



Organisation mondiale de la Santé
Bureau Régional pour l'Afrique
Harare, Zimbabwe
Septembre 2003



Organisation mondiale de la Santé
Bureau régional pour l'Afrique
Harare, Zimbabwe
Septembre 2003

Catalogage à la source: Bibliothèque de l'OMS

Surveillance épidémiologique VIH/SIDA: mise à jour pour la Région Afrique de l'OMS 2002.

1 v. + 1 CD-ROM.

1.HIV, Infection - épidémiologie 2.SIDA - épidémiologie 3.Surveillance épidémiologique
4.Collecte données - méthodes 1.Organisation mondiale de la Santé. Bureau Régional pour l' Afrique.

ISBN 92 9 023102 5

(Classification NLM: WC 503.4 HA1)

© Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional pour l'Afrique, 2003

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès de l'équipe Marketing et diffusion, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 2476; télécopie : +41 22 791 4857; adresse électronique: bookorders@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées à l'unité Publications, à l'adresse ci-dessus (télécopie : +41 22 791 4806; adresse électronique : permissions@who.int).

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé 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. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

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

L'Organisation mondiale de la Santé ne garantit pas l'exhaustivité et l'exactitude des informations contenues dans la présente publication et ne saurait être tenue responsable de tout préjudice subi à la suite de leur utilisation.

Imprimé en France

Graphisme: www.services-concept.ch

Remerciements

Les auteurs de ce rapport sont Emil Asamoah-Odei, Godwill Asiiimwe-Okiror et Ties Boerma. Une aide précieuse leur a été fournie par Charles Adjovi, Jesus Garcia Calleja (VIH), Maria Guraiib (MSI), Ye Htun (MSI), Erica Kufa, Marjorie Opuni-Akuamo, et Cyril Pervilhac (comportement). Le Groupe de Référence pour le Rapport (M. Moeti, G. Gershys-Damet, O. Kaluwa, L. Manga, W. Nkhoma, I. Sow et T. Sukwa), travaillant au sein de la Division de la Prévention et de la Lutte contre les Maladies transmissibles de OMS/AFRO, a lui aussi apporté une contribution appréciable. On citera également le Comité de rédaction de OMS/AFRO, le Réseau technique OMS/AFRO sur la Surveillance du VIH/SIDA et des MSI et les Centres de Lutte contre la Maladie ainsi que les programmes mondiaux de prévention contre le VIH. Les figures et les tableaux apparaissant dans le présent rapport ont été réalisées avec l'assistance de Michel Beusenberg. Les cartes ont été produites à l'aide du programme «Health Mapper» de l'OMS par Claire Preaud.

Avant-propos

En matière de santé publique, le plus vaste défi à relever pour la Région Afrique de l'OMS concerne le VIH/SIDA. Comptabilisant plus des deux tiers du nombre global de personnes atteintes par l'infection à VIH, cette Région se révèle la plus touchée à travers le monde. Depuis la fin des années 90, la première cause de décès chez l'adulte incombe au VIH/SIDA. Dans les pays les plus sévèrement touchés, la croissance démographique ininterrompue des cinquante dernières années s'inverse, s'agissant notamment de la survie de l'enfant et plus généralement de l'espérance de vie.

Malgré les résultats encourageants rencontrés par l'Afrique de l'Est dans l'atténuation de la prévalence de l'infection, la Région dans son ensemble ne parvient que faiblement à infléchir la charge de l'épidémie. Dans le sud de l'Afrique, sous-région la plus sévèrement touchée, les taux de prévalence singulièrement élevés demeurent stables, dépassant 30 % dans plusieurs pays.

Quoique la région se révèle durement touchée dans son ensemble, les tendances épidémiologiques varient selon que l'on considère sous-régions ou pays, populations rurales ou urbaines et parfois les différents districts au sein d'un même pays. Afin de réagir plus fermement face à l'épidémie, les pays de la Région Afrique doivent avoir accès à une plus vaste information sur la charge et les orientations du VIH/SIDA, sur les Maladies sexuellement infectieuses (MSI), de même que s'agissant des diverses pratiques sexuelles. Ces éléments sont nécessaires à une meilleure planification, à l'octroi de ressources destinées à des programmes de lutte contre le VIH/SIDA/MSI, à leur mise en oeuvre et à leur contrôle.

Résultat des efforts engagés par les pays de la Région dans l'application de systèmes sentinelles de surveillance du VIH, la diffusion de l'information se développe. Nombre de pays se livrent à des enquêtes menées directement auprès des divers groupes de population. L'étude des Maladies sexuellement infectieuses, l'évaluation des pratiques sexuelles et le contrôle des populations à risque intègrent dorénavant les systèmes de surveillance.

Le Bureau Régional de l'OMS pour l'Afrique (AFRO) a pour priorité de mettre en place des systèmes de surveillance épidémiologiques du VIH/SIDA plus performants. Il lui importe de pérenniser son action dans la Région et de prodiguer un appui technique majeur ainsi que son soutien à tous les niveaux. S'agissant des différents pays de la Région, il s'engage en outre à établir tous les deux ans des mises à jour sur la situation du VIH/SIDA ainsi que sur les pratiques utilisées en matière de surveillance.

Mon souhait consiste à voir ce rapport utilisé à la fois comme un outil de sensibilisation et comme la pierre angulaire de plus nombreuses actions menées dans le cadre de la prévention et de la prise en charge du VIH/SIDA et des MSI. Je souhaite en outre que les informations contenues dans les pages qui suivent guident les 46 Etats membres dans une amélioration de leurs systèmes de surveillance, de suivi et d'évaluation.

Dr. Ebrahim M. Samba

Directeur Régional
Organisation Mondiale de la Santé/bureau
régional pour l'Afrique
Brazzaville
Septembre 2003

Préface

Une analyse précise de la situation et des pratiques de surveillance relatives au VIH/SIDA dans les 46 Etats membres de la Région Afrique de l'OMS a fait l'objet d'une publication en 2000¹. Basé principalement sur les données relevées dans les rapports nationaux de surveillance de l'épidémie émis pour les années 2001 et 2002, le présent document propose une mise à jour pour la Région Afrique de l'OMS. Des enquêtes menées au sein même des divers groupes de population et des recherches scientifiques précises offrent dans le présent rapport des informations complémentaires. Le présent rapport ne livre pas de chiffres estimatifs relatifs au VIH/SIDA. Il constitue plutôt une synthèse et une analyse des données émanant des systèmes de surveillance existants. Il se concentre sur l'évaluation de la prévalence du VIH au niveau des pays et des sous-régions et fournit en outre des indicateurs de situation et de tendances concernant les Maladies sexuellement infectieuses et les pratiques sexuelles, parties intégrantes des systèmes de surveillance existants dans la lutte contre le VIH.

Le rapport s'articule autour de deux parties. La première partie présente une analyse complète des données les plus récentes obtenues pour la Région Afrique de l'OMS dans son ensemble. Elle fournit en outre des informations relatives à chacune des sous-régions, excepté celle de l'Océan indien pour laquelle aucune information sur les deux années écoulées n'est actuellement disponible. La seconde partie du rapport fournit des profils de pays pour chacun desquels on trouvera un descriptif sommaire des dernières données et tendances enregistrées, s'agissant en particulier des jeunes générations.

¹ HIV Surveillance Report for Africa, 2000: http://www.afro.who.int/aids/surveillance/resources/hiv_surveillance_report_2000.pdf

Liste des abréviations

AFRO Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique

SIDA Syndrome d'immunodéficience acquise

EDS Enquête démographique et de santé

VIH Virus de l'immunodéficience humaine

MSI Maladies sexuellement infectieuses

ONUSIDA Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

UNICEF Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

UNGASS Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA (UNGASS)

OMS Organisation mondiale de la Santé



Détail des figures et des tableaux

Figure 1.	Actions de surveillance menées dans la lutte contre le VIH au niveau de la Région Afrique de l’OMS, 2001-2002	4
Figure 2.	Nombre de sites sentinelles de soins prénatals ayant rendu compte de la prévalence de l’infection à VIH au niveau de la Région Afrique de l’OMS, 1990-2002	5
Tableau 1.	Actions de surveillance menées dans la lutte contre le VIH au niveau de la Région Afrique de l’OMS, depuis l’année 2000	6
Tableau 2.	Prévalence médiane VIH parmi les femmes fréquentant les services de soins prénatals, par situation géographique et âge, 2000-2002	10
Figure 3.	Prévalence médiane VIH parmi les femmes fréquentant les services de soins prénatals des grandes villes de la Région Afrique de l’OMS, 2000-2002	11
Tableau 3.	Prévalence VIH par âge et sexe lors d’enquêtes nationales de populations	13
Figure 4.	Prévalence VIH en Zambie, par âge et par sexe, enquête nationale menée auprès de la population, 2001-2002	13
Figure 5.	Prévalence VIH chez les hommes et femmes âgés de 15 à 49 ans, enquêtes spécifiques menées à l’échelle nationale auprès de la population, en fonction de la situation géographique, 2001-2002	14
Figure 6.	Comparaison des estimations de prévalence du VIH obtenues lors d’enquêtes menées auprès de la population (hommes et femmes combinés) avec celles parmi les femmes fréquentant les services de soins prénatals	15
Figure 7.	Prévalence VIH parmi les professionnelles du sexe d’un certain nombre de pays de la Région, 2001-2002	16
Figure 8.	Tendances de prévalence VIH parmi les professionnelles du sexe parmi des villes sélectionnées, 1992-2002	16
Figure 9.	En Ethiopie, prévalence VIH parmi les recrues militaires masculines, en fonction de leur âge et lieu de résidence, 1999-2000	17
Figure 10.	Distribution des sous-types env du VIH-1 dans la Région Afrique de l’OMS, 2000	19
Tableau 4.	Tendances de prévalence VIH parmi les femmes fréquentant les services de soins prénatals de la Région Afrique de l’OMS, mêmes établissements de santé, 1997-2002	21
Figure 11.	Tendances de la prévalence médiane VIH parmi les femmes fréquentant les services de soins prénatals de trois sous-régions distinctes, données établies dans les mêmes établissements de santé, 1997-2002	22
Figure 12.	Tendances de prévalence médiane VIH parmi les femmes fréquentant les services de soins prénatals situés dans les capitales par sous-régions, 1991-2002	22
Figure 13.	Tendances de prévalence médiane VIH parmi les femmes fréquentant les services de soins prénatals des grandes villes en Afrique de l’Est, données des mêmes services de soins prénatals, 1991-2002	23
Figure 14.	Tendances de prévalence médiane VIH parmi les femmes âgées 15-24 ans fréquentant les services de soins prénatals, parmi les pays choisis, 1998-2002	23
Figure 15.	Prévalence de la syphilis, par pays, parmi les femmes fréquentant les services de soins prénatals dans des sites choisis, 2000-2002	26
Figure 16.	Tendances de prévalence de la syphilis, par pays, parmi les femmes fréquentant les services de soins dans des sites choisis, 1994-2002	26
Tableau 5.	Indicateurs sélectionnés des comportements sexuels constatés auprès de la population adulte et des jeunes, Enquêtes sélectionnées Démographique et Santé, 1997-2002	30
Figure 17.	Age médian du premier rapport sexuel chez des jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans; données d’enquêtes répétées de pays sélectionnés	31
Figure 18.	Jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans, jamais mariés, qui ont eu une activité sexuelle au cours de l’année écoulée, données de pays sélectionnés	31
Figure 19.	Proportion d’hommes ayant utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel avec un partenaire non habituel; données de pays sélectionnés	32
Figure 20a.	Augmentation relative des taux de mortalité par groupes d’âge, en Zambie, 1990-1994 et 1995-1999	33
Figure 20b.	Augmentation relative des taux de mortalité par groupes d’âge, au Malawi, entre les périodes 1990-1994 et 1995-1999	33
Figure 20c.	Augmentation relative des taux de mortalité par groupes d’âge, au Zimbabwe, entre les périodes 1990-1994 et 1995-1999	34
Figure 21.	Tendance annuelle des nouveaux cas de tuberculose au Botswana, 1991-2001	35

Figure 22.	Taux homme/femme des cas de SIDA en Côte d'Ivoire, 1988–2000	35
Figure 23.	Prévalence médiane de l'infection à VIH parmi des femmes reçues dans des services de soins prénatals du sud de l'Afrique; données relevées par site clinique ou par ville, 2001–2002	37
Figure 24.	Prévalence médiane VIH parmi des jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans fréquentant les services de soins prénatals du sud de l'Afrique, selon le lieu géographique, par pays sélectionnés 2001–2002	38
Figure 25.	Prévalence du VIH par enquêtes nationales auprès de la population établissant parmi de jeunes hommes et femmes âgés de 15 à 24 ans, Zambie et Zimbabwe, 2001–2002	38
Figure 26.	Tendances de prévalence médiane du VIH parmi des jeunes femmes fréquentant les services de soins prénatals du sud de l'Afrique; données des mêmes établissements de santé par pays, 1997–2002	39
Figure 27.	Tendances de prévalence médiane du VIH parmi les femmes fréquentant les services de soins prénatals de capitales du sud de l'Afrique, 1997–2002	40
Figure 28.	Tendances médianes du VIH parmi les femmes fréquentant les services de soins prénatals d'Afrique du Sud, national et dans des provinces sélectionnées, 1990–2002	40
Figure 29.	Prévalence médiane du VIH parmi les jeunes femmes 15 à 24 ans fréquentant les services de soins prénatals du Botswana et du Swaziland, par lieu géographique	41
Figure 30.	Tendances de prévalence médiane VIH parmi des femmes fréquentant les services de soins prénatals du Zimbabwe, données des 13 mêmes services, 1997–2001	42
Figure 31.	Tendances de prévalence médiane VIH parmi des jeunes femmes 15 à 24 ans fréquentant dans les services de soins prénatals du Malawi, données des mêmes 19 services, 1994–2001	42
Figure 32.	Prévalence médiane du VIH parmi des femmes fréquentant les services de soins prénatals du Mozambique, par région, 2001–2002	43
Figure 33.	Prévalence VIH parmi des femmes fréquentant les services de soins prénatals d'Afrique de l'Est, données fournies par site clinique ou ville, 2001–2002	44
Figure 34.	Prévalence médiane de l'infection à VIH parmi des jeunes femmes de 15 à 24 ans fréquentant les services de soins prénatals d'Afrique de l'Est, en fonction du lieu géographique et du pays considéré, 2001–2002	44
Figure 35.	Tendances médianes VIH parmi les femmes fréquentant les services de soins prénatals d'Afrique de l'Est, données des mêmes services, par pays, 1997–2002	45
Figure 36.	Courbes de la prévalence médiane de l'infection à VIH parmi les femmes fréquentant les services de soins prénatals de capitales d'Afrique de l'Est, 1997–2002	45
Figure 37.	Prévalence médiane de l'infection VIH parmi des femmes fréquentant les services de soins prénatals du Burundi et du Rwanda, par lieu géographique, 2002	46
Figure 38.	Tendances de prévalence médiane de l'infection à VIH parmi des jeunes femmes 15-24 ans fréquentant les services de soins prénatals d'Addis Ababa, Ethiopie, 1995–2003	46
Figure 39.	Tendances de prévalence médiane de l'infection VIH parmi les femmes fréquentant les services de soins prénatals du Kenya, 20 mêmes établissements, 1997–2002	47
Figure 40.	Prévalence médiane VIH parmi les femmes fréquentant les services de soins prénatals de la partie continentale de la République-Unie de Tanzanie, par lieu géographique, 2002	47
Figure 41.	Prévalence VIH parmi les femmes fréquentant les services de soins prénatals d'Afrique Centrale, données des établissements de santé ou des villes, 2001–2002	48
Figure 42.	Prévalence médiane de l'infection à VIH parmi les femmes fréquentant les services de soins prénatals du Cameroun, de la République centrafricaine et du Tchad, par lieu géographique, 2000–2002	49
Figure 43.	Tendances de prévalence du VIH parmi les femmes fréquentant les services de soins prénatals dans des capitales sélectionnées d'Afrique Centrale, 1997–2002	49
Figure 44.	Prévalence VIH médiane parmi des jeunes femmes 15 à 24 ans fréquentant les services de soins prénatals du Cameroun, par provinces, 2000	50
Figure 45.	Prévalence VIH parmi les femmes fréquentant les services de soins prénatals d'Afrique de l'Ouest, par site clinique ou par ville, 2001–2002	51
Figure 46.	Prévalence médiane du VIH parmi les femmes fréquentant les services de soins de l'Afrique de l'Ouest, selon le lieu géographique, dans des pays spécifiques, 2001–2002	52

Figure 47. Tendances de prévalence médiane VIH parmi des femmes fréquentant les services de soins prénatals d'Afrique de l'Ouest, parmi mêmes services de soins, par pays, 1997–2002	52
Figure 48. Tendances de prévalence médiane de VIH parmi des femmes fréquentant les services de soins prénatals de grands centres urbains, en Afrique de l'Ouest, 1997–2002	53
Figure 49. Tendances de prévalence médiane de VIH au Nigéria, 67 mêmes établissements de santé, par état et régions, 1999 et 2001	54
Figure 50. Prévalence médiane VIH parmi les femmes fréquentant les services de soins prénatals, par région et sites urbains ou ruraux, 2002	54
Figure 51. Tendances de prévalence médiane de VIH parmi les jeunes femmes de 15 à 24 ans fréquentant les services de soins prénatals du Ghana, mêmes services de soins prénatals, 1994–2002	55
Figure 52. Prévalence de l'infection à VIH parmi les hommes et femmes de 15 à 24 ans, pour le Mali et le Niger, enquêtes auprès de population, 2001	55
Figure 53. Tendances de prévalence médiane de VIH parmi les jeunes femmes fréquentant les services de soins prénatals du Burkina Faso, données relevées des cinq mêmes services de soins prénatals, 1997–2002	56

Sommaire

Avant-propos	iv
Préface	v
Liste des abréviations	vi
Détail des figures et des tableaux	vii
Résumé exécutif	xii
1 Introduction	1
2 Surveiller le processus de l'infection à VIH en Afrique : les moyens en présence	3
Femmes enceintes : une source de données essentielle	3
Les systèmes de surveillance progressent	3
3 Le VIH/SIDA en Afrique : la situation actuelle	9
Femmes enceintes	9
La prévalence du VIH parmi les jeunes femmes enceintes : un indice permettant d'appréhender l'incidence de l'infection	12
Enquêtes auprès des groupes de population : distinctions entre sexes	12
La répartition urbaine-rurale	14
Population spécifiques à plus haut risque VIH	15
Enfants	17
Sous-types VIH	18
4 Le VIH/SIDA en Afrique : changements dans le temps	21
5 Les maladies sexuellement infectieuses : état de la situation et tendances	25
6 Surveiller les comportements sexuels	29
7 Mortalité et morbidité liées au VIH/SIDA : les conséquences s'amplifient	33
8 La situation du VIH/SIDA dans chacune des sous-régions : différence dans l'épidémie	37
Sud de l'Afrique	37
Afrique de l'Est	43
Afrique Centrale	48
Afrique de l'Ouest	50
9 Conclusions	57
Références	60

Résumé exécutif

Afin de consolider leur action face à l'épidémie, les 46 Etats membres de la Région Afrique de l'OMS doivent avoir accès à une somme d'informations détaillées sur la charge de la maladie et sur les tendances de l'infection à VIH/SIDA, ainsi que sur les Maladies sexuellement infectieuses (MSI) et les pratiques sexuelles. Résultat des efforts entrepris par les pays en question dans l'implantation de systèmes sentinelles de surveillance, la dissémination de l'information progresse dans la Région. Nombre de pays ont développé et amélioré la qualité des systèmes de surveillance propres aux services de soins prénatals, et au terme des six premiers mois de l'année 2003, plus de 600 services de soins prénatals sentinelles – fréquentés par un nombre de patientes supérieur à 200 000 – étaient en mesure d'étayer l'information relative à la prévalence de l'infection à VIH. Plus significatif encore, les actions menées au sein de ces services permettent maintenant à la plupart des pays concernés de se livrer à une estimation de la prévalence de l'infection à VIH.

Sept de ces pays ont mis en oeuvre des enquêtes menées au sein-même des divers groupes de population, lesquelles sont destinées à étayer les données déjà disponibles sur l'infection à VIH. De telles enquêtes, si tant est qu'elles soient scrupuleusement réalisées et rencontrent l'adhésion, procureront un nombre substantiel d'informations complémentaires sur la situation de l'épidémie. Sans se substituer au système sentinelle continu de surveillance, elles agissent de manière complémentaire et véhiculent des données relatives notamment à la situation des hommes, à celle des femmes non gravides ainsi qu'à celle des populations rurales.

A l'heure actuelle, un nombre croissant de pays rendent compte de la prévalence de l'infection à VIH chez les jeunes générations de femmes enceintes. Ainsi que cela a été réalisé pour une tranche d'âge située entre 15 et 49 ans, il importe de fixer des normes quant à la collecte de données relatives à la prévalence de l'infection à VIH chez ces femmes âgées de 15 à 24 ans, reçues dans les services de soins prénatals.

La moitié environ des pays considérés fournissent dorénavant des données sur la séroprévalence de la syphilis (diagnostic de la syphilis avéré sur la base d'un test sanguin positif) parmi les femmes qui fréquentent les services de soins prénatals. Diverses études plus spécifiques rapportent des données relatives à des MSI autres que la syphilis. Cependant, le contrôle régulier de la charge de ces maladies n'est pas systématique et les données véhiculées manquent de fiabilité.

Dorénavant, de nombreux pays possèdent en outre des données sur les pratiques sexuelles clés (à savoir les pratiques associées à un risque accru d'infection par le VIH) observées parmi les adultes, les jeunes gens ainsi que dans des groupes de population à risque. Plusieurs de ces pays sont maintenant en mesure d'établir de manière prospective les tendances liées à ces pratiques. Quoique significativement plus importante que par le passé, la masse de données collectées par les enquêtes menées à une échelle nationale ou auprès de groupes de populations plus spécifiques doit être étayée et soumise à analyse, afin d'établir si les informations acquises en la matière rendent scrupuleusement compte des tendances comportementales de l'ensemble de la population.

La propagation du VIH au cours de l'année 2002

S'agissant de la planification de programmes de santé, il importe de considérer l'hétérogénéité de l'épidémie de VIH/SIDA au niveau de l'Afrique sub-saharienne. Les différences constatées entre sous-régions sont nombreuses, l'épidémie revêtant notamment un caractère significativement plus alarmant dans le sud de l'Afrique que dans les autres parties du continent. Des estimations globales montrent que la prévalence de l'infection à VIH y est au moins cinq fois plus élevée qu'en Afrique de l'Ouest, l'Afrique de l'Est et l'Afrique centrale se trouvant dans une situation médiane. Sous-régions et pays se distinguent en outre les uns des autres par de nombreux éléments. Dans la plupart de ces pays, à l'exception probable de la majeure partie du sud de l'Afrique, le risque de contracter l'infection à VIH en milieu rural apparaît moins élevé qu'en milieu urbain. De telles disparités dans la prévalence de l'infection à VIH au

sein d'une même région ne sont pas sans conséquence sur l'évaluation de l'impact épidémiologique et l'élaboration d'actions dans le domaine de la santé, s'agissant de traitements antirétroviraux, par exemple.

Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à avoir contracté l'infection, en particulier parmi les jeunes générations. Des enquêtes menées auprès de la population montrent que la prévalence de l'infection à VIH chez les femmes est 1,5 fois plus élevée que chez les hommes. L'explication tient en partie au fait que les femmes contractent l'infection beaucoup plus tôt. Ainsi, entre l'âge de 15 et 24 ans, 70 % des personnes infectées sont des femmes.

Courbes de prévalence de l'infection à VIH

Les courbes de prévalence obtenues auprès des mêmes services de soins prénatals au cours des dernières années montrent que l'accroissement de l'épidémie s'est stabilisé au terme de la décennie 90, sans engendrer pour autant de recul de l'infection. Si l'on considère les progrès enregistrés concernant la collecte de données parmi les populations rurales de plusieurs des pays considérés, les chiffres devraient rapidement subir un réajustement à la baisse. Il ne s'agit toutefois pas de voir là une réelle chute de la prévalence.

Les courbes de prévalence du VIH montrent clairement que les différences enregistrées pour les diverses sous-régions considérées s'amplifient avec le temps, sans être imputables aux disparités qui pouvaient exister au moment de l'apparition ou à un stade plus avancé de l'épidémie. Les courbes enregistrées par sous-régions indiquent une légère augmentation de la prévalence du VIH pour le sud de l'Afrique et l'Afrique Centrale, une faible diminution en Afrique de l'Est et une atténuation vraisemblable dans les pays d'Afrique de l'Ouest. S'agissant de l'Afrique de l'Est, une attention particulière a été portée au processus pandémique du SIDA en Ouganda où l'on a constaté une chute brutale de la prévalence du VIH. Des courbes diversement descendantes sont aussi enregistrées pour certaines parties du Burundi, de l'Ethiopie, du Kenya et du Rwanda. En Afrique de l'Ouest, on retiendra le cas du Sénégal qui est parvenu à contenir à un faible niveau l'expansion de l'épidémie, et celui du Mali et du Niger où des enquêtes menées auprès de la population ont révélé une situation sensiblement similaire. Les premières informations obtenues auprès de pays jusque-là ébranlés par divers conflits, notamment la Sierra Leone, la République démocratique du Congo et l'Angola, rendent compte d'une prévalence de l'infection à VIH inférieure aux estimations.

Etapas à envisager dans l'amélioration des systèmes de surveillance

Les systèmes de surveillance de l'infection à VIH actuellement effectifs dans la Région Afrique de l'OMS fournissent des données considérables. Il serait toutefois souhaitable de les voir s'étendre à certaines régions et populations. S'agissant de quelques-uns des pays considérés, les actions menées en ce sens restent trop timides. On constate par ailleurs que la couverture des zones rurales, des groupes de population d'âge peu élevé et des personnes à risque reste insuffisante et doit être améliorée dans la plupart des pays de la Région.

La mise en place d'un système de surveillance de deuxième génération, capable d'associer les tendances de prévalence de l'infection à VIH, des MSI et celles relatives aux comportements, est effective mais n'enregistre que les tous premiers résultats pour la Région. Alors que le contrôle des MSI a pour sa part progressé, les systèmes de surveillance élaborés dans la plupart des pays considérés demeurent peu efficaces. Parallèlement, de multiples données sont collectées sur les pratiques sexuelles observées chez les adultes, les jeunes générations et chez les groupes de population à risque, et de nombreux pays sont ainsi en mesure d'établir des courbes prospectives relatives aux comportements sexuels.

1. Introduction

Comptabilisant plus des deux tiers de la population mondiale atteinte du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), la Région Afrique de l'Organisation mondiale de la Santé (AFRO) apparaît, et de loin, comme la plus sévèrement touchée par le VIH et par le syndrome immunodéficitaire acquis (SIDA). A la fin 2002, on estimait que près de 29 millions de personnes vivaient avec le VIH dans la Région, soit environ 9 % de la population adulte âgée de 15 à 49 ans atteinte par le virus (ONUSIDA et OMS, 2002). En 2002, on estimait le nombre de décès incombant au SIDA, stade ultérieur à l'infection à VIH, à 3 millions. Dans les pays les plus sévèrement touchés et au terme d'une croissance démographique ininterrompue au cours des cinquante dernières années, l'épidémie de VIH/SIDA provoque une inversion de la situation, s'agissant notamment de la survie de l'enfant et plus généralement de l'espérance de vie.

Une analyse précise de la situation et des pratiques de surveillance relatives au VIH/SIDA dans la Région Afrique de l'OMS, englobant notamment des profils de pays, a fait l'objet d'une publication en 2000². Basé principalement sur les données relevées dans les rapports nationaux de surveillance de l'épidémie émis pour les années 2001 et 2002, le présent document propose une mise à jour pour la Région Afrique de l'OMS. Des enquêtes menées au sein-même des divers groupes de population et des recherches scientifiques spécifiques offrent en outre des informations complémentaires. Le présent rapport s'articule autour de l'évaluation des courbes de prévalence de l'infection à VIH au sein des pays et sous-régions considérés. Il comprend en outre un certain nombre d'informations relatives aux Maladies sexuellement infectieuses et aux pratiques sexuelles constatées, sachant que ces deux dernières entités intègrent les systèmes de surveillance globaux de l'infection à VIH (nommé aussi système de surveillance «de deuxième génération») (ONUSIDA et OMS, 2000). Les éléments déterminants et les facteurs de risque ne sont pas évoqués ici.

Les observations effectuées constituent les deux parties du présent document. La première partie présente une analyse complète des données les plus récentes obtenues pour la Région Afrique de l'OMS dans son ensemble, ainsi qu'à l'échelle de ses sous-régions. La seconde partie du rapport fournit des profils de pays pour chacun desquels on trouvera un descriptif sommaire des dernières données et tendances enregistrées, s'agissant en particulier des jeunes générations. Le présent rapport ne livre pas de chiffres estimatifs relatifs au VIH/SIDA. Il constitue plutôt une synthèse et une analyse des données émanant des systèmes de surveillance existants. Au terme de l'année 2003, des estimations relatives à la prévalence de l'infection à VIH et au nombre de personnes atteintes seront réalisées à l'échelle nationale par les pays de la Région en étroite collaboration avec l'ONUSIDA et l'OMS.

L'analyse de la situation épidémiologique effectuée ici, à l'appui des données les plus récemment enregistrées auprès de tous les pays de la Région Afrique de l'OMS, a pour but d'informer les Ministères de la Santé, les divers acteurs nationaux, les agences des Nations-Unies ainsi que les partenaires internationaux intervenant dans le domaine du développement. Les informations contenues dans ce rapport constituent un outil technique de sensibilisation essentiel. Elles sont en outre susceptibles d'initier diverses actions, dans le domaine de la lutte contre le VIH/SIDA tout autant que dans la prévention et la prise en charge des Maladies sexuellement infectieuses. Enfin, on considère qu'elles procurent une évaluation intermédiaire de la situation des systèmes de surveillance dans chacun des pays concernés.

² HIV Surveillance Report for Africa, 2000: http://www.afro.who.int/aids/surveillance/resources/hiv_surveillance_report_2000.pdf

2 Surveiller le processus de l'infection à VIH en Afrique : les moyens en présence

Femmes enceintes : une source de données essentielle

Dans la plupart des pays, les systèmes de surveillance du VIH reposent essentiellement sur le contrôle de la prévalence de l'infection chez les femmes fréquentant les services de soins prénatals. Des prélèvements sanguins anonymes y sont effectués au moment des soins délivrés et soumis au dépistage des anticorps du VIH. La prévalence de l'infection correspond au pourcentage de femmes VIH-séropositives. Chez les femmes enceintes, l'évaluation de cette prévalence se révèle un indicateur fiable de la propagation de l'épidémie au niveau de la population dans son ensemble. Le pourcentage de ces femmes ayant contracté l'infection équivaut en effet au pourcentage global d'individus (hommes et femmes de 15 à 49 ans confondus) atteints (Zaba et Gregson, 1998). Si l'on estime endémique un contexte au sein duquel la prévalence de l'infection à VIH chez les femmes qui fréquentent des services de soins prénatals excède 1 %, on en conclut qu'à l'heure actuelle, la quasi-totalité des pays appartenant à la Région AFRO de l'OMS sont touchés par l'épidémie de VIH/SIDA. Les enquêtes menées auprès de groupes de population considérés à risque (notamment les professionnelles du sexe) ainsi que le dépistage systématique effectué chez les donneurs de sang et chez les patients atteints soit de Maladies sexuellement infectieuses (MSI) soit de tuberculose, constituent des sources de données supplémentaires.

L'évaluation de la prévalence de l'infection à VIH chez les femmes qui se rendent dans les services de soins prénatals s'avère concrètement l'acte de surveillance le plus systématiquement pratiqué, et diverses démarches ont été élaborées afin de sélectionner les services cliniques participant. La plupart des pays concernés se sont focalisés sur un ou deux sites choisis dans chacune de leurs provinces ou régions. Dans la plupart des cas, l'un des sites retenus se situe dans la capitale régionale, le second se trouvant lui dans une zone semi-urbaine à l'intérieur d'une même région ou province. Les systèmes de surveillances mis en place en Ethiopie, au Ghana, au Kenya, au Nigéria et en Ouganda constituent de tels exemples d'approche. La République-Unie de Tanzanie recourt au même système, mais n'a porté son choix que sur six des vingt régions continentales que compte le pays, quatre sites ayant été sélectionnés dans chacune des ces régions. Le système de surveillance existant en Côte d'Ivoire possède lui aussi un site à caractère urbain dans chacune de ses régions, mais intègre en outre des dispensaires ruraux de plus petite taille (trois en général) dans chacune des régions. Alors qu'en milieu urbain, chacun des actes de surveillance médicale effectué concerne des groupes de 300 femmes enceintes, l'échantillonnage ne porte que sur une centaine d'individus en milieu rural. Les données cumulées de tous les dispensaires ruraux d'une région comprennent néanmoins un site où le nombre de femmes concernées s'élève à 300. Des pays tels que le Botswana, le Lesotho et le Swaziland ont porté leur choix sur des établissements de santé situés à la fois dans des centres urbains ou des villes de moyenne importance, mais aussi sur des établissements de taille plus modeste situés à proximité de ceux-ci et dans la même région afin de constituer un «site sentinelle» (susceptible de se substituer à tout autre site).

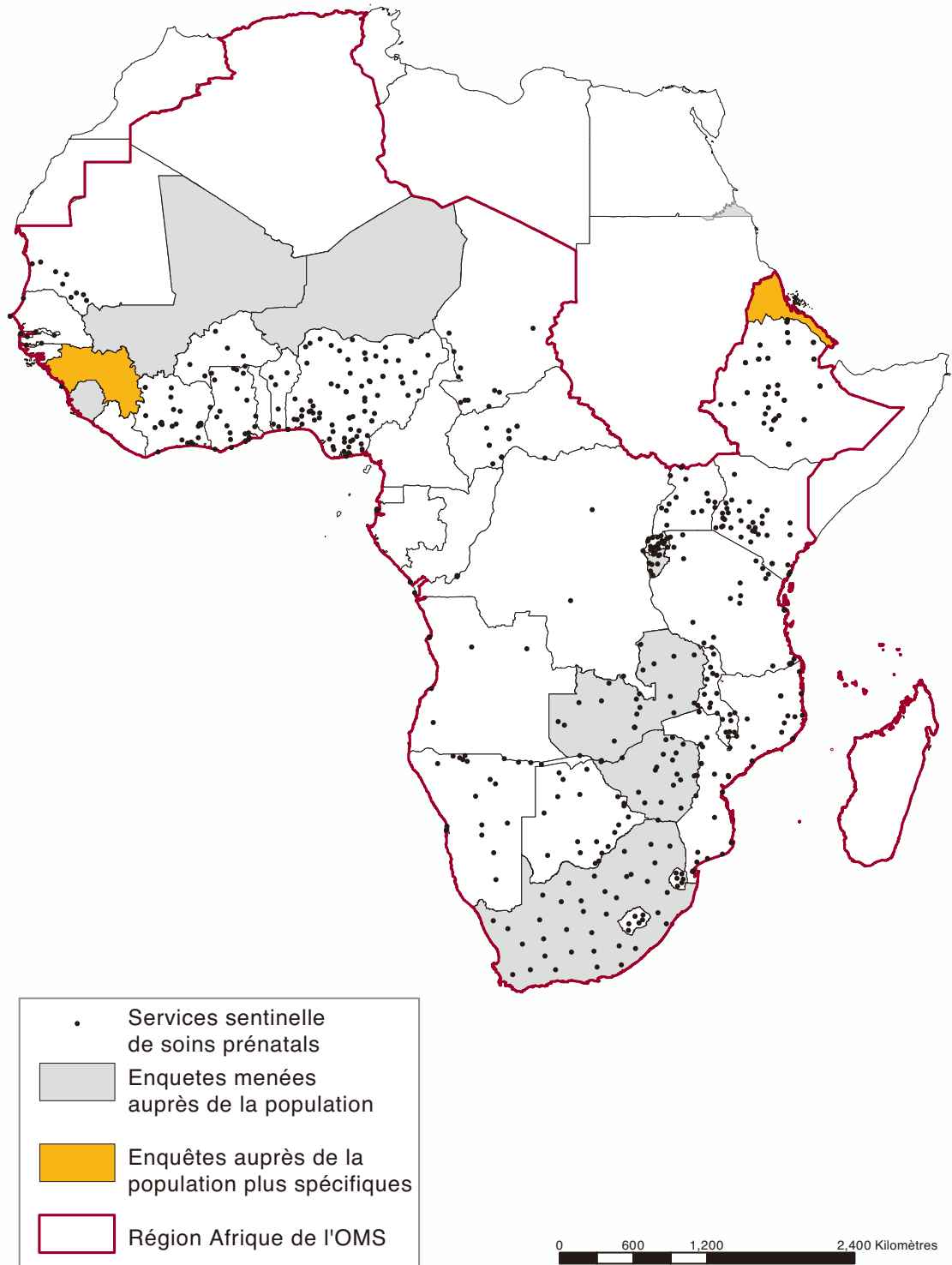
L'Afrique du Sud utilise un échantillonnage aléatoire proportionnel à la taille dans le choix des sites retenus. Chaque établissement de santé publique interne à une province est considéré comme offrant une unité d'échantillonnage, 400 sites participant ainsi à chacune des enquêtes effectuées. Chacun de ces sites constitue un groupe de 40 femmes enceintes.

Les systèmes de surveillance progressent

En Afrique, la surveillance de l'évolution de l'infection à VIH s'est améliorée au cours des dernières années, notamment en termes d'étalement de la couverture et d'analyses destinées à évaluer la prévalence de l'infection parmi les jeunes femmes reçues dans les services de soins prénatals. Au cours de l'année 2002, près de 220 000 femmes présentes dans ces services de soins ont subi un test de dépistage du VIH dans le but d'étayer cette surveillance. 625 services de soins prénatals sont ainsi fréquentés par ces femmes à travers toute la Région, sans compter un nombre supplémentaire de 400 établissements situés en République d'Afrique du Sud où les sites sont choisis selon un échantillonnage statistique (Figure 1).

Figure 1.

Actions de surveillance menées dans la lutte contre le VIH au niveau de la Région^a Afrique de l'OMS, 2001-2002

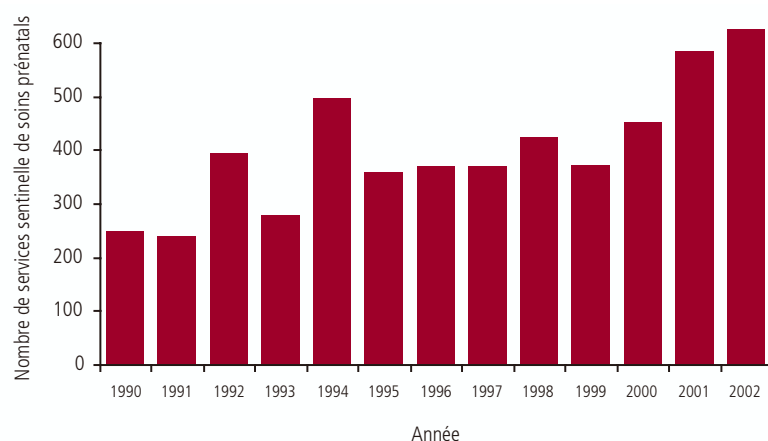


^a En Afrique du Sud, chaque point représente 40 services prénatals

Considérant qu’approximativement deux tiers de la population de la Région AFRO de l’OMS évolue dans un contexte rural et afin de lui destiner une meilleure couverture, plusieurs pays ont choisi de multiplier le nombre de services de soins prénatals susceptibles d’intégrer le système de surveillance global. Très récemment encore, la plupart des établissements de santé concernés se situaient dans des zones urbaines et semi-urbaines. Au cours de l’année 2001 et 2002, le nombre d’établissements qui ont intégré des programmes de surveillance était significativement plus élevé que durant la décennie 90 (Figure 2).

Figure 2.

Nombre de sites sentinelles de soins prénatals ayant rendu compte de la prévalence de l’infection à VIH au niveau de la Région Afrique de l’OMS, 1990–2002



Le faible développement des programmes de surveillance au cours des dernières années touche en particulier les pays de la Région ayant traversé une période d’instabilité politique. On compte notamment parmi eux le Congo, la République Démocratique du Congo et le Libéria.

Un progrès essentiel dans le développement de tels programmes consiste à mener des enquêtes auprès des divers groupes de population, lesquelles rendent compte de la situation du VIH. De tels travaux ont été menés par plusieurs pays d’Afrique de l’Est à la fin des années 80, mais seul le Rwanda peut se prévaloir de la réalisation d’une enquête d’échelle nationale au cours des années 90. Au cours des années 2001 et 2002, le Burundi, le Mali, le Niger, la Sierra Leone, l’Afrique du Sud, la Zambie et le Zimbabwe ont, eux, conduit des enquêtes nationales auxquelles ont participé hommes et femmes en âge de se reproduire. Zanzibar (République-Unie de Tanzanie) en a fait de même auprès de sa population adulte.

Au cours des prochaines années, nombreux sont les pays qui envisagent de mener des enquêtes auprès de leurs populations respectives. Ces travaux ne se contentent pas de fournir des tendances de prévalence de l’infection à VIH pour les hommes et les femmes de ces pays; ils sont l’unique moyen de déterminer la fiabilité des programmes de surveillance développés dans les services de soins prénatals. On notera que l’Erythrée, la Guinée et le Mali ont eux aussi conduit des enquêtes nationales auprès des diverses couches de leur population. Le Tableau 1 fournit un récapitulatif par pays des activités les plus récemment entreprises dans le domaine de la surveillance de l’infection à VIH. Les figures sont pour leur totalité non pondérées. Un certain nombre de pays donnent une évaluation de la prévalence du VIH au sein des différents services de soins prénatals concernés après fixation d’un indice de pondération des échantillons de population, selon que l’on considère le caractère urbain ou rural du service. Les pays pour lesquels on constate une prévalence de l’infection à VIH significativement plus faible après fixation d’un indice de pondération comptent notamment le Burundi (de 5,6 % à 3,2 %) et l’Ethiopie (de 11,2 % à 6,6 %). Au Kenya, on constate un phénomène inverse où l’indice de pondération accentue la prévalence de 6,5 % à 10,1 %.

Tableau 1.

Actions de surveillance menées dans la lutte contre le VIH au niveau de la Région Afrique de l'OMS, depuis l'année 2000

	Nombre d'habitants (milliers)	Population urbaine (%)	Couverture effective dans les services prénatals (%)	Date de la dernière enquête en service prénatal (depuis 2000)	No. de sites en services prénatals	Date de la dernière enquête nationale sur le VIH	Données disponibles sur le VIH – jeunes générations
Sud de l'Afrique	118,484	42					
Angola	13,184	35	n.e.	2002	10	—	N
Botswana	1,770	49	97	2002	22	—	O
Lesotho	1,800	29	88	2000	6	—	N
Malawi	11,871	15	90	2001	19	—	O
Mozambique	18,537	33	71	2002	36	—	O
Namibie	1,961	31	91	2002	21	—	O
Afrique du Sud	44,759	58	94	2002	400	2002	O
Swaziland	1,069	27	n.e.	2002	17	—	O
Zambie	10,698	40	96	2002	24	2001/2	O
Zimbabwe	12,835	36	93	2001	19	2001	O
Afrique de l'Est	180,646	22					
Burundi	6,602	9	79	2001	7	2002	O
Erythrée	3,991	19	49	—	—	2001	O
Ethiopie	68,961	16	27	2001	34	—	O
Kenya	31,540	34	76	2002	34	—	O
Rwanda	8,272	6	92	2002	24	—	N
Rép.-U. de Tanzanie.	36,276	33	93	2002	24	—	O
Ouganda	25,004	15	91	2001	15	—	N
Afrique Centrale	84,674	37					
Cameroun	15,729	50	75	2000	27	—	O
Rép. centrafricaine	3,819	42	67	2002	48	—	O
Tchad	8,348	24	42	2002	11	—	O
Congo	3,633	66	n.a.	2002	3	—	O
Rép. dém. du Congo	51,201	31	n.e.	2002	4	—	N
Guinée équatoriale	481	49	37	—	—	—	N
Gabon	1,306	82	94	2002	2	—	N
Sao Tomé-et-Princ..	157	48	—	—	—	—	N
Afrique de l'Ouest	269,478	43					
Algérie	31,266	58	58	2000	5	—	N
Bénin	6,558	43	80	2001	6	—	O
Burkina Faso	12,624	17	61	2002	5	—	N
Cap Vert	454	64	99	—	—	—	N
Côte d'Ivoire	16,365	44	88	2002	28	—	O
Gambie	1,388	31	n.e.	2001	4	—	N
Ghana	20,471	36	88	2002	24	—	O
Guinée	8,359	28	71	2001	5	2001	O
Guinée-Bissau	1,449	9	62	—	—	—	N
Libéria	3,239	45	83	—	—	—	N
Mali	12,623	31	47	2002	9	2001	O
Mauritanie	2,807	59	48	2000	13	—	N
Niger	11,544	21	41	2000	5	2001	O
Nigeria	120,911	45	64	2001	86	—	O
Sénégal	9,855	48	77	2002	11	—	O
Sierra Leone	4,764	37	86	—	—	2001	N
Togo	4,801	34	82	2000	2	—	N
Océan indien	18,953	31					
Comores	747	34	74	—	—	—	N
Madagascar	16,916	30	73	—	—	—	N
Maurice	1,210	42	n.e.	—	—	—	N
Seychelles	80	65	n.e.	—	—	—	N
AFRO	672,235	36					

ANC, antenatal clinic (services prénatals); AFRO, Région Afrique de l'OMS.

n.e., données non enregistrées; —, pas d'enquête conduite; O, oui; N, non.

Source: Population data from United Nations Population Division, 2002; ANC coverage from UNICEF, 2002, and DHS surveys.

Au cours des dernières années, la démarche de nombre de pays de la Région a progressé dans la mise en place de systèmes de surveillance de seconde génération. De tels systèmes ne consistent pas uniquement en une évaluation de la prévalence de l’infection à VIH adaptée au type d’épidémie considéré; il s’efforcent aussi de mesurer les niveaux et les tendances inhérents aux MSI et aux pratiques sexuelles à risque.

3 Le VIH/SIDA en Afrique : la situation actuelle

Les deux principales sources de données relatives à la prévalence de l'infection à VIH parmi les populations adultes de la Région Afrique de l'OMS concernent les services de soins prénataux et les informations qui y sont obtenues auprès de leurs patientes, et, pour un certain nombre de pays, les enquêtes menées auprès des divers groupes de population, y compris les actes de dépistage du VIH

Femmes enceintes

Vingt-neuf des 46 pays que compte la Région Afrique de l'OMS ont remis des données relatives à la prévalence de l'infection à VIH parmi les femmes reçues dans des services de soins prénatals au cours des années 2001 et 2002. Vingt pays avaient remis leurs résultats au moment de la rédaction de ce rapport et un petit nombre supplémentaire en était encore au stade de l'analyse ou de la rédaction de celle-ci (Tableau 2).

Les variations de la prévalence médiane de l'infection à VIH entre pays sont nombreuses. Les écarts constatés vont de < 1 % pour l'Algérie à > 30 % pour le Botswana et le Swaziland. Dans la partie sud du continent, les taux de prévalence de l'infection parmi les femmes enceintes âgées de 15 à 49 ans sont significativement plus élevés que dans les autres régions d'Afrique. Alors que plus d'une femme enceinte sur cinq est VIH-séropositive dans la plupart des pays de cette région, peu nombreux sont les Etats où ce pourcentage dépasse 10 % dans les services de soins prénatals, y compris en milieu urbain.

Surveillance de l'infection à VIH dans les services de soins prénatals : méthodologie

- La prévalence médiane de l'infection à VIH – fixée en tant que valeur intermédiaire des taux de prévalence enregistrés auprès d'un certain nombre de services de soins prénatals – consiste en une mesure récapitulative des données rassemblées dans le cadre de programmes de surveillance internes aux services de soins prénatals.
- La prévalence médiane de l'infection à VIH parmi les femmes reçues dans des services de soins prénatals n'équivaut pas à une estimation menée à l'échelle nationale auprès de toutes les femmes enceintes, sachant que le nombre de services sélectionnés dans le cadre de programmes de surveillance n'offrent pas un échantillon représentatif de tous les services de cette nature présents dans le pays. En conséquence et dans la mesure du possible, la valeur médiane de la prévalence de l'infection à VIH calculée auprès de ces services médicaux est donnée pour la capitale nationale, pour d'autres centres urbains ainsi que pour les zones rurales.
- La prévalence de l'infection à VIH parmi les femmes enceintes varie, selon que l'on considère le cas d'un service de soins prénatals situé en ville ou en zone rurale. Les dispensaires des zones rurales enregistrent en général des taux de séropositivité moindres, mais l'ampleur des variations entre zones urbaines et rurales diffère d'un pays à l'autre. Le choix de considérer comme représentative ou non de la situation globale de toutes les femmes vivant en milieu rural l'évaluation de la prévalence du VIH obtenue en milieu rural dans les services de soins prénatals sélectionnés dépend du contexte géographique de ces services de soins. Dans la plupart des cas, les données rassemblées en milieu rural sont le fait de dispensaires ou d'établissements de santé plus importants situés en zones semi-urbaines, lesquelles représentent exactement les populations rurales vivant dans des lieux plus isolés. Ainsi sera-t-on tenté d'estimer que la prévalence de l'infection à VIH dans les zones les plus reculées, où se concentre pour de nombreux pays la majeure partie de la population, est inférieure à celle des sites semi-urbains.
- L'ONUSIDA et l'OMS – lesquels ont mis au point un logiciel nommé «Epidemic Projection Package (EPP)» – encouragent l'utilisation d'un nouveau système de calcul de la prévalence de l'infection à VIH chez les femmes enceintes, en pondérant les résultats obtenus auprès des services de soins prénatals selon la densité de population pour chaque site considéré (urbain, semi-urbain et rural), mais ces estimations n'ont pas encore été présentées.
- L'évaluation des tendances de la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes repose sur des courbes analytiques rapportées exclusivement par les mêmes services de soins prénatals depuis plusieurs années.
- Dès lors que les données sont disponibles, l'évaluation de la prévalence de l'infection à VIH doit prendre en compte le cas de jeunes femmes enceintes dont l'âge est compris entre 15 et 24 ans. Lorsqu'un pays émet un rapport de surveillance comportant des données distinctes pour les personnes âgées de 15 à 19 ans et pour celles dont l'âge est compris entre 20 et 24 ans, les résultats sont cumulés et pondérés afin d'obtenir une estimation globale pour les groupes d'âge des 15-24 ans.



Cependant, la prévalence obtenue dans le cas de femmes enceintes âgées de 15 à 19 ans se révèle un indicateur peu fiable de l'incidence et de la prévalence globales de l'infection à VIH; aussi devra-t-on privilégier une évaluation de la prévalence parmi les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans.

Tableau 2.

Prévalence médiane VIH parmi les femmes fréquentant les services de soins prénatals, par situation géographique et âge, 2000–2002

	Année	Tous lieux confondus		Capitale		Autre centre urbain		Contexte rural					
		N	Prévalence du VIH (%)		N	Prévalence du VIH (%)		N	Prévalence du VIH (%)				
			Age (ans)			Age (ans)			Age (ans)				
			15–49	15–24		15–49	15–24		15–49	15–24	15–49	15–24	
Sud de l'Afrique													
Angola	2002	10	2.4	—	5	3.2	—	—	—	—	—	—	—
Botswana	2002	22	35.4	31.1	3	40.2	31.2	8	32.8	29.6	11	37.0	34.0
Lesotho	2000	6	20.9	—	1	42.2	—	2	22.5	—	3	19.0	—
Malawi	2001	19	16.9	17.2	1	28.5	—	10	18.6	20.2	8	11.3	9.2
Mozambique	2002	36	13.7	13.1	3	18.0	14.7	—	—	—	—	—	—
Namibie	2002	21	22.5	17.9	1	26.7	—	1	25.0	—	19	22.0	—
Afrique du Sud	2002	400	26.5	23.7	40	31.6	—	—	—	—	—	—	—
Swaziland	2002	17	38.6	39.4	1	41.2	—	—	40.6	40.6	—	35.9	37.1
Zambie	2002	24	20.4	18.8	4	26.9	20.9	8	27.7	21.8	12	9.9	8.4
Zimbabwe	2001	19	30.4	25.2	1	30.4	—	8	29.7	30.1	10	29.7	23.7
Afrique de l'Est													
Burundi	2001	7	5.6	—	1	16.0	5.9	3	8.7	9.8	2	1.6	1.9
Ethiopie	2001	34	11.2	12.1	4	16.2	—	24	12.0	—	6	1.7	—
Kenya	2002	34	6.5	9.8	6	14.2b	—	—	14.3	12.0	—	6.3	8.6
Rwanda	2002	24	4.2	—	2	13.0	—	9	6.7	—	13	3.0	—
Rép. U. de Tanzanie	2002	24	8.1	6.1	4	11.5	7.3	5	9.8	7.0	14	4.2	5.3
Ouganda	2001	15	5.6	—	2	10.0	—	—	—	—	—	—	—
Afrique Centrale													
Cameroun	2000	27	10.3	11.9	3	10.3	—	3	5.0	—	21	11.1	—
Rép. centrafricaine	2002	48	14.8	—	11	15.0	—	14	12.8	13.9	23	16.5	13.3
Tchad	2002	11	5.3	5.3	1	7.5	7.3	6	4.7	—	4	5.5	4.8
Congo	2002	5	4.3	3.5	3	3.6	2.9	2	5.2	3.7	—	—	—
Rép. Dém. du Congo	2002	4	3.6	—	1	2.9	—	3	3.7	—	—	—	—
Gabon	2002	—	—	—	2	9.0	—	—	—	—	—	—	—
Afrique de l'Ouest													
Algérie	2000	5	0.2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Bénin	2002	36	1.9	1.7	3	2.3	—	—	2.5	—	—	1.4	—
Burkina Faso	2002	5	4.6	—	2	5.6	—	—	—	—	—	—	—
Côte d'Ivoire	2002	28	7.3	5.8	1	7.4	5.8	7	10.3	7.6	20	5.8	4.8
Gambie	2001	4	1.0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Ghana	2002	24	3.4	1.5	4	4.1	2.3	8	3.4	2.7	12	3.2	1.4
Guinée	2001	5	2.8	2.7	1	5.0	—	—	—	3.0	4	2.8	2.4
Mauritanie	2000	13	0.4	—	1	0.3	—	—	—	—	—	—	—
Mali	2002	9	3.4	3.2	3	3.4	2.6	6	3.5	2.4	—	—	—
Niger	2000	6	2.3	—	1	2.0	—	4	2.2	—	1	5.5	—
Nigeria	2001	86	5.1	6.0	3	2.6c	—	—	4.5	—	—	5.3	—
Sénégal	2002	11	1.1	0.8	—	1.1	—	—	1.2	—	—	—	—
Togo	2000	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2.2	—

— pas de donnée disponible.

^a Le calcul de la prévalence de l'infection à VIH consiste à déterminer le pourcentage de femmes séropositives après dépistage; la valeur retenue est une moyenne obtenue auprès de tous les sites concernés.

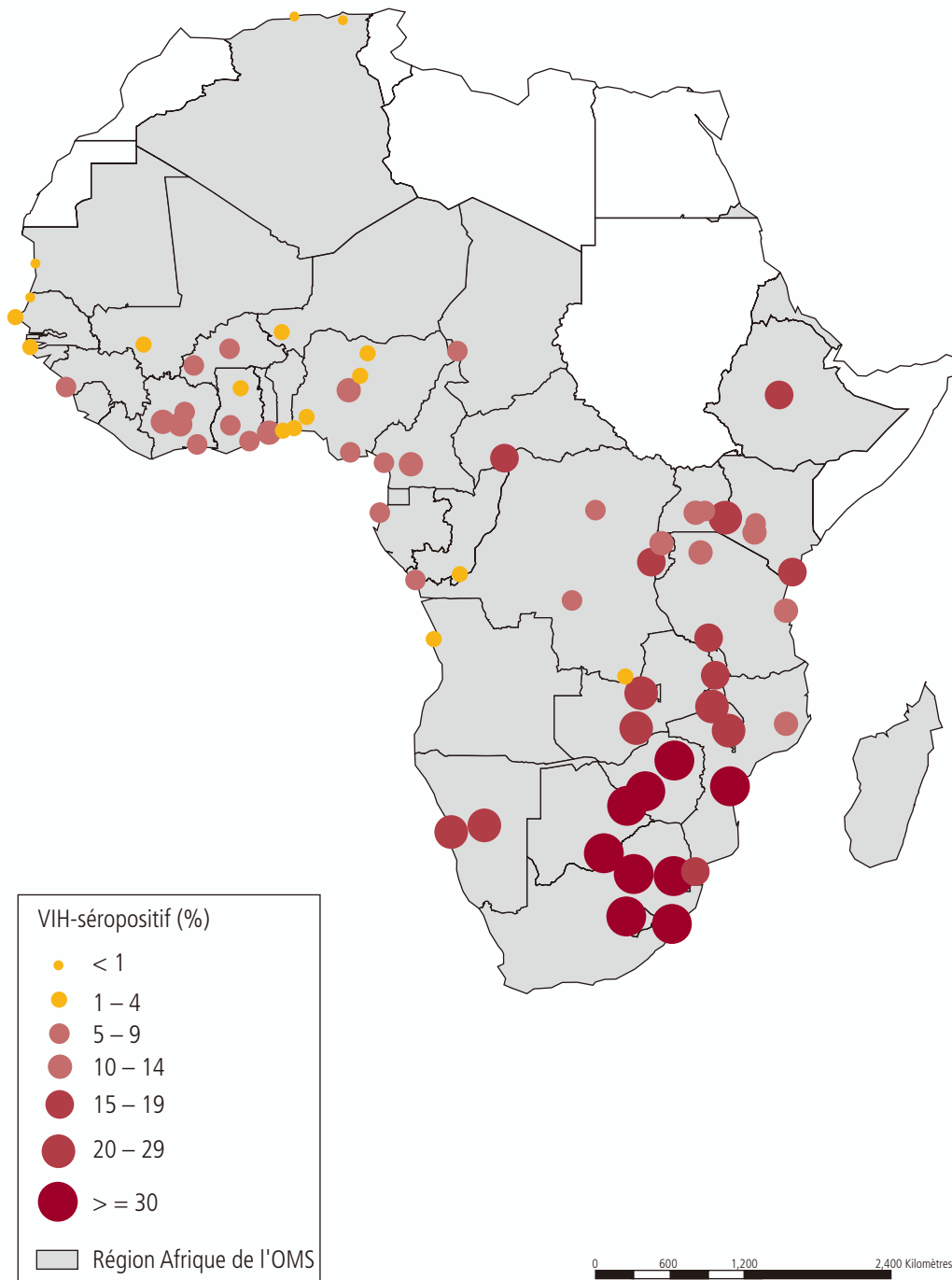
^b Prévalence du VIH pour Nairobi, 2001

^c Prévalence du VIH pour Lagos. La prévalence du VIH pour Abuja est de 11,0 %.

Les variations de la prévalence de l’infection à VIH chez les femmes enceintes fréquentant les services de soins prénatals varient considérablement dans les capitales nationales, les centres urbains majeurs et les grandes villes de la Région Afrique de l’OMS (Figure 3).

Figure 3.

Prévalence médiane VIH parmi les femmes fréquentant les services de soins prénatals des grandes villes de la Région Afrique de l’OMS, 2000–2002



Dans le sud de l'Afrique, la plupart des services de soins prénatals situés dans de grands centres urbains ou dans des villes de moindre importance rapportent des taux de prévalence du VIH supérieurs à 20 %, à l'exception de Maputo et Nampula (au Mozambique), de Luanda (en Angola) et de Mzuzu (au Malawi). En Afrique de l'Est, les services de soins prénatals situés en ville rapportent des taux de prévalence du VIH qui oscillent entre 10 et 17 %, seule la ville de Jinja (Ouganda) présentant un pourcentage inférieur à 10 %. Dans les cas des 33 villes et grands centres urbains situés en Afrique de l'Ouest et en Afrique Centrale, les données les plus récemment relevées auprès de femmes enceintes indiquaient que la prévalence du VIH ne dépassait 10 % que dans les villes de Abuja (Nigéria), Daloa et Yamoussoukro (Côte d'Ivoire), Yaoundé (Cameroun) et Bangui (République Centrafricaine).

La prévalence du VIH parmi les jeunes femmes enceintes : un indice permettant d'appréhender l'incidence de l'infection

La Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies (UNGASS) sur le VIH/SIDA (2001) et les Objectifs du Millénaire des Nations Unies pour le Développement (2000) se sont fixés pour l'année 2005 l'objectif d'une diminution de 25 % des nouvelles infections à VIH chez les personnes jeunes vivant dans les pays les plus touchés de la Région. L'évaluation de la prévalence de l'infection à VIH parmi les personnes âgées de 15 à 24 ans constitue un indicateur des taux de nouvelles occurrences de l'infection. Il a été ainsi recommandé d'utiliser les taux de prévalence de l'infection chez les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans – relevés dans les services de soins prénatals des capitales nationales, des villes et des communautés rurales – comme une estimation plus globale de l'incidence de l'infection à VIH chez les jeunes générations (ONUSIDA, 2002). Un nombre croissant de pays rendent dorénavant compte de la prévalence du VIH par classe d'âge. Le Tableau 2 fournit des données récentes par pays sur la prévalence de l'infection à VIH parmi les jeunes femmes reçues dans les services de soins prénatals. Les valeurs enregistrées oscillent entre < 1 % au Sénégal et > 30 % au Botswana et au Swaziland. Les résultats obtenus, s'agissant de la prévalence de l'infection chez les jeunes femmes enceintes, ne revêtent toutefois pas un caractère aussi précis que ceux intégrant toutes les tranches d'âge confondues. Les disparités géographiques (capitales, centres urbains et zones rurales) et le calcul d'une moyenne sur la base des données rapportées par les services de soins, ne sont en outre pas toujours aisés à réaliser sur la base d'un rapport de surveillance.

Enquêtes auprès des groupes de population : distinctions entre sexes

Diverses enquêtes menées directement dans les foyers par sept des pays de la Région Afrique de l'OMS fournissent des données sur la situation des hommes et des femmes en âge de se reproduire. A l'occasion d'une enquête démographique et de santé publique, le Mali et la Zambie ont intégré des tests de dépistage du VIH. Des travaux plus spécifiques sur le VIH/SIDA ont été menés au Burundi, au Niger, en Sierra Leone et en Afrique du Sud. En Guinée, un échantillon de personnes d'âge adulte a été intégré dans une enquête approfondie sur les risques d'infection à VIH menée auprès de diverses populations considérées plus ou moins à risque. Une enquête nationale sur le VIH/SIDA a été conduite au Zimbabwe auprès de jeunes personnes âgées de 15 à 29 ans.

Dans toutes les enquêtes considérées, la prévalence de l'infection à VIH chez les femmes apparaît significativement plus élevée que chez les hommes (Tableau 3). En moyenne, la probabilité de contracter l'infection à VIH est 1,4 fois (écart de 1,4 à 1,7 dans les cinq pays possédant des données) supérieure chez les femmes âgées de 15 à 49 ans que chez les hommes du même âge.

Tableau 3.

Prévalence VIH par âge et sexe lors d'enquêtes nationales de populations

	Hommes				Femmes			
	Taux de réponse ^a (%)	N	Prévalence du VIH (%)		Taux de réponse ^a (%)	N	Prévalence du VIH (%)	
			Age (ans)				Age (ans)	
			15–49	15–24			15–49	15–24
Burundi ^b	—	2161	3.0	1.6	—	2338	5.0	3.6
Guinée	—	1832	—	2.4	—	1888	—	2.7
Mali	76	2978	1.3	0.3	85	3854	2.0	1.3
Niger	—	2988	0.8	0.3	—	3062	1.1	0.8
Sierra Leone ^c	(68)	(2270)	(1.4)	—	—	—	—	—
Afrique du Sud	58	2776	12.8	6.1	67	3555	17.7	12.0
Zambie	73	1734	12.9	3.0	79	2073	17.8	11.2
Zimbabwe	76	3893	—	5.0	73	4305	—	18.0

— pas de données disponibles

^a Les taux de réponse se rapportent au pourcentage de personnes qui remplissaient les conditions requises dans les foyers choisis et chez qui l'on a effectué un prélèvement sanguin

^b Les estimations d'échelle nationale effectuées pour le Burundi proviennent d'un rapport du Ministère de la Santé Publique et de la Banque Mondiale (2002), la répartition de la population se faisant comme suit, 10 % urbaine, 5 % semi-urbaine et 85 % rurale

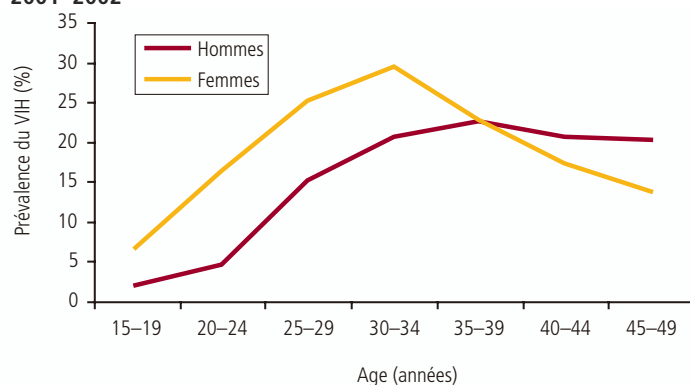
^c Toutes les données inhérentes à la Sierra Leone concernent les personnes des deux sexes. Il n'est pas fait cas de l'absence de «taux de réponse», sachant que les foyers ayant décliné leur participation à l'enquête ont été remplacés par d'autres.

^d Le taux de réponse présenté pour l'Afrique du Sud concernent des taux de réponse individuels et non ceux émanant de foyers pour lesquels on obtient un taux de 71%

Au niveau de six enquêtes nationales, on constate que pour les personnes dont l'âge se situe entre 15 et 24 ans, les écarts entre les deux sexes sont importants, les femmes présentant globalement un taux d'infection 2,7 fois (écart de 2,0 à 4,3 pour sept pays) plus élevé que les hommes. La classification par âge de la prévalence du VIH (ainsi que présentée dans la Figure 4 illustrant les données obtenues auprès de la Zambie) justifie les écarts globaux importants constatés entre hommes et femmes. Les femmes contractent l'infection plus précocement que les hommes (leurs premiers rapports sexuels étant vécus plus tôt et facteur déterminant, bien souvent avec des partenaires plus âgés). Par ailleurs, les groupes d'âges n'étant pas représentés de manière équivalente – les personnes jeunes étant plus nombreuses – on constate une prévalence plus élevée. Sauf à être différemment explicité, le terme « sexe » évoque des rapports hétérosexuels.

Figure 4.

Prévalence VIH en Zambie, par âge et par sexe, enquête nationale menée auprès de la population, 2001–2002

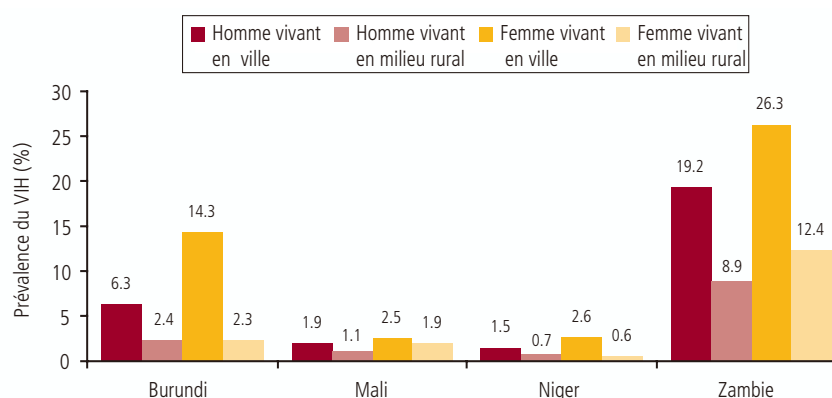


La répartition urbaine-rurale

Une enquête menée auprès de la population se fonde sur un échantillonnage national représentatif; elle rend donc plus fidèlement compte de la situation de l'infection à VIH en milieu rural que ne peuvent le faire les données obtenues auprès des services de soins prénatals. Au Burundi, au Niger et en Zambie, la prévalence de l'infection à VIH dans les zones rurales est inférieure de plus de la moitié à celle des villes de ces mêmes pays (Figure 5). Une seule exception à une telle répartition apparaît au Mali où, dans le cas des hommes, les écarts entre zones urbaines et zones rurales sont moins importants. Au Burundi, la prévalence de l'infection chez les femmes vivant en milieu rural est six fois inférieure à celle concernant les femmes vivant en ville.

Figure 5.

Prévalence VIH chez les hommes et femmes âgés de 15 à 49 ans, enquêtes spécifiques menées à l'échelle nationale auprès de la population, en fonction de la situation géographique, 2001–2002

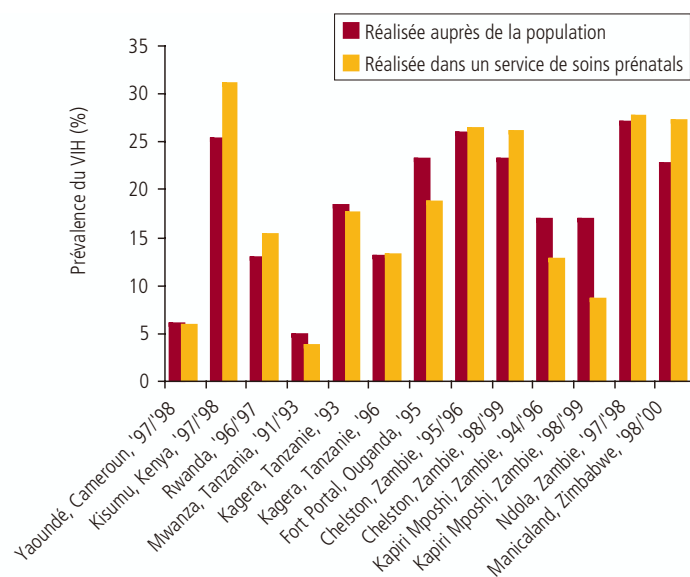


Les enquêtes menées auprès de la population d'un pays sont un complément particulièrement utiles aux programmes de surveillance; elles ne doivent cependant pas être considérées comme la règle d'or pour mesurer (OMS et ONUSIDA, 2003). En premier lieu, elles relèvent de méthodologies distinctes, elles diffèrent par le choix d'échantillonnage de la population, par les méthodes de prélèvements biologiques utilisées, par les stratégies de dépistage déployées, par la manière dont sont traitées les questions d'ordre éthique, et par la façon de mobiliser les personnes. Ces distinctions doivent être prises en considération lorsque les résultats des enquêtes sont analysés. En second lieu, les taux de non-réponse constatés au niveau des foyers et des individus influencent significativement l'interprétation des résultats. Les deux facteurs qui entraînent une non-réponse sont le refus pur et simple ou l'absence, lesquels sont susceptibles d'avoir différentes associations. La plupart des enquêtes menées récemment dans la région rapportent un taux de non-réponse qui varie de 20 à 30 %, lequel, significativement plus élevé en Afrique du Sud, entraîne de multiples complications. Certaines de ces enquêtes ne détaillent pas les raisons du phénomène de non-réponse qui seraient pourtant primordiales pour l'interprétation des résultats établis. Globalement, le taux de non-réponse s'avère plus important pour les citadins, en particulier chez les hommes, qu'en milieu rural, en particulier chez les femmes.

Dans la plupart des pays considérés, la prévalence de l'infection à VIH, telle qu'elle est évaluée dans les enquêtes menées auprès de la population, a tendance à se révéler moins élevée que celle observée parmi les femmes reçues dans les services de soins prénatals. Une raison majeure à cela tient au fait que les enquêtes menées auprès de la population couvrent plus généreusement les zones rurales que ne le font les programmes développés au sein de services de soins de santé prénatal. Comparer la prévalence de l'infection à VIH chez un groupe de femmes reçues dans un service de soins prénatals et celle d'un groupe d'hommes et de femmes combinés lors d'une enquête auprès de la population révèle des correspondances au niveau des deux types de données (Figure 6). Ceci signifie qu'en règle générale, la prévalence de l'infection à VIH parmi les femmes enceintes peut être utilisée afin d'estimer les mêmes taux et tendances au niveau de la population dans son entier.

Figure 6.

Comparaison des estimations de prévalence du VIH obtenues lors d'enquêtes menées auprès de la population (hommes et femmes combinés) avec celles parmi les femmes fréquentant les services de soins prénatals



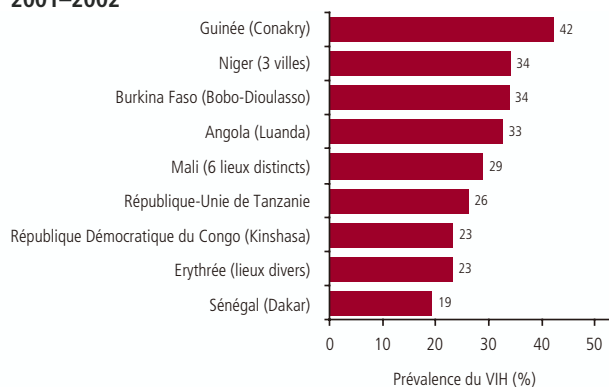
Population spécifiques à plus haut risque VIH

Dans la plupart des pays où l'infection à VIH s'est développée, la fréquence des actes de surveillance des populations à risque n'est pas régulière. La menace de l'infection augmente et l'on constate que les programmes de surveillance ciblent la population dans son ensemble, avec une attention croissante portée aux jeunes générations. Dans certains pays où les taux de prévalence sont peu élevés, on remarque toutefois que le contrôle des taux de prévalence du VIH et des MSI et l'analyse des pratiques sexuelles constituent la pierre angulaire de tout le système de surveillance du VIH. Il faut cependant constater que peu nombreux sont les pays ayant développé des programmes qui permettent de contrôler régulièrement la prévalence de l'infection chez les populations à risque.

Pour les années 2001 et 2002, plusieurs des pays considérés ont rassemblé des données sur la prévalence du VIH en milieu urbain parmi les professionnelles du sexe (Figure 7). Celle-ci oscille entre 19 % à Dakar (Sénégal) et 42 % à Conakry (Guinée). Globalement, dans les centres urbains et les villes de moindre importance, c'est un quart à un tiers de cette population qui est VIH-séropositive. Ainsi la situation des professionnelles du sexe est-elle prise en considération dans les programmes nationaux de surveillance. De la sorte, on a pu établir que la prévalence de l'infection chez les professionnelles du sexe travaillant à Luanda (Angola) s'élève à 33 %, alors qu'elle oscille entre 28 et 39 % dans trois villes du Niger. Dans d'autres pays encore, ce sont des recherches scientifiques qui fournissent des informations sur la prévalence de l'infection dans cette catégorie de population (Kapiga et al., 2002). Une étude conduite à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso) établit six groupes distincts de professionnelles du sexe (Nagot et al, 2002). Les vraies professionnelles y sont qualifiées d'« errantes » et de « sédentaires » et ne sont en général pas originaires de Bobo-Dioulasso. La prévalence de l'infection parmi ces personnes-là s'élève respectivement à 29 % et 56 %. Parmi les autres personnes originaires de cette ville et concernées par le commerce du sexe, on trouve des serveuses de bar, des tenancières d'échoppes à bière, des étudiantes et des vendeuses de rue. Ces personnes ne se qualifient pas de professionnelles du sexe, mais les taux de prévalence relevés parmi elles oscillent entre 15 % et 40 % et sont significativement plus élevés que pour l'ensemble de la population.

Figure 7.

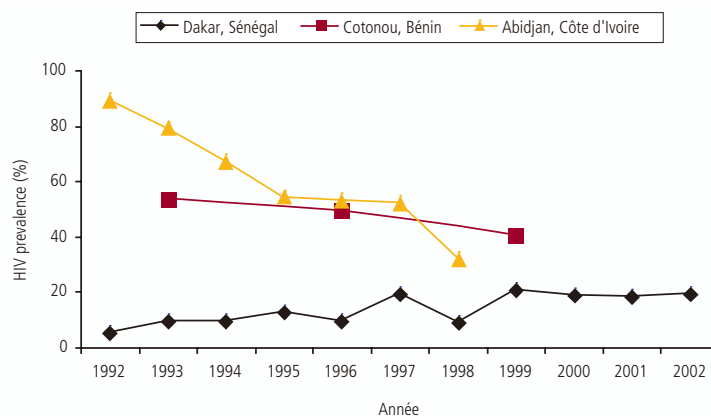
Prévalence VIH parmi les professionnelles du sexe d'un certain nombre de pays de la Région, 2001–2002



Peu de pays assurent un suivi de la prévalence du VIH chez les professionnelles du sexe. Le Sénégal se distingue en ceci qu'un contrôle régulier y est effectué dans plusieurs zones urbaines depuis la fin des années 80. A Dakar, (Sénégal), on constate que la prévalence du VIH parmi les professionnelles du sexe s'est maintenue à un niveau tout juste inférieur à 20 % au cours des dernières années (Figure 8). A Abidjan (Côte d'Ivoire) et à Cotonou (Bénin), on a observé une diminution de la prévalence du VIH parmi les professionnelles du sexe au cours des années 90 (Ghys et al., 2002, Alary et al., 2002). Dans le cas d'Abidjan comme dans celui de Cotonou, il est démontré que l'usage croissant du préservatif a contribué à cette diminution.

Figure 8.

Tendances de prévalence VIH parmi les professionnelles du sexe parmi des villes sélectionnées, 1992–2002



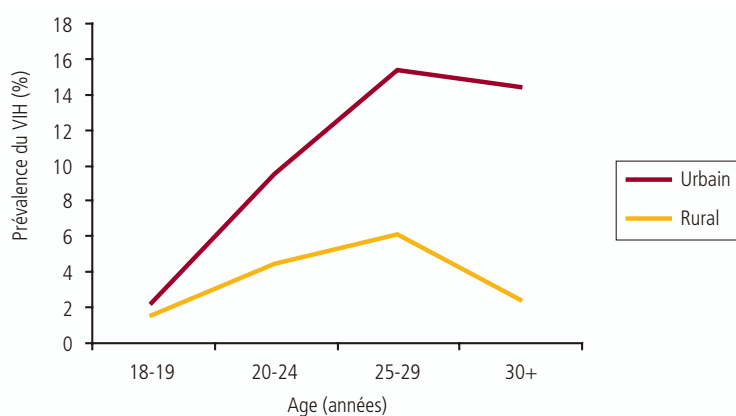
Un certain nombre de pays ont mis en place des programmes de surveillance destinés à évaluer la situation d'autres catégories de personnes considérées à risque face à l'infection à VIH, notamment les patients de services cliniques atteints de Maladies sexuellement infectieuses (MSI). Au cours des années 2001 et 2002, les taux de prévalence enregistrés au sein des services de prise en charge des MSI oscillaient entre < 1 % en Algérie, 11,5 % au Nigéria, 23,7 % en Ouganda (Kampala), 38,6 % en Namibie, 50,2 % au Swaziland et 65,2 % au Lesotho. Au fil du temps, le nombre de programmes de surveillance du VIH destinés à des patients atteints de MSI a toutefois diminué. Quoique fournissant un schéma global de la gravité de l'épidémie, l'évaluation de la prévalence du VIH chez les personnes atteintes de MSI fréquentant des services cliniques ne possède qu'une valeur limitée dans le contrôle des tendances (la prévalence du VIH est susceptible de varier considérablement selon que les groupes de population sont plus ou moins bien définis; la propagation des cas de MSI s'avérant, elle, extrêmement rapide parfois).

Des groupes de population distincts ont été soumis à des enquêtes de surveillance de la prévalence du VIH en Erythrée, en Guinée et au Mali. En 2001, en Erythrée, on a constaté que celle-ci s'élevait à 22,8 % chez les serveuses de bar et, respectivement, à 5,4 % et 4,6 % chez les femmes et les hommes employés par l'Armée; les enquêtes menées dans les services de soins prénatals ne relèvent, elles, qu'un taux de 2,8 % auprès de patientes, et celles conduites plus globalement auprès de la population adulte un taux de 2,4 %. En 2001, en Guinée, le taux de prévalence de l'infection chez les professionnelles du sexe de Conakry s'élevait à 42,3 %, à 7,3 % chez les camionneurs, à 6,6 % chez les militaires hommes et à 4,6 % chez les mineurs. Il ne s'élevait qu'à 2,8 % chez les femmes enceintes. Au Mali, on a relevé un taux de séropositivité au VIH de 28,9 % chez les professionnelles du sexe de six centres urbains et villes du pays. Une Enquête démographique et de santé (EDS) conduite en 2001 fait cas d'un taux de prévalence de l'infection à VIH de 6,8 % parmi les vendeuses itinérantes, de 5,5 % chez les conducteurs de taxi hommes et de 3,5 % chez les routiers de sexe masculin; ces chiffres sont à comparer aux taux de 2,5 % chez les femmes et 1,9 % chez les hommes vivant en milieu urbain (EDS 2002).

En Ethiopie, un test de dépistage du VIH a été effectué auprès de 72 000 recrues militaires au cours des années 1999 et 2000 (Abede et al., 2003). Les taux de prévalence du VIH s'élevaient dans leur cas à 7,2 % pour les militaires recrutés en milieu urbain et à 3,8 % pour ceux du milieu rural, avec un pic entre l'âge de 25 et 29 ans (Figure 9). La prévalence de l'infection enregistrée pour les recrues des zones urbaines se révèle plus élevée que celle dont rendent compte les services de soins prénatals.

Figure 9.

En Ethiopie, prévalence VIH parmi les recrues militaires masculines, en fonction de leur âge et lieu de résidence, 1999–2000



Enfants

Dans le cas des enfants, l'infection à VIH peut être le fait d'une transmission mère-enfant, elle peut survenir lors de l'administration de médicaments injectables, au moment d'une transfusion sanguine ou encore lors de sévices sexuels. La séropositivité de la mère est responsable de la contamination de 25 % à 30 % d'enfants. En la matière, un certain nombre de facteurs entrent en ligne de compte, à savoir la charge virale de la mère, le mode d'allaitement pratiqué et le recours possible à une thérapie antirétrovirale. La plupart des enfants infectés par leur mère décèdent avant d'avoir atteint l'âge de cinq ans.

En Afrique du Sud, un dépistage du VIH effectué lors d'une récente enquête nationale auprès des ménages a révélé un taux élevé de la prévalence de l'infection (5,6 %) parmi les individus âgés de 2 à 14 ans (Shisana & Simbayi, 2002). Aucune distinction n'est établie entre filles et garçons et les auteurs incriminent les injections médicamenteuses

effectuées sans respect de l'hygiène. On estime cependant que d'autres études sont nécessaires afin de corroborer de tels résultats (Schmid et al., 2003). Des études menées en Afrique (sous le nom de Hitherto) auprès de la population infantile apportent des éléments fiables selon lesquels la prévalence de l'infection à VIH chez les individus âgés de 5 à 14 ans (un groupe d'âge moins concerné par la transmission mère-enfant) est moins élevée que dans le cas d'adolescents et d'adultes âgés de plus de 15 ans. Si les injections sanguines étaient un vecteur majeur de la transmission du VIH, on devrait s'attendre alors à relever un taux d'infection plus élevé chez les enfants pré-pubères, lesquels sont soumis à de fréquentes injections lors de campagnes de vaccination.

Les évaluations les plus fiables des modes de transmission autre que celui de la mère à son enfant résident dans les études menées exclusivement auprès d'enfants dont les mères sont VIH-séronégatives. Une étude conduite en Côte d'Ivoire auprès de groupes mère-enfant a montré que dans le cas d'enfants infectés par le VIH, ceux-ci avaient ou bien reçu une transfusion sanguine ou bien avaient une mère VIH-séropositive (Gayle et al., 1992), (c'est-à-dire VIH-positives à l'analyse d'un test de sérum sanguin). En Ouganda, il a été démontré que les taux de séroconversion chez les enfants dont les mères étaient VIH-négatives étaient rares : 0,12 séroconversion sur 1000 cas considérés par an (Mulder et al., 1996). Une étude menée en Côte d'Ivoire a, elle, établi qu'aucun cas de séroconversion n'était survenu parmi les enfants nés de 274 mères VIH-négatives, ceci sur une période de 48 mois après leur naissance (Ekpini et al., 1997).

Sous-types VIH

Le sous-type prédominant du VIH dans la Région Afrique de l'OMS est le VIH-1, responsable de > 98 % de l'ensemble des infections. Le VIH-2 concerne, lui, essentiellement l'Afrique de l'Ouest. La plus forte prévalence de l'infection à VIH-2 relevée auprès de la population dans son ensemble concerne la Guinée-Bissau, où les valeurs obtenues pour l'année 1999 sont de 3,8 % (dans la capitale) et 9,6 % (hors de la capitale) chez les femmes reçues dans des services de soins prénatals. Au Bénin, au Burkina-Faso, en Côte d'Ivoire, en Gambie, au Ghana et au Sénégal, la prévalence de l'infection à VIH-2 parmi les patientes des services de soins prénatals de sites d'étude sélectionnés oscille entre 0,2 % et 2,4 %. On constate par ailleurs la présence de cas d'infection à VIH-2 en Angola et au Mozambique.

Le sous-type VIH-2 possède nombre de similitudes avec le VIH-1 mais n'est pas aussi contagieux que ce dernier, que l'on considère la transmission par voie sexuelle ou celle de la mère à son enfant. De plus, l'état de SIDA déclaré survient moins rapidement dans le cas d'une infection à VIH-2 que lorsqu'il s'agit d'une infection à VIH-1. Les multiples données transversales obtenues établissent que la prévalence de l'infection à VIH-2 a régressé ou pour le moins se maintient au fil des ans. En Guinée-Bissau, la prévalence du VIH-2 parmi les agents de police et les femmes reçues dans les services de soins prénatals a diminué entre 1990 et 1997 (Norrgren et al., 2000). A Abidjan (Côte d'Ivoire), où le taux de prévalence chez les professionnelles du sexe est passé de 3 % en 1992 à 1 % en 1998 (Ghys et al., 2002), la même constatation a été effectuée. Les taux de prévalence d'infections associées à VIH-1 et à VIH-2 ont, eux aussi, chuté de 38 % à 3 % entre 1992 et 1998.

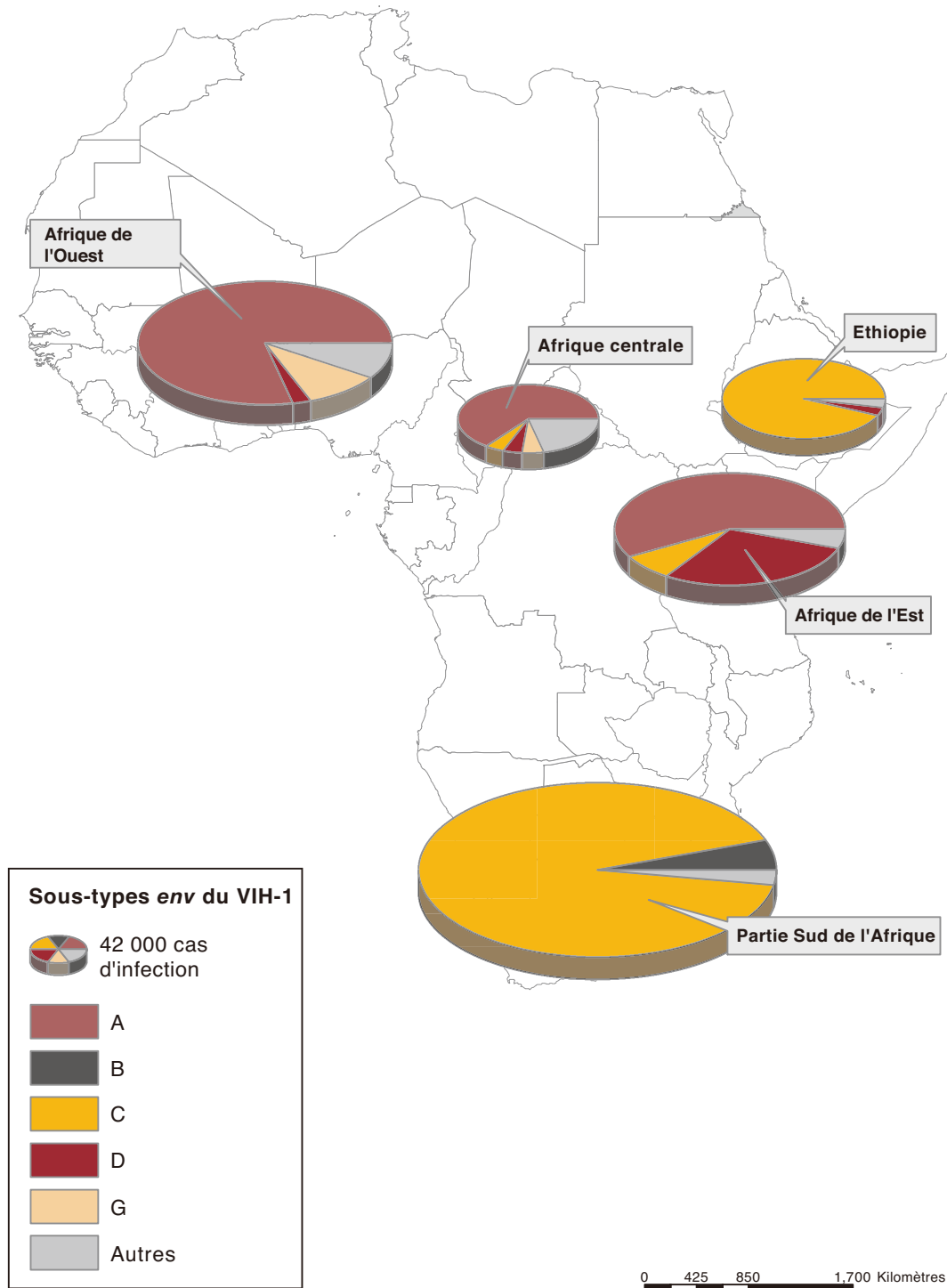
Le degré de variabilité génétique du VIH-1, tel qu'il est rencontré dans la Région Afrique de l'OMS, est important (Osmanov et al., 2002). Les sous-types du VIH-1 les plus communs, ainsi qu'identifiés par variation dans le gène codé de l'enveloppe protéinique, env, sont les souches C et A (Figure 10). Dans le sud de l'Afrique, on estime que 94,2 % des nouveaux cas d'infection à VIH-1 pour l'année 2000 présentaient le env avec sous-type C. En Afrique de l'Ouest et en Afrique Centrale, les souches du sous-type A sont associées à la majorité des nouveaux cas d'infection à VIH-1, 79,9 % et 61,6 % respectivement. En Afrique de l'Est, à l'exception de l'Éthiopie, 56,3 % des nouveaux cas d'infection présentent le sous-type A, 32,7 % le sous-type C. En Éthiopie, on estime que les souches du sous-type C sont les plus communément présentes dans les nouveaux cas d'infection à VIH-1 (95 %). Dans le Nord de l'Afrique et au Moyen-Orient (y compris en Algérie), les sous-types les plus communs sont le sous-type A (44 %) et le sous-type B (40 %).

La variabilité génétique du VIH-1 suscite des défis à relever dans le domaine du diagnostic et du traitement du VIH/SIDA mais aussi dans celui de l'élaboration de vaccins prophylactiques. Etablir de solides sources d'informations et

Figure 10.

Distribution des sous-types *env* du VIH-1 dans la Région Afrique de l’OMS, 2000

parvenir à une meilleure compréhension de cette variation, qu’il s’agisse des pays de la Région Afrique de l’OMS ou



bien de la planète dans son ensemble, sont deux étapes essentielles au renforcement de la lutte contre le VIH/SIDA.

4 Le VIH/SIDA en Afrique : changements dans le temps

La manière la plus efficace et la plus fiable de surveiller le processus de l'épidémie de VIH dans le temps consiste à suivre les courbes de prévalence établies auprès de sites sentinelles de surveillance identiques. Ainsi, pour la période 1997-2002, les données recueillies dans 20 pays auprès de plus de 700 services de soins prénatals, dont 400 situés en Afrique du Sud, étaient suffisantes pour établir des courbes de prévalence. Les informations recueillies auprès de ces sites sentinelles n'avaient valeur de référence qu'à la condition de comporter au moins une estimation pour chacune des trois périodes de deux ans : 1997–1998, 1999–2000 et 2001–2002. La plupart des services de soins de santé se trouvent en zones urbaines.

La prévalence médiane obtenue auprès de sept pays du sud de l'Afrique sur la base de données fournies pour les trois périodes considérées a significativement augmenté, passant de 20,3 % en 1997-1998 à 25,7 % en 2001-2002 (Figure 11 et Tableau 4).

Tableau 4.

Tendances de prévalence VIH parmi les femmes fréquentant les services de soins prénatals de la Région Afrique de l'OMS, mêmes établissements de santé, 1997–2002

	Nombre de services prénatals	Prévalence moyenne du VIH (%)		
		1997–1998	1999–2000	2001–2002
Sud de l'Afrique		20.3	23.5	25.7
Botswana	11	36.6	36.6	37.8
Malawi	19	18.5	22.8	16.6
Mozambique	20	—	11.9	14.3
Namibie	15	16.4	18.3	22.0
Afrique du Sud	400	19.9	23.5	25.7
Swaziland	8	30.2	33.4	38.2
Zambie	22	20.3	—	21.9
Zimbabwe	13	29.3	33.5	30.7
Afrique de l'Est		13.7	11.6	11.4
Burundi	6	9.9	7.1	4.6
Ethiopie	10	13.7	11.6	12.0
Kenya	20	13.7	15.3	11.4
République-Unie de Tanzanie	5	15.0	17.9	17.1
Ouganda	9	10.8	9.6	7.4
Afrique Centrale		—	—	—
Cameroun	4	7.8	10.1	—
Tchad	7	—	4.2	6.9
Afrique de l'Ouest		—	4.3	4.3
Bénin	6	4.0	4.3	3.8
Burkina Faso	5	6.8	6.0	4.8
Côte d'Ivoire	10	10.0	8.7	10.0
Ghana	20	2.6	2.2	3.3
Nigeria	67	—	4.3	5.0
Sénégal	8	0.8	0.8	1.0

— pas de données disponibles

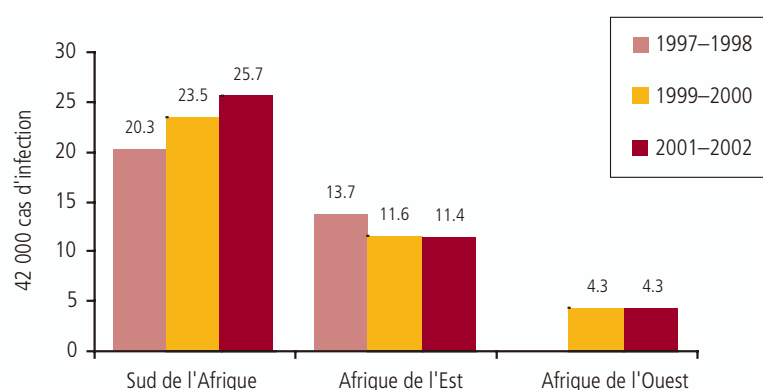
^a Les données ont été recueillies auprès des services de soins prénatals qui étaient en mesure de fournir au moins une évaluation pour chacune des trois périodes de deux ans. Des taux de prévalence médianes ont été obtenus pour les sites sélectionnés pour chacune de ces périodes. Des médianes régionales ont été obtenues en se basant sur les taux nationaux de prévalence médiane.

^b Données obtenues par extrapolation linéaire de la prévalence du VIH au cours des deux années antérieures et des deux années suivantes.

Parallèlement, les données obtenues de ces mêmes établissements suggèrent une faible diminution de la prévalence du VIH parmi les femmes fréquentant les services de soins prénatals parmi plusieurs pays d'Afrique de l'Est. En Afrique Centrale, aucun pays ne s'est trouvé en mesure de fournir des informations pour chacune des trois périodes de deux ans considérées. L'Afrique de l'Ouest a enregistré tout à la fois des taux marquant une faible hausse et d'autres une légère diminution de la prévalence.

Figure 11.

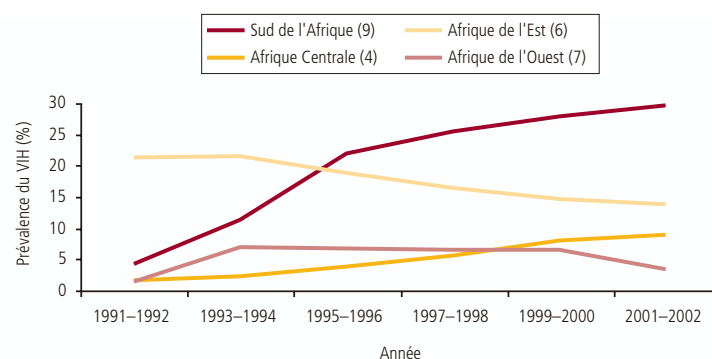
Tendances de la prévalence médiane VIH parmi les femmes fréquentant les services de soins prénatals de trois sous-régions distinctes, données établies dans les mêmes établissements de santé, 1997–2002



Ce sont les services de soins prénatals situés dans les grands centres urbains ou les capitales nationales qui livrent le plus grand nombre de données pour de longues périodes de temps. La Figure 12 fournit les courbes de prévalence du VIH de quelques villes situées dans diverses sous-régions, ceci pour six périodes de deux ans à compter du début des années 90.

Figure 12.

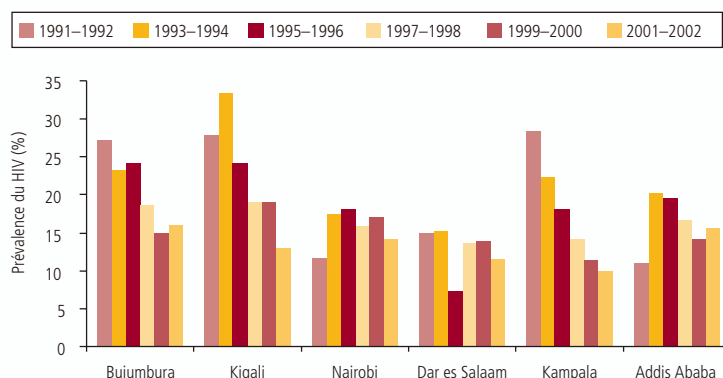
Tendances de prévalence médiane VIH parmi les femmes fréquentant les services de soins prénatals situés dans les capitales par sous-régions, 1991-2002



Parmi sept capitales du sud de l'Afrique – notamment la province de Gauteng pour une estimation de la situation de Johannesburg – enregistrent une augmentation de la prévalence de l'infection à VIH au cours des dix dernières années. La prévalence de l'infection dans les villes du sud de l'Afrique, déjà supérieure à celle des centres urbains de l'Afrique de l'Est au milieu des années 90, est maintenant deux fois supérieure. La prévalence médiane du VIH dans ces centres urbains d'Afrique de l'Est a diminué petit à petit au cours des trois dernières périodes de deux ans. Cette diminution est particulièrement importante dans le cas de Kampala (Ouganda), mais d'autres villes de la même région enregistrent, elles aussi, une décroissance de la prévalence du VIH (Figure 13), principalement Bujumbura, Kigali et Addis Ababa, où la prévalence a continué de décroître depuis la première moitié des années 90.

Figure 13.

Tendances de prévalence médiane VIH parmi les femmes fréquentant les services de soins prénatals de grandes villes en Afrique de l’Est, données des mêmes services de soins prénatals, 1991–2002

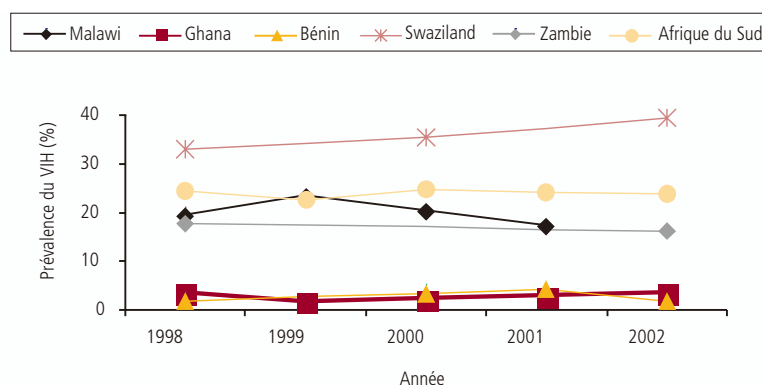


Les données fournies pour quatre capitales de l’Afrique Centrale suggèrent une augmentation de la prévalence. Il convient toutefois de considérer ces résultats avec précaution, les programmes de surveillance n’ayant pas été réguliers. En Afrique de l’Ouest, la prévalence VIH enregistrée pour sept capitales ou grands centres urbains s’est maintenue depuis le milieu et fin des années 90, mais des données récentes font état d’une légère diminution dans les villes d’Abidjan, de Cotonou, de Lagos et de Ouagadougou. Au cours des années 90, les taux de prévalence relevés pour la ville d’Abidjan comptaient parmi les plus élevés en Afrique de l’Ouest. En 2002, cette ville enregistre son taux de prévalence du VIH le moins élevé depuis 1990 parmi les femmes enceintes (7,4 %).

Dans leurs rapports de surveillance, certains pays évaluent la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes en effectuant un classement par âge. Ainsi, les courbes de prévalence obtenues pour les femmes âgées de 15 à 24 ans seront susceptibles de rendre compte de l’incidence VIH dans la population générale. La Figure 14 fournit un récapitulatif des tendances de l’infection à VIH constatées parmi les jeunes femmes reçues dans les services de soins prénatals de six pays différents, entre 1998 et 2002. L’analyse des données établit des écarts majeurs entre ces six pays et peu nombreux sont les éléments permettant d’y voir une chute réelle de la prévalence du VIH.

Figure 14.

Tendances de prévalence médiane VIH parmi les femmes âgées 15-24 ans fréquentant les services de soins prénatals, parmi les pays choisis, 1998–2002



Des études conduites auprès de services de soins prénatals choisis, et de la population dans son ensemble, établissent cependant une chute significative de la prévalence VIH. On constate notamment que dans le centre urbain d'Addis Ababa, la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans a chuté de 24 % en 1995 à 15 % en 2001 (Tsegaye et al., 2002). Dans la zone rurale de Masaka (Ouganda), où est conduite la plus longue étude cohorte communautaire en Afrique, les résultats obtenus rendent compte d'une diminution importante de la prévalence et de l'incidence de l'infection au cours des années 90 (Mbulaiteye et al., 2002). Cette chute est particulièrement sensible chez les jeunes filles âgées de 13 à 19 ans (de 2,8 % en 1990 à 0,9 % en 1999) et les jeunes femmes âgées de 20 à 24 ans (de 19,3 à 10,1%). Dans le cas des hommes, les variations les plus importantes concernent les tranches d'âge 20–24 ans (6,5% à 2,2%) et 25–29 ans (15,2% à 10,9%).

5 Les maladies sexuellement infectieuses: état de la situation et tendances

Maladies sexuellement infectieuses (MSI): Remarques de Méthodologie

- La séroprévalence de la syphilis (c'est-à-dire la prévalence de la syphilis telle qu'elle est diagnostiquée lors d'un test sérologique) se fonde sur un test appelé Epreuve de mise en évidence rapide de la réagine plasmatique (RPR), un résultat positif est suivi d'un test de confirmation, tel que celui de la Réaction d'hémagglutination passive (TPHA). Certains programmes de surveillance notent toutefois que, dans certains pays, les services de soins prénatals se contentent du test RPR afin de déterminer la séroprévalence de la syphilis et ne pratiquent pas de test de confirmation. Dans la mesure où le test RPR entraîne parfois des résultats faux positifs, la séroprévalence de la syphilis s'en trouve ainsi surestimée.
- Il n'existe pas de test sérologique simple pour la plupart des MSI. Le contrôle de la prévalence de la blennorragie, notamment, repose le plus souvent sur un test pratiqué en laboratoire. Des urocultures sont aussi pratiquées. Celles-ci prennent en considération la chaîne de réaction ligase ou polymérase (LCR or PCR). Ces tests sont toutefois onéreux et ne peuvent être pratiqués qu'à la condition d'avoir une bonne chaîne du froid et de posséder des matériels de laboratoire spécifiques.
- L'infection au virus herpès simplex type 2 (HSV-2) peut être décelée de manière sérologique en pratiquant une recherche d'anticorps. Un résultat positif détermine l'occurrence de l'infection, passée ou présente.
- La chute de la prévalence des MSI bactériennes (curables) relève, soit de la mise en place effective passive ou active de la recherche de cas et de traitements des infections bactériennes, soit d'une diminution des comportements sexuels à haut risque de la population générale.
- La plupart des données disponibles sur les MSI proviennent d'études de prévalence locales conduites auprès de groupes de population spécifiques. Le caractère ad hoc et local de la plupart de ces études rend donc complexe l'évaluation de la situation présente et des tendances de la prévalence et de l'incidence de ces infections à une échelle nationale. L'analyse attentive de ces données épidémiologiques fournit toutefois un nombre d'informations non négligeable sur les charge des MSI dans la Région.

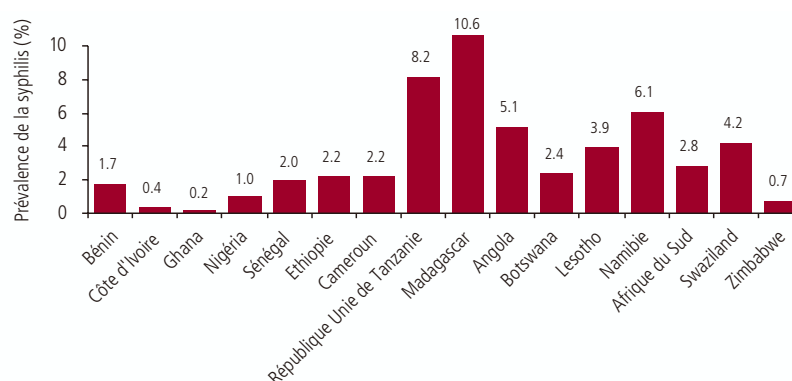
Dans la Région Afrique de l'OMS, les systèmes de surveillance des MSI s'attachent essentiellement à rassembler des données d'incidence et de prévalence et à l'aide de systèmes de rapports de cas passifs et de dépistage de routine. Très peu nombreux sont les pays qui peuvent se prévaloir d'un système de surveillance des MSI institutionnalisés et efficaces. La plupart des informations relatives à la propagation des MSI sont le fait d'études de prévalence et d'incidence – conduites auprès de groupes de population spécifiques – destinées à faire progresser la recherche ou à contribuer au développement de programmes de surveillance. On compte parmi ces études celles de Rakai et de Masaka, deux zones rurales de l'Ouganda (Kamali et al., 2003; Wawer et al., 1999), les essais de la région de Mwanza (République-Unie de Tanzanie) (Grosskurth et al. 1995), ainsi que les travaux menés dans la zone minière de Carletonville, en Afrique du Sud (Avert et al., 2001).

L'OMS et organisations partenaires encouragent la surveillance des épidémies de MSI dans la Région comme faisant partie des systèmes de surveillance VIH de seconde génération. L'incidence des MSI ne constitue pas uniquement un marqueur utile de la proportion des rapports sexuels non protégés mais la prévalence est en outre un co-facteur important pour la transmission VIH. Un nombre croissant de pays rapportent des taux de séroprévalence de la syphilis en augmentation parmi les femmes enceintes fréquentant les services de soins prénatals de sites sentinelles. Quelques-uns ont conduit des enquêtes communautaires sur la prévalence des MSI en recourant à des techniques de laboratoire non invasives. C'est le cas notamment du Mali qui a mis en place une enquête sentinelle de surveillance sur les comportements sexuels et les MSI, intégrée (CDC et Programme National de Lutte contre le SIDA/IST 2001), et de la Zambie avec le dépistage de la syphilis comme rapporté dans l'Enquête démographique et de santé (Central Statistical Office Zambia et al., 2003).

Les rapports de surveillance du VIH récemment présentés par dix sept pays d'Afrique rapportent des données du dépistage de la syphilis chez les femmes reçues dans des services de soins prénatals. Il est vraisemblable que de telles données ont été également rassemblées par d'autres pays, sachant que le dépistage de la syphilis s'opère couramment avant le test anonyme du VIH non corrélé. On constate cependant que peu nombreux sont les pays qui systématisent la collecte d'informations en la matière ou qui les intègrent à des rapports de surveillance sur le VIH. La proportion de femmes positives au test de dépistage de la syphilis oscille entre < 1% au Ghana, en Côte d'Ivoire et au Zimbabwe, jusqu'à > 8 % en République-Unie de Tanzanie (Figure 15).

Figure 15.

Prévalence de la syphilis, par pays, parmi les femmes fréquentant les services de soins prénatals dans des sites choisis, 2000–2002

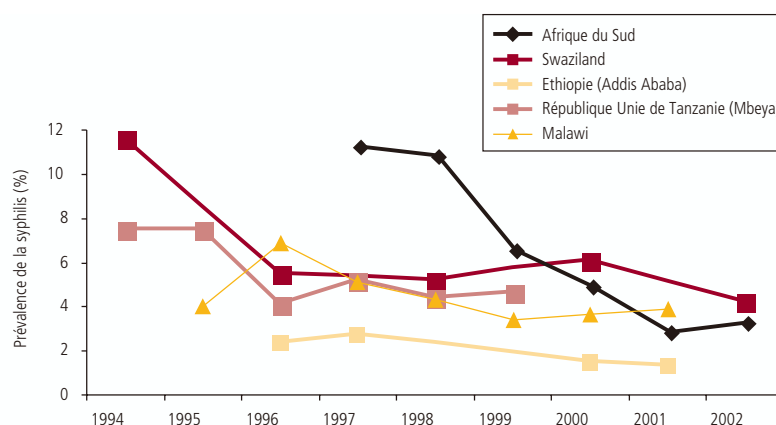


L'existence de diverses stratégies de dépistage doit être prise en considération (se référer à l'encadré : *Maladies sexuellement infectieuses : Remarques de Méthodologie*), mais la séro-syphilis se révèle un acte moins couramment pratiqué chez les femmes enceintes en Afrique de l'Ouest que dans d'autres parties de ce continent.

Un certain nombre de pays ont établi des courbes de séroprévalence de la syphilis pour tous leurs services de soins prénatals ou pour des sites spécifiques. Par exemple on constate une chute de la séroprévalence de la syphilis en Afrique du Sud, en Ethiopie (Addis Ababa), en République-Unie de Tanzanie (Région de Mbeya) et au Swaziland (Figure 16).

Figure 16.

Tendances de prévalence de la syphilis, par pays, parmi les femmes fréquentant les services de soins dans des sites choisis, 1994–2002



Même si ces courbes fournissent des éléments d'évidence sur la diminution des rapports sexuels non protégés, il ne semble pas qu'il y ait d'association simple et directe avec des tendances de prévalence VIH. Une séroprévalence plus faible de la syphilis pourrait être due à l'amélioration des traitements pratiqués. Les changements des stratégies de dépistage doivent elles aussi être prises en considération.

Certaines études rendent compte d'une régression de la prévalence VIH associée aux diminutions de la prévalence d'autres MSI. On notera par exemple le cas d'Abidjan (Côte d'Ivoire) où a été observée une diminution significative des taux de prévalence VIH (de 89 % à 32 %), de la blennorragie (de 33 % à 11 %), d'ulcères génitaux (de 21 % à 4 %) et de la syphilis (de 21 % à 2 %) parmi les professionnelles du sexe, entre 1991 et 1998. Des courbes identiques sont observées auprès du même groupe de population à Cotonou (Bénin) (Alary et al., 2002). Une étude cohorte conduite à Mombasa (Kenya) auprès de transporteurs routiers rend compte d'une diminution significative de la fréquence des rapports hétérosexuels avec des partenaires à haut risque, mais sans constater de changement dans l'usage du préservatif. Les modifications liées aux comportements hétérosexuelles à risque sont accompagnées d'une diminution notable de l'incidence de la blennorragie, de l'urétrite non-gonococcique et des infections des voies génitales (Jackson et al., 1997).

Un certain nombre de pays fournissent des données relatives à l'occurrence de diverses MSI dans des groupes de population précis, notamment chez les femmes reçues dans des services de soins prénatals. Au Botswana, entre 1993 et 2002, la prévalence de la blennorragie et de la syphilis ont par exemple régressé respectivement de 12 % à 3 % et de 10 % à 2 %. Dans le cas de l'infection à chlamydia, par contre, les taux de prévalence enregistrés ont augmenté de 7 % à 11 %, celle-ci devenant ainsi la Maladie sexuellement infectieuse la plus courante.

Madagascar, qui observait des taux de prévalence du VIH inférieurs à 1 % à la fin des années 90, a mis en place un programme de surveillance des MSI, essentiel au contrôle de l'épidémie de VIH/SIDA. Les études ainsi menées auprès de professionnelles du sexe et de la population adulte dans son ensemble indiquent toutes que la syphilis, la blennorragie, l'infection à chlamydia et à trichomonas sont des affections courantes et fournissent en outre des informations liées à la propagation de l'infection à VIH, via des rapports sexuels non protégés (Behets et al., 2001, Leutscher et al., 2003).

Des études menées récemment révèlent la forte occurrence de l'infection au virus herpès simplex type 2 (HSV-2) en Afrique sub-saharienne, et soulignent qu'il s'agit là d'un co-facteur de la transmission du VIH. Les taux d'infection au virus herpès simplex type 2 augmentent rapidement avec l'âge, passant ainsi d'un stade quasiment nul chez les femmes entre 15 et 19 ans, et chez les hommes au début de leur 20 ans. Même dans la population générale, des taux d'infection de l'herpès simplex virus type 2 supérieure à 50 % sont fréquents chez les femmes aux alentours de 25 ans et chez les hommes d'une trentaine d'années (Auvert et al., 2001, Weiss et al., 2001, Orroth et al., 2003).

6 Surveiller les comportements sexuels

Au cours des dix dernières années et très récemment en particulier, des progrès majeurs ont été réalisés dans la collecte de données relatives aux comportements sexuels. Simultanément aux travaux engagés dans l'amélioration de la perception de ces divers modes comportementaux, une vaste concertation est menée afin de déterminer la nature des questions à poser et des indicateurs à utiliser pour surveiller les tendances en comportements sexuels. Des enquêtes nationales de population menées, telles que les Enquêtes démographiques et de santé (EDS) et les Enquêtes par grappes d'indicateurs multiples de l'UNICEF (MICS), comportent dorénavant presque systématiquement un module sur le SIDA, intégrant des questions relatives aux comportements sexuels.

Surveillance des comportements sexuels : remarques de méthodologie

– Les indicateurs clés utilisés dans la surveillance des comportements sexuels à risque chez les adultes se concentrent sur les points suivants (ONUSIDA, 2000) :

- Acte sexuel à risque au cours de l'année écoulée (c'est-à-dire relation sexuelle survenue avec un(e) partenaire autre que son/sa conjoint(e))
- Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel survenu avec un partenaire à risque au cours de l'année écoulée
- Age moyen du premier rapport sexuel chez les personnes âgées de 15 à 24 ans
- Acte sexuel pratiqué hors relation conjugale chez les personnes âgées de 15 à 24 ans et utilisation du préservatif lors du dernier rapport hors relation conjugale
- Utilisation du préservatif chez les jeunes gens ayant de multiples partenaires (UNGASS: un ensemble de multiples indicateurs)

– Les témoignages recueillis en matière de comportements sexuels possèdent certaines limites. Les interlocuteurs, notamment les jeunes gens et plus particulièrement les jeunes femmes, sont susceptibles de minimiser la fréquence de leur activité sexuelle. Lorsqu'une épidémie de SIDA est parvenue à sa phase mûre suite à la sensibilisation au SIDA par une éducation en santé publique, les personnes enquêtées sont susceptibles de donner des réponses socialement correctes (par exemple, s'agissant de l'utilisation du préservatif) et en conséquence d'être moins enclins à avouer des pratiques socialement moins admissibles, tel que l'acte sexuel pratiqué avant le mariage ou encore avec de multiples partenaires.

– Les études comportementales ont en général un caractère descriptif. Les données qui en émanent n'impliquent pas nécessairement un rapport de causalité entre une diminution constatée des rapports sexuels à risque et une régression de la prévalence du VIH, même si des résultats uniformes suggèrent une association positive entre ces deux éléments.

– Comparer les indicateurs de comportements sexuels dans chacun des pays considérés suppose une grande circonspection, les informations recueillies pouvant être biaisées de façon systématique. Les différences relevées entre pays, s'agissant de comportements sexuels à risque, sont ainsi susceptibles de ne pas rendre compte de différences réelles.

Les résultats obtenus par ces enquêtes montrent que dans la plupart des pays considérés, l'activité sexuelle de l'homme et de la femme débute entre 16 et 18 ans, même si dans la plupart des cas, le mariage arrive plusieurs années après (Figure 17 et Tableau 5). L'activité sexuelle avant l'âge de 15 ans est rare (2-3 % de la population de la Région) et est plus fréquente parmi le sexe féminin que masculin.

Tableau 5.

Indicateurs sélectionnés des comportements sexuels constatés auprès de la population adulte et des jeunes, Enquêtes sélectionnées Démographique et de Santé, 1997–2002

Pays (date de l'enquête)	Acte sexuel à risque au cours de l'année écoulée (%)		Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel à risque (%)		Age moyen au moment du premier rapport sexuel		Rapport hors relation conjugale au cours de l'année écoulée (%)		Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel hors relation conjugale (%)	
	Tous adultes (15–49 ans)				Jeunes gens (15–24 ans)					
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
Bénin (2001)	—	—	—	—	—	—	53	42	—	—
Burkina Faso (1999)	31	8	57	39	19.5	17.5	34	24	55	44
Cameroun (1998)	61	28	29	15	17.5	16.5	58	52	32	17
Côte d'Ivoire (1998)	59	32	49	21	17.1	16.5	61	56	—	—
Ethiopie (2000)	17	5	30	14	22.1	19.0	16	2	30	24
Gabon (2000)	67	42	48	33	16.9	16.2	76	64	—	—
Ghana (1998)	—	—	—	—	20.5	18.1	24	31	40	22
Guinée (1999)	51	13	33	17	17.4	16.7	52	27	33	20
Kenya (1998)	47	22	44	16	17.1	17.9	56	32	43	15
Madagascar (1997)	—	—	—	—	—	17.0	—	38	—	3
Malawi (2000)	33	9	39	29	16.5	17.0	49	27	36	32
Mali (2001)	10	2	33	14	—	—	37	30	—	—
Mozambique (1997)	—	—	—	—	16.0	16.3	61	43	13	6
Niger (1998)	17	2	32	11	—	—	21	5	32	10
Nigeria (1999)	—	—	—	—	19.4	18.1	31	28	38	21
Rwanda (2000)	12	6	51	15	20.4	20.8	9	4	55	25
Sénégal (1997)	—	—	—	—	—	19.2	—	9	—	—
Afrique du Sud (1998)	—	—	—	16	—	17.8	—	53	—	20
République-Unie de Tanzanie (1999)	51	27	34	22	16.8	17.1	57	39	31	19
Togo (1998)	49	23	38	19	18.1	16.7	46	53	42	22
Ouganda (2000–2001)	28	14	59	38	18.3	17.3	31	27	58	50
Zambie(2001–2002)	—	—	44	33	17.0	17.0	53	32	41	32
Zimbabwe (1999)	41	14	70	43	19.0	18.8	34	15	69	39

— pas de données disponibles

H Homme

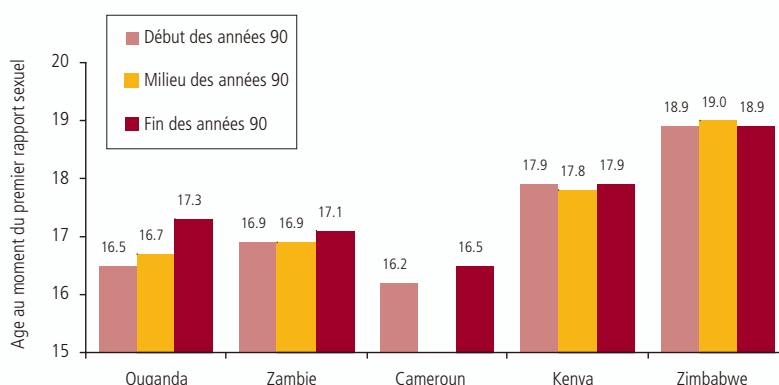
F Femme

Au cours des années qui précèdent la relation conjugale, l'utilisation du préservatif n'est pas fréquente. De plus, les données rassemblées de plusieurs pays montrent que, parvenus à l'âge adulte, il n'est pas rare que les individus entretiennent des relations avec de multiples partenaires, en particulier chez les hommes, qu'ils soient mariés ou non. Quoique l'usage du préservatif lors de relations sexuelles à risque (à savoir, avec un partenaire autre que son conjoint) ait augmenté, il reste cependant trop marginal. Son utilisation systématique est encore plus faible. Quel que soit leur âge, les femmes ont un moindre accès au préservatif et elles sont moins nombreuses à l'utiliser que les hommes. L'échange du sexe contre l'argent, des cadeaux, ou comme une faveur, diffèrent grandement selon les pays considérés, et selon le contexte géographique, urbain ou rural sans tendances spécifiques. Dans de nombreux pays, on constate toutefois qu'il s'agit là de pratiques plus systématiquement pratiquées chez les jeunes gens sexuellement actifs que chez les adultes.

Plusieurs pays rendent dorénavant compte d'un grand nombre d'enquêtes comportant des indicateurs d'activité sexuelle chez les adolescents et de l'usage du préservatif. Evaluer les tendances au fil des ans s'avère plus aisé dès lors qu'une méthodologie unifiée est utilisée. Globalement, on constate que l'âge du premier rapport sexuel ne varie que très modérément. Ce n'est que depuis peu, dans quelques pays, notamment en Ouganda, que le premier rapport est retardé (Figure 17).

Figure 17.

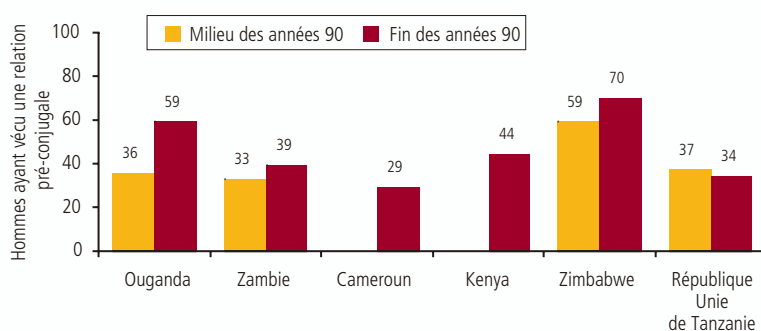
Age médian du premier rapport sexuel chez des jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans; données d'enquêtes répétées de pays sélectionnés



Selon les années considérées, on constate que la proportion des jeunes hommes qui évoquent une activité sexuelle préalablement au mariage varie largement d'un pays à l'autre et parfois au sein d'un même pays (Figure 18).

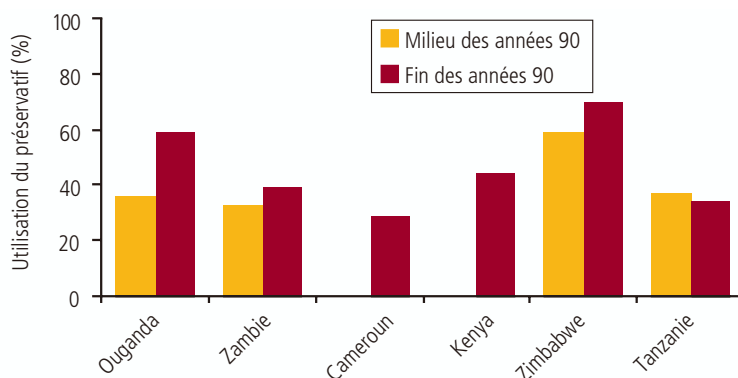
Figure 18.

Jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans, jamais mariés, qui ont eu une activité sexuelle au cours de l'année écoulée, données de pays sélectionnés



L'utilisation du préservatif s'est accrue dans la plupart des pays considérés. Très récemment et dans certains de ces pays, la proportion des hommes qui admettaient avoir utilisé un préservatif au cours de leur dernier rapport sexuel, hors mariage avec un partenaire ne vivant pas avec cette personne, dépassait 50 % (Figure 19).

Figure 19.

Proportion d'hommes ayant utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel avec un partenaire non habituel; données de pays sélectionnés

Des enquêtes de surveillance comportementale (BSS) sont conduites dans de nombreux pays. Elles s'attachent essentiellement à rassembler des données relatives à des groupes de population bien particuliers, tels que les groupes de personnes vivant de manière itinérante, les professionnelles du sexe, les jeunes gens et les commerçantes. Dans ce domaine, la plupart des pays considérés en sont au stade de l'élaboration d'enquêtes primaires susceptibles de fournir une évaluation des comportements actuels et considérées comme données de base à la réalisation d'analyses ultérieures. Le Sénégal, où l'épidémie de VIH/SIDA est concentrée (c'est-à-dire que la prévalence du VIH est $> 5\%$ au sein de l'une au moins des populations à risque, mais qu'elle est $< 1\%$ pour la population générale), on a développé un système de surveillance intégrant tout à la fois les populations à risque (les professionnelles du sexe notamment) et celles considérées à moindre risque (par exemple, les jeunes gens). Dans ce pays, des enquêtes conduites régulièrement au cours des années 90 rendent compte d'une utilisation accrue du préservatif par les professionnelles du sexe. En 1998, 95 % d'entre elles l'utilisaient avec leurs clients, habituels ou non.

7 Mortalité et morbidité liées au VIH/SIDA : les conséquences s'amplifient

On parvient de plus en plus précisément à mesurer l'impact de l'épidémie de VIH/SIDA sur la mortalité et la morbidité adulte et infantile. Au cours des années 90, les études scientifiques menées en Ouganda et en République-Unie de Tanzanie ont fourni les premiers éléments concrets sur l'impact de la mortalité adulte au niveau communautaire (Boerma et al., 1998). Dans ces pays, le VIH/SIDA constitue dorénavant la première cause de décès chez les adultes âgés de 15 à 49 ans. 30 à 50 % des décès lui incombent chez l'adulte et le taux de mortalité est dix fois plus élevé chez les personnes ayant contracté l'infection que chez les personnes séronégatives. Une étude cohorte sur l'évolution du VIH/SIDA menée à Masaka (Ouganda) durant plus d'une dizaine d'années auprès de personnes dont la date de séroconversion était connue, a établi que leur espérance de vie médiane était juste au-dessous de 9 ans (Morgan et al., 2002).

Plus récemment, la manifestation la plus aiguë de l'impact de l'épidémie de VIH/SIDA sur la mortalité vient du sud de l'Afrique. Jusqu'au début des années 90, les pays de cette région étaient nombreux à rendre compte des taux de mortalité les moins élevés de tout le continent. Le développement dévastateur de l'épidémie de SIDA dans cette région modifiera significativement cette situation. Les estimations de la mortalité adulte établies par des Enquêtes démographiques et de santé (EDS) menées en 1994 et en 1999 montrent clairement qu'au Malawi et au Zimbabwe, le taux de mortalité a doublé, voire même triplé dans certains groupes d'âges de population, en particulier chez les jeunes adultes. Cette observation permet de constater que le SIDA est le premier responsable d'une telle augmentation. (Figure 20a, b et c).

Figure 20a.

Augmentation relative des taux de mortalité par groupes d'âge, en Zambie, 1990-1994 et 1995-1999

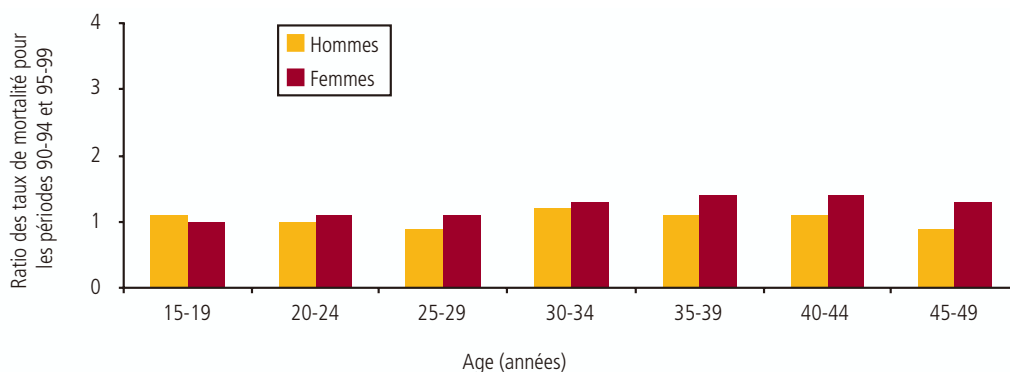


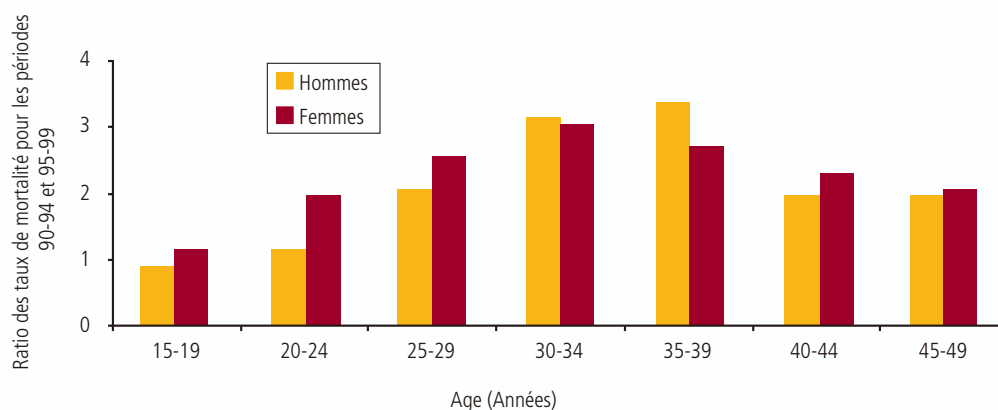
Figure 20b.

Augmentation relative des taux de mortalité par groupes d'âge, au Malawi, entre les périodes 1990-1994 et 1995-1999



Figure 20c.

Augmentation relative des taux de mortalité par groupes d'âge, au Zimbabwe, entre les périodes 1990-1994 et 1995-1999



La progression de la mortalité en Zambie est bien inférieure à celle enregistrée au Malawi et au Zimbabwe. En Zambie, le taux de mortalité de la population adulte dans son ensemble a augmenté de 15 % entre 1992-1996 et 1997-2001. Considérant que l'épidémie possédait le même caractère dans ces trois pays, on peut sans doute expliquer cela par l'augmentation préalable des taux de mortalité associée au VIH en Zambie, au début des années 90, dans la population adulte. Au terme d'une croissance ininterrompue au cours des décennies passées, le VIH/SIDA constitue indubitablement un élément majeur de la régression de gains dans la survie de l'enfance durant les années 90. Au Zimbabwe, par exemple, la mortalité chez des enfants âgés de < 5 ans est passée de 77 à 102 décès pour 1000 naissances entre 1990-1994 et 1995-1999 respectivement.

L'impact du SIDA sur la mortalité adulte et infantile en Afrique de l'Ouest apparaît significativement moins élevé que dans le sud de l'Afrique. Ceci tient au fait que l'épidémie y sévissant est de moindre ampleur et que les taux de mortalité qui y étaient enregistrés préalablement à l'épidémie de SIDA étaient, eux, plus élevés. En Afrique de l'Est, diverses études rendent compte d'une augmentation substantielle de la mortalité adulte. A Addis Ababa (Ethiopie), un examen du nombre d'inhumations enregistrées révèle un taux de la mortalité chez les adultes âgés de 25 à 39 ans trois à cinq fois plus élevé qu'auparavant (Sanders et al., 2003). Dans une aire rurale de République-Unie de Tanzanie, les taux de mortalité chez les adultes séropositifs étaient 15 fois plus élevés que dans le cas d'individus adultes séronégatifs. En outre, on estime que le VIH/SIDA y était associé avec près de 50 % des décès chez les personnes âgées de 15 à 44 ans (Urassa et al., 2001). Dans ce pays, près d'un quart des bébés nés de mères séropositives VIH n'ont pas survécu à leur deuxième anniversaire, ce qui révèle un taux de mortalité 2,5 fois plus élevé dans leur cas que dans celui d'enfant nés de mères séronégatives.

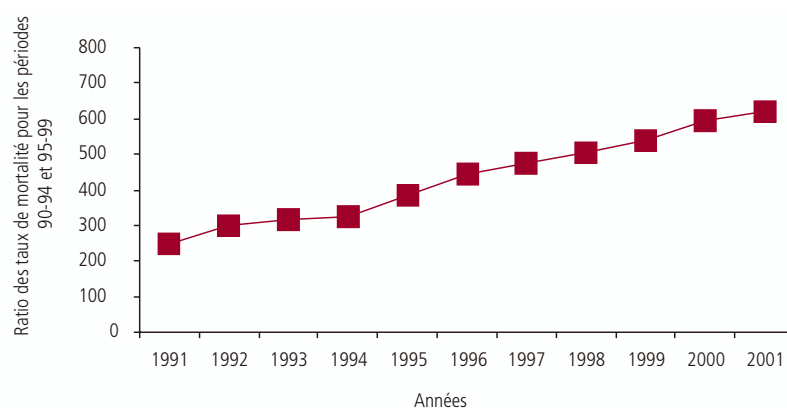
De nombreux pays rapportent par ailleurs une forte augmentation du nombre d'hospitalisations et de décès parmi la population adulte âgée de 15 à 49 ans. C'est le cas de la Namibie, dont le programme de surveillance du SIDA a établi que cette maladie avait constitué la première cause d'hospitalisation et de décès chez l'adulte au cours des années 90. Les statistiques émanant du Centre hospitalier de Kenyatta à Nairobi (Kenya) pour l'année 1997, font état d'une séroprévalence au VIH chez 40 % des patients adultes (Arthur et al., 2000). Les tendances dans le temps montre dans le même temps que moins nombreux sont les individus atteints du SIDA sollicitant des soins hospitaliers. Ceci suggère une augmentation de la charge de l'infection à VIH/SIDA chronique. Des éléments des zones rurales de la République-Unie de Tanzanie révèlent que près de la moitié des adultes décédés après avoir contracté le SIDA n'avaient jamais été hospitalisés, durant tout le cours de leur maladie (Ngalula et al., 2002). Dans la région en question, il est maintenant clairement établi que le VIH/SIDA constitue, pour la plupart des zones considérées, la première cause d'hospitalisation chez l'adulte. Des études menées au Kenya et en République-Unie de Tanzanie sur le coût thérapeutique fournissent des estimations. Elles sont similaires, qu'il s'agisse de patients hospitalisés et dont l'état sérologique vis-à-vis du VIH est variable, ou de patients présentant un SIDA clinique déclaré. Ceci reflète sans doute le manque de moyens consacrés aux soins autres que ceux des services de prise en charge classiques (Guinness et al.,

2002, Ngalula et al. 2002). La durée du séjour en milieu hospitalier plus que la nature des protocoles thérapeutiques semble constituer le moteur essentiel des dépenses engagées.

Dans la Région Afrique de l'OMS, on estime les taux d'incidence de la tuberculose à 290 individus pour 100 000, par an. En 2000, 31 % des nouveaux cas de tuberculose chez les adultes âgés de 15 à 49 ans y étaient imputables à l'infection à VIH (Corbett et al., 2003). Le taux de notification de la tuberculose pulmonaire atteignaient lui aussi un stade alarmant dans plusieurs pays de la Région, notamment au Botswana où cette maladie a touché 2,5 fois plus d'individus au cours des dix dernières années (Figure 21).

Figure 21.

Tendance annuelle des nouveaux cas de tuberculose au Botswana, 1991-2001

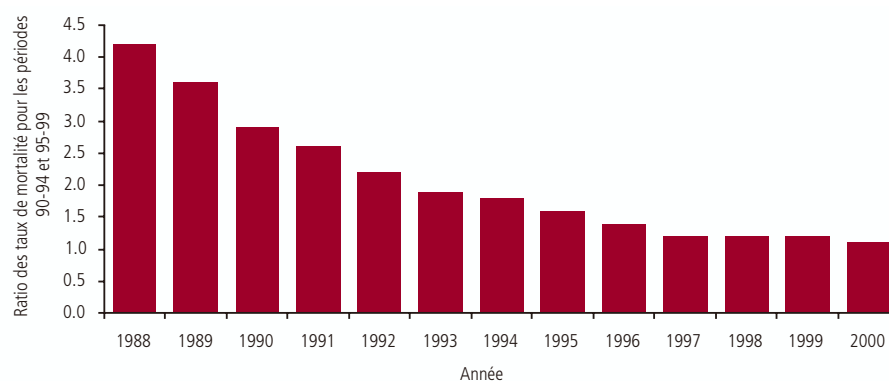


En République-Unie de Tanzanie, on estime que l'infection à VIH est associée à un accroissement de près de 60 % des taux notifiés de tuberculose pulmonaire entre 1991-1993 et 1996-1998 (Range et al., 2001).

Le nombre de cas de SIDA dans l'ensemble des pays de la Région est largement sous-évalué. Par conséquent, émettre des évaluations dans le temps s'en trouve compliqué, la proportion de cas non enregistrés variant d'une année à l'autre. Les analyses effectuées nous permettent cependant d'émettre un taux pour les populations masculine et féminine. La Figure 22, illustrant le cas de la Côte d'Ivoire, montre de quelle manière ce taux homme/femme a évolué; l'épidémie est maintenant répandue au niveau de l'ensemble de la population et non plus quasi-exclusivement auprès des professionnelles du sexe et de leurs clients, ainsi qu'on pouvait l'observer au départ. Dans le domaine de la thérapie antirétrovirale, une nouvelle politique est engagée afin de mieux appréhender les définitions des cas de SIDA et cas rapportés.

Figure 22.

Taux homme/femme des cas de SIDA en Côte d'Ivoire, 1988-2000



8 La situation du VIH/SIDA dans chacune des sous-régions : différence dans l'épidémie

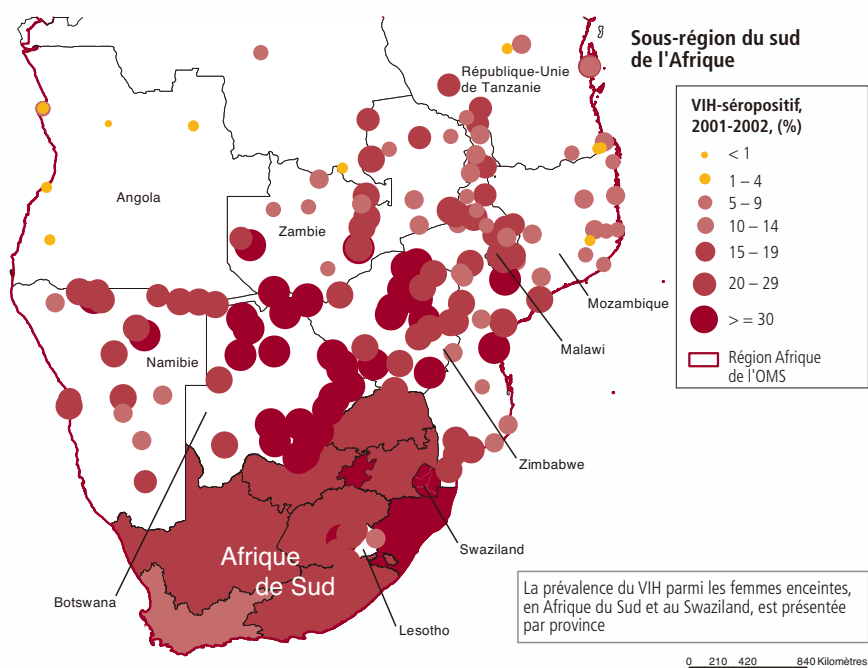
Des informations détaillées sur le VIH/SIDA, pour chacun des pays de la Région Afrique de l'OMS, sont fournies dans la partie II du présent document. Les profils des pays présentés illustrent la situation de chacun des pays, qu'il s'agisse de l'infection à VIH, des MSI ou encore des comportements sexuels observés. Ce chapitre propose une évaluation globale de la situation du VIH/SIDA dans le sud de l'Afrique, en Afrique de l'Est, en Afrique Centrale et en Afrique de l'Ouest. Le cas de la sous-région de l'Océan indien n'est pas évoquée, aucune donnée n'ayant été communiquée au cours des deux dernières années.

Sud de l'Afrique

En 2002, la population des dix pays constituant cette sous-région du sud de l'Afrique comptait à peine plus de 118 millions d'individus, dont près de 45 millions en Afrique du Sud (Organisation des Nations Unies, 2002). Dans le sud de l'Afrique, une vaste proportion de la population vit en milieu urbain (42 %) (Tableau 1). Les programmes mis en place au sein des services de soins prénatals constituent le pivot de tout le système de surveillance de l'épidémie de VIH/SIDA, neuf femmes enceintes sur dix fréquentant ces services de soins. Dans plusieurs des pays considérés, les systèmes de surveillance présents se sont développés au cours des dernières années, couvrant dorénavant, notamment au Botswana, au Mozambique, en Namibie, en Afrique du Sud, au Swaziland et au Zimbabwe, les populations urbaines, semi-urbaines mais aussi rurales. Le cas du système de surveillance d'Afrique du Sud est particulier. Les données y étant enregistrées relèvent en effet de près de 400 services de soins situés dans chacune des neuf provinces que compte le pays, lesquels sont choisis en recourant à un échantillonnage aléatoire proportionnel à la taille des sites retenus. Le choix des sites dans tous les autres pays ne relève pas de méthodes statistiques. Trois pays du sud de l'Afrique ont achevé des enquêtes de population nationale lesquelles intégraient le dépistage du VIH : l'Afrique du Sud, la Zambie et le Zimbabwe.

Figure 23.

Prévalence médiane de l'infection à VIH parmi des femmes reçues dans des services de soins prénatals du sud de l'Afrique; données relevées par site clinique ou par ville, 2001–2002

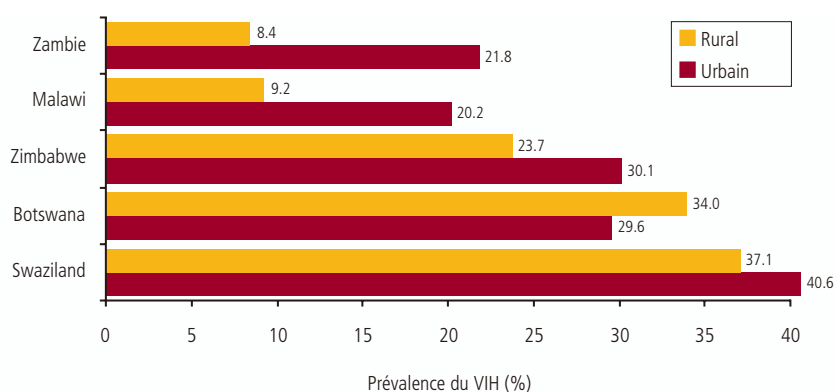


Toutes les mesures effectuées montrent que le sud de l'Afrique est la partie du continent la plus ébranlée par l'épidémie de VIH/SIDA. En 2002, plus d'une femme enceinte sur cinq se révélait séropositive, et les services de soins prénatals de plusieurs pays enregistraient des taux de prévalence de l'infection à VIH supérieurs à 25 % (Figure 23).

Huit pays fournissent des taux de prévalence du VIH parmi de jeunes femmes enceintes. En 2002, tous relevaient des taux d'infection au VIH supérieurs à 10 % chez les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans. En milieu rural, la prévalence de l'infection à VIH enregistrée auprès de services de soins dans les cliniques prénatales du Swaziland, du Botswana et du Zimbabwe était légèrement inférieure à celle de sites cliniques urbains. Les variations étaient par contre plus importantes au Malawi et en Zambie (Figure 24).

Figure 24.

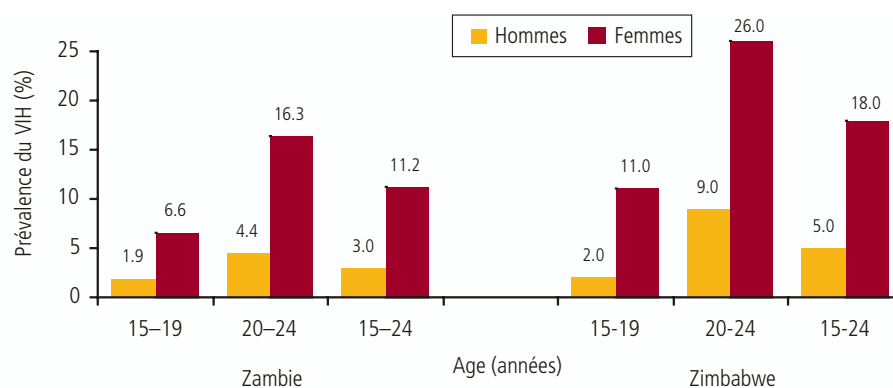
Prévalence médiane VIH parmi des jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans fréquentant les services de soins prénatals du sud de l'Afrique, selon le lieu géographique, par pays sélectionnés 2001–2002



Les enquêtes menées auprès de la population fournissent des données sur la prévalence du VIH parmi l'ensemble des femmes et des hommes. En Zambie, les taux de prévalence pour une tranche d'âge de 15 à 49 ans, se révèlent 1,3 fois plus élevés chez les femmes que chez les hommes. Ces distinctions entre sexes s'accroissent lorsque l'on considère les jeunes. Que ce soit au Zimbabwe ou en Zambie, la prévalence du VIH chez des jeunes de 15 à 24 ans s'avère près de 3,5 fois plus élevée chez les femmes (Figure 25). En d'autres termes, dans ces pays, 80 % des cas d'infection au VIH dans une tranche d'âge de 15 à 24 ans sont des femmes.

Figure 25.

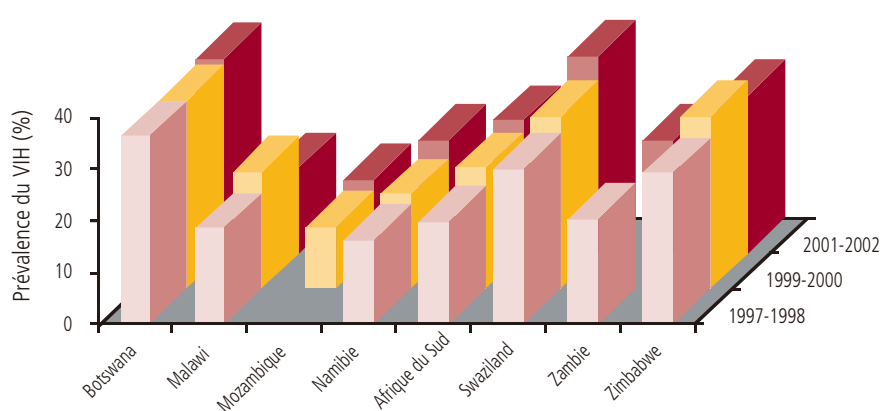
Prévalence du VIH par enquêtes nationales auprès de la population établissant parmi de jeunes hommes et femmes âgés de 15 à 24 ans, Zambie et Zimbabwe, 2001–2002



Globalement, on constate que le processus de l'épidémie dans le sud de l'Afrique se stabilise, avec des taux de prévalence du VIH particulièrement élevés. Une comparaison des données émises de ces mêmes sites de soins prénatals pour les périodes 1997–1998, 1999–2000 et 2001–2002 fournit peu d'évidence tendant à corroborer une inflexion de cette prévalence (Figure 26). Cette analyse des tendances relève d'informations obtenues auprès de plus d'une centaine de services de soins prénatals situés dans les différents pays considérés et se fonde par ailleurs sur le système de surveillance national mis en place auprès de 400 établissements de santé en Afrique du Sud. On observe une faible régression de la prévalence du VIH au cours de la période la plus récente considérée au Malawi et au Zimbabwe. Tous les autres pays ont une augmentation faible de la prévalence ou pas de changements.

Figure 26.

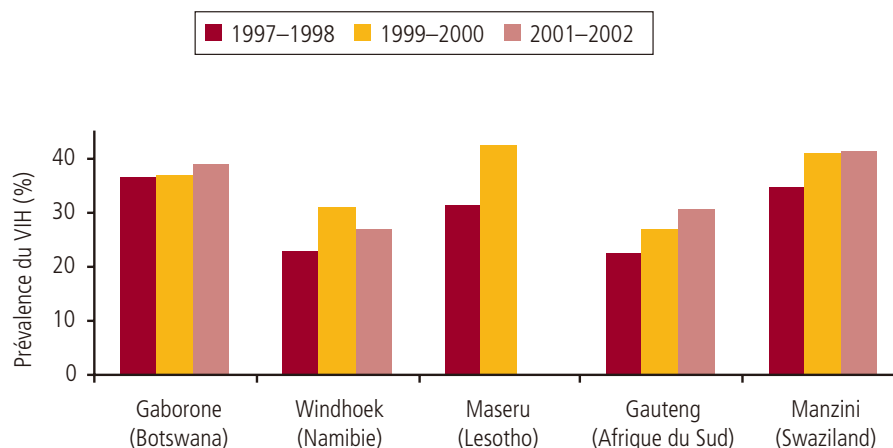
Tendances de prévalence médiane du VIH parmi des jeunes femmes fréquentant les services de soins prénatals du sud de l'Afrique; données des mêmes établissements de santé par pays, 1997–2002



Même si les courbes de prévalence VIH relevées dans les services de soins prénatals de grands centres urbains ou de capitales sont susceptibles de ne pas rendre compte strictement de la situation d'un pays dans son ensemble, elles fournissent néanmoins des informations sur la gravité de l'épidémie. La prévalence du VIH en milieu urbain est très élevée dans la plupart des pays considérés. Les villes de Maseru (Lesotho), Gaborone, Francistown et Selebi Phikwe (Botswana) et la région de Manzini (Swaziland) ont établi plus de 40% VIH parmi les femmes enceintes. Les taux de prévalence dépassent 30 % dans la province de Goteng, laquelle comprend la ville de Johannesburg (Afrique du Sud) et d'Harare (Zimbabwe). Suivent de près Blantyre (Malawi), Lusaka (Zambie) et Windhoek (Namibie). A Maputo (Mozambique), on estime à 18 % la proportion de femmes séropositives. Durant la même période, les cinq établissements de santé de Luanda (Angola) rendent compte d'une prévalence médiane VIH approchant 9 %. Les tendances dans les villes présentent peu d'évidence de changements favorables. Entre 1997-1998 et 2001-2002 la prévalence VIH s'est maintenue de façon très élevée, lorsqu'elle n'a pas légèrement progressé, dans la plupart des villes (Figure 27).

Figure 27.

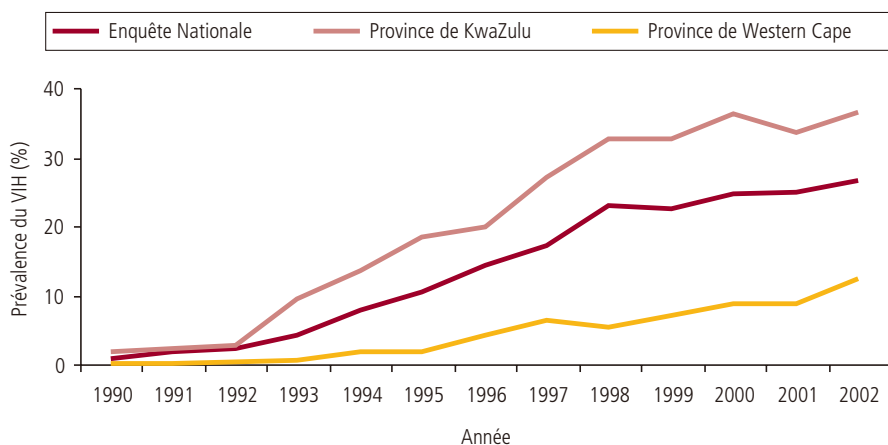
Tendances de prévalence médiane du VIH parmi les femmes fréquentant les services de soins prénatals de capitales du sud de l'Afrique, 1997–2002



En *Afrique du Sud*, la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes âgées de 15 à 49 ans a continué à augmenter pour atteindre 26,5 % en 2002. On note une progression rapide de l'épidémie entre 1990 et 1997, puis plus graduelle depuis 1998 (Figure 28).

Figure 28.

Tendances médianes du VIH parmi les femmes fréquentant les services de soins prénatals d'Afrique du Sud, national et dans des provinces sélectionnées, 1990–2002



L'écart de prévalence est grand (trois fois plus élevé) entre la province la plus touchée par le VIH (KwaZulu-Natal) et celle où l'on compte le moins de cas d'infection (Western Cape). L'année 2002 marque toutefois un amenuisement de cet écart. L'enquête nationale menée par l'Afrique du Sud au cours de cette même année, quoique ayant enregistré des taux de non-réponse élevés (pour cause d'absence ou de refus pur et simple), fournit des estimations de la prévalence nationale du VIH corrigées à la baisse. On notera cependant que le nombre total d'individus séropositifs reste, lui, identique aux estimations effectuées précédemment sur la base de données obtenues auprès de services de soins prénatals, chiffre qu'explique le nombre important d'enfants atteints du VIH. Cette dernière observation revêt un caractère inattendu et nécessite de plus amples analyses, préalable essentiel à toute conclusion.

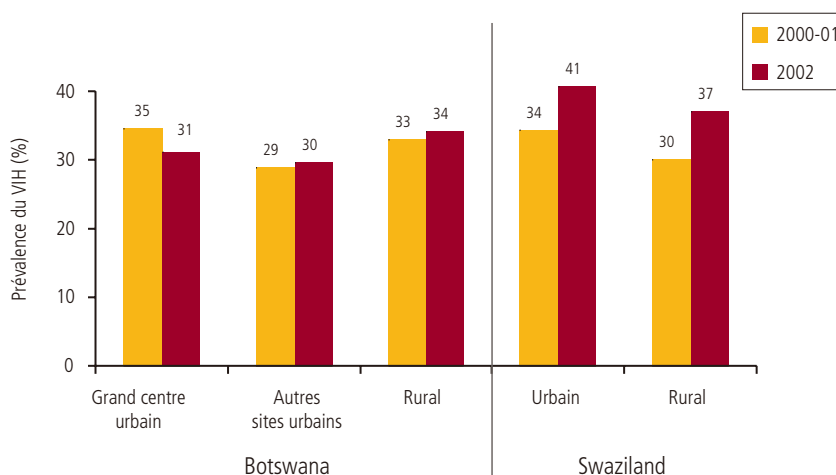
Les tendances obtenues auprès de services de soins prénatals d'Afrique du Sud, par province et par âge sont uniformes. La prévalence du VIH parmi les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans s'est maintenue aux alentours de 24 %

depuis 1997, mais on note une faible régression de celle-ci chez les femmes âgées de 15 à 19 ans au cours des toutes dernières années. De tels chiffres peuvent être le fait d'une légère diminution de l'incidence VIH parmi les jeunes femmes, mais éventuellement aussi d'une corrélation avec d'autres éléments, telles que les pratiques liées à la fécondité, comme par exemple l'utilisation du préservatif comme contraceptif.

La progression de l'épidémie VIH a pris un caractère dévastateur dans quatre des pays considérés, dont le nombre d'habitants est moins élevé : il s'agit du *Botswana*, du *Lesotho*, de la *Namibie* et du *Swaziland*. La population globale de ces pays s'élevait à environ 6 millions en 2001. Pour le Botswana et le Swaziland, qui possèdent tous deux des systèmes de surveillance développés, la prévalence du VIH dans les sites en milieu urbain et rural dépassait largement 30 % en 2002. En Namibie et pour la même année, la prévalence parmi la surveillance parmi les services de soins prénatals la prévalence VIH a augmenté à 22,5 %. Le Lesotho n'a pas mené d'enquêtes de surveillance au cours des années 2001 et 2002 mais fournit néanmoins une prévalence VIH légèrement supérieurs à 20 % pour l'année 2000 dans la majeure partie de ses services de soins prénatals. La prévalence de l'infection à VIH parmi les jeunes femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans atteint des taux extrêmement élevés. Par ailleurs, aucun élément ne permet d'envisager une diminution de l'incidence du VIH au Botswana et au Swaziland (Figure 29).

Figure 29.

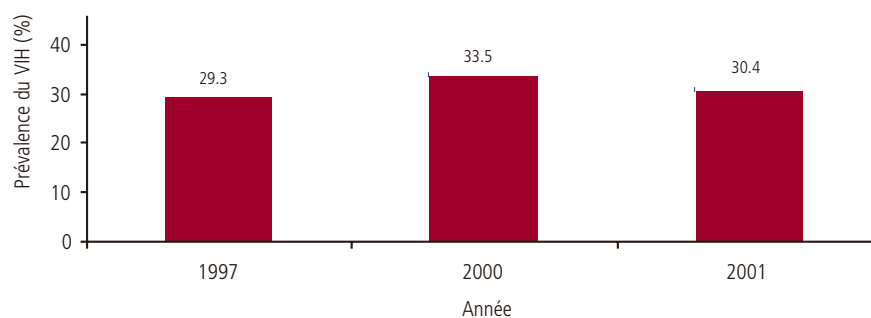
Prévalence médiane du VIH parmi les jeunes femmes 15 à 24 ans fréquentant les services de soins prénatals du Botswana et du Swaziland, par lieu géographique



Au *Zimbabwe*, les 19 services de soins prénatals concernés rendent compte d'une prévalence médiane du VIH légèrement supérieure à 30 % pour l'année 2001, qu'il s'agisse de la population féminine dans son ensemble ou des jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans. Pour avoir rassemblé des données de ces mêmes services de soins au fil des ans, on est en mesure d'établir par le suivi des soins prénatals parmi 13 de ces services que la prévalence VIH en 2001 était au même niveau que celle de 1997 (Figure 30). Dans le même pays, une enquête menée récemment auprès des jeunes adultes (2001) rend compte d'une prévalence du VIH atteignant 18 % chez les femmes et 5 % chez les hommes, pour 15-24 ans (Ministère de la Santé et du Développement de l'Enfant, Zimbabwe, 2002). La prévalence VIH beaucoup plus faible parmi les femmes dans les enquêtes auprès des ménages par rapport à celles fréquentant les services prénatals peuvent s'expliquer par divers facteurs. Les enquêtes menées auprès des ménages couvrent plus généreusement les populations rurales, et par l'inclusion dans l'enquête de jeunes femmes non gravides, sexuellement moins actives. On notera par ailleurs un écart de la prévalence VIH beaucoup plus élevé (quatre fois plus) chez les jeunes femmes que chez les jeunes hommes.

Figure 30.

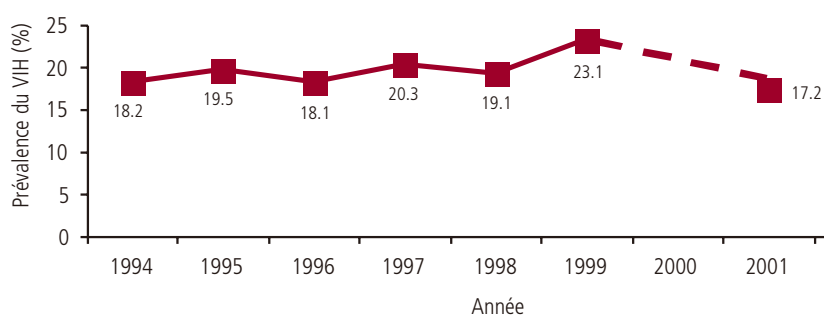
Tendances de prévalence médiane VIH parmi des femmes fréquentant les services de soins prénatals du Zimbabwe, données des 13 mêmes services, 1997–2001



La prévalence de l'infection à VIH au *Malawi* et en *Zambie* est inférieure à celle que connaissent les pays plus méridionaux de la région. En 2001, au Malawi, les 19 services de soins prénatals concernés rendent compte du taux de prévalence VIH le plus bas depuis 1994, populations d'hommes et de femmes. Les résultats attendus pour l'année 2003 devraient permettre de déterminer s'il s'agit là d'une réelle régression de l'épidémie (Figure 31). La Zambie a, elle, conduit une enquête de population nationale au cours de la période 2001-2002. Trois quarts des participants à cette enquête ont accepté de subir un test de dépistage du VIH. Au terme de cette enquête, on a pu déterminer que 15,6 % des participants âgés de 15 à 24 ans étaient VIH-séropositifs et le nombre de femmes infectées était 1,5 fois plus élevé que celui des hommes du même âge. Les résultats de cette enquête corroborent ceux obtenus auprès de services de soins prénatals pour l'année 2002 (Tableau 2).

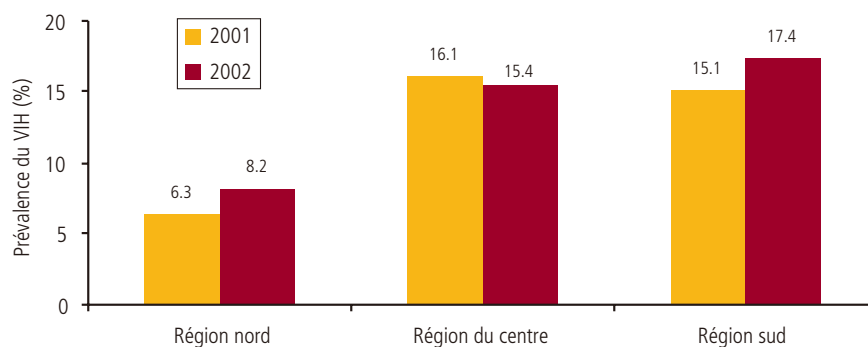
Figure 31.

Tendances de prévalence médiane VIH parmi des jeunes femmes 15 à 24 ans fréquentant dans les services de soins prénatals du Malawi, données des mêmes 19 services, 1994–2001



Le *Mozambique* et l'*Angola* possèdent les taux de prévalence de l'infection à VIH les plus bas de tout le sud de l'Afrique. Le Mozambique a développé un système de surveillance, lequel a pu établir qu'en 2002 près de une femme enceinte sur sept était VIH-séropositive. On note que les niveaux de prévalence les plus bas sont enregistrés dans le nord du pays mais aussi que la prévalence progresse (Figure 32). L'Angola met en place un système de surveillance avec dix établissements de santé en 2002. Dans ce pays, la prévalence de l'infection est < 5 % dans la plupart des sites, mais on remarque toutefois qu'un tiers des professionnelles du sexe de Luanda, la capitale, sont infectées par le VIH.

Figure 32.

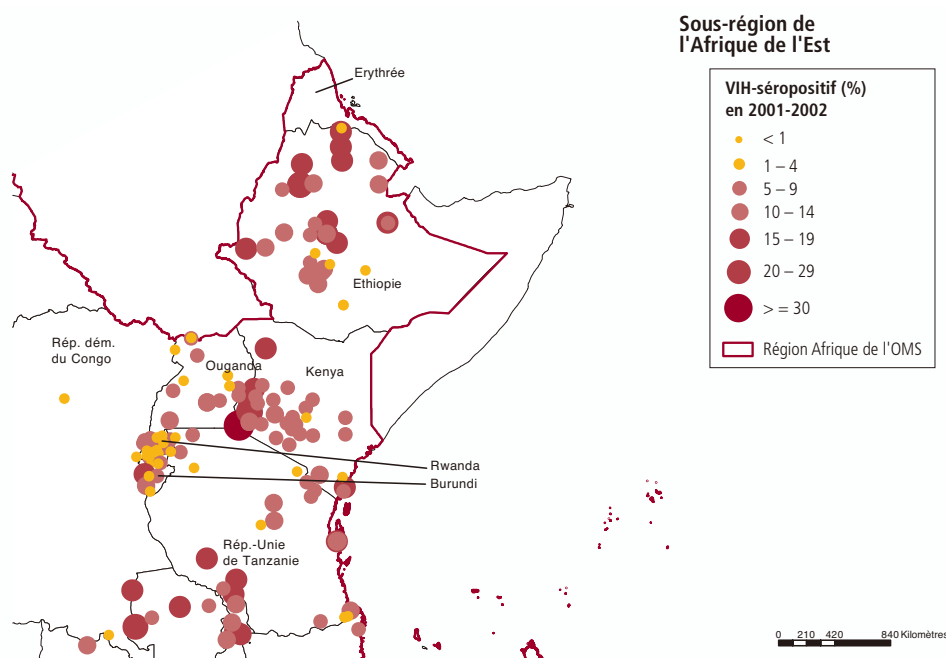
Prévalence médiane du VIH parmi des femmes fréquentant les services de soins prénatals du Mozambique, par région, 2001–2002**Afrique de l'Est**

En 2002, la population des sept pays constituant la sous-région de l'Afrique de l'Est comptait à peine plus de 180 millions d'individus, dont près de 69 millions en Ethiopie (Organisation des Nations Unies, 2002). La population de cette sous-région est majoritairement rurale. Seuls 22 % de la population globale réside dans des zones urbaines (Tableau 1). Les programmes mis en place au sein des services de soins prénatals constituent le pivot de tout le système de surveillance de l'épidémie de VIH/SIDA. Dans la plupart des pays concernés, la majorité des femmes enceintes fréquentent ces services de soins prénatals. En Ethiopie et en Erythrée cependant, la fréquentation des services de soins prénatals est inférieure à 50 %; un tel phénomène risque de perturber la représentation des données de surveillance clinique qui y sont enregistrés. Les systèmes de surveillance VIH mis en place dans plusieurs des pays concernés s'élargissent. Ainsi, en Ethiopie, au Kenya et en République-Unie de Tanzanie, les populations urbaines, semi-urbaines et rurales sont plus largement couvertes. Le Burundi et Zanzibar (République-Unie de Tanzanie) sont récemment parvenus au terme d'une enquête de population nationale qui intégrait le dépistage de l'infection à VIH. L'Erythrée a, de son côté, conduit une enquête parmi des groupes de population de différents risque, à savoir étudiants, femmes enceintes, groupes d'individus itinérants et professionnelles du sexe. L'Ethiopie a, elle, menée une campagne de dépistage du VIH parmi ses recrues militaires.

L'épidémie de VIH/SIDA qui sévit en Afrique de l'Est est la première à s'être développée sur le continent africain. En 2002, la prévalence VIH enregistrée auprès de la plupart des services de soins prénatals situés en milieu urbain oscillait entre 10 % et 15 %; tandis qu'elle était inférieure à 10 % dans les divers sites ruraux (Figure 33).

Figure 33.

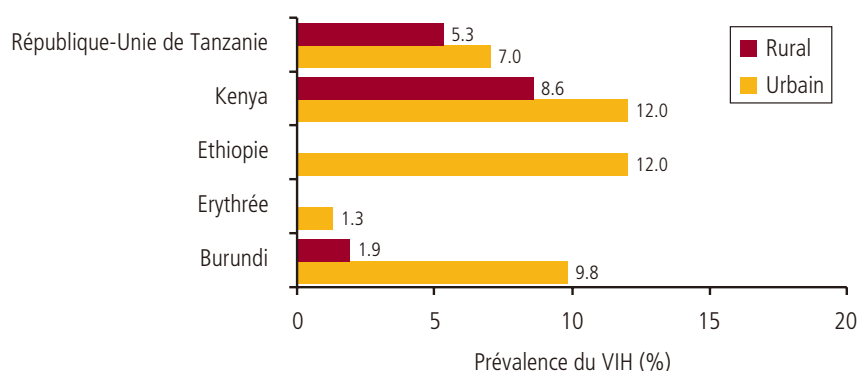
Prévalence VIH parmi des femmes fréquentant les services de soins prénatals d'Afrique de l'Est, données fournies par site clinique ou ville, 2001–2002



Cinq des sept pays que compte l'Afrique de l'Est ont établi des taux de prévalence du VIH parmi les jeunes femmes enceintes. La prévalence du VIH apparaît supérieure à 10 % en Ethiopie (où 12 % du nombre total de femmes reçues dans 34 services de soins prénatals se sont révélées VIH-séropositives), dans les zones urbaines du Kenya et à Bujumbura (Burundi) (Figure 34).

Figure 34.

Prévalence médiane de l'infection à VIH parmi des jeunes femmes de 15 à 24 ans fréquentant les services de soins prénatals d'Afrique de l'Est, en fonction du lieu géographique et du pays considéré, 2001–2002

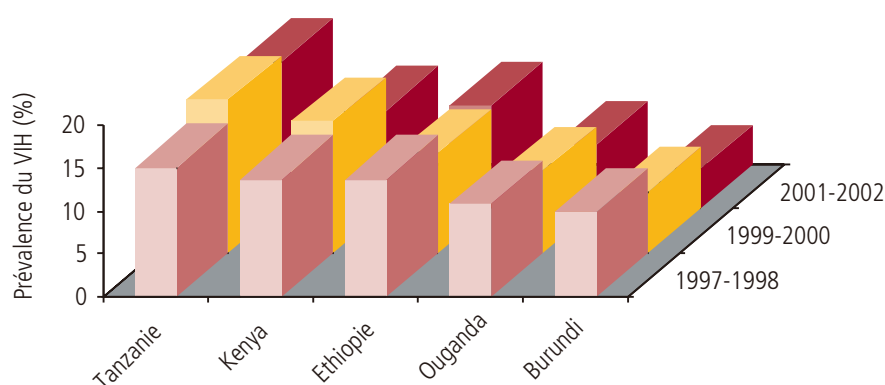


Plusieurs pays fournissent des données qui montrent d'importantes disparités entre milieu urbain et rural dans le domaine de la prévalence de VIH. L'enquête de population menée au Burundi rend par exemple compte d'un taux de prévalence cinq fois plus élevé chez les femmes vivant en milieu urbain par rapport à celles vivant en milieu rural. Les résultats de cette enquête corroborent ceux de surveillance obtenus auprès de services de soins prénatals.

En Afrique de l’Est, on constate globalement une légère régression de l’épidémie. Une comparaison des données émises par des services de soins prénatals identiques dans quatre pays différents (le Burundi : 6 services de soins, l’Ethiopie : 10 services de soins, le Kenya : 20 services de soins, et l’Ouganda : 9 services de soins), pour les périodes 1997–1998, 1999–2000 et 2001–2002, fournit des éléments montrant des déclin de prévalence VIH faibles à plus importants (Figure 35). La République-Unie de Tanzanie n’enregistre pas les mêmes tendances, mais les informations obtenues en la matière auprès de ce pays ne relèvent que de cinq services de soins, les autres participant au système de surveillance ayant été modifiés pour la plupart en 2002.

Figure 35.

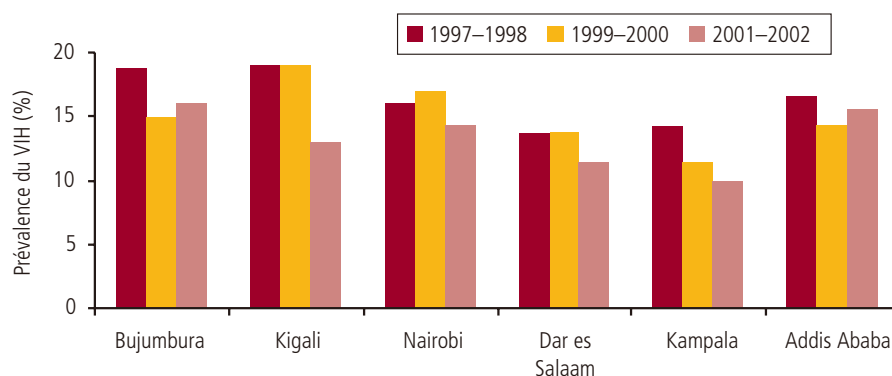
Tendances médianes VIH parmi les femmes fréquentant les services de soins prénatals d’Afrique de l’Est, données des mêmes services, par pays, 1997–2002



Même si les courbes de prévalence relevées dans les services de soins prénatals de grands centres urbains ou de capitales sont susceptibles de ne pas rendre compte strictement de la situation d’un pays dans son ensemble, elles fournissent néanmoins des informations sur la gravité et les tendances de l’épidémie. Les données obtenues pour les périodes 1997–1998, 1999–2000 et 2001–2002, rendent compte en général d’une diminution globale de la prévalence du VIH dans six capitales. Celle-ci oscille entre 10 % à Kampala et 16 % à Bujumbura et Addis Ababa, au cours de la période la plus récente (Figure 36).

Figure 36.

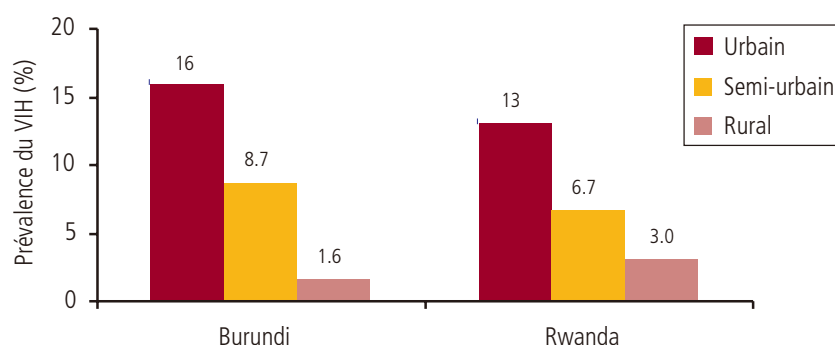
Courbes de la prévalence médiane de l’infection à VIH parmi les femmes fréquentant les services de soins prénatals de capitales d’Afrique de l’Est, 1997–2002



La prévalence du VIH au *Burundi* et au *Rwanda* présente diverses similitudes. Les taux de prévalence relevés parmi les femmes fréquentant les services de soins prénatals des capitales de ces deux pays, Bujumbura et Kigali, s'élèvent à 16 % et 13 % respectivement. En outre, plusieurs sites semi-urbains rendent compte de taux identiquement élevés. La prévalence du VIH enregistrée au sein des services de soins situés en milieu rural apparaît, par contre, sensiblement moindre (Figure 37). Les résultats de l'enquête nationale menée au Burundi corroborent ceux obtenus auprès des services de soins prénatals.

Figure 37.

Prévalence médiane de l'infection VIH parmi des femmes fréquentant les services de soins prénatals du Burundi et du Rwanda, par lieu géographique, 2002

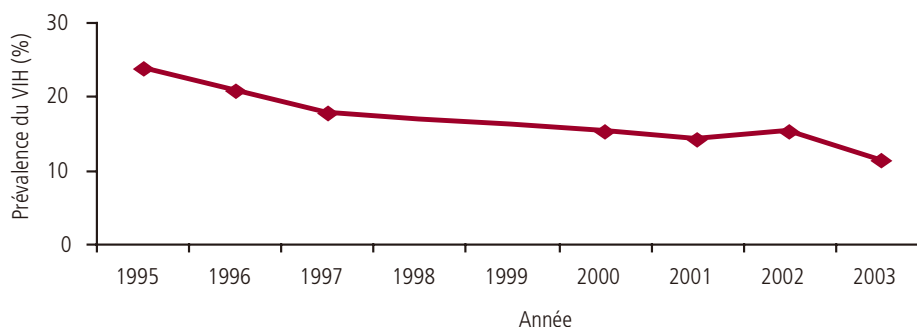


En 2001, l'*Erythrée* a conduit une enquête de surveillance du SIDA d'envergure nationale qui intégrait plusieurs sous-groupes de population. En raison de la petite taille des échantillons et du nombre peu élevé de groupes d'individus sélectionnés, il convient de considérer ces résultats avec précaution. Ils fournissent néanmoins un aperçu de la prévalence du VIH dans ce pays. Ainsi la prévalence VIH, parmi les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans fréquentant les services de soins prénatals et parmi les étudiants âgés de 15 à 19 ans, s'élèvent respectivement à 1,3 % et 0,2 %.

A l'appui des données établies en *Ethiopie* par la tournée de surveillance effectuée en 2001, laquelle intégrait 34 services de soins prénatals, la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes était estimée à 11,2 %. Les disparités sont nombreuses entre les données rapportées par les services de soins prénatals situés à Addis Ababa (16,2 %), dans d'autres zones urbaines (12,0 %) et en milieu rural (1,7 %). On note en outre, qu'entre 1997 et 2002, un changement positif s'est opéré dans la situation des jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans reçues dans les services de soins prénatals du centre urbain ou de la banlieue d'Addis Ababa (Figure 38).

Figure 38.

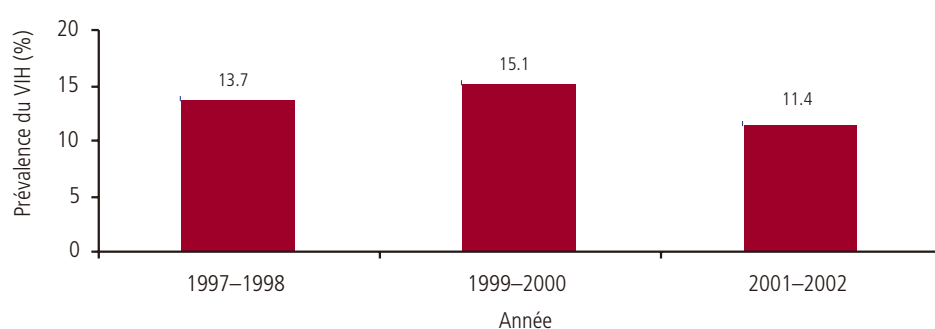
Tendances de prévalence médiane de l'infection à VIH parmi des jeunes femmes 15-24 ans fréquentant les services de soins prénatals d'Addis Ababa, Ethiopie, 1995-2003



Tout au long des dix années écoulées, le Kenya a de son côté mené une vaste entreprise de surveillance de l'infection à VIH auprès de services de soins prénatals identiques. Les sites sentinelles ont été multipliés pour atteindre le nombre de 34 et permettre ainsi une meilleure couverture de la population rurale. Après six ans d'un suivi constant effectué auprès de vingt sites, il est maintenant possible de rendre compte d'une régression de la prévalence du VIH au cours des dernières années (Figure 39). Les données établies par les 34 services de soins en question établissent une prévalence nationale VIH estimée à 6,5 % parmi toutes les femmes enceintes et 9,8 % parmi les jeunes femmes de 15 à 24 ans.

Figure 39.

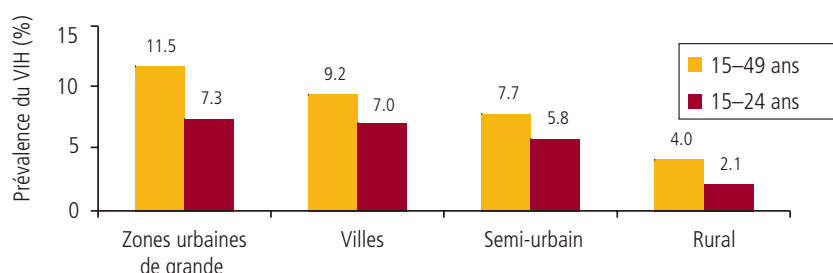
Tendances de prévalence médiane de l'infection VIH parmi les femmes fréquentant les services de soins prénatals du Kenya, 20 mêmes établissements, 1997–2002



La République-Unie de Tanzanie a récemment modifié son système de surveillance afin d'en améliorer la couverture et d'effectuer un meilleur lien entre prévalence VIH et surveillance de comportements. Dans la partie continentale du pays, la prévalence du VIH chez les femmes enceintes vivant en ville (tous âges confondus) est près de trois fois plus élevée que parmi les femmes enceintes vivant en milieu rural (Figure 40). En 2001, une enquête de population à Zanzibar rend compte du maintien d'un faible taux de prévalence du VIH parmi les hommes et les femmes âgées de 15 à 49 ans (0,4 % et 1,3 % respectivement).

Figure 40.

Prévalence médiane VIH parmi les femmes fréquentant les services de soins prénatals de la partie continentale de la République-Unie de Tanzanie, par lieu géographique, 2002



La régression de la prévalence VIH en Ouganda depuis le début des années 90 a suscité de multiples études. Les données émises pour l'année 2001 rendent compte de la persistance de cette régression. Ainsi, au sein des neuf établissements de santé concernés par ces études, identiques pour les trois périodes considérées, la prévalence VIH est passée de 10,6 % en 1997-1998, à 9,6 % en 199-2000 et à 7,4 % en 2001. Ces observations sont corroborées par les résultats d'une enquête cohorte longitudinale conduite dans le district de Masaka, laquelle rend compte d'une diminution de l'incidence VIH parmi les jeunes gens au cours des années 90 (Mbulaiteye et al., 2002).

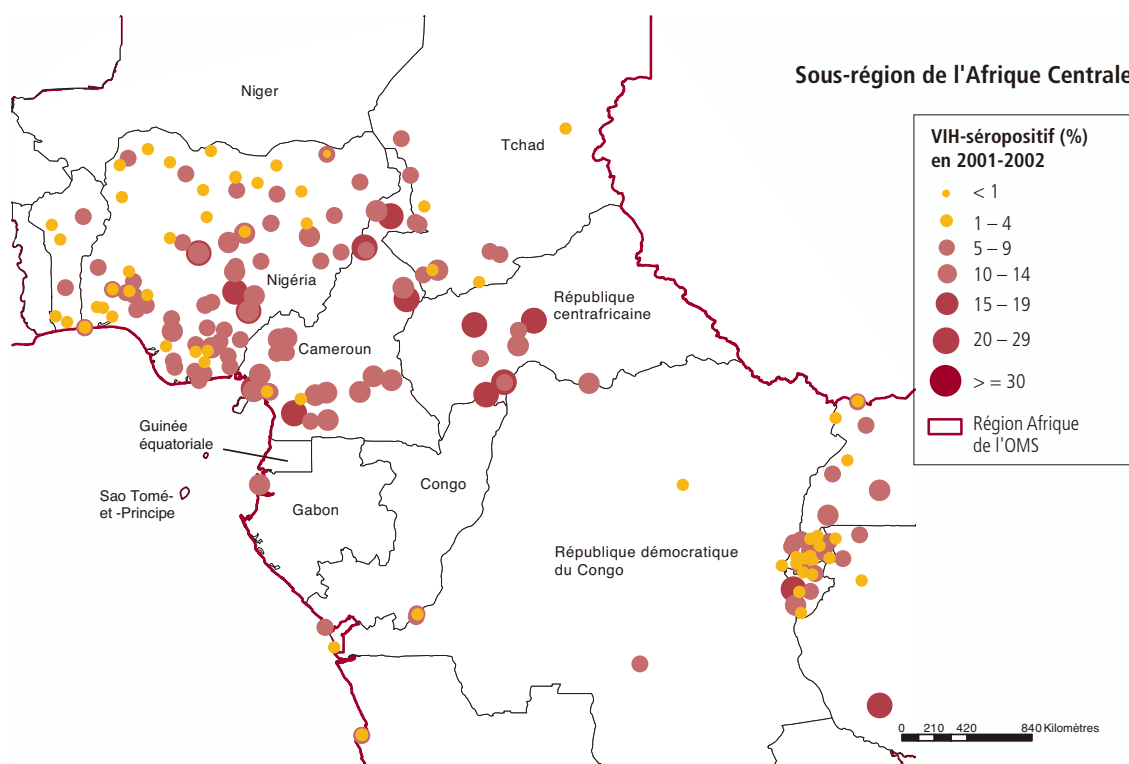
Afrique Centrale

En 2002, la population des huit pays constituant la sous-région de l'Afrique Centrale comptait environ 85 millions d'individus, dont près de 51 millions en République démocratique du Congo (Organisation des Nations Unies, 2002). La population de cette sous-région est majoritairement rurale. Seuls 37 % de la population globale réside dans des zones urbaines (Tableau 1). La surveillance mise en place au sein des services de soins prénatals constitue la source d'informations clé en ce qui concerne le processus de l'épidémie de VIH/SIDA, même si seuls le Tchad et la République centrafricaine ont réalisé des enquêtes de surveillance dans au moins 10 établissements de santé au cours de la période 2001-2002. Le Cameroun a conduit une tournée approfondie de surveillance en 2002 dont les résultats ne sont pas encore disponibles. Les données émises par tous les autres pays de cette sous-région sont très peu nombreuses. L'instabilité politique que connaissent la République démocratique du Congo et le Congo a freiné le développement de la surveillance à part parmi quelques sites urbains.

En conséquence, les activités de surveillance du VIH étant trop peu nombreuses, toute tentative d'évaluation de la situation propre à l'Afrique Centrale est particulièrement délicate. Les données disponibles établissent que le taux de prévalence du VIH le plus élevé concerne les femmes enceintes résidant en République centrafricaine (14,8 %), et rendent compte en outre d'une prévalence élevée au Cameroun (Figure 41). Seuls trois pays se sont trouvés en mesure de fournir des données relatives aux jeunes femmes enceintes.

Figure 41.

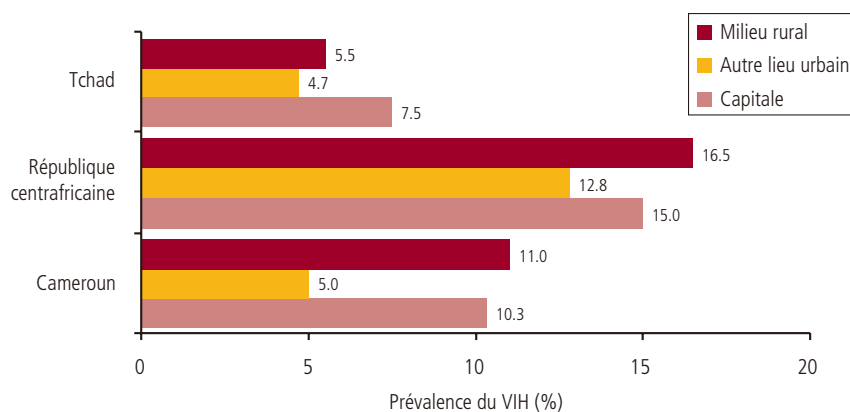
Prévalence VIH parmi les femmes fréquentant les services de soins prénatals d'Afrique Centrale, données des établissements de santé ou des villes, 2001–2002



On constate peu de différences entre les taux de prévalence du VIH en zone urbaine et en zone rurale (Figure 42). La situation géographique de certains établissements de santé ruraux peut en être la cause. Si de tels établissements se trouvent en zone semi-urbaine (par exemple un lieu de marché), la prévalence du VIH peut ne pas être représentative de la situation réelle du milieu rural. De tels phénomènes ont aussi été constatés dans des pays du continent africain possédant de vastes systèmes de surveillance.

Figure 42.

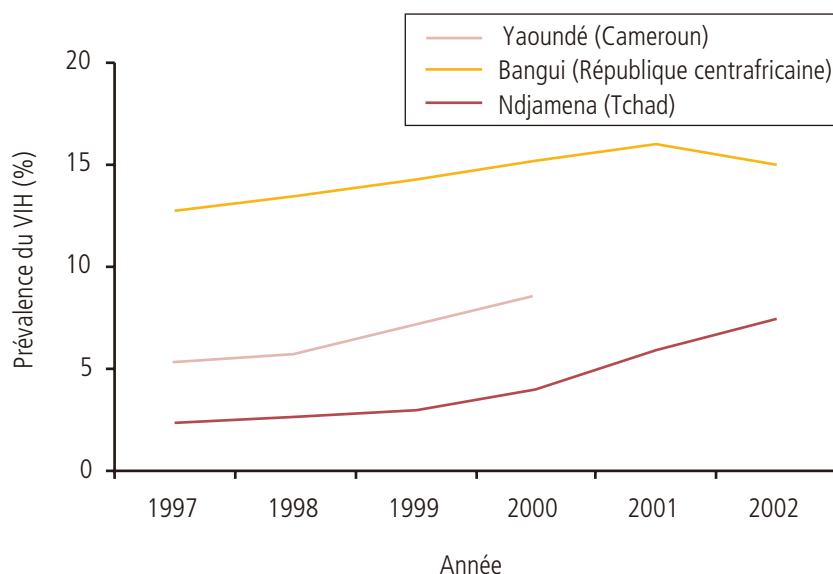
Prévalence médiane de l'infection à VIH parmi les femmes fréquentant les services de soins prénatals du Cameroun, de la République centrafricaine et du Tchad, par lieu géographique, 2000–2002



Considérant la faible surveillance mise en place dans cette sous-région, présenter des courbes de tendances prospectives en se basant sur les résultats obtenus auprès des mêmes établissements de santé se révèle délicat. Au *Cameroun*, les données fournies par quatre établissements de santé rendent compte d'une progression de la prévalence du VIH de 7,8 % en 1997-1998 à 10,1 % en 1999-2000. Au *Tchad*, la prévalence médiane de l'infection, calculée sur la base des données émises par sept établissements de santé, s'est accrue; elle est passée de 4,2 % en 1999-2000 à 6,9 % en 2001-2002. Les quelques informations relatives aux capitales des pays de cette sous-région montrent aussi une progression de la prévalence de l'infection (Figure 43), s'agissant au moins de N'Djamena (Tchad) et de Yaoundé (Cameroun). Les chiffres concernant Bangui (République centrafricaine) rendent compte quant à eux d'une stabilisation de la prévalence aux alentours de 15 %.

Figure 43.

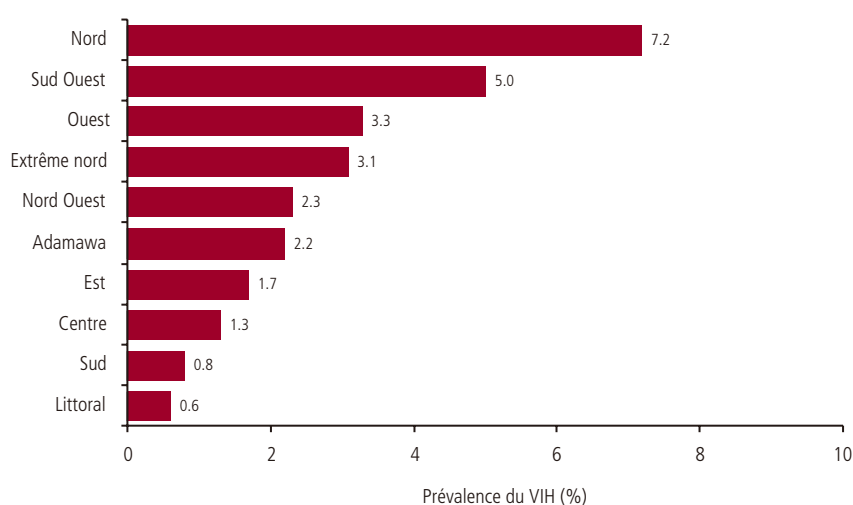
Tendances de prévalence du VIH parmi les femmes fréquentant les services de soins prénatals dans des capitales sélectionnées d'Afrique Centrale, 1997–2002



Les variations sont grandes entre provinces du *Cameroun*. Certaines d'entre elles affichent des niveaux de prévalence de l'infection à VIH < 1 % parmi les femmes reçues dans des services de soins prénatals, alors que la province du nord du pays atteint un taux de 7% (Figure 44). La faible quantité de données obtenues auprès de quelques zones urbaines du *Congo* et de la *République démocratique du Congo* situent la prévalence du VIH autour de 5 %. La prévalence VIH parmi les jeunes femmes de 15 à 24 ans fréquentant les services de soins prénatals, situés en milieu urbain ou rural, sont sensiblement similaires. Ceci tient peut-être au contexte particulier de ces pays ou encore à la situation géographique des établissements de santé des systèmes de surveillance. (Se référer à l'encadré : Surveillance de l'infection à VIH dans les services de soins prénatals : méthodologie.)

Figure 44.

Prévalence VIH médiane parmi des jeunes femmes 15 à 24 ans fréquentant les services de soins prénatals du Cameroun, par provinces, 2000



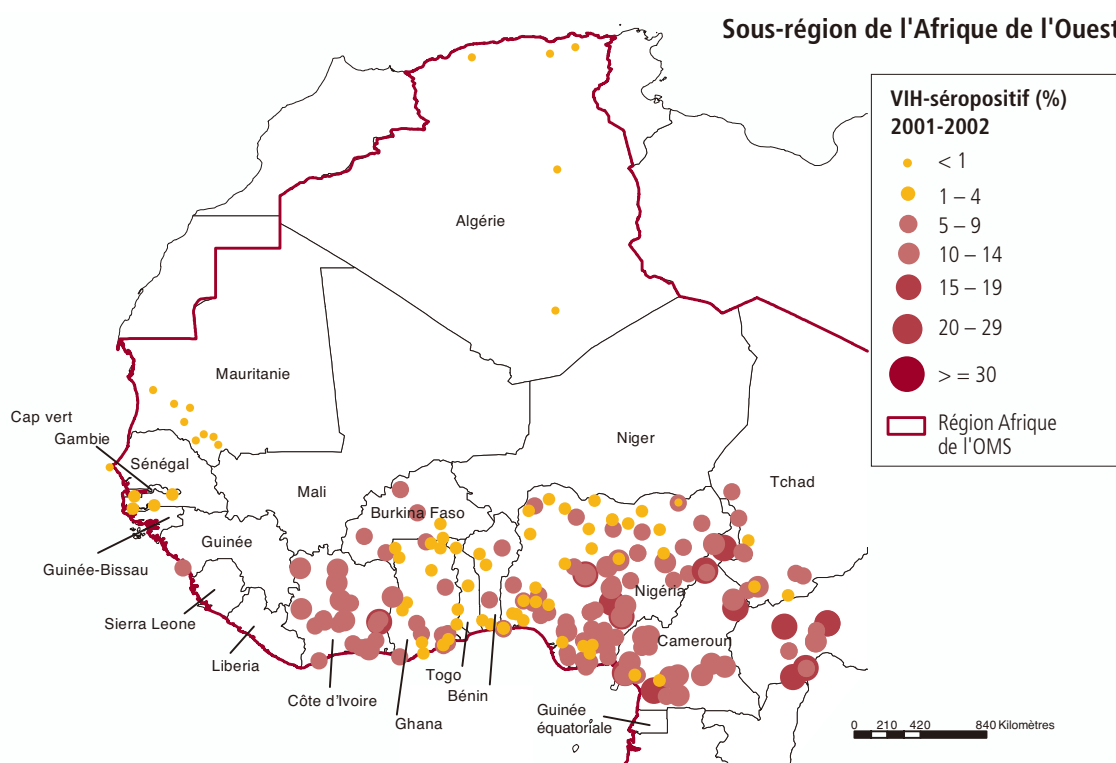
Afrique de l'Ouest

En 2002, la population des 17 pays constituant la sous-région de l'Afrique de l'Ouest comptait 269 millions d'individus, dont près de 121 millions au Nigéria (Organisation des Nations Unies, 2002). Cette partie de la Région Afrique de l'OMS englobe aussi l'Algérie. Une proportion assez large (43 %) de la population de cette sous-région réside en milieu urbain (Tableau 1). Dans la plupart des pays concernés, les programmes mis en place au sein des services de soins prénatals constituent une source d'informations clé en ce qui concerne le processus de l'épidémie de VIH/SIDA. Ceci indépendamment du caractère parfois très concentré de l'épidémie (lorsque la prévalence du VIH dépasse 5 % dans tout groupe de population à risque) ou en bordure d'une épidémie concentrée ou généralisée de certains pays (lorsque la prévalence VIH au sein de la population générale dépasse 1 %), et de la nécessité par conséquent d'intégrer les groupes de population à risque dans les systèmes de surveillance de l'infection à VIH. L'Afrique de l'Ouest fournit des informations, y compris dans le cas de pays ayant traversé/traversant une période d'instabilité politique (la Sierra Leone et le Liberia, par exemple), freinés dès lors dans le développement d'activités de surveillance. En Côte d'Ivoire, et malgré la persistance de troubles politiques, 80 % des sites engagés dans le système de surveillance ont été en mesure de fournir des informations pour l'année 2002. En Afrique de l'Ouest, le Ghana possède quant à lui le système de surveillance du VIH le plus développé de la sous-région basé sur les services de soins prénatals. Plus de 20 établissements de santé ont ainsi fourni des données liées à la surveillance de l'infection à VIH au cours des dix dernières années. En 2002, le Mali et le Niger ont conduit des enquêtes nationale de population, lesquelles intégraient des données sur le VIH. En 2001, la Guinée a de son côté mené une enquête nationale auprès de population spécifiques.

Le stade de l'épidémie de VIH/SIDA en Afrique de l'Ouest varie en fonction des pays. Dans les pays les plus sévèrement touchés, quelques établissements de santé font état de taux de prévalence VIH supérieurs à 10 % (Figure 45). La Côte d'Ivoire rend compte des taux de prévalence VIH les plus élevés depuis le début de l'épidémie, en particulier dans le cas des femmes enceintes pour lesquelles la prévalence VIH dépasse celle de tous les autres pays. Au Nigéria, la prévalence de l'infection a augmenté au cours des dernières années pour atteindre, entre autres, 5,8 % des femmes enceintes en 2001. Les pays les plus épargnés rendent compte dans les pays du Sahel (Sénégal, Gambie, Mali, Niger, Mauritanie) et en Algérie d'une prévalence égale à 1 %, voire inférieure.

Figure 45.

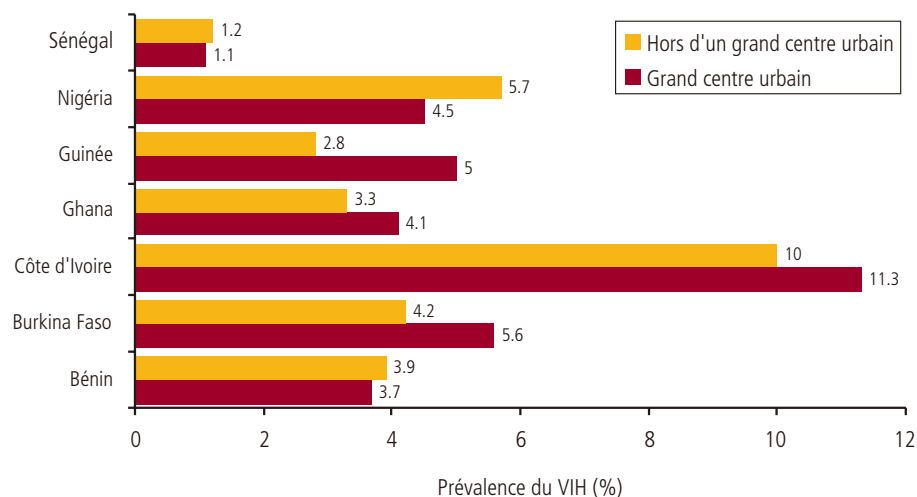
Prévalence VIH parmi les femmes fréquentant les services de soins prénatals d'Afrique de l'Ouest, par site clinique ou par ville, 2001–2002



Dans la plupart des pays concernés, la différence de prévalence entre sites de soins prénatals urbains et ruraux sont faibles (Figure 46). La situation géographique de certains établissements de santé ruraux peut en être la cause. Si de tels établissements se trouvent en zone semi-urbaine (par exemple un lieu de marché), la prévalence de l'infection ne sera pas représentative de la situation réelle du milieu rural. De tels phénomènes ont aussi été constatés dans des pays du continent africain possédant des systèmes avancés de surveillance. Au Nigéria, les résultats obtenus auprès de services de soins prénatals rendent compte d'un faible écart entre milieu urbain et milieu rural, mais la prévalence VIH médiane enregistrée en milieu urbain est plus basse que celle en milieu rural.

Figure 46.

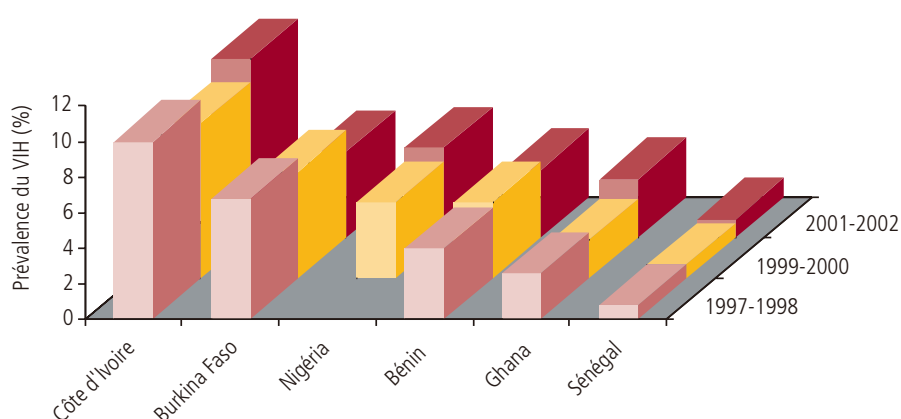
Prévalence médiane du VIH parmi les femmes fréquentant les services de soins de l'Afrique de l'Ouest, selon le lieu géographique, dans des pays spécifiques, 2001–2002



La comparaison des données émises par des mêmes sites de soins prénatals dans six pays différents, durant les périodes de temps 1997–1998, 1999–2000 et 2001–2002, permet d'établir des courbes de prévalence distinctes (Figure 47). Au Burkina Faso (5 services de soins), les données enregistrées rendent compte d'une régression de la prévalence du VIH au cours des dernières années. Le Nigéria (67 services de soins) et le Ghana (20 services de soins) enregistrent une légère progression au cours des deux dernières années. Le Bénin (6 services de soins), la Côte d'Ivoire (24 services de soins) et le Sénégal (8 services de soins) rapportent diverses variations, de faible ampleur.

Figure 47.

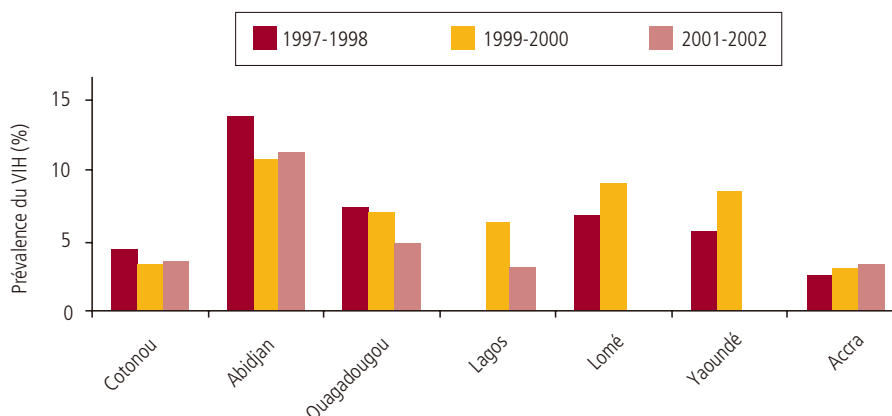
Tendances de prévalence médiane VIH parmi des femmes fréquentant les services de soins prénatals d'Afrique de l'Ouest, parmi mêmes services de soins, par pays, 1997–2002



Les données fournies par les capitales ou les grands centres urbains de cette sous-région permettent, de même, d'établir des tendances de prévalence de l'infection à VIH (Figure 48). Celle-ci régresse à Abidjan (Côte d'Ivoire), à Ouagadougou (Burkina Faso) et à Lagos (Nigéria). Lomé (Togo) et Yaoundé (Cameroun) ont au contraire enregistré une progression de la prévalence de l'infection entre 1997-1998 et 1999-2000, mais n'ont pas fourni de données pour la toute dernière période de deux ans.

Figure 48.

Tendances de prévalence médiane de VIH parmi des femmes fréquentant les services de soins prénatals de grands centres urbains, en Afrique de l’Ouest, 1997–2002

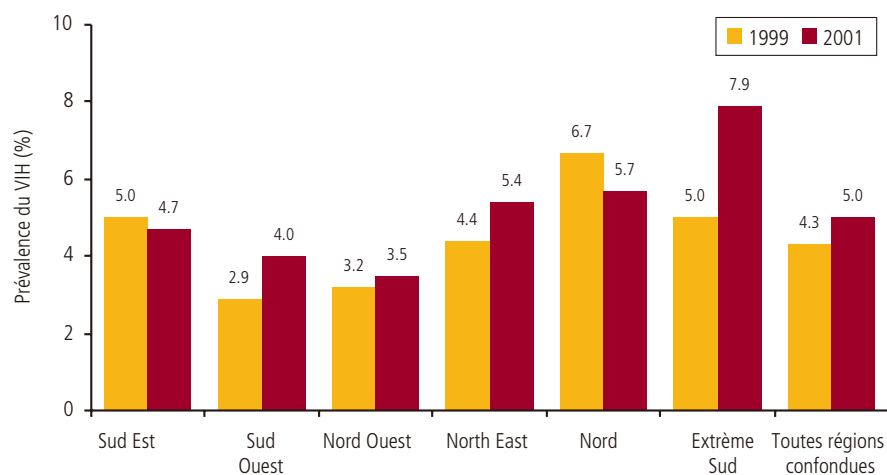


Les phases de surveillance au Nigéria sont bisannuelles. Les variations à l’intérieur du pays sont importantes, la région Sud présentant la prévalence VIH la plus haute (8 %), le Nord-Ouest le plus bas (3 %). Les variations sont moindres entre services de soins prénatals situés en milieu urbain et en milieu rural. La plupart des grandes villes que compte le pays (telles que Lagos, Ibadan, Kano et Kaduna) rendent compte de taux de prévalence < 5 %, mais plusieurs des sites considérés ruraux rapportent des valeurs considérablement plus élevées.

67 services de soins prénatals du Nigéria ont fourni des données relatives à la prévalence du VIH pour les années 1999 et 2001. La prévalence médiane de l’infection est passée de 4,3% à 5,0 % durant cette période de temps (Figure 49). La progression constatée est assez similaire dans les sites urbains et ruraux, et se vérifie dans cinq des six zones choisies. Les plus forts taux de progression sont relevés dans le Sud et le Sud-Ouest, seule la région Sud-Est enregistrant une faible régression. Afin de déterminer le degré de rapidité de la progression de l’épidémie, une analyse a été menée sur les données enregistrées pour le milieu des années 90. Trente quatre services de soins prénatals ont fourni des informations pour les périodes 1994-1995 et 1999 et 2001. La prévalence médiane de l’infection pour la période 1994-1995 s’élevait à 3,1 %. Elle est passée à 4,7 % en 1999 (soit une progression de 0,4 % par an) et à 5,5 % en 2001 (soit une progression de 0,4 % par an). On en conclut donc que la progression de la prévalence a eu un caractère linéaire dans le temps, identique (0,4 %) pour les périodes 1994-1995 et de nouveau en 1999-2001.

Figure 49.

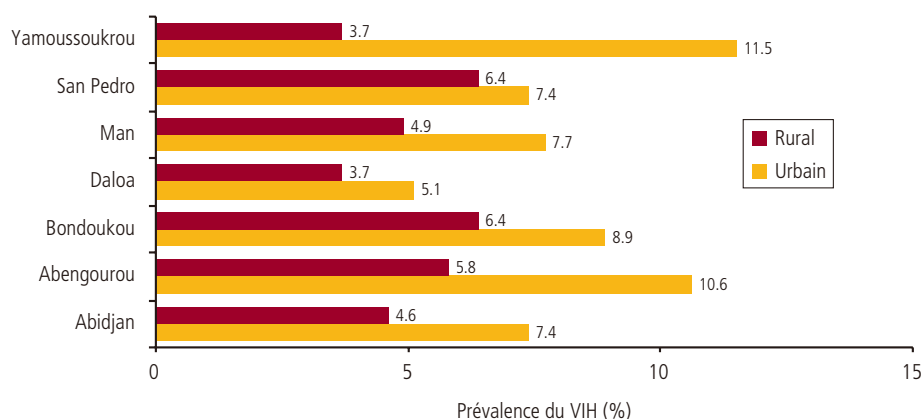
Tendances de prévalence médiane de VIH au Nigeria, 67 mêmes établissements de santé, par état et régions, 1999 et 2001



Dans la partie Ouest de l'Afrique, la Côte d'Ivoire est le premier pays à avoir rendu compte d'une grave épidémie de VIH/SIDA. En 2002, la prévalence de l'infection à VIH enregistrée auprès de femmes enceintes restait plus élevée que dans tous les autres pays de cette sous-région. Toutes les zones du pays sont touchées de manière sensiblement similaire. Parmi les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans, la prévalence médiane de l'infection à VIH pour l'année 2002 s'élève à 5,8 % dans les services de soins prénatals d'Abidjan, à 7,6 % dans les autres établissements de santé urbains et à 4,8 % dans les établissements de santé ruraux (Figure 50).

Figure 50.

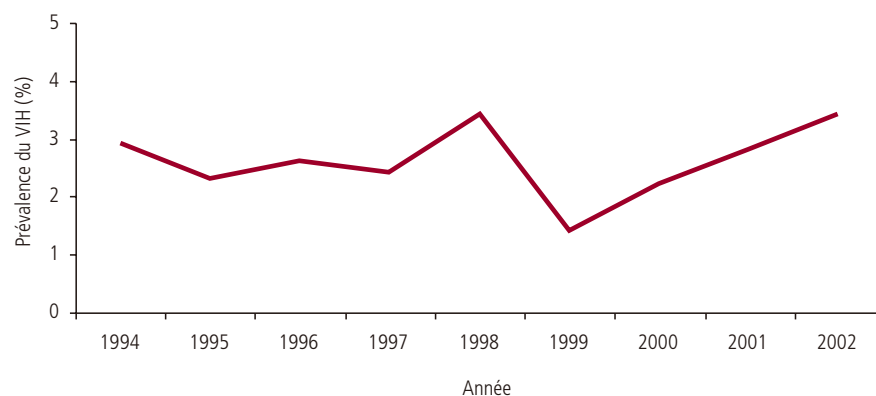
Prévalence médiane VIH parmi les femmes fréquentant les services de soins prénatals, par région et sites urbains ou ruraux, 2002



Le Ghana possède le système de surveillance de l'infection à VIH le plus développé en Afrique de l'Ouest. Depuis 1994, chacune des dix régions que compte le pays établit des statistiques annuelles émanant de deux services de soins prénatals, l'un situé en milieu urbain, le second en milieu semi-urbain. En 2002, la prévalence médiane de l'infection pour les 24 sites de services de soins prénatals concernés s'élevait à 3,4 %, de légères variations étant enregistrées entre Accra, d'autres zones urbaines et des sites semi-urbains. La situation a peu changé au cours des toutes dernières années. La prévalence médiane de l'infection parmi les jeunes femmes enceintes, âgées de 15 à 24 ans est aux alentours de 3% depuis 1994 (Figure 51).

Figure 51.

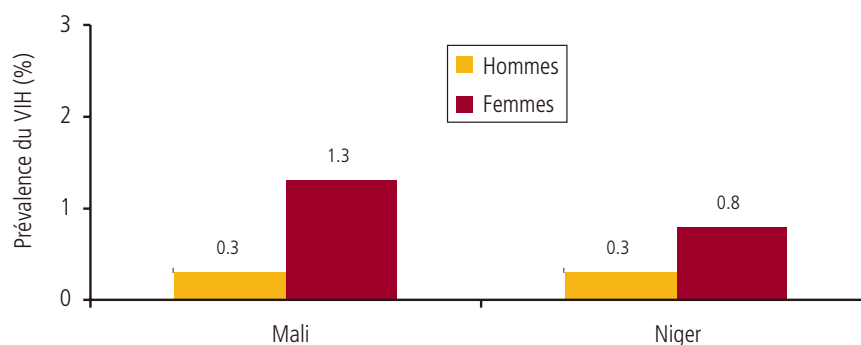
Tendances de prévalence médiane de VIH parmi les jeunes femmes de 15 à 24 ans fréquentant les services de soins prénatals du Ghana, mêmes services de soins prénatals, 1994–2002



Le *Sénégal* et la *Gambie* sont parvenus à maintenir des taux de prévalence de l'infection à VIH peu élevés. La prévalence VIH enregistrée auprès de femmes enceintes fréquentant les services de soins prénatals du Sénégal s'est maintenue aux alentours de 1 % depuis le milieu des années 90. Dans plusieurs villes et zones urbaines du pays, la prévalence VIH est régulièrement effectuée auprès de professionnelles du sexe et se maintient aux alentours de 20 %. En 2001 et 2002, les enquêtes de population, respectivement par le *Mali* et le *Niger*, rendent compte de niveaux de prévalence du VIH d'une ampleur similaire à ceux enregistrés par le Sénégal. Ils s'élèvent à 1,7 % au Mali et à 0,8 % au Niger, hommes et femmes confondus de 15 à 49 ans. Les capitales de ces deux pays enregistrent des taux de prévalence VIH légèrement plus élevés, respectivement de 2,5 % pour Bamako et de 2,1 % pour Niamey. Dans ces deux pays, on relève des prévalences VIH significativement plus élevées chez les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans que chez les jeunes hommes. Au Mali, cette différence entre jeunes hommes et femmes était quatre fois plus élevée. (Figure 52).

Figure 52.

Prévalence de l'infection à VIH parmi les hommes et femmes de 15 à 24 ans, pour le Mali et le Niger, enquêtes auprès de population, 2001

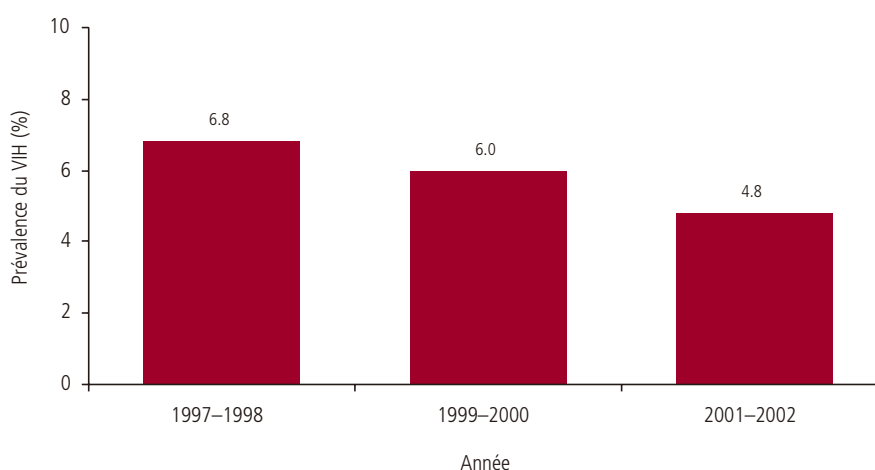


En 2002, le *Bénin* a conduit la plus vaste enquête de surveillance de l'infection à VIH jamais réalisée jusqu'alors de son histoire. 36 services de soins prénatals étaient concernés. Les calculs effectués au sein de ces services rendent compte d'une prévalence de 2,5 % parmi les femmes résidant en ville et de 1,4 % chez celles résidant en milieu rural, ce qui marque une légère régression par rapport aux années précédentes. Aucun programme sentinelle de surveillance VIH n'a été développé au *Togo* depuis 2000. Les résultats obtenus auprès de recrues militaires, après dépistage de l'infection à VIH, rendent toutefois compte d'une prévalence VIH de 7,2 % chez les hommes, soit une valeur significativement supérieure à celle enregistrée dans le dernier rapport d'enquête effectué en 1997 (alors à

2,3 %). La distribution des âges des hommes concernés n'est pas rapportée. Le *Liberia* n'a pas été en mesure de fournir des données concrètes. Une enquête d'envergure nationale menée en *Sierra Leone* rend compte, quant à elle, d'une prévalence VIH parmi la population adulte 15 à 49 ans peu élevée, soit 2,3 % dans la capitale, et 0,7 % hors de celle-ci. Ceci indique que les troubles politiques ayant ébranlé ce pays n'ont pas engendré de propagation des cas d'infection à VIH. En 2001, la *Guinée* a mené une enquête auprès de divers groupes de population. La prévalence enregistrée parmi les femmes fréquentant les services de soins prénatals s'élevaient alors globalement à 2,8 %, et à 2,5 % parmi les jeunes femmes de 15 à 24 ans. Les taux de prévalence du VIH, au sein du groupe des 15-24 ans dans la population générale, étaient sensiblement similaires (2,7 % chez les femmes et 2,4 % chez les hommes). Au *Burkina Faso*, les données émises par cinq mêmes services de soins prénatals identiques pour la période 1997-2002, établissent une régression de la prévalence de l'infection à VIH (Figure 53). L'*Algérie* et la *Mauritanie* rendent compte de niveaux de prévalence inférieurs à 0,5 % chez les femmes fréquentant les services de soins prénatals des zones urbaines de ces deux pays. Aucune enquête n'y a par contre été conduite pour évaluer la situation des groupes de population à risque d'être infectées aux VIH. Au cours des cinq dernières années, le *Cap Vert* et la *Guinée Bissau* n'ont pas fourni de données de surveillance VIH.

Figure 53.

Tendances de prévalence médiane de VIH parmi les jeunes femmes fréquentant les services de soins prénatals du Burkina Faso, données relevées des cinq mêmes services de soins prénatals, 1997–2002



9 Conclusions

Les systèmes de surveillance VIH fournissent une vaste quantité de données. Il importe néanmoins d'élargir leur couverture aux zones rurales et aux groupes de population à risque d'infection VIH, lorsque nécessaire

- Les données relatives au processus de l'épidémie de VIH/SIDA à travers la Région Afrique de l'OMS sont riches. Plusieurs pays ont développé leur système de surveillance au sein des services de soins prénatals et il est dorénavant possible d'établir des courbes de prévalence VIH pour la plupart d'entre eux. Les enquêtes de population de surveillance du VIH sont de plus en plus nombreuses et fournissent des informations complémentaires sur le statut de l'épidémie. Ces enquêtes ne sont pas destinées à se substituer aux systèmes de surveillance sentinelle. Elles sont un élément complémentaire majeur, dans la mesure où elles rendent compte de la situation de la population masculine, de celle des femmes non gravides et de celle des populations rurales. Pour nombre de pays où le caractère de l'épidémie est généralisé, développer le système de surveillance du VIH afin de couvrir plus efficacement les populations rurales constitue un défi majeur.
- Au sein des pays qui n'enregistrent qu'un faible niveau de prévalence du VIH, la surveillance du VIH des populations à risque devrait constituer le pivot de tout le système de la surveillance. Même si certains pays se livrent à une évaluation régulière de la situation des professionnelles du sexe dans les villes principales, et quelques pays ont mené des enquêtes spéciales parmi les groupes de population à risque, il importe d'intensifier cette surveillance dans les pays n'enregistrant qu'un faible taux de prévalence VIH.
- Reconduire au fil du temps un suivi cohérent, dans les mêmes services de soins prénatals, facilitera l'évolution des tendances de prévalence du VIH et constituera en outre un indicateur de tendance des nouveaux cas d'infection chez les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans.

La couverture géographique et les analyses de prévalence de l'infection à VIH chez les jeunes gens doivent être améliorées

- Un nombre croissant de pays rendent dorénavant compte de prévalence du VIH chez les jeunes femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans. Il importe de normaliser la collecte de données de prévalence VIH relatives aux jeunes femmes fréquentant les services de soins prénatals, comme pour les femmes enceintes de tout âge. Des valeurs médianes seront ainsi rapportées – prenant en compte les données fournies par les établissements de santé et le contexte géographique – qui permettront de synthétiser les informations. Une telle démarche impliquera de combiner les données d'établissements de santé ne recevant qu'un faible nombre de jeunes femmes enceintes.

Le contrôle des MSI s'est amélioré, mais les systèmes de surveillance restent trop peu développés dans la plupart des pays

- Quoique un nombre croissant de pays rendent dorénavant compte d'une sero-prévalence de la syphilis parmi les femmes fréquentant les services de soins prénatals, près de la moitié des pays de la Région Afrique de l'OMS ne fournissent pas toujours d'informations à ce sujet.
- Des enquêtes spéciales ont collecté nombre de données relatives à des MSI autres que la syphilis. Cependant, le contrôle régulier de la charge des Maladies sexuellement infectieuses n'est pas un acte courant, et il arrive que les données établies ne soient pas fiables.

De nombreux pays rassemblent dorénavant des informations sur les comportements sexuels clés, qu'il s'agisse d'adultes, de jeunes gens ou de groupes de population à haut risque d'infection VIH. Certains pays sont en mesure d'établir des données de tendances sur les comportements sexuels

- Même si les données relatives aux comportements sexuels sont nombreuses, par la collectes de données par des enquêtes de populations nationales ou auprès de populations spécifiques, il importe de collecter plus d'informations

et analyses afin de déterminer si les données de comportements sont susceptibles d'indiquer des vraies tendances de comportements au niveau population.

- Il faut faire attention au type d'informations sur les tendances comportementales que les pays ont besoin de collecter, selon chaque type d'épidémie.

La mise en place d'un système de surveillance de deuxième génération, capable d'associer les courbes de prévalence de l'infection à VIH, des MSI et celles relatives aux comportements n'en est qu'à ces premiers pas

- La plupart des pays de la Région ont une perception claire du processus de l'épidémie de VIH, mais la collecte de données de tendances relatives aux comportements sexuels et aux MSI est moins bien établie.
- Les éléments tendant à démontrer qu'il est possible de lier la collecte de données de tendance, par exemple d'évaluer les interventions de santé, sont encore très limités. Une récente analyse des tendances auprès de plusieurs pays corrobore cette constatation (Bessinger et al., 2003).

S'agissant de la planification de programmes de santé, il n'est pas utile de considérer qu'il y a une épidémie unique de VIH/SIDA en Afrique sub-saharienne, car il existe une grande hétérogénéité dans la Région

- Les différences constatées entre sous-régions sont nombreuses, l'épidémie revêtant en particulier un caractère significativement plus alarmant dans le sud de l'Afrique que dans les autres parties du continent. Les estimations globales au sud de l'Afrique montrent que la prévalence VIH y est au moins cinq fois plus élevée qu'en Afrique de l'Ouest, tandis que l'Afrique de l'Est et l'Afrique Centrale se trouvent dans une situation intermédiaire.
- Les sous-régions et les pays ont par ailleurs de nombreuses différences. Dans la plupart des pays, à l'exception probable de la majeure partie du sud de l'Afrique, le risque des populations rurales de contracter le VIH apparaît moins élevé que les populations urbaines.
- De telles disparités dans la prévalence VIH au sein d'une même région ne sont pas sans conséquence sur l'évaluation de l'impact épidémiologique et la planification d'interventions dans la santé, s'agissant de traitements antirétroviraux, par exemple.

Beaucoup plus de femmes que les hommes sont infectées, et cette différence entre genre est encore plus prononcée parmi les jeunes

- Des enquêtes de population montrent que la prévalence VIH chez les femmes peut-être 1,5 fois plus élevée que chez les hommes.
- L'explication tient en partie au fait que les femmes contractent l'infection beaucoup plus jeunes. Ainsi, entre l'âge de 15 et 24 ans, 70 % des personnes infectées sont des femmes.

Les tendances de prévalence VIH obtenues des mêmes services de soins prénatals des dernières années suggèrent que l'accroissement de l'épidémie s'est stabilisé au terme de la décennie 90, sans pour cela qu'y ait eu une décroissance.

- Si l'on considère les progrès enregistrés concernant la collecte de données parmi les populations rurales parmi plusieurs pays, les estimations de prévalence devront peut-être subir un réajustement à la baisse dans le proche future. Il ne s'agit toutefois pas de voir là une réelle chute de la prévalence.
- Les tendances de prévalence du VIH montrent clairement que les larges différences enregistrées pour les diverses sous-régions ne sont pas uniquement imputables aux disparités qui pouvaient exister au moment de l'apparition de l'épidémie, mais qu'elles vont encore en augmentant entre ces sous-régions.

- Les tendances récentes enregistrées par sous-régions indiquent une légère augmentation de la prévalence du VIH pour le sud de l’Afrique et l’Afrique Centrale, une faible diminution en Afrique de l’Est et peu de changements dans les pays d’Afrique de l’Ouest.

Les niveaux et tendances de prévalence VIH dans plusieurs pays devraient constituer le moteur de travaux ultérieurs susceptibles de mieux appréhender comment la progression de l’épidémie peut-être infléchie

- En Afrique de l’Est, une grande attention a été portée au processus de l’épidémie de SIDA en Ouganda. D’autres pays de cette sous-région enregistrent aussi divers degrés de régression de la prévalence du VIH, à savoir le Burundi, l’Ethiopie, le Kenya et le Rwanda.
- En Afrique de l’Ouest, le Sénégal se distingue par la capacité qu’il a montré à maintenir la propagation de l’épidémie à de faibles niveaux. Des enquêtes de population menées au Mali et Niger pourraient elles aussi fournir d’importantes informations sur la raison expliquant pour laquelle l’épidémie de n’étend pas.
- Les récentes informations obtenues auprès de pays jusque-là ébranlés par divers conflits, notamment la Sierra Leone, la République démocratique du Congo et l’Angola, ne confirment pas le principe selon lequel les souffrances humaines et les déplacements géographiques forcés inhérents aux troubles politiques possèdent une incidence directe sur la propagation de l’infection à VIH. Des informations plus nombreuses sont toutefois nécessaires dans des zones les plus sévèrement ébranlées.
- Dans l’avenir, il importera de se pencher sur les facteurs de risque et les éléments déterminants de la transmission du VIH, s’agissant notamment des actes de circoncision, de l’épidémiologie des MSI, des divers modèles de mélanges sexuels et de leur relation avec les phénomènes de migration.

Références

- Abebe Y, Schaap A, Mamo G et al. HIV prevalence in 72 000 urban and rural male army recruits, Ethiopia, 1999–2000. *AIDS*, 2003, 17:1–6.
- Arthur G, Bhatt SM, Muhindi D et al. The changing impact of HIV/AIDS on Kenyatta National Hospital, Nairobi from 1988/89 through 1992 to 1997. *AIDS*. 2000, 14:1625–31.
- Auvert B, Ballard R, Campbell C et al. HIV infection among youth in a South African mining town is associated with herpes simplex virus-2 seropositivity and sexual behaviour. *AIDS*. 2001, 15:885–98.
- Behets F, Andriamiadana J, Rasamilalao D et al. Sexually transmitted infections and associated socio-demographic and behavioural factors in women seeking primary care suggest Madagascar's vulnerability to rapid HIV spread. *Tropical Medicine and International Health*. 2001, 6:202–11.
- Bessinger R, Akwara P, Haleron D. Sexual behavior, HIV and fertility trends: a comparative analysis of six countries. USAID, Washington DC, 2003.
- Boerma JT, Nunn AJ, Whitworth JAG. Mortality impact of the AIDS epidemic: evidence from community studies in less developed countries. *AIDS*, 1998; 12(suppl 1):S3–S14.
- CDC and Programme National de Lutte contre le SIDA/IST. Integrated study on the prevalence of sexually transmitted infections and sexual behaviours in high-risk areas of Mali, August 2001.
- Central Statistical Office Zambia, Central Board of Health Zambia, and ORC Macro. Zambia Demographic and Health Survey 2001-2002. Claverton, Maryland USA, Central Statistical Office, Central Board of Health, and ORC Macro, 2003.
- Corbett EL, Watt CJ, Walker N et al. The growing burden of tuberculosis: global trends and interactions with the HIV epidemic. *Archives of Internal Medicine*, 2003, 163:100–921.
- DHS. Cellule de Planification et de Statistique, Ministère de la Santé, Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique (DNSI) and ORC Macro. HIV testing in Mali: findings from the 2001 Mali Demographic and Health Survey. Calverton, Maryland, USA: CPS/MS, DNSI and ORC Macro. 2002.
- Ekpini ER, Wiktor SZ, Satten GA et al. Late postnatal mother-to-child transmission of HIV-1 in Abidjan, Côte d'Ivoire. *Lancet*, 1997, 349(9058): 1054–9.
- Gayle HD, Gnaore E, Adjorlolo G et al. HIV-1 and HIV infection in children in Abidjan, Côte d'Ivoire. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 1992, 5(5):513–7.
- Ghys PD, Diallo MO, Ettiegn-Traore V et al. Increase in condom use and decline in HIV and sexually transmitted diseases among female sex workers in Abidjan, Côte d'Ivoire, 1991-1998. *AIDS*, 2002, 16(2):251–8.
- Grosskurth H, Mosha F, Todd J et al. Impact of improved treatment of sexually transmitted diseases on HIV infection in rural Tanzania: randomized controlled trial. *Lancet*, 1995, 346:530–6.
- Guinness L, Arthur G, Bhatt SM et al. Costs of hospital care for HIV-positive and HIV-negative patients at Kenyatta National Hospital, Nairobi, Kenya. *AIDS*, 2002, 16:901–8.
- Jackson DJ, Rakwar JP, Richardson BA et al. Decreased incidence of sexually transmitted diseases among trucking company workers in Kenya: results of a behavioural risk-reduction programme. *AIDS*, 1997, 11:903–9.
- Kamali A, Quigley M, Nakiyingi J et al. Syndromic management of sexually-transmitted infections and behaviour change interventions on transmission of HIV-1 in rural Uganda: a community randomised trial. *Lancet*, 2003, 361(9358):645–52.
- Kapiga SH, Sam NE, Shao JF et al. HIV-1 epidemic among female bar and hotel workers in northern Tanzania: risk factors and opportunities for prevention. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2002, 29:409–17.
- Leutscher PD, Behets F, Rousset D et al. Sexual behavior and sexually transmitted infections in men living in rural Madagascar: implications for HIV transmission. *Sexually Transmitted Diseases*, 2003, 30(3):262–5.
- Mbulaiteye SM, Mahe C, Whitworth JA et al. Declining HIV-1 incidence and associated prevalence over 10 years in a rural population in south-west Uganda: a cohort study. *Lancet*, 2002, 360(9326):41–6.
- Ministère de la Santé Publique and The World Bank. The Burundi national HIV seroprevalence survey, December 2002.
- Ministry of Health Care and Child Welfare, The Zimbabwe Young Adult Survey (YAS), 2001-2002 (Preliminary report). National AIDS council, Zimbabwe National Family Planning Council, Zimbabwe, 2002.
- Morgan D, Mahe C, Mayanja B et al. HIV-1 infection in rural Africa: is there a difference in median time to AIDS and survival compared with that in industrialized countries? *AIDS*, 2002, 16(4):597–603.
- Mulder DW, Nunn A, Kamali A et al. Post-natal incidence of HIV-1 infection among children in a rural Ugandan population: no evidence for transmission other than mother to child. *Tropical Medicine and International Health*. 1996, 1(1):81–5.
- Nagot N, Ouangre A, Ouedraogo A et al. Spectrum of commercial sex activity in Burkina Faso: classification model and risk of exposure to HIV. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2002, 29(5):517–21.
- Ngalula J, Urassa M, Mwaluko G et al. Health service use and household expenditure during terminal illness due to AIDS in rural Tanzania. *Tropical Medicine and International Health*, 2002, 7:873–7.

Norrgrén H, Andersson S, Biague AJ et al. Trends and interaction of HIV-1 and HIV-2 in Guinea-Bissau, west Africa: no protection of HIV-2 against HIV-1 infection. *AIDS*, 2000, 14:1276–7.

Orroth KK, Korenromp EL, White RG et al. Comparison of STD prevalences in the Mwanza, Rakai, and Masaka trial populations: the role of selection bias and diagnostic errors. *Sexually Transmitted Infections*, 2003, 79:98–105.

Osmanov S, Pattou C, Walker N, Schwartlander B, Esparza J and the WHO-UNAIDS Network for HIV Isolation and Characterization. Estimated global distribution and regional spread of HIV-1 genetic subtypes in the year 2000. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2002, 29: 184–90.

Range N, Ipuge YA, O'Brien RJ et al. Trend in HIV prevalence among tuberculosis patients in Tanzania, 1991-1998. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2001, 5:405–12.

Sanders EJ, Araya T, Kebede D et al. Mortality impact of AIDS in Addis Ababa, Ethiopia. *AIDS*, 2003, 17(8):1209–16.

Schmid G, Buve A, Mugenyi P et al. Eliminating unsafe injections is important, but will have little impact on HIV transmission in sub-Saharan Africa. Submitted for publication, 2003.

Shisana O, Simbayi L. Nelson Mandela/HSRC study of HIV/AIDS: South African national HIV prevalence, behavioural risks and mass media. Household survey 2002. Cape Town: Human Sciences Research Council. 2002.

Tsegaye A, Rinke De Wit TF, Mekonnen Y et al. Decline in prevalence of HIV-1 infection and syphilis among young women attending antenatal care clinics in Addis Ababa, Ethiopia: results from sentinel surveillance, 1995-2001. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2002, 30: 359–62.

Urassa M, Boerma JT, Isingo R et al. The impact of HIV/AIDS on mortality and household mobility in rural Tanzania. *AIDS*, 2001, 15(15):2017–23.

UNAIDS. Monitoring the declaration of commitment on HIV/AIDS. Guidelines on construction of core indicators. UNAIDS 02/05.1E. Geneva, 2002.

UNAIDS and WHO. Guidelines for second generation HIV surveillance. Geneva: UNAIDS/WHO. WHO/CDS/CSR/EDC/2000.5. UNAIDS/00.03E. 2000.

UNAIDS and WHO. AIDS epidemic update. UNAIDS 02/58E. Geneva, 2002.

United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS, Declaration of Commitment on HIV/AIDS. 25–27 June 2001.

United Nations General Assembly, United Nations Millennium Declaration, Millennium Development Goals, 8 September 2000.

Wawer MJ, Sewankambo NK, Serwadda D, et al. Control of sexually transmitted diseases for AIDS prevention in Uganda: a randomised community trial. *Lancet*, 1999, 353:525–35.

Weiss HA, Buve A, Robinson NJ et al.; Study Group on Heterogeneity of HIV Epidemics in African Cities. The epidemiology of HSV-2 infection and its association with HIV infection in four urban African populations. *AIDS*, 2001, 15(suppl 4):S97–108.

WHO and UNAIDS. Reconciling antenatal clinic based surveillance and population based survey estimates of HIV prevalence in sub-Saharan Africa. WHO/UNAIDS Working Group on global HIV/AIDS and STI surveillance. Geneva, 2003.

Zaba B, Gregson S. Measuring the impact of HIV on fertility in Africa. *AIDS*; 1998;12 (suppl 1):S41-50.

Pour plus d'informations, contacter:
Organisation mondiale de la Santé
Bureau Régional pour l'Afrique
VIH/SIDA
Highlands
P. O. Box BE 773, Belvedere
Harare, Zimbabwe
E-mail: regafro@afro.who.int
Website: <http://www.afro.who.int/aids/>

ISBN 92 9073 100 9



9 789290 231028