clients et s'est étendue à 32 provinces et 169 districts. En 2000, la moitié seulement de ces provinces avaient notifié un cas de VIH ou de sida (Ministère de la Santé de l'Indonésie, Statistiques d'Indonésie, 2007).

Il semble que la majorité des infections à VIH se produisent par l'utilisation de matériel d'injection contaminé, les rapports sexuels tarifés non protégés, et dans une moindre mesure, les rapports sexuels non protégés entre hommes. Des taux élevés d'infection à VIH ont été observés parmi ces groupes de personnes (voir Figure 3). Un consommateur de drogues injectables sur quatre (25%) à Bandung, près d'un sur trois (32%) à Djakarta et trois sur quatre (78%) à Denpasar déclarent avoir toujours utilisé des aiguilles non stériles (Ministère de la Santé de l'Indonésie, Statistiques d'Indonésie, 2006). Lors de l'enquête réalisée en 2005, plus de 40% des consommateurs de drogues injectables à Djakarta ont présenté un test positif au VIH (OMS, Ministère de la Santé de l'Indonésie, 2007), tout comme 13% à Java Ouest (Ministère de la Santé de l'Indonésie, 2006b).

Etant donné que de nombreux consommateurs de drogues injectables vendent ou achètent des services sexuels, le VIH s'est établi parmi les réseaux du commerce du sexe (Ministère de la Santé de l'Indonésie, Statistiques d'Indonésie, 2006). En 2005, environ un quart des consommateurs de drogues injectables à Bandung, Djakarta et Medan ont signalé avoir eu des rapports sexuels tarifés non protégés dans l'année écoulée (Ministère de la Santé de l'Indonésie, Statistiques d'Indonésie, 2006). Une prévalence du VIH de 6% à 8% a été observée parmi les professionnelles du sexe à Jambi, Riau, Java Ouest et Jogjakarta (Ministère de la Santé de l'Indonésie, 2006b), et a dépassé 20% à Sorong (province de Papua, voir ci-dessous) (OMS, Ministère de la Santé de l'Indonésie,

2007). Dans certains endroits tels que Depok et Djakarta, les comportements à risque sont si courants que près de trois consommateurs de drogues injectables sur quatre (71%) et un(e) professionnel(le) du sexe sur quatre (23%) se sont révélés positif(ve)s au VIH en 2006 (OMS, Ministère de la Santé de l'Indonésie, 2007).

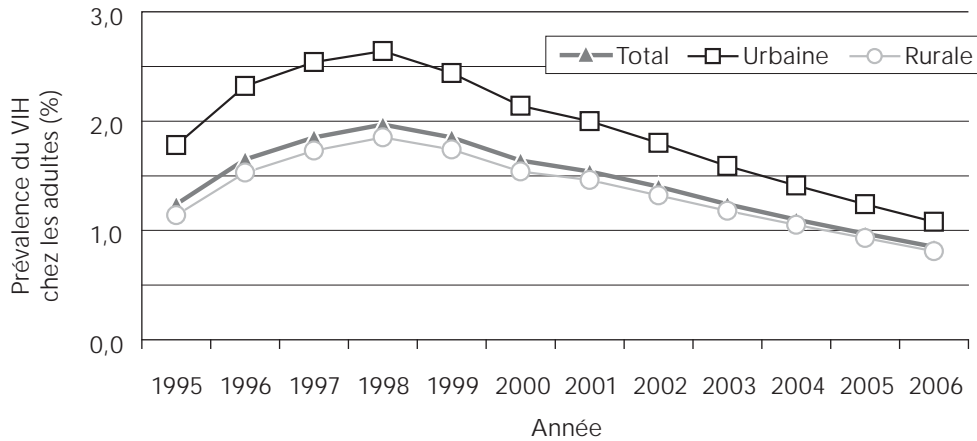
Des programmes de sensibilisation et de prévention du VIH ont contribué à promouvoir des rapports sexuels tarifés plus sûrs. Selon les études comportementales réalisées en 2004-2005 dans les principales villes du pays, 61% des professionnel(le)s du sexe en maison de passe et 57% des professionnel(le)s du sexe ne travaillant pas en maison ont déclaré avoir utilisé des préservatifs lors de leur dernier rapport sexuel rémunéré (Ministère de la Santé de l'Indonésie, Statistiques d'Indonésie, 2006). De manière similaire, les efforts déployés pour réduire l'utilisation de matériel d'injection non stérile montrent des résultats positifs. Parmi les consommateurs de drogues injectables bénéficiant de ces projets dans certains quartiers de Djakarta et de Medan, plus de 80% ont dit avoir toujours utilisé des aiguilles propres (Ministère de la Santé de l'Indonésie, Statistiques d'Indonésie, 2006).

Très peu d'études ont été réalisées afin de déterminer la prévalence du VIH parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes. L'étude la plus récente dans ce domaine (réalisée en 2002) a observé des niveaux d'infection de 2,5% à Djakarta, 3,6% parmi les professionnels du sexe, 22% parmi les waria, professionnels du sexe transsexuels, et des comportements sexuels à risque largement répandus. Deux tiers (65%) des professionnels du sexe et plus de la moitié (53%) des autres hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes ont déclaré avoir eu des rapports sexuels anaux non protégés avec des partenaires masculins. Plus de la moitié (54%) des professionnels du sexe avaient également eu des rapports sexuels avec des femmes dans l'année écoulée (Pisani et al., 2004 ; TREAT Asia, 2006).

L'épidémie montre une variation géographique significative. Dans les provinces de Bali, Java, Sulawesi Sud, Sumatra et Kalimantan Ouest, la vaste majorité des infections à VIH sont directement ou indirectement liées à l'utilisation de matériel d'injection contaminé. Mais une épidémie distincte est en cours dans la province de Papua, à la frontière de la **Papouasie-Nouvelle-Guinée** (voir ci-contre), qui fait également face à une grave épidémie. Dans une enquête démographique dans l'ensemble de la province de Papua en 2006, la prévalence du VIH chez les adultes était estimée à 2,4% et atteignait 3,2% dans les régions

Figure 4

## Prévalence du VIH dans la population générale du Cambodge, 1995–2006



Source : Centre national pour le VIH/sida, la dermatologie et les MST.

montagneuses reculées et 2,9% dans les régions basses les moins faciles d'accès. Parmi les 15-24 ans, la prévalence du VIH était de 3% (Ministère de la Santé de l'Indonésie, Statistiques d'Indonésie, 2007).

La consommation de drogues injectables est un phénomène rare dans la province de Papua ; les rapports sexuels non protégés sont le mode principal de transmission du VIH. Plusieurs facteurs semblent faciliter la propagation rapide du VIH. La connaissance du VIH et du sida est très limitée. Moins de la moitié (48%) de la population dans la province de Papua a entendu parler du VIH, et près de deux tiers (65%) ne savent pas que l'utilisation du préservatif peut prévenir la transmission du VIH. Une proportion considérable des hommes ont des comportements sexuels très risqués : un quart (25%) des hommes ont déclaré avoir eu des rapports sexuels avec un partenaire non régulier dans l'année écoulée, et un cinquième (20%) ont dit avoir eu plus d'un partenaire sexuel. Près de la moitié des hommes ayant des partenaires non réguliers déclarent avoir acheté des services sexuels. L'utilisation de préservatifs est cependant rare. Environ 14% seulement des hommes ayant eu des rapports sexuels tarifés ont dit avoir utilisé des préservatifs lors de ces relations et moins de 3% de l'ensemble des hommes interrogés ont dit avoir systématiquement utilisé des préservatifs avec des partenaires non réguliers dans le mois écoulé (Ministère de la Santé de l'Indonésie, Statistiques d'Indonésie, 2007). En conséquence, des taux de prévalence du VIH de 14% à 16% ont été observés parmi les professionnel(le)s du sexe

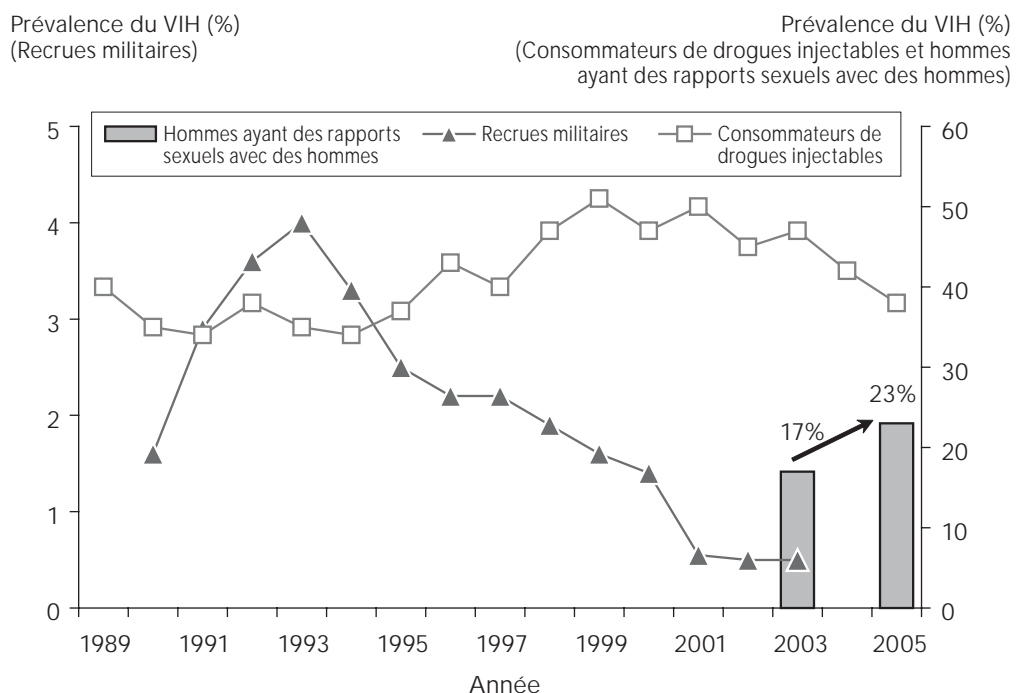
à Nabire, Merauke et Sorong (Commission nationale sida de l'Indonésie, 2006). L'éducation sexuelle et les programmes de promotion et de distribution des préservatifs sont nécessaires de toute urgence dans la province de Papua.

Deux facteurs supplémentaires semblent également figurer dans l'épidémie croissante de Papua. Comme en **Papouasie-Nouvelle-Guinée**, les études montrent que la violence sexuelle y est courante, une femme sur huit (12%) rapportant avoir été contrainte à des rapports sexuels, le plus souvent par son compagnon (Ministère de la Santé de l'Indonésie, Statistiques d'Indonésie, 2007). Des études ailleurs dans le monde ont montré qu'il existe des liens étroits entre la violence due aux partenaires intimes et le risque d'exposition au VIH (Maman et al., 2002 ; Dunkle et al., 2004 ; Heise, Ellsberg, Gottemoeller, 1999). La circoncision pourrait également être un facteur. On a observé une prévalence du VIH six fois plus élevée parmi les hommes non circoncis ayant eu des rapports avec des partenaires non réguliers que parmi leurs homologues circoncis (5,6% contre 1%) (Ministère de la Santé de l'Indonésie, Statistiques d'Indonésie, 2007).

Par ailleurs, le **Cambodge** fournit la preuve que des efforts de prévention continus et bien ciblés peuvent contribuer à inverser une épidémie de VIH. A l'échelle nationale, la prévalence du VIH est tombée à 0,9% environ parmi la population adulte (15-49 ans) en 2006, soit en dessous des estimations révisées de 1,2% en 2003 et du pic de 2% relevé en 1998 (Centre

Figure 5

## Prévalence du VIH parmi certains groupes en Thaïlande, 1989–2005



Source : Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Asie du Sud-Est, (2007). HIV/AIDS in the South-East Asia region: 2007.

national pour le VIH/sida, la dermatologie et les IST, 2007).<sup>1</sup>

La chute de la prévalence du VIH est une conséquence à long terme de la mortalité, associée à une baisse substantielle du nombre de nouvelles infections à VIH dont on estime qu'elle a commencé vers la fin des années 1990. Les programmes de prévention mis en place par le Gouvernement du **Cambodge** ont fait en sorte qu'il n'y a pas eu de nouvelle augmentation des taux d'infection depuis lors. Ces programmes doivent être poursuivis afin de produire un impact durable sur la vie de milliers de Cambodgiens.

Les programmes de prévention ciblés sur la réduction de la transmission du VIH lors de rapports sexuels tarifés ont été particulièrement importants. Dans la dernière décennie, l'utilisation des préservatifs lors de rapports sexuels tarifés dans des maisons de passe a sensiblement augmenté et il semble que le nombre d'hommes qui achètent des services sexuels a baissé (Gorbach et al., 2006 ; Centre national pour le VIH/sida, la dermatologie et les IST, 2005). Dans les études cambodgiennes, les policiers sont souvent utilisés comme approximation des clients types des professionnel(le)s du sexe. Ainsi,

par exemple, un tiers (33%) des policiers interrogés en 2003 ont déclaré avoir acheté des services sexuels dans l'année écoulée, par rapport à 8% des hommes cambodgiens participant à une enquête au sein des ménages (Centre national pour le VIH/sida, la dermatologie et les IST, 2005). Parmi les policiers, la prévalence du VIH est tombée de 4,5% en 1997 à 2,7% en 2003, ce résultat étant une conséquence à la fois de la mortalité et d'un changement important des comportements. Le pourcentage de policiers signalant des relations sexuelles extraconjugales dans les 12 mois précédents a chuté de 48% à 36% dans la même période, alors que l'utilisation systématique du préservatif lors de rapports avec des professionnel(le)s du sexe en maisons de passe a passé de 59% à 94%. L'utilisation systématique de préservatifs par les policiers lors de rapports avec des partenaires occasionnels a également augmenté, de 11% en 1997 à 41% en 2003 (Ministère de la Santé du Cambodge, 2006 ; Centre national pour le VIH/sida, la dermatologie et les IST, 2004a).

Bien qu'elle reste élevée (21% en 2003), la prévalence du VIH parmi les professionnelles du sexe en maisons de passe représente moins de la moitié des 46%

<sup>1</sup> Les estimations les plus récentes sont fondées sur des méthodologies améliorées et des données plus complètes recueillies par l'enquête sentinelle sur le VIH 2006-2007 et l'Enquête démographique et de santé effectuée en 2005 (Institut national de Santé publique, Institut national de Statistique [Cambodge] et ORC Macro, 2006 ; *Cambodia Demographic and Health Survey 2005*. Phnom Penh, Cambodge et Calverton, Maryland, Etats-Unis. L'étude sentinelle comprenait des professionnelles du sexe en maison de passe, des hôtesses de bar et chanteuses de karaoké, des officiers de police et des femmes enceintes dans des dispensaires prénataux.

observés lors d'enquêtes sentinelles en 1998 (Ministère de la Santé du Cambodge, 2006). Il est particulièrement important de noter que la prévalence du VIH parmi les jeunes professionnel(le)s du sexe (20 ans et moins) en maisons de passe a diminué plus fortement que chez leurs homologues plus âgé(e)s – de 44% en 1998 à 8% en 2003, par rapport à la baisse de 47% à 26% sur la même période parmi les professionnel(le)s du sexe âgé(e)s de plus de 20 ans. Ceci semble indiquer que l'incidence du VIH parmi les professionnel(le)s du sexe est en train de décliner (Ministère de la Santé du Cambodge, 2006). Ici aussi, la sexualité à moindre risque a été un facteur déterminant. Parmi les professionnel(le)s du sexe en maisons de passe à Battambang, Kampong Cham, Phnom Penh, Siem Reap et Sihanoukville, l'utilisation systématique de préservatifs avec les clients s'est élevée de 53% en 1997 à 96% en 2003 (Gorbach et al., 2006).

Cependant, d'autres formes de commerce du sexe sont en augmentation. Lors de l'enquête effectuée en 2003, 40% des 'hôtesse-vendeuses de bière' et 56% des chanteuses de karaoké ont déclaré avoir vendu des services sexuels dans les 12 mois écoulés (Ministère de la Santé du Cambodge, 2006). Généralement, par rapport au commerce du sexe en maison de passe, le nombre de clients lors de transactions sexuelles à l'extérieur des maisons de passe a tendance à être plus bas, mais l'utilisation des préservatifs est considérée comme étant moins

---

*Le Cambodge est la preuve que des efforts de prévention bien ciblés et soutenus peuvent contribuer à inverser le cours d'une épidémie de VIH.*

---

fréquente. Toutefois, dans les cinq principales villes du **Cambodge**, l'utilisation systématique du préservatif parmi les professionnel(le)s du sexe ne travaillant pas en maison de passe a augmenté considérablement, de 30% en 1997 à 84% en 2003 (Gorbach et al., 2006). Ces tendances ne sont pas encore généralisées dans tout le pays. Une étude récente révèle qu'une 'hôtesse-vendeuse de bière' sur quatre à Battambang a présenté un test positif au VIH, et 39% seulement des femmes interrogées ont dit utiliser systématiquement des préservatifs (Kim et al., 2005). De plus, pour ces femmes, plus le temps pendant lequel elles vendent des services sexuels est long, plus le risque d'infection s'accroît. Quatorze pour cent des 'hôtesse-vendeuses de bière' âgées de plus de 20 ans interrogées en 2003 se sont révélées infectées par le VIH, par rapport aux 4% de leurs homologues de moins de 20 ans (Ministère de la Santé du Cambodge, 2006). Les efforts de prévention ciblés sur le commerce

du sexe extérieur aux maisons de passe doivent être poursuivis et largement répandus pour que les tendances à la baisse de la prévalence du VIH observées récemment se confirment.

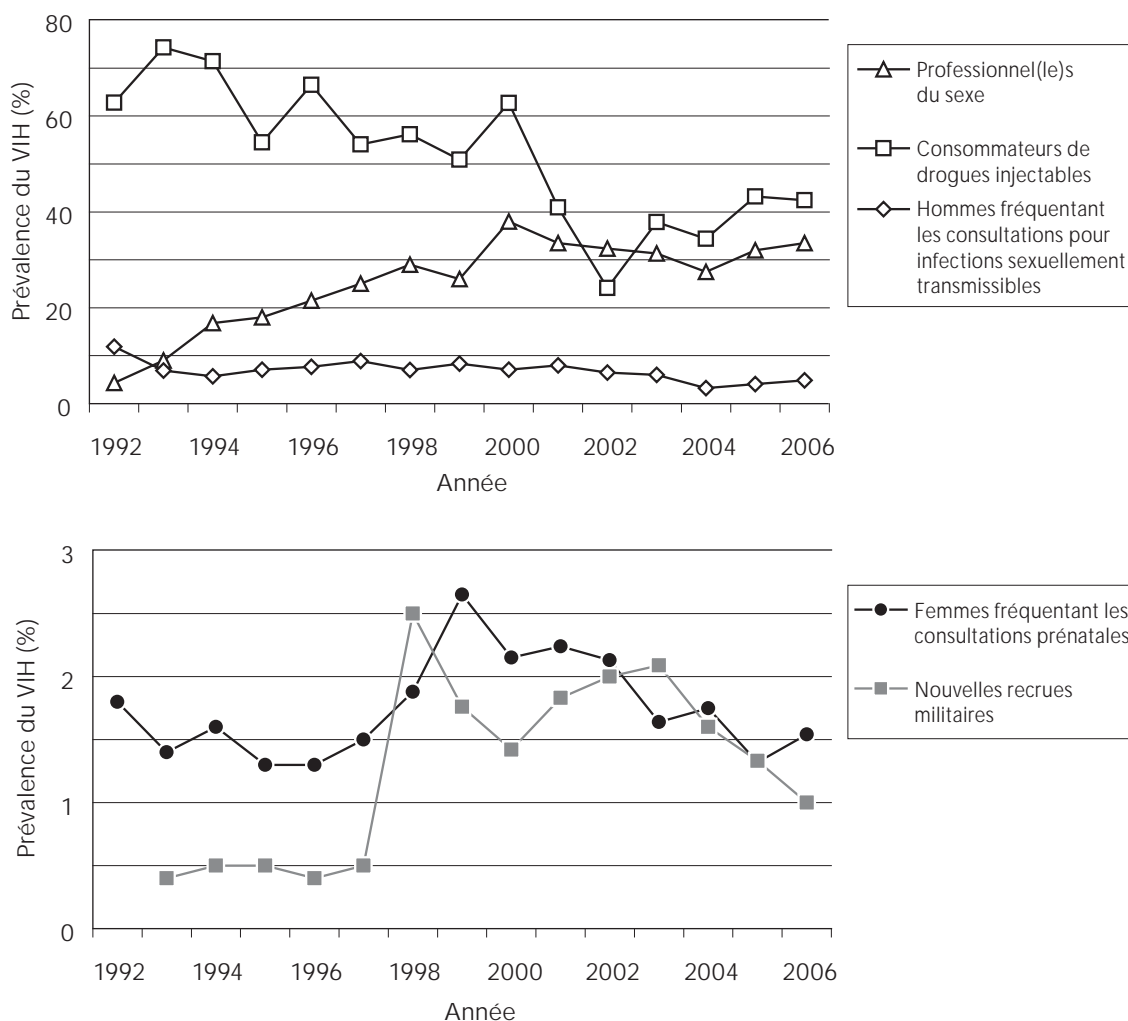
Dans l'ensemble, la proportion de nouvelles infections à VIH annuelles *directement* attribuables aux rapports sexuels tarifés non protégés a décliné à un cinquième environ, selon certaines estimations (OMS, 2003). Dans le même temps, un pourcentage grandissant des nouvelles infections est attribué à la transmission du VIH des personnes qui ont contracté le VIH au cours de rapports sexuels tarifés à leurs époux(ses) et partenaires réguliers (Centre national pour le VIH/sida, la dermatologie et les IST, 2004b). Une étude réalisée dans trois provinces parmi les hommes qui fréquentent des maisons de passe a révélé que 9% d'entre eux étaient séropositifs au VIH. Près de la moitié de ces clients ont déclaré avoir également eu des rapports sexuels avec leurs femmes ou leurs compagnes, et pourtant les préservatifs n'ont presque jamais été utilisés dans ces occasions (Hor et al., 2005). Encourager efficacement les clients des professionnel(le)s du sexe à connaître leur sérologie VIH et à protéger leurs partenaires réguliers contre l'infection est un défi qui reste encore à relever.

Les recherches limitées réalisées sur les tendances du VIH parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes au **Cambodge** indiquent des niveaux élevés de comportements à risque et une prévalence du VIH importante dans ce groupe de la population. Une enquête réalisée à Phnom Penh en 2000 parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes – la plupart d'entre eux étant également impliqués dans le commerce du sexe – a observé une prévalence du VIH de 14% (Girault et al., 2004). Plus récemment, la prévalence du VIH parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes a été calculée à 9% à Phnom Penh, et 0,8% à Battambang et Siem Reap (ONUSIDA, 2007a). Dans ces deux dernières villes, cependant, un homme interrogé sur six seulement (16%) a déclaré avoir utilisé systématiquement des préservatifs lors de rapports sexuels anaux, par rapport à plus d'un sur deux (54%) dans la capitale, Phnom Penh (Phalkun et al., 2006).

Le nombre annuel de nouvelles infections à VIH en **Thaïlande** continue à décliner. On estime à moins de 16 000 le nombre de nouvelles infections à VIH survenues en 2006, par rapport aux 140 000 par an lors du pic de l'épidémie de VIH dans le pays au début des années 1990 (Over et al., 2007). Environ 1,4% [0,7%-2,1%] des adultes thaïlandais vivaient avec le VIH en 2005 (ONUSIDA, 2006b).

Figure 6

Prévalence du VIH dans divers groupes au Myanmar, 1992–2006



Source : Progress of HIV Epidemic in Myanmar, Congrès international sur le sida en Asie et dans le Pacifique. Colombo, Sri Lanka, août 2007.

Les schémas de transmission du VIH en **Thaïlande** ont changé avec le temps, le virus s'étant propagé de plus en plus parmi les personnes considérées comme étant exposées à un risque plus faible d'infection. Plus de quatre nouvelles infections sur 10 (43%) en 2005 sont survenues parmi des femmes, dont une majorité ont probablement contracté le VIH auprès de leurs époux et partenaires qui avaient été infectés soit lors de rapports sexuels tarifés non protégés soit par la consommation de drogues injectables (OMS, 2007). En raison de la faible incidence du VIH dans cette population – environ 0,03% par année (Gouws et al., 2006) – la dimension de l'épidémie a diminué, bien que le déclin de la prévalence du VIH semble ralentir dès lors que de plus en plus de personnes accèdent à un traitement antirétroviral qui prolonge la durée de vie.

Entretemps, une proportion considérable des nouvelles infections à VIH se produisent au sein des populations les plus exposées au risque. Bien que n'étant plus le mode principal de transmission du VIH en **Thaïlande**, les rapports sexuels tarifés non protégés sont encore un facteur important de l'épidémie. On estime que près d'une nouvelle infection à VIH sur cinq (18%) en 2005 s'est produite parmi les professionnel(le)s du sexe, leurs clients, et les autres partenaires de ces clients. Des changements survenus dans l'industrie du sexe ces dernières années (où les rapports sexuels tarifés se sont de plus en plus déplacés à l'extérieur des maisons de passe) ont rendu difficile l'évaluation de l'importance de la propagation du VIH parmi les professionnel(le)s du sexe. Selon la surveillance sentinelle nationale du VIH, environ 8% des professionnel(le)s du sexe dans

les maisons de passe et 4% à l'extérieur vivaient avec le VIH en 2005 (Plipat, Teeraratkul, 2006).

En dépit des succès enregistrés globalement par la **Thaïlande** dans l'inversion de l'épidémie de VIH, la prévalence parmi les consommateurs de drogues injectables est demeurée invariablement élevée durant les 15 dernières années, se situant autour de 30% à 50% (OMS, 2007) (voir Figure 5). On estime que les consommateurs de drogues injectables et leurs partenaires représentent approximativement 7% des nouvelles infections à VIH en 2005 (Gouws et al., 2006). Le taux estimé d'incidence parmi les consommateurs de drogues injectables en Thaïlande, c'est-à-dire les individus *nouvellement* infectés chaque année, est de 3% à 10% (Kawichai et al., 2006). Au centre Thanyarak de traitement de la toxicomanie, l'incidence du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables atteignait 7,3% en 2002, alors que la prévalence était de 37% parmi ceux qui s'injectaient de l'héroïne (ces consommateurs d'héroïne constituant un sous-ensemble du groupe total) (Verachai, Phutiprawan, Sawanpanyalert, 2005). Il est nécessaire de développer les programmes de proximité susceptibles de fournir aux consommateurs de drogues injectables des services complets de réduction des risques. Ceci est également valable pour les détenus, parmi lesquels on a relevé une prévalence de 25% dans une prison de Bangkok (Thaisri et al., 2003). Etant donné que jusqu'à deux tiers des détenus sont incarcérés pour des délits liés à la drogue, la prévalence du VIH parmi eux est probablement élevée. On considère que la consommation de drogues injectables dans les prisons a diminué ces dernières années, mais lorsqu'elle se produit, le matériel d'injection risque bien d'être non stérile. L'utilisation de matériel collectif de tatouage constitue également un risque élevé d'infection à VIH (Wilson, Ford, Ngamdee, 2007).

Selon une estimation, au moins une des nouvelles infections à VIH sur cinq (21%) en **Thaïlande** est survenue parmi des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (Gouws et al., 2006) et la prévalence du VIH dans cette population est en hausse (voir Figure 5). A Bangkok, la prévalence du VIH parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes a augmenté de 17% en 2003 à 28% en 2005. Quatre-vingt-un pour cent des hommes présentant un test VIH positif pensaient être négatifs ou n'avaient jamais été testés auparavant. Ce résultat, couplé au fait que plus d'un homme de 22 ans ou moins sur cinq (22%) s'est révélé séropositif au VIH en 2005, indique que les efforts de prévention du VIH n'ont pas touché ce groupe de la population (Van Griensven et al., 2006). En effet, le programme d'utilisation systématique des préservatifs de la **Thaïlande** n'a jamais explicitement ciblé les hommes qui ont des rapports sexuels

avec des hommes. Il est urgent de mettre en place des programmes de prévention qui peuvent réduire la propagation du VIH dans ce groupe de la population.

De grands progrès ont été réalisés dans la prévention de la transmission mère-enfant du VIH. En 2005, 98% des femmes ayant accouché dans des établissements du secteur public ont bénéficié du conseil et du test VIH et parmi celles qui se sont révélées séropositives au VIH, 94% ont reçu une thérapie antirétrovirale préventive (OMS, 2007). Selon une étude menée dans 84 hôpitaux publics de six provinces de 2001 à 2003, le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant a été réduit à environ 10% dans l'ensemble et à quelque 4% pour les mères et enfants ayant bénéficié d'un traitement complet par la zidovudine, ainsi que par d'autres antirétroviraux (tels que la névirapine) (Plipat et al., 2007).

L'épidémie du **Myanmar** voisin montre des signes de déclin, avec une prévalence du VIH qui a baissé de 2,2% en 2000 à 1,5% en 2006 parmi les femmes enceintes en consultations prénatales (Programme national de lutte contre le sida du Myanmar, 2005, 2006). En dépit d'une baisse globale de la prévalence, les niveaux élevés d'infection observés parmi les jeunes (2,2% en 2005) (Programme national de lutte contre le sida du Myanmar, 2005, 2006) sont inquiétants, tout comme la persistance d'une prévalence du VIH élevée parmi les groupes de la population exposés à un risque accru (voir Figure 6). La prévalence du VIH est particulièrement élevée dans quelques régions (Programme national de lutte contre le sida du Myanmar, 2005). La prévalence du VIH parmi les patients de sexe masculin qui fréquentaient les dispensaires de prise en charge des infections sexuellement transmissibles en 2006 a dépassé 10% à Kawthaung, Mandalay et Meiktila et atteint 15% à Yangon et Taungngu. Parmi les femmes enceintes fréquentant les consultations prénatales, la prévalence du VIH rapportée par les centres de surveillance sentinelle était de 3% à Yangon, 5,5% à Kawthaung et 6,5% à Muse (Programme national de lutte contre le sida du Myanmar, 2007).

La riposte du **Myanmar** au sida s'est considérablement élargie durant la dernière décennie et comprend des programmes ciblés sur la prévention des infections à VIH parmi les professionnel(le)s du sexe, les consommateurs de drogues injectables et les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (Williams et al., 2007 ; ONUSIDA, 2007b), mais leurs effets ne sont pas encore évidents parmi les groupes les plus exposés au risque. Bien qu'il existe des sites de surveillance sentinelle suivant de près les tendances de la prévalence du VIH dans ces groupes, un(e) professionnel(le) du sexe sur trois (34%) (dans deux sites à Yangon et

à Mandalay) et près d'un consommateur de drogues injectables sur deux (43%) (quatre sites pour l'ensemble du pays) a présenté un test positif pour le VIH en 2006 (Programme national de lutte contre le sida du Myanmar, 2006).

Malheureusement, l'information comportementale la plus récente date de 2003 (et n'étudiait alors que les jeunes et la population générale), ce qui rend difficile l'analyse des tendances et schémas comportementaux qui sous-tendent la prévalence élevée du VIH observée dans les groupes les plus exposés au risque. Officiellement, aucune donnée et très peu d'informations comportementales sur le VIH ont été recueillies depuis 1996. Dans la population générale, les connaissances relatives au VIH sont relativement limitées : seule une moitié (50%) des adultes interrogés en 2005 pouvait nommer au moins trois moyens de prévenir la transmission du VIH, ce qui représentait cependant une amélioration par rapport à ceux qui étaient en mesure de le faire (moins de 40%) lors d'une étude analogue trois ans plus tôt (Ministère de la Santé du Myanmar, UNFPA, 2005).

Dans l'ensemble, des avancées substantielles ont été réalisées en termes de portée et de diversité des services fournis, y compris les activités de proximité à l'intention des populations les plus exposées au risque et la fourniture de traitements antirétroviraux. Mais ces améliorations ne sont pas suffisantes pour atteindre la majorité des personnes qui nécessitent des services liés au VIH ou au sida, et un plus grand effort est nécessaire si le pays veut prendre le dessus sur son épidémie.

L'épidémie de VIH en **Malaisie** se concentre principalement autour des pratiques dangereuses de consommation de drogues injectables et on estime que plus de deux tiers des infections à ce jour ont touché des consommateurs de drogues injectables (Reid, Kamarulzaman, Sran, 2007). A Muar, un consommateur de drogues injectables sur cinq (19%) s'est révélé séropositif au VIH, tout comme l'ont été un d'entre eux sur trois (31%) dans l'Etat de Kelantan et quatre sur 10 (41%) dans l'Etat de Terengganu (Chawarski, Mazlan, Schottenfeld, 2006 ; Ministère de la Santé de la Malaisie, OMS, 2004). Globalement, on estime que le taux national de prévalence du VIH chez les adultes était de 0,5% en 2006 (ONUSIDA, 2006).

Comme dans d'autres pays de la région, les pouvoirs publics avaient initialement adopté une politique principalement punitive concernant les drogues illicites et il n'est pas établi clairement quel effet cela a eu sur les

comportements de consommation de drogues ou sur la transmission du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables. Ces dernières années, cependant, des projets pilotes de thérapie de substitution (particulièrement par la méthadone et la buprénorphine) ont été mis en place (Chawarski, Mazlan, Schottenfeld, 2006). Les pouvoirs publics ont indiqué que les programmes de substitution par la méthadone seraient autorisés à dépasser la phase pilote et que des programmes d'échange des aiguilles et seringues pourraient également être créés (Reid, Kamarulzaman, Sran, 2007).

Aux **Philippines**, l'épidémie de VIH reste très limitée, avec une prévalence nationale du VIH chez les adultes que l'on estime bien inférieure à 0,1% [ $<0,2\%$ ] (ONUSIDA, 2006b). Bien que ceux-ci soient peu nombreux, il y a eu une augmentation récente dans le nombre de nouveaux cas de VIH enregistrés chaque année, qui a passé de 193 en 2003 à 309 en 2006 (Département de la Santé des Philippines, 2006). La plupart des infections à VIH sont imputables aux rapports hétérosexuels non protégés (Centre national d'Epidémiologie, 2006).

Même dans les populations les plus exposées au risque, la prévalence du VIH est jusqu'ici demeurée très basse. Lors de l'enquête réalisée en 2005, 0,8% des consommateurs de drogues injectables se sont révélés être positifs au VIH, tout comme 0,2% des professionnel(le)s du sexe (Département de la Santé des Philippines, 2005). A Manille et Baguio, aucun cas d'infection n'a été constaté parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (Hernandes, Imperial, 2005).

Toutefois, des pratiques à risque représentent un potentiel d'accroissement de l'épidémie. L'utilisation de matériel d'injection de drogues non stérile est courante dans certains endroits (Wi et al., 2002 ; Mateo et al., 2003), et se reflète dans le nombre très élevé d'infections à hépatite C observé parmi les consommateurs de drogues injectables (jusqu'à 81% dans certaines régions) (Département de la Santé des Philippines, 2005). Par ailleurs, selon une étude réalisée en 2005, 10% seulement des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes à Manille avaient utilisé systématiquement des préservatifs au cours du mois écoulé et à Baguio ils étaient 2% seulement (Hernandes, Imperial, 2005). Dans ces deux villes, près d'un homme ayant des rapports sexuels avec des hommes sur trois (32%) s'est révélé porteur d'au moins une infection sexuellement transmissible en 2004 (Département de la Santé des Philippines, 2005).



## BIBLIOGRAPHIE

## ASIE

- Abbasi B (2006). HIV outbreak among injecting drug users in Larkana, Pakistan: serious threat of a generalized epidemic. Abstract CDC0274. XVI<sup>ème</sup> Conférence internationale sur le sida. 13–18 août. Toronto.
- Achakzai M, Kassi M, Kasi PM (2007). Seroprevalences and co-infections of HIV, hepatitis C virus and hepatitis B virus in injecting drug users in Quetta, Pakistan. *Tropical Doctor*, 37(1):43–5.
- Anthony J et al. (2006). Men who have sex with men in southern India: typologies, behaviour, and implications for preventive behaviour. Abstract CDD0331. XVI<sup>ème</sup> Conférence internationale sur le sida. 13–18 août. Toronto.
- APAC Project, Voluntary Health Services (2004a). Prevalence of STI and HIV among women in prostitution: executive summary. Tamil Nadu, India: APAC Project, Voluntary Health Services.
- APAC Project, Voluntary Health Services (2004b). HIV risk behavioral survey in Tamil Nadu, wave IX, 2004. Disponible sur [http://www.apacvhs.org/Pdf/BSS\\_tamilnadu.pdf](http://www.apacvhs.org/Pdf/BSS_tamilnadu.pdf)
- Azim T et al. (2006). Vulnerability to HIV infection among sex workers and non-sex worker female injecting drug users in Dhaka, Bangladesh: evidence from the baseline survey of a cohort study. *Harm Reduction Journal*, 3(33).
- Banerjee A, Sengupta S (2006). Prevalence of unprotected anal sex and use of condoms and lubricants among men who have sex with men in Andhra Pradesh, India. Abstract CDC1024. XVI<sup>ème</sup> Conférence internationale sur le sida. 13–18 août. Toronto.
- Banque mondiale (2005). *AIDS in South Asia: understanding and responding to a heterogeneous epidemic*. Août. Banque mondiale.
- Becker ML et al. (2007). Prevalence and determinants of HIV infection in South India: a heterogeneous, rural epidemic. *AIDS*, 21(6):739–47.
- Blanchard J et al. (2005). Understanding the social and cultural contexts of female sex workers in Karnataka, India: implications for prevention of HIV infection. *Journal of Infectious Diseases*, 191 (Suppl 1):S139–46.
- Centers for Disease Control and Environmental Health, National AIDS Commission (2006). *Estimates of adults vulnerable to HIV infection, Indonesia, 2006*. Ministère de la Santé d'Indonésie. Djakarta.
- Centre for Research on Environment Health and Population Activities, Family Health International (2005). *Integrated bio-behavioral survey (IBBS) among MSM population in Kathmandu Valley*. Katmandou. Disponible sur [http://www.creha.org.np/reports\\_and\\_publications.html](http://www.creha.org.np/reports_and_publications.html)
- Chandrasekaran P et al. (2006). Containing HIV/AIDS in India: the unfinished agenda. *Lancet Infectious Diseases*, 6(8):508–21.
- Char A, Piller A, Shirke S (2003). HIV/AIDS intervention among women working in bars and lodges in Thane district of Maharashtra, India. Abstract 1168. 2<sup>ème</sup> Conférence de la Société internationale du sida sur la pathogenèse et le traitement du VIH. 13-16 juillet. Paris.
- Chawarski MC, Mazlan M, Schottenfeld RS (2006). Heroin dependence and HIV infection in Malaysia. *Drug and Alcohol Dependency*, 82 (Suppl. 1):S39–42.
- Chen Y et al. (2006). Outreach-based needle and syringe exchange among injection drug users in China's Hunan province. Abstract TUPE0564. XVI<sup>ème</sup> Conférence internationale sur le sida. 13–18 août. Toronto.

- Chen Z-Q et al. (2006). Syphilis in China: results of a national surveillance programme. *Lancet*, 369(9556):132–8.
- Choi KH et al. (2003) Emerging HIV-1 epidemic in China in men who have sex with men. *Lancet*, 361(9375):2125–6.
- Choi, KH et al. (2004). High levels of unprotected sex with men and women among men who have sex with men: a potential bridge of HIV transmission in Beijing, China. *AIDS Education and Prevention*, 16 (1):19–30.
- Choi KH et al. (2007). The influence of social and sexual networks in the spread of HIV and syphilis among men who have sex with men in Shanghai, China. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 45(1):77–84.
- Choi SYP (2006). Violence against sex workers in mainland China and its association with STD infection. Abstract CDD0173. XVI<sup>ème</sup> Conférence internationale sur le sida. 13–18 août. Toronto.
- Choi SYP, Cheung YW, Chen K (2006). Gender and HIV risk behaviour among intravenous drug users in Sichuan province, China. *Social Science & Medicine*, 62(7):1672–84.
- Christian J et al. (2006). Risk behaviour among intravenous drug users and improved programming in Yunnan province, China. Abstract MOPE0479. XVI<sup>ème</sup> Conférence internationale sur le sida. 13–18 août. Toronto.
- Colby DJ (2003). HIV knowledge and risk factors among men who have sex with men in Ho Chi Minh City, Vietnam. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 1(32):80–5.
- Dahmane Z et al. (2006). High death rates in HIV-positive individuals diagnosed with tuberculosis in a rural region in China. Abstract WEPE0918. XVI<sup>ème</sup> Conférence internationale sur le sida. 13–18 août. Toronto.
- Dandona L et al. (2005). Sex behaviour of men who have sex with men and risk of HIV in Andhra Pradesh, India. *AIDS*, 19(6):611–9.
- Dandona L et al. (2006). A population-based study of human immunodeficiency virus in south India reveals major differences from sentinel surveillance-based estimates. *BMC Medicine*, 4(31).
- Dandona R et al. (2006a). First sex episode with a man and sexual identity in a population-based sample of MSM in India. Abstract CDD 0360. XVI<sup>ème</sup> Conférence internationale sur le sida. 13–18 août. Toronto.
- Dandona R et al. (2006b). Demography and sex work characteristics of female sex workers in India. *BMC International Health and Human Rights*, 6(5).
- Department of Health Philippines (2005). *2005 Integrated behavioral and serologic surveillance findings, summary report*. Manille, Département de la Santé, Centre national d'Épidémiologie.
- Department of Health Philippines (2006). *2005 HIV estimates in the Philippines—consensus report*. Manille, Département de la Santé, ONUSIDA, OMS.
- Dunkle KL et al. (2004). Gender-based violence, relationship power, and risk of HIV infection among women attending antenatal clinics in South Africa. *Lancet*, 363:1415–21.
- Emmanuel F, Archibald C, Altaf A (2006). What drives the HIV epidemic among injecting drug users in Pakistan: a risk factor analysis. Abstract MOPE0524. XVI<sup>ème</sup> Conférence internationale sur le sida. 13–18 août. Toronto.
- Faisal A, Cleland J (2006). Migrant men: a priority for HIV control in Pakistan? *Sexually Transmitted Infections*, 82(4):307–10.
- Gill B, Huang Y, Lu X (2007) *Demography of HIV/AIDS in China: a report of the task force on HIV/AIDS*. Juillet. Centre d'études stratégiques et internationales. Washington. Disponible sur [http://www.csis.org/component?option=com\\_csis\\_pubs/task/view/id,3977/type,1/](http://www.csis.org/component?option=com_csis_pubs/task/view/id,3977/type,1/)
- Gill VE et al. (1996). Prostitutes, prostitution and STD/HIV transmission in mainland China. *Social Science and Medicine*, 42(1):141–52.
- Girault P et al. (2004). HIV, STIs and sexual behaviors among men who have sex with men in Phnom Penh, Cambodia. *AIDS Education and Prevention*, 6(1):31–44.
- Go VF et al. (2004). High HIV prevalence and risk behaviors in men who have sex with men in Chennai, India. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 35(3):314–319.
- Go VF et al. (2006). High HIV sexual risk behaviors and sexually transmitted disease prevalence among injection drug users in Northern Vietnam. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 42(1):108–115.
- Gorbach PM et al. (2006). Changing behaviors and patterns among Cambodian sex workers: 1997–2003. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 42(2):242–7.
- Gouws E et al. (2006). Short-term estimates of adult HIV incidence by mode of transmission: Kenya and Thailand as examples. *Sexually Transmitted Infections*, 82:iii51–5.

- Gu Y et al. (2004). Survey of knowledge, attitude, behavior and practice related to STI/HIV among male homosexuality in Shenyang. *Chinese Journal of Public Health*, 20:573-4.
- Guilmoto CZ (2005). A spatial and statistical examination of child sex ratio in China and India. In Attané I and Véron J (Eds.) *Gender Discrimination in Asia*, 133-167. Pondichéry, IFP-Ceped.
- Gupta A et al. (2006). Same-sex behavior and high rates of HIV among men attending sexually transmitted infection clinics in Pune, India, (1993-2002). *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 43(4):483-90.
- Halli SS et al. (2006). The role of collectives in STI and HIV/AIDS prevention among female sex workers in Karnataka, India. *AIDS Care*, 18(17):739-49.
- He O et al. (2006). Potential bridges for HIV infection to men who have sex with men in Guangzhou, China. *AIDS and Behavior*, 10(4):S17-23.
- He YX et al. (2003). Community-based survey of drug use and behavior among female injection drug users. *Chinese Journal of AIDS & STD*, 9(6):343-346.
- Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M (1999). *Ending violence against women*. Population Reports, Series L, No 11. Baltimore, Université Johns Hopkins, Ecole de Santé publique, Programme d'information démographique, décembre.
- Hernandes L, Imperial R (2005). *Sexually transmitted and blood-borne infection prevalence assessment in a high risk population: males-who-have-sex-with-males (MSM) in the Philippines*. Manille, Centre d'études multidisciplinaires sur la santé et le développement, Sarl.
- Hesketh T et al. (2006). Risk behaviours in injecting drug users in Yunnan province, China: lessons for policy. Abstract CDD0591. XVI<sup>ème</sup> Conférence internationale sur le sida. 13-18 août. Toronto.
- Hor LB et al. (2005). The role of sex worker clients in transmission of HIV in Cambodia. *International Journal of STD and AIDS*, 16(2):170-4.
- Jerajani H et al. (2006). Sexual behaviours and STIs among male sex workers in Mumbai, India. Abstract CDC0621. XVI<sup>ème</sup> Conférence internationale sur le sida. 13-18 août. Toronto.
- Jia M et al. (2003). Analysis of surveillance results of the first round of BSS among intravenous drug users in Yunnan Province. *Disease Surveillance*, 18(7): 249-252.
- Kawichai S et al. (2006). HIV voluntary counseling and testing and HIV incidence in male injecting drug users in northern Thailand: evidence of an urgent need for HIV prevention. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 41(2):186-93.
- Kim AA et al. (2005). High prevalence of HIV and sexually transmitted infections among indirect sex workers in Cambodia. *Sexually Transmitted Diseases*, 32(12):745-51.
- Kumar GA et al. (2006). Access to condoms for female sex workers in Andhra Pradesh. *National Medical Journal of India*, 19(6):306-12.
- Kumar R et al. (2005). *HIV-1 trends, risk factors and growth in India*. National Commission on Macroeconomics and Health (NCMH) Background Papers—Burden of Disease in India. Septembre. New Delhi, Ministère de la Santé et de la Famille.
- Kumar R et al. (2006). Trends in HIV-1 in young adults in south India from 2000 to 2004: a prevalence study. *Lancet*, 367(9517):1164-72.
- Kumar S (1998). Model for sexual health found in India's West Bengal. *Lancet*, 351(9095):46.
- Kumta S et al. (2006). Sociodemographics, sexual risk behaviour and HIV among men who have sex with men attending voluntary counselling and testing services in Mumbai, India. Abstract WEPE0736. XVI<sup>ème</sup> Conférence internationale sur le sida. 13-18 août. Toronto.
- Lancet (2006) India in the spotlight (editorial). *Lancet*, 367:1876.
- Li L (2006). 100% condom use project (CUP) in the entertainment establishments in Liuzhou city of Guangxi, China. Abstract CDD0552. XVI<sup>ème</sup> Conférence internationale sur le sida. 13-18 août. Toronto.
- Liu H et al. (2006). Drug users: potentially important bridge population in the transmission of sexually transmitted diseases, including AIDS, in China. *Sexually Transmitted Diseases*, 33(2):111-7.
- Liu W et al. (2006). HIV incidence, retention and changes of high-risk behaviours among rural injection drug users in Guangxi, China. *Substance Abuse*, 27(4):53-61.
- Lu F et al. (2006). HIV/AIDS epidemic in China: Increasing or decreasing? Abstract MOPE0462. XVI<sup>ème</sup> Conférence internationale sur le sida. 13-18 août. Toronto.

- Lu L et al. (2005). Analysis of HIV/AIDS prevalence in Yunnan province. *Journal of Chinese AIDS/STD Prevention and Control*, 11(3):172–174.
- Luu Thi Minh C et al. (2006). HIV prevalence and risk behaviours among female sex workers in Hai Phong and Ho Chi Minh City, Vietnam. Abstract CDC0320. XVI<sup>ème</sup> Conférence internationale sur le sida. 13–18 août. Toronto.
- Ma X et al. (2006). Possible rise in HIV prevalence among men who have sex with men (MSM) in Beijing. Abstract MOPE0526. XVI<sup>ème</sup> Conférence internationale sur le sida. 13–18 août. Toronto.
- Maman S et al. (2002). HIV-1 positive women report more lifetime experiences with violence: findings from a voluntary HIV-1 counseling and testing clinic in Dar es Salaam, Tanzania. *The American Journal of Public Health*, 92:1331–7.
- Mateo RJ et al. (2003). HIV/AIDS in the Philippines. *AIDS Education and Prevention*, 16(Supplement A):43–52.
- Ministry of Health and Family Welfare Bangladesh (2004). *National HIV Serological and behavioral surveillance, 2003–2004 Bangladesh, fifth round technical report*. Dhaka.
- Ministry of Health and Family Welfare Bangladesh (2007). *National HIV serological surveillance, 7th round technical report, 2005–2006 Bangladesh*. Dhaka.
- Ministry of Health Cambodia (2006). *Report on HIV sentinel surveillance in Cambodia, 2003*. Juillet. Phnom Penh.
- Ministry of Health China (2006). *2005 update on the HIV/AIDS epidemic and response in China*. Ministère de la Santé de la Chine, ONUSIDA, OMS. Beijing.
- Ministry of Health Indonesia (2006). *HIV/AIDS surveillance report*. Djakarta.
- Ministry of Health Indonesia, Statistics Indonesia (2006). *Situation of risk behaviour for HIV in Indonesia. Results of BSS 2004–2005*. Djakarta.
- Ministry of Health Indonesia, Statistics Indonesia (2007). *Risk behavior and HIV prevalence in Tanah Papua, 2006*. Djakarta.
- Ministry of Health Malaysia, WHO (2004). *Consensus report on HIV and AIDS—epidemiology in 2004: Malaysia*. Kuala Lumpur.
- Ministry of Health Myanmar, UNFPA (2005). *Reproductive Health End of Programme Community Survey*. Yangon.
- Ministry of Health Nepal (2006). *UNGASS National Report: Nepal 2005*. Katmandou.
- Ministry of Health Pakistan (2005). *National study of reproductive tract and sexually transmitted infections: Survey of high risk groups in Lahore and Karachi, March–August 2004*. Islamabad.
- Ministry of Health Pakistan (2006). *Integrated biological and behavioural surveillance: A pilot study in Karachi and Rawalpindi, 2004–2005*. Islamabad.
- Ministry of Health Viet Nam (2005). *HIV/AIDS estimates and projections 2005–2010*. Hanoi, Département général de médecine préventive et de lutte contre le VIH/sida.
- Ministry of Health Viet Nam (2006). *Results from the HIV/STI integrated biological and behavioural surveillance (IBBS) in Viet Nam, 2005–2006*. Hanoi.
- Ministry of Health Viet Nam (2007). *HIV report*. Hanoi.
- Ministry of Health Viet Nam, National Institute of Hygiene and Epidemiology, Family Health International (2001). *HIV/AIDS behavioral surveillance survey, Viet Nam*. Hanoi.
- Mondal S et al. (2006). Condom use and experience of violence: evidence from polling booth surveys among female sex workers in Karnataka, India. Abstract MOPE 0605. XVI<sup>ème</sup> Conférence internationale sur le sida. 13–18 août. Toronto.
- NACO (2001a). *National baseline high risk and bridge population behavioural surveillance survey, part-I*. New Delhi.
- NACO (2001b). *National baseline general population behavioural surveillance survey*. New Delhi.
- NACO (2005a). *An overview of the spread and prevalence of HIV/AIDS in India*. New Delhi. Disponible sur [http://www.nacoonline.org/facts\\_overview.htm](http://www.nacoonline.org/facts_overview.htm)
- NACO (2005b). *Observed HIV prevalence levels state-wise, 1998–2004*. New Delhi. Disponible sur [http://www.nacoonline.org/facts\\_statewise.htm](http://www.nacoonline.org/facts_statewise.htm)
- NACO, Ministry of Health and Family Welfare (2006). *India: HIV/AIDS epidemiological Surveillance & Estimation report for the year 2005*. April. Disponible sur <http://www.nacoonline.org>
- Nai Zindagi and Associates (2006). *Baseline study on HIV and STIs risks among IDUs in Lahore, Sargodha, Faisalabad and Sialkot, juin–juillet*. Islamabad, Nai Zindagi et Associés.

- National AIDS Commission Indonesia (2006). *Country report on the follow up to the Declaration of Commitment on HIV/AIDS (UNGASS) 2004–2005*. Djakarta.
- National AIDS Control Program Pakistan (2005). Pilot study under the HIV/AIDS surveillance project. Mars. Islamabad.
- National AIDS Control Program Pakistan (2006). UNGASS indicators country report: Pakistan, reporting period January 2003–December 2005. Islamabad.
- National AIDS Programme Myanmar (2005). HIV sentinel surveillance 2005. Yangon.
- National AIDS Programme Myanmar (2006). *Response to HIV & AIDS in Myanmar: progress report, 2005*. Yangon.
- National AIDS Programme Myanmar (2007). *Sentinel Survey Data for March–April 2006*. Yangon.
- National Centre for AIDS and STD Control Nepal et al. (2006). *Review of the national HIV surveillance system: strengthening the HIV second generation surveillance in Nepal*. Mars. Katmandou.
- National Center for HIV/AIDS, Dermatology and STIs (2004a). *Behaviour surveillance survey trends 1997–2003*. Mars. Phnom Penh.
- National Center for HIV/AIDS, Dermatology and STIs (2004b). *HIV Sentinel Surveillance (HSS) 2003: results, trends and estimates*. Phnom Penh.
- National Center for HIV/AIDS, Dermatology and STIs (2005). *Cambodia 2003 behavioural surveillance survey report*. Phnom Penh.
- National Center for HIV/AIDS, Dermatology and STIs (2007). *HIV sentinel surveillance (HSS) 2006/2007: results, trends and estimates*. Phnom Penh.
- National Epidemiology Center (2006). *HIV and AIDS registry: monthly update*. June. Department of Health, Manila. Disponible sur <http://www.doh.gov.ph/NEC/HIV.htm>
- National Institute of Public Health, National Institute of Statistics, ORC Macro (2006). *Cambodia Demographic and Health Survey 2005*. Phnom Penh et Calverton.
- National STD, AIDS Control Programme Sri Lanka (2005). *HIV sentinel surveillance report 2005*. Colombo, Ministère de la Santé.
- New Era, Family Health International (2006). *Integrated bio-behavioural survey among female sex workers in Kathmandu Valley: Round II*. Katmandou.
- New Era, STD/AIDS Counselling and Training Services (SACTS) (2005a). *Integrated bio-behavioral survey (IBBS) among male injecting drug users (IDUs) In Western to Far Western Terai*. Katmandou.
- New Era, STD/AIDS Counselling and Training Services (SACTS) (2005b). *Integrated bio-behavioral survey (IBBS) among male injecting drug users (IDUs) in Eastern Terai*. Katmandou.
- New Era, STD/AIDS Counselling and Training Services (SACTS) (2005c). *Integrated bio-behavioral survey (IBBS) among male injecting drug users (IDUs) in the Kathmandu Valley*. Katmandou.
- New Era, STD/AIDS Counselling and Training Services (SACTS) (2005d). *Integrated bio-behavioral survey (IBBS) among female sex workers and behavioral surveillance survey (BSS) among clients in Pokhara Valley—2004*. Katmandou.
- NFHS-3 (2007). National Family Health Survey 3, India. Disponible sur <http://www.nfhsindia.org/chapters.html>. Consulté le 19 octobre 2007.
- Nguyen TA et al. (2007). Prevalence and risk factors associated with HIV infection among men having sex with men in Ho Chi Minh City, Vietnam. *AIDS and Behaviour*. Juin, sous presse.
- Nolan P (2003). *China at the crossroads*. Oxford, Polity Press.
- OMS (2003). “AIDS threat from prostitution drops in Thailand and Cambodia.” Communiqué de presse. 15 août. Genève.
- OMS (2004). Experiences of the 100% condom use programme in selected countries of Asia. Genève.
- OMS (2007). *HIV/AIDS in the South-East Asia region*. Mars. New Delhi, Bureau régional de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est. Disponible sur <http://www.searo.who.int/hiv-aids>
- OMS, Ministry of Health Indonesia (2007). *Review of the health sector response to HIV and AIDS in Indonesia, 2007*. New Delhi, Bureau régional de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est. Disponible sur [http://www.searo.who.int/LinkFiles/Publications\\_REVIEW\\_HIV\\_AIDS\\_Indonesia\\_2007.PDF](http://www.searo.who.int/LinkFiles/Publications_REVIEW_HIV_AIDS_Indonesia_2007.PDF)

- OMS, UNICEF, ONUSIDA (2006). Epidemiological fact sheets on HIV/AIDS and sexually transmitted infections: Nepal. Décembre. Genève, Organisation mondiale de la Santé. Disponible sur [http://www.who.int/GlobalAtlas/predefinedReports/EFS2006/EFS\\_PDFs/EFS2006\\_NP.pdf](http://www.who.int/GlobalAtlas/predefinedReports/EFS2006/EFS_PDFs/EFS2006_NP.pdf)
- O'Neil J et al. (2004). Dhandha, dharma and disease: traditional sex work and HIV/AIDS in rural India. *Social Science & Medicine*, 59(4):851–60.
- ONUSIDA (2006a). Status of the HIV epidemic in Nepal. Fact Sheet. Novembre. Katmandou.
- ONUSIDA (2006b) *Rapport sur l'épidémie mondiale de sida*. Genève.
- ONUSIDA (2007a). *HIV infection and associated risk behaviors among men who have sex with men in the Asia-Pacific region: Implications for policy and programming*. Bangkok.
- ONUSIDA (2007b). *National progress report: Myanmar*. Yangon.
- Over M et al. (2007). The economics of effective AIDS treatment in Thailand. *AIDS*, 21(Suppl. 4):S105–S116.
- Parish WL, Suiming P (2006) “Sexual partners in China: risk patterns for infection by HIV and possible interventions,” in Kaufman et al. eds., *Social policy and HIV/AIDS in China*. Cambridge, MA, Harvard University Press.
- Phalkun M et al. (2006) HIV, sexually transmitted infections and related risk behaviour among Cambodian men who have sex with men. CDC0618. XVI<sup>ème</sup> Conférence internationale sur le sida. 13–18 août. Toronto.
- Phariss A, Thomson D (2004). Women and HIV/AIDS in China. CSIS Freeman Chair in China Studies. Washington. CSIS.
- Pisani E et al. (2004). HIV, syphilis infection, and sexual practices among transgenders, male sex workers, and other men who have sex with men in Jakarta, Indonesia. *Sexually Transmitted Infections*, 80(6):536–40.
- Plipat T et al. (2007). Reduction in mother-to-child transmission of HIV in Thailand, 2001–2003: results from population-based surveillance in six provinces. *AIDS*, 21:145–151.
- Plipat T, Teeraratkul A (2006). National HIV incidence surveillance using BED capture immunoassay among pregnant women. Abstract CDC0356. XVI<sup>ème</sup> Conférence internationale sur le sida. 13–18 août. Toronto.
- Population Research Centre (2003). *Female commercial sex workers in Karnataka: a baseline survey 2002, Dharwad (Karnataka, India)*. Report no. 120. Population Research Centre. Disponible sur <http://www.spc.uchicago.edu/prc/publications.php#2003>
- Ramesh B et al. (2006). Sex work typology and risk for HIV in female sex workers: findings from an integrated biological and behavioural assessment in the southern Indian state of Karnataka. Abstract WEAC0305. XVI<sup>ème</sup> Conférence internationale sur le sida. 13–18 août. Toronto.
- Reid G, Kamarulzaman A, Sran SK (2007). Malaysia and harm reduction: the challenges and responses. *International Journal of Drug Policy*, 18(2):136–40.
- Roy G et al. (2006). The importance of sex worker's organization in increasing coverage in the state of West Bengal, India. Abstract CDC1065. XVI<sup>ème</sup> Conférence internationale sur le sida. 13–18 août. Toronto.
- Ruan Y et al. (2007). Relationship between syphilis and HIV infections among men who have sex with men in Beijing, China. *Sexually Transmitted Diseases*, 34(8):592–7.
- Sarkar K et al. (2006). Young age is a risk factor for HIV among female sex workers—an experience from India. *Journal of Infection*, 53(4):255–9.
- Schumacher CM et al. (2006). High-risk sexual behaviour among injection drug users in northern Vietnam. Abstract CDD0588. XVI<sup>ème</sup> Conférence internationale sur le sida. 13–18 août. Toronto.
- Shah B et al. (2007). Adherence to antiretroviral therapy and virologic suppression among HIV-infected persons receiving care in private clinics in Mumbai, India. *Clinical Infectious Diseases*, 44(9):1235–44.
- Silverman JG et al. (2006). HIV prevalence and predictors among rescued sex-trafficked women and girls in Mumbai, India. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 43(5):588–93.
- Silverman JG et al. (2007). HIV prevalence and predictors of infection in sex-trafficked Nepalese girls and women. *Journal of the American Medical Association*, 298(5):536–42.
- Smith CJ, Yang X (2005). Examining the connection between temporary migration and the spread of STDs and HIV/AIDS in China. *The China Review*, 5(1):109–37.
- Sravankumar K, Prabhakar P, Myrthi STI/HIV Study Group (2006). High risk behaviour among HIV positive and negative men having sex with men (MSM) attending Myrthi clinics in Andhra Pradesh, India. Abstract MOPE0582. XVI<sup>ème</sup> Conférence internationale sur le sida. 13–18 août. Toronto.

- Srikrishnan AK et al. (2006). Incidence and prevalence of HIV and co-infections among injecting drug users in Chennai, India—cause for concern. Abstract MOPE0441. XVI<sup>ème</sup> Conférence internationale sur le sida. 13–18 août. Toronto.
- Steinbrook R (2007). HIV in India—the challenges ahead. *New England Journal of Medicine*, 356(12):1197–201.
- Sun S et al. (2006). Health providers' attitudes towards mandatory HIV testing in China. Abstract TUPE0782. XVI<sup>ème</sup> Conférence internationale sur le sida. 13–18 août. Toronto.
- Tao X et al. (2004) Survey of related high risk behaviors of MSM in Shenzhen city. *Modern Preventive Medicine*, 31:247–8.
- Thaisri H et al. (2003). HIV infection and risk factors among Bangkok prisoners, Thailand: a prospective cohort study. *BMC Infectious Diseases*, 3:25.
- Tran TN et al. (2005). HIV infection and risk characteristics among female sex workers in Hanoi, Vietnam. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 39(5):581–6.
- Tran TN et al. (2006). HIV prevalence and factors associated with HIV infection among male injecting drug users under 30: a cross-sectional study in Long An, Vietnam. *BMC Public Health*, 6:248.
- Tran TN, Detels R, Lan HP (2006). Condom use and its correlates among female sex workers in Hanoi, Vietnam. *AIDS and Behaviour*, 10(2):159–167.
- TREAT Asia (2006). MSM and HIV/AIDS risk in Asia: What is fuelling the epidemic among MSM and how can it be stopped? Bangkok, amFAR.
- Tuan NA et al. (2007). Human immunodeficiency virus (HIV) infection patterns and risk behaviours in different population groups and provinces in Viet Nam. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 85(1):35–41.
- Tucker JD et al. (2005). Surplus men, sex work and the spread of HIV in China. *AIDS*, 19:539–547.
- US Department of State (2005). *Victims of trafficking and violence protection act of 2000: trafficking in persons report*. Département d'Etat, Washington, DC.
- Van Griensven F et al. (2006). HIV prevalence among populations of men who have sex with men—Thailand, 2003 and 2005. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 55(31):844–8. 11 août.
- Verachai V, Phutiprawan T, Sawanpanyalert P (2005). HIV infection among substance abusers in Thanyarak Institute on Drug Abuse, Thailand: 1987–2002. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 88(1):76–79.
- Verma RK, Collumbien M (2004). Homosexual activity among rural Indian men: implications for HIV interventions. *AIDS*, 18(13):1845–7.
- Viet Nam Commission for Population et al. (2005). *Monitoring the impact of project community's action for AIDS prevention and control in Dien Bien, Quang Tri, An Giang, Kien Giang and Dong Thap Provinces*. Hanoi.
- Viet Nam Commission for Population et al. (2006). *HIV/AIDS in Viet Nam*. Hanoi, Ministère de la Santé, Bureau de la population.
- Vu Thuong N et al. (2007). Impact of a community sexually transmitted infection/HIV intervention project on female sex workers in five border provinces of Vietnam. *Sexually Transmitted Infections*, 83(5):376–82.
- Wan S, Zhang J (2006). Research on HIV/AIDS-related behaviours of 986 clients of sex workers in Sichuan province, China. Abstract WEAX0401. XVI<sup>ème</sup> Conférence internationale sur le sida. 13–18 août. Toronto.
- Wang N et al. (2006a). HIV infection and other sexually transmitted infections among female sex workers in a mining township in Yunnan. Abstract TUPE0297. XVI<sup>ème</sup> Conférence internationale sur le sida. 13–18 août. Toronto.
- Wang N et al. (2006b). HIV-related risk behaviors and history of sexually transmitted diseases among male migrants who patronize commercial sex in China. Abstract MOAC0305. XVI<sup>ème</sup> Conférence internationale sur le sida. 13–18 août. Toronto.
- Wei SB et al. (2006). Effectiveness and feasibility of a 100% condom use program in reducing transmission of HIV/STDs in female sex workers in China. Abstract THPE0351. XVI<sup>ème</sup> Conférence internationale sur le sida. 13–18 août. Toronto.
- Wi T et al. (2002). *RTI/STD prevalence in selected sites in the Philippines*. Manille, Département de la Santé et Family Health International.
- Williams B et al. (2007), *Increase coverage of HIV and AIDS services in Myanmar*. Yangon, ONUSIDA.
- Wilson D, Ford N, Ngamdee V (2007). HIV prevention, care and treatment in two prisons in Thailand. *PLoS Medicine*, 4(6):988–92.

Wu Z et al. (2006). Needle exchange programmes in China. Abstract CDC0905. XVI<sup>ème</sup> Conférence internationale sur le sida. 13–18 août. Toronto.

Wu Z et al. (2007). Evolution of China's response to HIV/AIDS. *Lancet*, 369(9562):679–90.

Yang X, Xia G (2006). Gender, migration, risky sex and HIV infection in China. *Studies in Family Planning*, 37(4):241–50.

Yu M et al. (2006). Sexual risk behaviour of injection drug users attending STI clinics in Mumbai, India. Abstract CDD0594. XVI<sup>ème</sup> Conférence internationale sur le sida. 13–18 août. Toronto.

Zhang L et al. (2006). Continued spread of HIV among injecting drug users in southern Sichuan province, China. Abstract MOPE0304. XVI<sup>ème</sup> Conférence internationale sur le sida. 13–18 août. Toronto.

Zhang WY, Wu JY (2002). The characteristics of sexual behaviour, sexually transmitted diseases and HIV/AIDS of female intravenous drug users in China: a summary. *China Journal of STD/AIDS Prevention and Control*, 8:368–370.

Zhang Y, Hu S, Hesketh T (2006). HIV prevalence in China not as high as predicted: evidence from antenatal testing in Yunnan province. Abstract CDC0389. XVI<sup>ème</sup> Conférence internationale sur le sida. 13–18 août. Toronto.

Zhu TF et al. (2005). High risk populations and HIV-1 infection in China. *Cell Research*, 15(11-12):852–7.





---

L'ONUSIDA, le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, rassemble les efforts et les ressources de 10 organismes des Nations Unies dans la riposte mondiale au sida. Les organismes coparrainants sont les suivants : le HCR, l'UNICEF, le PAM, le PNUD, l'UNFPA, l'ONU DC, l'OIT, l'UNESCO, l'OMS et la Banque mondiale. Basé à Genève, le Secrétariat de l'ONUSIDA est présent sur le terrain dans plus de 80 pays à travers le monde.

---

Le rapport annuel *Le point sur l'épidémie de sida* relate les faits les plus récents sur l'épidémie de VIH/sida dans le monde. Ce Résumé par région 2007 donne les estimations les plus récentes sur la portée et le tribut humain de l'épidémie et étudie les nouvelles tendances de l'évolution de l'épidémie en Asie.



ONUSIDA  
20 AVENUE APPIA  
CH-1211 GENEVE 27  
SUISSE

T (+41) 22 791 36 66  
F (+41) 22 791 48 35

[www.unaids.org](http://www.unaids.org)