



# Programme mondial de lutte contre le VIH/SIDA de la Banque mondiale

Équipe de suivi et évaluation de la lutte mondiale contre le sida (GAMET)



**ACTafrica**  
AIDS Campaign Team for Africa

## Synthèse de la réponse et épidémiologie du VIH/sida en Afrique de l'ouest *implications pour la prévention*



Novembre 2008

### **Titles in this publication series**

**available at: [www.worldbank/aid](http://www.worldbank/aid) > publications**

1. Lessons from World Bank-Supported Initiatives to Fight HIV/AIDS in Countries with IBRD Loans and IDA Credits in Nonaccrual. May 2005.
2. Lessons Learned to date from HIV/AIDS Transport Corridor Projects. August 2005.
3. Accelerating the Education Sector Response to HIV/AIDS in Africa: A Review of World Bank Assistance. August 2005
4. Australia's Successful Response to AIDS and the Role of Law Reform. June 2006.
5. Reducing HIV/AIDS Vulnerability in Central America. December 2006. (English, Spanish)
6. Reducing HIV/AIDS Vulnerability in Central America: *Costa Rica: HIV/AIDS Situation and Response to the Epidemic*. December 2006. (English, Spanish)
7. Reducing HIV/AIDS Vulnerability in Central America: *El Salvador: HIV/AIDS Situation and Response to the Epidemic*. December 2006. (English, Spanish)
8. Reducing HIV/AIDS Vulnerability in Central America: *Guatemala: HIV/AIDS Situation and Response to the Epidemic*. December 2006. (English, Spanish)
9. Reducing HIV/AIDS Vulnerability in Central America: *Honduras: HIV/AIDS Situation and Response to the Epidemic*. December 2006. (English, Spanish)
10. Reducing HIV/AIDS Vulnerability in Central America: *Nicaragua: HIV/AIDS Situation and Response to the Epidemic*. December 2006. (English, Spanish)
11. Reducing HIV/AIDS Vulnerability in Central America: *Panama: HIV/AIDS Situation and Response to the Epidemic*. December 2006. (English, Spanish)
12. Planning and Managing for HIV/AIDS Results – A Handbook September 2007 (English, Spanish, French, Russian)
13. Rapid analysis of HIV epidemiological and HIV response data about vulnerable populations in the Great Lakes Region of Africa. January 2008. (English, French)  
Published with the Great Lakes Initiative on AIDS.
14. HIV/AIDS in Ethiopia - an Epidemiological Synthesis. April 2008. Published with the Ethiopia HIV/AIDS Prevention and Control Office (HAPCO).
15. Blood Services in Central Asian Health Systems: A Clear and Present Danger of Spreading HIV/AIDS and Other Infectious Diseases. May 2008. (English, Russian) Published with World Bank Europe and Central Asia Region.
16. Knowledge, Attitudes and Behavior Related to HIV/AIDS among Transport Sector Workers - *A Case Study of Georgia*. June 2008. Published with World Bank Europe and Central Asia Region.
17. Building on Evidence: A Situational Analysis of the HIV Epidemic and Policy Response in Honduras. October 2008.
18. West Africa HIV/AIDS Epidemiology and Response Synthesis. *Characterisation of the HIV epidemic and response in West Africa: Implications for prevention*. October 2008. (English, French, and summary only in Portuguese)

# **SYNTHESE DE LA REPONSE ET EPIDEMIOLOGIE DU VIH-SIDA EN AFRIQUE DE L'OUEST**

**Caractérisation de l'épidémie de VIH et de la réponse pour contrer cette  
infection en Afrique de l'ouest : implications pour la prévention**

**Rapport du programme mondial de lutte contre le VIH-sida de la  
Banque mondiale**

**Novembre 2008**

## Rapport du programme mondial de lutte contre le VIH-sida de la Banque mondiale

La présente série de rapports est produite par le Réseau pour le développement humain du programme mondial sur le VIH-sida de la Banque mondiale, pour la diffusion rapide et étendue des nouveaux travaux d'intérêt sur le VIH-sida.

Les conclusions, interprétations et conclusions exprimées dans le présent rapport sont de la seule responsabilité de leur(s) auteur(s) et ne sauraient être attribuées à la Banque mondiale, aux organismes qui y sont affiliés ou affiliés à des membres de son Conseil d'administration ou aux pays qu'ils représentent. Pour toute citation et utilisation des documents présentés dans cette série, il convient de noter leur caractère éventuellement temporaire.

Les rapports sont disponibles en lignes à l'adresse suivante : [www.worldbank.org/AIDS](http://www.worldbank.org/AIDS) (choisir l'option "publications").

Pour obtenir des exemplaires gratuits des rapports de la présente série, veuillez contacter l'auteur dont le nom figure en bas de la page (iii) du document. Pour toute question concernant la série et la soumission d'articles, veuillez contacter directement Joy de Beyer ([jdebeyer@worldbank](mailto:jdebeyer@worldbank)).

Photographies de la couverture par Curt Carnemark, Ray Witlin  
© 2008 Banque mondiale

© 2008 The International Bank for Reconstruction and Development /The World Bank,  
1818 H Street, NW, Washington, DC 20433

Tous droits réservés.

# Synthèse de la réponse et épidémiologie du VIH-sida en Afrique de l'Ouest

## Caractérisation de l'épidémie de VIH et de la réponse pour contrer cette infection en Afrique de l'ouest : implications pour la prévention

Catherine M. Lowndes<sup>a</sup>, Michel Alary<sup>b</sup>, Michelyne Belleau<sup>c</sup>, William Kofi Bosu<sup>c</sup>,  
Denagnon Frédéric Kintin<sup>c</sup>, Joseph Asonye Nnorom<sup>c</sup>, Karim Seck<sup>c</sup>,  
Juliana Victor-Ahuchogu<sup>d</sup> et David Wilson<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Health Protection Agency UK ; London School of Hygiene and Tropical Medicine ; Centre hospitalier *affilié* universitaire de Québec

<sup>b</sup> Centre hospitalier *affilié* universitaire de Québec, National Research Scholar of the Fonds de la recherche en santé du Québec (grant no. 8722)

<sup>c</sup> Centre hospitalier *affilié* universitaire de Québec

<sup>d</sup> Banque mondiale

Le présent document a été rédigé dans le cadre du programme de travail de l'Equipe mondiale chargée du suivi et de l'évaluation de la lutte contre le sida (GAMET) afin d'aider les pays --selon le principe « connaître l'épidémie, connaître la réponse »-- à mettre au point des moyens de lutte efficaces contre le VIH-sida qui soient axés sur des résultats et des faits avérés. Il s'agit pour les interventions d'être soigneusement choisies en fonction de priorités, après une définition rigoureuse du profil de l'épidémie dans chaque pays. Ce travail a été financé au titre du Budget et plan de travail unifié de l'ONUSIDA et mené à bien en partenariat par la Banque mondiale et l'ONUSIDA.

**Sommaire** : Cette synthèse examine l'ensemble des données pertinentes disponibles afin de caractériser soigneusement les épidémies de VIH dans 15 pays d'Afrique de l'Ouest, acquérir une meilleure compréhension de la dynamique de la transmission du VIH dans cette sous-région, évaluer la mesure dans laquelle les réponses adressent les dynamiques spécifiques de transmission, et recommander comment améliorer l'efficacité de la réponse en Afrique de l'Ouest.

**Mots-clé** : VIH, sida, épidémie, épidémiologie, réponse, Burkina Faso, Cap-Vert, Côte d'Ivoire, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Liberia, Mali, Niger, Nigeria, Sénégal, Sierra Leone, Togo, Banque mondiale, GAMET / Equipe de suivi et évaluation de la lutte mondiale contre le sida

**Correspondance** : David Wilson, Banque mondiale, 1818 H Street, NW, Washington DC, 20433. tél. : (202) 473- fax : (202) 477- courriel : [dwilson@worldbank.org](mailto:dwilson@worldbank.org)

Vice Président Réseau Développement humain	Joy Phumaphi
Directrice Programme mondial VIH/sida	Debrework Zewdie
Coordinatrice, Equipe mondiale chargée du suivi et de l'évaluation de la lutte contre le sida (GAMET)	Jody Zall Jusek
Chefs de projet	Juliana Victor-Ahuchogu, David Wilson



## Table des matières

Remerciements.....	ix
Synthèse.....	xiii
<b>1. Antécédents et justificatif.....</b>	<b>1</b>
<b>2. Objectifs, portée et limites du rapport.....</b>	<b>3</b>
2.1. Objectifs du rapport.....	3
2.2. Portée et limites du rapport.....	4
<b>3. Cadre conceptuel.....</b>	<b>5</b>
3.1. Hétérogénéité de l'épidémie de VIH.....	5
3.2. Un cadre conceptuel de la transmission du VIH dans le contexte de l'Afrique subsaharienne.....	6
3.3. Groupe cible et groupes relais en Afrique de l'Ouest.....	13
3.3.1. <i>Le commerce du sexe en Afrique de l'Ouest</i> .....	13
3.3.2. <i>Les clients et autres partenaires sexuels des professionnelles du sexes (FSW)</i> .....	16
3.3.3. <i>Hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (HRSH)</i> .....	17
3.3.4. <i>Utilisateurs de drogues par injection (UDI)</i> .....	17
<b>4. L'épidémie de VIH en Afrique de l'Ouest.....</b>	<b>18</b>
4.1. L'épidémie de l'Afrique de l'Ouest recentrée dans le cadre du continent africain. .....	18
4.2. Le contexte socio-économique.....	24
4.3. Sources des données.....	26
4.4. Epidémiologie du VIH et facteurs connexes socioéconomiques et de comportement dans l'ensemble de la population.....	27
4.4.1. <i>Répartition géographique du VIH suivant les enquêtes épidémiologiques</i> .....	27
4.4.2. <i>Ventilation par sexe des infections au VIH dans les enquêtes         épidémiologiques</i> .....	34
4.4.3. <i>Comparaison entre les données de séroprévalence du VIH relevés par les ANC         et celles tirées des enquêtes épidémiologiques</i> .....	35
4.4.4. <i>Indicateurs de comportement sexuel dans l'ensemble de la population et         parmi les jeunes</i> .....	36
4.4.5. <i>Indicateurs de connaissances, attitudes et dépistage du VIH pour l'ensemble         de la population</i> .....	39
4.4.6. <i>Facteurs associés au VIH dans l'ensemble de la population</i> .....	42
4.4.7. <i>Le VIH parmi les couples</i> .....	47
4.5. Epidémiologie du VIH et comportements connexes au sein des populations à haut risque.....	49
4.5.1. <i>Evolutions chronologiques des comportements sexuels et de la prévalence du         VIH, de la gonorrhée et de la chlamydia en présence d'interventions ciblées</i> .....	51
<b>5. Étude de cas : Importance des travailleuses du sexe et de leurs clients pour l'épidémie de VIH, et impact des interventions ciblant ces populations dans le cadre de la lutte contre l'épidémie, au Bénin.....</b>	<b>56</b>

5.1. Analyse des modalités de transmission du VIH à Cotonou .....	56
5.1.1. <i>Epidémiologie du VIH et comportements sexuels connexes, ensemble de la population, groupes de base et groupes relais à Cotonou – tableau de la situation il y a 10 ans</i> .....	56
5.1.2. <i>Comment estimer la dimension des groupes relais à Cotonou : la « méthode indirecte »</i> .....	57
5.1.3. <i>Exposition au VIH des femmes qui ne sont pas des travailleuses professionnelles du sexe (non FSW) (« groupe à faible risque ») dans l'ensemble de la population par les contacts avec les clients masculins des FSW</i> .....	60
5.1.4. <i>Le rôle des FSW et de leurs clients dans les modalités de transmission du VIH à Cotonou</i> .....	60
5.2. Impact des interventions ciblant les FSW et leurs clients au Bénin .....	62
5.2.1. <i>FSW : tendances des infections au VIH et autres IST et emploi du préservatif</i> .....	62
5.2.2. <i>Clients des FSW : tendances des infections au VIH et autres IST et emploi du préservatif</i> .....	64
5.2.3. <i>Interprétation des données</i> .....	65
5.3. Impact des interventions ciblant les groupes de base sur les niveaux de séroprévalence dans l'ensemble de la population .....	66
<b>6. Interprétation des données</b> .....	<b>71</b>
<b>7. Réponse à l'épidémie en Afrique de l'Ouest</b> .....	<b>78</b>
7.1. Introduction .....	78
7.2. Sources de données .....	78
7.3. Historique de la réponse .....	79
7.4. Développements essentiels et contexte des réponses récentes / en cours .....	80
7.5. Cadres de travail/Plans stratégiques nationaux actuels .....	83
7.5.1. <i>Points forts et points faibles des réponses fournies jusqu'à présent</i> .....	83
7.5.2. <i>Structure et contexte des cadres de travail ou plans stratégiques nationaux actuels (CSN)</i> .....	84
7.5.3. <i>Budget et financements des CSN actuels</i> .....	88
<b>8. Analyse critique de la réponse</b> .....	<b>95</b>
8.1. La réponse est-elle adéquate par rapport aux conditions épidémiologiques qui prévalent et aux moteurs principaux de l'épidémie ? .....	95
8.2. Toutes les composantes de la réponse nécessaires pour contenir l'épidémie sont-elles présentes ? .....	100
8.3. Le CSN est-il structuré de manière à garantir une mise en œuvre efficace des interventions prioritaires? .....	101
8.4. La réponse dispose t'elle de financements adéquats ? Les affectations budgétaires reflètent-elles la situation épidémiologique et les principaux moteurs de l'épidémie ? .....	102
8.4.1. <i>Budgets estimatifs</i> .....	102
8.4.3. <i>Décaissement des fonds</i> .....	104

8.5. Où en est la mise en oeuvre des CSN : quels sont les niveaux de couverture atteints par les différents volets de la réponse ? .....	104
8.6. Sera-t-il possible d'évaluer l'impact de la réponse à l'aide du plan des S&E et des mécanismes de surveillance actuels ? .....	107
<b>9. Recommandations.....</b>	<b>109</b>
9.1. Recommandations concernant la recherches nécessaire en matière de surveillance et de prévention .....	109
9.2. Recommandations concernant la réponse à l'épidémie.....	111
<b>10. Références.....</b>	<b>115</b>

### **Liste des figures**

Figure 1: Carte de l'Afrique signalant les pays de l'Afrique de l'Ouest.....	1
Figure 2: Prévalence du VIH parmi les femmes enceintes en Afrique du Sud, .....	7
Figure 3 : Evolution de la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes et les professionnelles du sexe (FSW) à Cotonou, au Bénin .....	7
Figure 4 : Diagramme des schémas de transmission du VIH en Afrique subsaharienne : épidémie concentrée c. épidémie généralisée.....	8
Figure 5 : La majorité des relations sexuelles de nature transactionnelle est le fait d'une minorité de travailleuses professionnelles du sexe (FSW) ayant un grand nombre de clients : exemple de l'État de Karnataka, partie sud de l'Inde.....	15
Figure 6 : Carte de la prévalence du VIH selon les études de prévalence du VIH sur toute la population d'un pays donné en Afrique de l'Ouest .....	27
Figure 7 : Prévalence du VIH (%) par zone de résidence (urbain c. rural) et par sexe au sein de la population générale de 11 pays d'Afrique de l'Ouest.....	33
Figure 8 : Prévalence du VIH (%) par situation de famille et par sexe au sein de la population générale de neuf pays d'Afrique de l'Ouest <sup>1</sup> .....	43
Figure 9 : Prévalence du VIH (%) par niveau d'éducation et par sexe au sein de la population générale de neuf pays d'Afrique de l'Ouest <sup>1</sup> .....	44
Figure 10 : Prévalence du VIH (%) par niveau de richesse et par sexe au sein de la population générale de six pays d'Afrique de l'Ouest <sup>1</sup> .....	45
Figure 11 : Prévalence du VIH (%) par nombre de partenaires et sexe au sein de la population générale de cinq pays d'Afrique de l'Ouest <sup>1</sup> .....	46
Figure 12 : Prévalence du VIH et de la gonorrhée (NG) et taux d'utilisation systématique du préservatif par les travailleuses du sexe avec leurs clients au Bénin, 1993-2005 .....	63
Figure 13 : Tendances évolutives des comportements sexuels des clients des travailleuses du sexe : Bénin, 1998-2005 .....	64
Figure 14 : Tendances évolutives de la prévalence du VIH et des IST chez les clientsdes travailleuses du sexe : Bénin, 1998-2005 .....	65
Figure 15 : Modélisation mathématique de la prévalence du VIH à Cotonou en présence des interventions dans le cadre des projets SIDA-1, SIDA-2 et SIDA-3.....	67
Figure 16 : Structure budgétaire par composante essentielle des Plans stratégiques nationaux (cadres stratégiques nationaux) pour sept pays d'Afrique de l'Ouest avec les données disponibles.....	89
Figure 17 : GHANA : Impact progressif des interventions et budgets et budget différentiel, modèle basé sur les objectifs, 2006-2010 .....	91

## Liste des tableaux

Tableau 1 : Prévalence du VIH, circoncision masculine et comportements sexuels en Afrique subsaharienne.....	21
Tableau 2 : Indicateurs socioéconomiques et sanitaires fondamentaux, pays de l'Afrique de l'Ouest.....	25
Tableau 3 : Indicateurs sur la prévalence du VIH et sur les comportements au sein de l'ensemble de la population et de la jeunesse de 12 Afrique de l'Ouest où des enquêtes de populations ont été réalisées récemment.....	29
Tableau 4 : Séroprévalence (en %) sur les sites sentinelles des ANC, études épidémiologiques générales et des groupes vulnérables au sein de 15 pays d'Afrique de l'Ouest.....	31
Tableau 5. Indicateurs relatifs aux connaissances, aux attitudes et aux tests de dépistage du VIH tirés des études épidémiologiques générales portant sur 11 pays d'Afrique de l'Ouest.....	40
Tableau 6 : Données sur les taux d'infection au VIH des couples dans sept pays d'Afrique de l'Ouest pour lesquels ces données ont été recueillies dans le cadre d'études sur la séroprévalence dans l'ensemble de la population.....	48
Tableau 7 : Prévalence du VIH, de la gonorrhée et de la chlamydia, et emploi du préservatif au sein du groupe des travailleuses professionnelles du sexe et de leurs clients définie par des enquêtes de surveillance comportementale et biologique en deux phases (IBBS) réalisées par le Projet Sida-3 en 2002-03 et 2005-06 dans huit pays d'Afrique de l'Ouest.....	53
Tableau 8 : Séroprévalence à Cotonou, au Bénin, au sein de groupes de population choisis : 1998-1999.....	57
Tableau 9 : Estimation de la taille des groupes relais à Cotonou : la "méthode indirecte".....	59
Tableau 10 : Axes stratégiques et budget des plans stratégiques nationaux (ou cadres stratégiques nationaux) de 10 pays d'Afrique de l'Ouest.....	85
Tableau 11 : Cadre national stratégique du Ghana pour la lutte contre le VIH-sida 2006-10 : Objectifs liés à l'accès universel pour 2008 et 2010.....	86
Tableau 12 : Couverture estimée par les traitements aux ARV dans 10 pays d'Afrique de l'Ouest à la fin du mois de décembre 2007.....	90
Tableau 13 : Ressources requises pour la mise en application du CTSN-II du Ghana 2006-2010 (modèle de définition des ressources requises.....	92
Tableau 14 : Ghana: Ventilation du budget pour le programme de travail 2007 (en \$ US) par source de financement et par domaine d'intervention.....	93
Tableau 15 : Ghana -Ventilation du budget du programme annuel de travail 2007 (en \$ US) par affectation aux activités de prévention (communications au services des changements de comportements) dans les groupes les plus à risque.....	93
Tableau 16 : GHANA - Impact progressif des interventions de lutte contre le VIH en ordre croissant des coûts unitaires, modèle d'objectifs, 2006-2010.....	94
Tableau 17 : Ratios reliant le budget du Cadre de travail stratégique national de 10 pays d'Afrique de l'Ouest et certains indicateurs relatifs au VIH.....	97

## Remerciements

La présente synthèse des données et autres informations disponibles sur l'épidémie de VIH-sida dans quinze pays de l'Afrique de l'Ouest s'inscrit dans le cadre des activités de soutien aux pays s'appuyant sur le principe « connaître l'épidémie » de l'Equipe mondiale chargée du suivi et de l'évaluation de la lutte contre le sida (GAMET). Une définition détaillée et rigoureuse du profil de l'épidémie permettant de cerner notamment les comportements et les groupes sociaux responsables de la plupart des nouvelles infections est la première étape indispensable d'une réponse axée sur des résultats et des faits avérés, à même de prévenir efficacement l'apparition de nouveaux cas. Une prévention réussie permet aux pays d'intensifier les volets traitement, prise en charge et atténuation des conséquences dans le but de favoriser l'accès universel aux services de lutte contre le VIH-sida pour tous ceux qui en ont besoin. Nous formons le vœu que ce travail sera utile aux responsables de la lutte contre le sida pour leur permettre de « connaître l'épidémie » et de « connaître la réponse », qu'il leur permettra d'ajuster au mieux leur réaction face à l'épidémie afin d'être davantage aptes à obtenir des résultats.

Le travail a été réalisé avec la collaboration des Conseils nationaux de lutte contre le sida et des programmes de lutte contre le sida du Burkina Faso, du Bénin, de la Côte d'Ivoire, du Cap-Vert, de la Gambie, de la Guinée-Bissau, du Ghana, de la Guinée, du Libéria, du Mali, du Nigéria, du Niger, de la Sierra Leone, du Sénégal et du Togo. Nos vifs remerciements à tous ceux qui ont proposé leur conseil, des documents, des données et toutes sortes de services.

L'entreprise a été dirigée par Juliana Victor-Ahuchogu (Chef de projet) et David Wilson (tous deux membres de l'équipe mondiale chargée du suivi et de l'évaluation de la lutte contre le sida - GAMET, Banque Mondiale), avec la collaboration de Jody Zall Kusek. Michel Alary, du Centre hospitalier *affilié* universitaire de Québec (CHA) et Catherine M. Lowndes de la Health Protection Agency et le CHA en sont les auteurs principaux, et ils ont assuré la direction de l'équipe des consultants qui a collecté et analysé les données ; elle comprenait également Michelyne Belleau, William Kofi Bosu, Denagnon Frédéric Kintin, Joseph Asonye Nnorom et Karim Seck. Stéphanie Camden s'est chargée de l'analyse statistique, Johanne Leroux des questions administratives, Céline Valin du secrétariat. Nos remerciements s'adressent aussi à Clémence Agossa, Souleymane Diabaté, Ivana Bozicevic et Marie-Claude Boily pour leur contribution. Joy de Beyer et N'Della N'Jie du Programme mondial de lutte contre le VIH-sida de la Banque Mondiale ont veillé au parachèvement du présent rapport. La traduction française a été assurée par Pascale F. Ledeur-Kraus et Catherine Gibeault-Becq.

Ce travail a été mené à bien en partenariat avec l'ONUSIDA et nous remercions les bureaux locaux de l'ONUSIDA et de l'OMS de la documentation et de l'assistance qu'ils ont bien voulu nous fournir. Nous remercions notamment Meskerem Gruntizky-Bekelem (Equipe régionale d'appui de l'ONUSIDA pour l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique centrale), Aliou Assani, Peter Ghys Nicolas Meda et Dirk van Hove de leur contribution. Nous tenons par ailleurs à remercier les personnes suivantes qui ont bien voulu revoir et commenter le présent rapport : Stephen Moses (Université du Manitoba), Mabingue Ngom (le Fonds

mondial), Aisha Talib et ses collègues (USAID), Bert Voetberg, René Bonnel, Robert Oelrichs, Joy de Beyer (Banque mondiale), et Nicole Fraser pour leur concours. L'équipe marque son appréciation à Elizabeth Lule (Directrice de l'équipe de la campagne de lutte anti-sida pour l'Afrique, ACTAfrica, Banque mondiale), pour son soutien et sa précieuse collaboration, et à ACTAfrica pour son appui technique et financier.

Notre reconnaissance s'adresse enfin à tous les chercheurs, tous ceux qui ont collaboré à ces enquêtes, qui ont recueilli des données, apporté des éléments d'appréciation dont l'ensemble, revu et synthétisé, étaye le présent rapport.

## Sigles et abréviations

ACDI	Agence canadienne de Développement
AIS	Enquête d'indicateurs sur le sida
ART	Thérapie aux antirétroviraux ; thérapie ARV
ANC	Consultations prénatales
CCC	Communication des changements de comportement
CDV	Conseils et dépistage volontaire
CIDA	Agence canadienne de développement international
EDS	Enquête démographique et de santé
ESC	Enquête sur la surveillance des comportements
DIST	Dispensaire IST
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la Population
FSW	Professionnelles du sexe
GFATM	Fonds mondial pour la lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme
HAART	Thérapie antirétrovirale hautement active
HRSH	Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
IBBS	Enquête de surveillance biologique et de comportement
IEC	Information, éducation et communication
IST	Infections sexuellement transmissibles
OMS	Organisation mondiale de la Santé
MARP	Populations les plus exposées (populations vulnérables)
MICS	Enquête à indicateurs multiples
MRC	Conseil pour la recherche médicale
NAC	Conseil / Commission / Comité national(e) de lutte contre le VIH-sida
NAS	Secrétariat national de lutte contre le sida
ONG	Organisation non-gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH-sida
PAF	Fraction étiologique de cas (due aux facteurs)
PMTCT	Prévention de la transmission de la mère à l'enfant
PNLS	Programme national de lutte contre le VIH-sida
PSN	Plan stratégique national de lutte contre le VIH-sida
PPS	Programme plurinational de lutte contre le VIH-sida pour l'Afrique
PVVIH	Personnes vivant avec le VIH
S&E	Suivi et évaluation
Sida	Syndrome de l'immunodéficience acquise
TCS	Travailleur commercial du sexe
UDI	Utilisateurs de drogues injectables
UNFPA	Le Fonds des Nations Unies pour la population
UNGASS	Session extraordinaire de l'assemblée générale des nations unies sur le VIH/sida
VIH	Virus de l'immunodéficience acquise



## Synthèse

La synthèse ci après offre une description du profil des épidémies de VIH dans 15 pays d'Afrique de l'Ouest, au Bénin, au Burkina Faso, en Côte d'Ivoire, au Ghana, en Guinée, au Mali, au Niger, au Nigeria, au Sénégal, au Togo, au Cap-Vert, en Gambie, en Guinée-Bissau, au Liberia, et en Sierra Leone. Elle met l'accent sur le stade atteint par l'épidémie dans chaque pays selon qu'elle est concentrée ou généralisée et sur ce que cela implique pour une prévention effective. La nécessité impérieuse de s'atteler à un travail analytique rigoureux afin de munir les pays d'une base analytique aux fins d'action spécifique a motivé notre travail. L'équipe chargée de l'analyse a examiné par le menu puis interprété toutes les données de surveillance, d'enquête et de recherche disponibles (dont la quantité et la qualité ont sensiblement varié de pays en pays). Pour les dix premiers pays cités, des visites sur le terrain ont favorisé les entretiens et une quête plus approfondie de données et autres informations. La réponse programmatique à l'épidémie de VIH/sida a également été évaluée de manière à formuler des recommandations propres à améliorer l'affectation des ressources et l'efficacité du programme de lutte.

### Principales constatations - les épidémies de VIH en Afrique de l'Ouest

**S'il est vrai que le VIH s'est moins répandu en Afrique de l'Ouest qu'on ne l'avait prévu à l'origine, la région se trouve néanmoins aux prises avec une épidémie grave.**

Des études épidémiologiques récentes sur la prévalence du VIH montrent que la surveillance des centres de consultation prénataux (ANC) a tendance à surestimer la prévalence du VIH dans l'ensemble de la population pour la plupart des contextes ouest africains et que l'épidémie est moins généralisée qu'on ne l'avait pensé à l'origine. Il n'en demeure pas moins que l'épidémie de VIH en Afrique de l'Ouest est grave dans la mesure où près de cinq millions d'adultes et d'enfants sont séropositifs. En Côte d'Ivoire, la prévalence est de 4,7 %, au Ghana de 2,2 %, elle a atteint 1,8 % au Burkina Faso. Au Bénin, en Gambie, en Guinée Conakry, en Guinée-Bissau, au Liberia, au Mali, au Nigeria, en Sierra Leone et au Togo, la prévalence démographique oscille entre 1,2 % et 1,5 %, tandis que la prévalence selon les centres ANC se situe entre 2,8 % et 6,7 %. Le Sénégal, le Niger et le Cap-Vert présentent une prévalence inférieure à 1%. Les données disponibles signalent une situation beaucoup plus « mixte » et complexe que de simples définitions ne peuvent décrire.

### **Différence dans la prévalence selon le lieu (zone rurale/urbaine) et le sexe des sujets**

: La prévalence du VIH est au moins 1,3 fois supérieure (et parfois double) dans les zones urbaines comparées aux zones rurales dans neuf des 11 pays pour lesquels des données existent. Le Cap-Vert est le seul pays comptant une forte prédominance de cas parmi les hommes ; au Burkina Faso, au Niger et en Sierra Leone, le taux de séropositivité par sexe est proche de 1 tandis que l'on dénombre beaucoup plus de femmes contaminées au Bénin, en Côte d'Ivoire, au Ghana, en Guinée, au Liberia, au Mali et au Sénégal. Le coefficient de prévalence femme/homme situé entre 1,5 et 2,25 s'explique -peut être en partie- par les taux plus faibles de participation des hommes aux enquêtes, mais il démontre que la féminisation de l'épidémie a atteint sa maturité.

Les données, à l'instar de la recherche, démontrent à l'envi que **les taux élevés de circoncision masculine** dans la plupart des pays d'Afrique de l'Ouest **ont contribué à contenir la propagation du VIH** et autres infections sexuellement transmissibles (IST). Rien n'indique toutefois que la circoncision masculine diminue directement la transmission aux femmes ou aux hommes, pour ceux qui ont des rapports avec les hommes.

Un trait propre aux épidémies de VIH en Afrique de l'Ouest est la présence de souches de VIH-2, moins transmissibles qui tendent à évoluer plus lentement vers la maladie. Cependant, dans la plupart des pays, l'importance relative du VIH de type 1 s'est accrue et continue de progresser.

**Les groupes cibles et relais les plus importants dans les épidémies de l'Afrique de l'Ouest sont les professionnelles du sexe (FSW) et leurs clients.** Le travail sexuel revêt plusieurs aspects en Afrique de l'Ouest et a évolué au fil du temps. Autrefois, de nombreuses FSW étaient originaires du Ghana et exerçaient dans un endroit fixe (« les établies ». Aujourd'hui leur ont succédé, des femmes d'autres pays, notamment des Nigériennes et des femmes locales. Les étrangères ont tendance à pratiquer une prostitution « au vu de tous », dite « professionnelle ou officielle » et se présentent comme telles, elles n'ont pas d'autre source de revenu et exercent dans les grandes villes. La prostitution « clandestine », non déclarée, semi professionnelle ou non, semble se développer qui concerne le plus souvent des femmes plus jeunes, locales, dont la plupart ne s'identifient pas à des professionnelles du sexe car elles ont d'autres métiers, moins de clients, qu'elles utilisent moins le préservatif et présentent des taux plus élevés d'IST curables.

Un nombre considérable de professionnelles du sexe (FSW) assure la majorité du commerce sexuel (par acte), et même si elles ne sont qu'une minorité de celles qui se livrent au commerce sexuel, elles constituent néanmoins une cible importante. A l'autre extrémité du spectre, les limites entre les rapports commerciaux et ceux qui ne le sont pas, sont floues. Les jeunes femmes qui échangent des faveurs sexuelles contre des cadeaux et/ou de l'argent sans considérer pour autant qu'elles « se vendent » tendent à ne pas avoir un grand nombre de partenaires sexuels ; en revanche, ces partenaires seront peut être plus âgés et ont eux même des rapports concomitants avec des personnes du sexe opposé ou du même sexe. C'est précisément ce qui rend ces relations préoccupantes au point qu'elles méritent d'être étudiées de plus près en mettant l'accent sur une éducation des jeunes axée sur la prévention.

Les études portant sur l'Afrique de l'Ouest montrent que **les clients des FSW sont issus de tous les milieux et de toutes les professions.** Il est extrêmement difficile de se procurer des données exactes concernant la proportion d'hommes ayant des rapports sexuels avec des travailleuses du sexe tant ces faits sont insuffisamment déclarés. Selon les EDS s'appuyant sur les enquêtes épidémiologiques auprès des ménages, seuls 1,3 à 2,9 % des hommes signalent avoir payé pour des services sexuels au cours de l'année écoulée, mais il s'agit sans doute là de sous-estimations grossières pour cause de préjugés sociaux et critères de sélection (en effet les enquêtes négligent complètement la situation

de ces hommes que leur métier tient éloigné de leur foyer, qui vivent dans des casernes ou autres établissements). D'autres sources de données et calculs d'estimation indiquent que la proportion d'homme qui constitue des clients est probablement dix fois supérieure aux estimations EDS. La recherche signale que des **pourcentages élevés d'hommes exerçant un métier exigeant leur mobilité payent pour ces services** – notamment les chauffeurs routiers, les travailleurs saisonniers, les contingents de la police et de l'armée, les mineurs, les pêcheurs (selon les pays) qui passent beaucoup de temps séparés de leurs familles. Outre leurs partenaires FSW, ces hommes peuvent également accuser une fréquence élevée de rapports sexuels avec des partenaires non professionnelles assurant ainsi « le relai » entre les professionnelles du sexe et tout le reste de la population.

Les campagnes de sensibilisation au VIH/sida ont amené les hommes à se tourner de moins en moins vers les professionnelles déclarées, notamment celles qui officient dans les maisons closes ou autres établissements de tolérance quitte à rechercher, pour des rapports rémunérés, des femmes qui ne sont pas, à l'évidence, des travailleuses du sexe mais sont perçues comme présentant moins de risques et avec lesquelles l'utilisation du préservatif est moins courante.

### **L'importance du rôle des HRSH dans l'épidémie de VIH est de plus en plus reconnue.**

La prévalence du VIH parmi les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes (HRSH) varie entre 13,5 % et 25,3 % dans différents pays, soit des pourcentages nettement plus élevés que chez n'importe quel autre groupe d'hommes fortement exposés au risque. Les données disponibles signalent qu'il existe des taux élevés de coïts anaux non protégés, qu'ils soient rémunérés ou non, entre les HRSH en Afrique de l'Ouest de même que des partenaires multiples. Ces HRSH sont, le plus souvent, également mariés et/ou ont des rapports sexuels avec d'autres femmes en utilisant très peu le préservatif, de sorte qu'ils agissent en tant que relais de transmission du VIH entre les HRSH et les femmes. Au Sénégal, où une prévalence de 21,5 % parmi les HRSH a été constatée à Dakar, poser l'hypothèse que 3 % des hommes ont des rapports sexuels avec des hommes revient à estimer que 20 % des cas actuels d'infection au VIH sont imputables aux rapports sexuels entre hommes.

**On ne dispose guère d'information concernant l'utilisation de drogues par injection** en Afrique de l'Ouest. Un travail de fond et une vigilance accrue sont nécessaires pour bien cerner leur apparition. Les taux d'incidence du VIH pourraient dès lors se multiplier à vive allure en raison de la grande efficacité de la transmission par intraveineuse et la structure des réseaux de partage de seringues et d'aiguilles.

**Le fait d'être renseigné sur l'usage du préservatif** afin de prévenir la transmission du VIH est courant au Bénin, chez les hommes comme chez les femmes et dépasse les 80 % des hommes dans deux autres pays : le Ghana et la Guinée. Dans tous les pays, excepté le Sénégal où 74 % des hommes et des femmes sont renseignés, un nombre d'hommes supérieur de 10 à 20 % par rapport aux femmes sait que les préservatifs peuvent empêcher la transmission du VIH. Cet indicateur est inférieur à 50 % chez les femmes du Burkina Faso, du Liberia et du Nigeria. **L'utilisation du préservatif est loin d'être optimale.** Son emploi lors des derniers rapports extraconjugaux était nettement plus

élevé chez les hommes, plus important au Burkina Faso et au Sénégal chez les hommes (60 - 70 %) et chez les femmes (30 - 40 %) comparé aux autres pays où son utilisation oscillait entre 37 % et 52 % chez les hommes et entre 6 % et 26 % chez les femmes.

Les différences de **niveaux dans les comportements à risque** sont à rapprocher des différences dans la prévalence du VIH au sein des pays et entre eux, encore que la rareté de données récentes entrave toute analyse. Un ensemble de comportements à risque pourrait ainsi expliquer la séroprévalence nettement plus élevée en Côte d'Ivoire comparée aux autres pays : la proportion d'hommes et de femmes qui rapportent avoir eu plus d'un partenaire au cours de l'année écoulée, les rapports sexuels extraconjugaux des couples mariés (signalés par plus de 25 % des hommes et 5 % des femmes), l'activité sexuelle entre jeunes non mariés, la différence d'âge- importante- entre des filles sexuellement actives de 15 à 19 ans et leurs partenaires masculins, sont autant de comportements dont la proportion est parmi la plus élevée de tous les pays. Sans omettre une faible utilisation du préservatif. Quant aux relations sexuelles extraconjugales, si elles sont nettement moins fréquentes au Niger (signalées par 1,9 % des hommes et 0,1 % des femmes), elles se sont révélées beaucoup plus courantes en Côte d'Ivoire et en Guinée où la prévalence, parmi les femmes en zone urbaine, compte parmi l'une des plus élevées de la région. Les rapports sexuels avant le mariage sont moins fréquents dans les pays dont  $\geq 90$  % de la population est musulmane (Mali, Sénégal et Niger) ; en revanche, ils sont les plus répandus en Côte d'Ivoire où plus de 50 % des jeunes célibataires (hommes et femmes), sont sexuellement actifs.

### **Interprétation des données**

**Mettre davantage l'accent sur la prévention s'impose spécialement pour les groupes à risque que l'épidémie et sa transmission ciblent essentiellement.** La prévalence chez les FSW comme chez les HRSH (lorsque des données sont disponibles) est presque toujours dix fois plus élevée (quand ce n'est pas pire dans certains cas) que dans l'ensemble de la population. Ces différentiels considérables dans la prévalence, le rythme important de changement de partenaire alliés à une utilisation insuffisante du préservatif par ces groupes fortement exposés au risque montrent bien que ces derniers constituent une proportion élevée des cas de VIH. S'ils veulent aboutir, il importe que les efforts effectifs de prévention visent une couverture massive de ces groupes. Ce qui s'applique à la Côte d'Ivoire où l'épidémie est beaucoup plus généralisée que dans tout autre pays d'Afrique de l'Ouest.

Les données issues des EDS et autres enquêtes montrent qu'il existe un potentiel de transmission du VIH *au sein* de la plupart sinon dans l'intégralité des pays d'Afrique de l'Ouest, considérant la faible séroprévalence relative dans la plupart des pays d'Afrique de l'Ouest comparés aux pays d'Afrique subsaharienne. Il est donc très probable que la circoncision masculine ait largement épargné à la plupart des pays d'Afrique de l'Ouest des épidémies généralisées. Il est difficile de déterminer sur la base des données disponibles, si les réseaux sexuels dans l'ensemble de la population suffisent à entretenir l'épidémie, *indépendamment* des groupes démographiques à haut risque.

En **Côte d'Ivoire**, l'épidémie est nettement plus généralisée que partout ailleurs en Afrique de l'Ouest. L'explication tient à une éventuelle propagation rapide du VIH parmi les groupes cibles pendant la deuxième moitié des années quatre-vingt et au début des années quatre-vingt dix avec une prévalence très marquée parmi les nombreuses FSW à propos desquelles on dispose d'une abondante documentation à Abidjan. Dans l'ensemble de la population, on recense très fréquemment des comportements sexuels à risque chez les hommes, auxquels s'ajoutent des comportements sexuels risqués -plus élevés que la moyenne- chez les femmes. Autant de facteurs responsables d'une épidémie au stade généralisé où la transmission soutenue demeure le fait de groupes non vulnérables. Cependant, puisqu'une transmission importante se produit encore essentiellement entre groupes cibles et ensemble de la population par le fait de relais, il serait peut être plus approprié de parler d'épidémie « mixte ».

Au **Ghana et au Burkina Faso** (notamment les zones urbaines de ce dernier), l'épidémie a été sensiblement provoquée par de multiples échanges avec la Côte d'Ivoire. Au Ghana, elle est surtout liée à l'arrivée des femmes qui ont émigré d'Agomanya vers la Côte d'Ivoire, où elles ont contracté l'infection en se prostituant avant de retourner chez elles par la suite alimenter la propagation du VIH dans ce centre administratif du Ghana qui connaît la prévalence la plus importante du pays. Au Burkina Faso, elle tient au nombre imposant de Burkinabés qui émigrent temporairement en Côte d'Ivoire pour y travailler.

Quant à la situation en **Guinée-Bissau**, elle est difficile à définir du fait que ce pays est l'épicentre de l'épidémie de VIH de type 2 et parce qu'il n'existe pas de données épidémiologiques récentes. Même chose au **Nigeria** où un profil est impossible à établir en l'absence de données épidémiologiques sur la séroprévalence. Il n'en demeure pas moins que le Nigeria fait indéniablement partie des pays les plus lourdement affectés par le VIH dans le monde. Considérant les variations sensibles de la prévalence relevées dans les centres de consultation prénatales (ANC) suivant les états, (entre 1,6 % dans l'état d'Ekiti et 10 % dans l'état de Benue en 2005), il est tout à fait plausible que certaines région de ce pays immense soient la proie d'une épidémie généralisée tandis que d'autres font face à une épidémie concentrée.

Enfin, d'abondantes données transversales sériées, provenant du Bénin et d'Abidjan en Côte d'Ivoire, dans une moindre mesure, du Burkina Faso, du Ghana, de la Guinée, du Niger, du Sénégal et du Togo, indiquent que **les interventions de prévention visant les FSW et leurs clients peuvent avoir un effet significatif sur le VIH, les IST et l'utilisation du préservatif dans ces groupes démographiques**. Une modélisation mathématique à partir de données recueillies à Cotonou, au Bénin, signale que ce type d'intervention peut également avoir un effet certain sur l'incidence et la prévalence du VIH chez les femmes qui se trouvent sur place. Les interventions menées pendant 15 ans de 1993 à 2007 dans le cadre de Projet SIDA-1/2/3, auraient réussi à prévenir près des deux tiers des nouveaux cas de VIH chez les FSW et la moitié des infections parmi les femmes vivant à Cotonou. Ces résultats démontrent l'efficacité des interventions visant les groupes cibles dans le contexte de l'Afrique de l'Ouest où une forte proportion des infections au VIH résulte des rapports sexuels entre les FSW et leurs clients.

## ***Recommandations en matière de surveillance et besoins de recherche concernant la prévention***

1. **Elargir le nombre des sites sentinelles ANC** dans les nombreux pays où cela n'a pas encore été fait, quitte à en mettre en place dans les zones rurales pour garantir une meilleure représentativité de la surveillance sentinelle des centres ANC.
2. **Effectuer des enquêtes épidémiologiques** sur la prévalence du VIH, les connaissances, attitudes, comportements sexuels et tests de dépistage dans les pays où ces recherches n'ont pas encore été menées. Recommencer l'opération tous les cinq ans. Ajouter un volet concernant les résultats des tests de dépistage et l'accès au traitement et, plus spécifiquement, suivre les comportements sexuels des PVVIH.
3. **Procéder systématiquement à des enquêtes de surveillance biologiques et de comportement** tous les 2-3 ans, comportant-surtout au début-un volet IST auprès des FSW et de leurs clients (à l'échelle nationale), auprès des HRSH ( en commençant par les zones urbaines dans un premier temps) avant d'en élargir la couverture avec le temps, en terminant par les autres groupes sociaux fortement exposés au risque comme les prisonniers, les services portant un uniforme et tout autre groupe pertinent selon le pays en cause.
4. **Engager des travaux de recherche spécifique dans le but :**
  - **D'identifier et dénombrer les FSW** pour mieux comprendre la manière dont les différents types de travail sexuel augmentent le volume des rapports rémunérés, prendre en compte les partenaires payants et non payants des FSW afin de concevoir des interventions plus efficaces et en assurer le suivi.
  - **Définir le groupe démographique correspondant aux HRSH** dimensionner les estimations et la recherche opérationnelle aux fins d'un meilleur ciblage de ces personnes par les interventions de prévention;
  - **Evaluer l'ampleur de l'utilisation de drogues par injection** et sa contribution potentielle aux épidémies de VIH.
  - Se servir de moyens de sondage novateurs et de qualité afin **de produire des estimations plus fines sur le recours des hommes à des services sexuels commerciaux ou autres transactions sexuelles**;
  - **Assurer le suivi de la prévalence du VIH et du comportement sexuel des jeunes**, élucider -et éviter- l'éventuelle augmentation des transactions sexuelles parmi eux.
5. **Analyser plus à fond les EDS et autres données relatives à la prévalence du VIH dans l'ensemble de la population** afin de mieux cerner les causes de la prévalence des infections au VIH dans l'ensemble de la population.
6. Améliorer le repérage des épidémies par:

- **Un perfectionnement et une augmentation du nombre des indicateurs de comportement arrêtés par l' UNGASS en 2008** afin de mieux appréhender les comportements à risque (redéfinir et bien spécifier ce que l'on entend par « recours à l'utilisation du préservatif lors de rapports sexuels à risque », ajouter des indicateurs relatifs aux rapports sexuels extra conjugaux, aux rapports sexuels avec les FSW, définir des objectifs de couverture nationale sur la base d'estimations calculées de la taille des groupes démographiques fortement exposés aux risques) et prendre en compte la part du budget de la lutte contre le VIH/sida consacrée à ces groupes cibles spécifiques.
- **La mise en place d'un dispositif de suivi avec des indicateurs plus pointus dans les lieux où des programmes ciblent les FSW et autres groupes démographiques très exposés au risque**, prévoir notamment, une évaluation des dénominateurs démographiques aux fins de couverture ainsi qu'un système permettant de repérer le nombre de personnes touchées par les interventions sur le terrain, le nombre de celles qui se rendent aux dispensaires pour soigner des IST et subir des tests de dépistage du VIH, et recenser, par personne, la fréquence de ces démarches.
- **Une estimation de l'incidence du VIH au sein des groupes démographiques très exposés au risque** en faisant appel aux nouveaux moyens de dépistage pour les sujets ayant présenté une séropositivité récente (le test STARHS), une fois cette méthodologie bien adaptée au contexte africain.

### *Recommandations concernant la réponse face à l'épidémie*

L'analyse de la réponse face aux épidémies du Bénin, du Burkina Faso, de la Côte d'Ivoire, du Ghana, de la Guinée, du Mali, du Niger, du Nigeria, du Sénégal et du Togo, appelle les recommandations suivantes:

7. **Reconnaître son importance à la prévention** - Faire pression, à tous les niveaux pour attirer davantage l'attention sur la prévention et en financer les activités. (En effet, dans la plupart des pays pour lesquels on dispose de données, la prévention se révèle insuffisamment pourvue budgétairement et nettement sous-financée).

#### Populations fortement exposées aux risques

8. **Groupes prioritaires pour la prévention** - Cerner et classer par rang de priorité les groupes cibles de la prévention suivant la prévalence relative du VIH parmi eux et leur éventuelle responsabilité dans l'épidémie, soit : les **groupes cibles** qu'il importe de viser -outre les FSW- afin de prendre en compte les HRSH, les prisonniers et éventuellement les UDI. Les **groupes relais** chez qui la prévalence est supérieure à la moyenne, comprennent les clients des FSW, les partenaires non payant des FSW(y compris les partenaires habituels et les hommes impliqués dans le commerce du sexe), les hommes portant un uniforme, les chauffeurs routiers et autres personnes caractérisées par leur mobilité.

- **Mettre au point une BCC spécifique pour ces groupes**, tout en facilitant le traitement des IST et la disponibilité de préservatifs. **Encourager le test de dépistage chez les hommes**, notamment lorsqu'ils présentent une IST.
9. **Procéder aux affectation de ressource sur la base de faits avérés** – Réserver des enveloppes pour les activités de prévention en fonction de l'effet escompté de la prévention des infections parmi les groupes prioritaires:
- **Accorder la priorité au financement des activités de prévention parmi les FSW et leurs clients**, étant donné que la réduction de la transmission du VIH par les FSW peut avoir des répercussions sensibles sur la prévalence du VIH dans l'ensemble de la population;
  - **Financer suivant une méthode holistique et coordonnée les interventions ciblant les groupes démographiques les plus exposés au risque** y compris un ensemble précis de services minimum intégrés et gratuits (notamment la vulgarisation, la communication pour le changement de comportement, en association avec des ONG, en faisant appel des éducateurs parmi les pairs ; une formation et un soutien pour les ONG et les pairs chargés de l'éducation ; un approvisionnement gratuit en préservatifs, une prise en charge des IST, des services de conseil et de dépistage volontaire VCT, avec les éléments prévoyant soins et soutien en cas de séropositivité).
  - **Prévoir un budget pour des activités de repérage** afin d'estimer la taille des groupes les plus exposés aux risques au niveau de chaque pays dans le but d'assurer **le suivi et l'évaluation des interventions** suivant leurs différents niveaux de couverture.
10. **Intensifier les actions qui « marchent »** - Les interventions en faveur des FSW et autres groupes à risque essentiels, doivent être intensifiées au niveau national ou provincial. Un dépistage fréquent du VIH doit également être encouragé chez les FSW de même qu'un accès aux multithérapies antirétrovirales hautement actives (HAART). D'excellentes modélisations existent en Afrique de l'Ouest sur lesquelles s'appuyer pour intensifier les interventions visant les FSW comme SIDA-3, PAPO-HV en Côte d'Ivoire, l'initiative Yerelon au Burkina Faso ainsi que d'autres modélisations provenant d'ailleurs comme l'initiative Avahan en Inde.
11. **Engager des interventions structurelles** incluant un travail de fond avec la police pour diminuer la violence et les raids ainsi qu'avec les hommes impliqués dans le commerce du sexe (les proxénètes, les propriétaires de maisons closes, le personnel de sécurité et autres etc.) afin de compter sur leur aide, devrait faire partie intégrante des interventions essentielles en faveur des FSW et autres groupes sociaux fortement marginalisés et frappés d'ostracisme pour diminuer la stigmatisation et la violence en favorisant la création d'un environnement permettant aux interventions de donner toute leur mesure. Il s'agit d'une démarche fondamentale en ce qui concerne les HRSH, un groupe social fortement stigmatisé.

## Le reste de la population

12. **Assurer un lien solide entre le dépistage, le traitement, la prise en charge et la prévention afin de réduire la transmission exogène** - l'expansion massive des services de VCT, de PMTCT et de traitement du sida offre de grandes possibilités propres à rapprocher la prise en charge et la prévention:

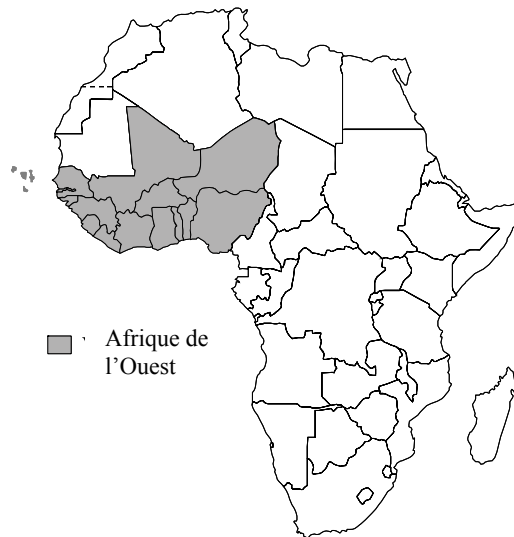
- **Mettre en place des services proposant un dépistage du VIH qui s'adresse au couple**, assortis d'un service de conseil approprié et culturellement adapté assorti d'un soutien afin d'éviter les répercussions négatives des diagnostics positifs au sein des couples (réactions violentes etc.) Mesure particulièrement importante au vu des données provenant de nombreux pays, selon lesquelles, la plupart des cas de VIH concernent des couples qui ne s'entendent pas (un seul des partenaires se révélant séropositif).
- **Encourager fortement les femmes enceintes à se soumettre au test en même temps que leurs partenaires.**
- **Promouvoir la diminution du nombre des partenaires dans le cadre des interventions de communication BCC**
- Invoquer tous les arguments possibles -au niveau des individus comme de la société (les médias etc.)- pour **atténuer l'ostracisme associé au VIH**, accroître l'information et la compréhension tout en encourageant et défendant la révélation de la séropositivité aux fins d'adoption de comportements plus prudents par les PVVIH.
- **Associer les services VCT à une éducation préventive destinée aux sujets séronégatifs**, se servir de la communication du résultat négatif pour insister sur la prudence continue dans les comportements sexuels.
- **Faire en sorte de proposer des services de conseil et de dépistage (VCT) de la plus haute qualité** : conseil avant et après le test, délais d'attente, etc.
- **Etablir un lien entre les interventions à titre préventif et le traitement et prise en charge des PVVIH** en vue de **limiter la transmission exogène du VIH** (les PVVIH doivent être perçus comme étant la cible des activités de prévention).
- **Relier les services de traitement des IST aux services VCT** - Les sujets présentant les symptômes d'une IST (hommes souffrant d'urétrite, hommes et femmes présentant des lésions génitales, en exceptant les femmes qui ont des leucorrhées) devraient être fortement encouragés à se soumettre au test de dépistage du VIH. Une IST atteste d'un comportement récent entaché de risques importants et la probabilité d'une primo-infection au VIH est plus élevée chez les sujets souffrant d'une IST. Les tests de dépistage chez les personnes demandant une prise en charge pour IST deviennent une excellente occasion de déceler les nouveaux cas de séropositivité et de limiter la transmission exogène.



## 1. Antécédents et justificatif

Près du tiers des populations d'Afrique subsaharienne vivent en Afrique de l'Ouest. Même si elle occupe moins du tiers de la superficie du continent, la région est vaste qui s'étend du Nigéria au Cap-Vert, du littoral au Sahel (Cf. la figure 1). Elle regroupe 15 pays : le Bénin, le Burkina Faso, le Cap-Vert, la Côte d'Ivoire, la Gambie, le Ghana, la Guinée, la Guinée-Bissau, le Libéria, le Mali, le Niger, le Nigéria, le Sénégal, la Sierra Leone et le Togo.

**Figure 1 : Carte de l'Afrique signalant les pays de l'Afrique de l'Ouest**



D'aucuns ont craint pendant de nombreuses années que l'épidémie de VIH en Afrique de l'Ouest prendrait des proportions aussi graves qu'en Afrique australe et dans certaines régions de l'Afrique de l'Est, aussi les priorités d'intervention se sont elles inspirées de l'expérience de l'Afrique de l'Est et de l'Afrique australe ainsi que des démarches qui ont ciblé ces régions. Certes, dans presque tous les pays d'Afrique de l'Ouest les données sentinelles de surveillance du VIH concernant les femmes enceintes se rendant aux centres de consultation prénatale (ANC) --longtemps utilisés comme source de renseignements de base aux fins d'estimation de la prévalence au sein de la population-- excède 1%, ce qui correspond au seuil de prévalence du VIH retenu pour définir une épidémie généralisée.<sup>1</sup>

Les études épidémiologiques de la prévalence du VIH menées ces dernières années dans la plupart des pays d'Afrique de l'Ouest<sup>2-12</sup> ont démontré que les résultats des centres de consultation prénatale tendent à surestimer la prévalence du VIH au sein de l'ensemble de la population dans la plupart des régions d'Afrique de l'Ouest et que l'épidémie dans la région est nettement moins généralisée qu'on le pensait auparavant, avec des taux de prévalence < 2 % dans la plupart des pays pour lesquels des données démographiques existent et le fait qu'aucun pays n'atteint une prévalence > 5 %. Cela ne revient pas à dire qu'il s'agit d'épidémies non significatives. Cinq pour cent est un taux nettement plus élevé que les taux recensés en dehors de l'Afrique et 2 % bien supérieur à ce que l'on

enregistre dans n'importe quel pays développé. L'Afrique de l'Ouest est aux prises avec une épidémie sérieuse, lourde de conséquences pour la santé et le développement. L'Afrique de l'Ouest compte près de cinq millions d'adultes et d'enfants séropositifs et la lutte contre le sida demeure une priorité fondamentale de santé et de développement pour l'ensemble de la région.

La conséquence la plus sérieuse des surestimations antérieures de l'épidémie de VIH tient moins à son étendue qu'à sa description et aux priorités de prévention choisies. Le fait d'avoir surestimé la prévalence du VIH a peut-être contribué à fausser les politiques de prévention et les interventions en Afrique de l'Ouest. Les programmes de lutte ont essentiellement ciblé la population en général et ont investi dans des actions axées sur la connaissance du VIH, les changements de comportements, l'utilisation du préservatif et l'accès aux services de prise en charge des infections sexuellement transmissibles (IST) et/ou de conseil et de dépistage volontaire (CDV). Cependant, l'épidémie est peut-être davantage concentrée sur des groupes à risques spécifiques qu'on ne l'aurait cru et ces derniers ont été l'objet d'investissements et d'interventions de prévention moindres en comparaison.

Là où les problèmes et les priorités ne sont pas adéquatement définis, il est difficile de faire en sorte que les ressources soient affectées de façon optimale et utilisées efficacement. Lorsque des outils génériques conçus pour une épidémie généralisée sont utilisés pour mettre en place une réponse et ses pistes prioritaires, un travail analytique rigoureux s'impose de toute urgence afin de doter les pays d'une référence analytique adéquate, adaptée à leur situation spécifique.<sup>13</sup>

Ainsi, l'Afrique de l'Ouest se trouve t'elle confrontée actuellement à une épidémie très importante qui n'est toutefois pas très bien cernée ni comprise et tend à être fréquemment perçue et appréhendée dans l'optique de l'Afrique de l'Est ou de l'Afrique australe. Le défi pour l'Afrique de l'Ouest consiste à amasser des connaissances afin de saisir le caractère propre à son épidémie, tout en prenant l'engagement politique de protéger ceux qui sont les plus exposés aux risques de contracter ou transmettre le VIH. Ceci exige une meilleure compréhension de l'épidémie en Afrique de l'Ouest alliée à des interventions efficaces. Il est tout à fait possible de prévenir les épidémies qui sévissent en Afrique de l'Ouest à condition que leurs caractéristiques soient nettement et totalement cernées et que des démarches scientifiques de santé publique soient adoptées, confortées par des politiques propices et des interventions structurelles.

A cet égard, l'objet essentiel de cette synthèse est de mieux définir les caractéristiques propres aux épidémies en Afrique de l'Ouest par le biais d'une meilleure compréhension de la dynamique de transmission du VIH tout en évaluant dans quelle mesure les réponses mises en place en tiennent compte afin de recommander les stratégies aptes à rehausser l'efficacité de la réaction de l'Afrique de l'Ouest face à l'épidémie.

## 2. Objectifs, portée et limites du rapport

### 2.1. Objectifs du rapport

Ce document de synthèse offre un aperçu de l'épidémiologie du VIH dans son hétérogénéité régionale, nationale et provinciale le cas échéant, assorti d'un bilan et d'une évaluation critique de la réponse de l'Afrique de l'Ouest face à l'épidémie. Il se propose d'explorer et de décrire les principales caractéristiques, les tendances et les stades des épidémies dans les différents pays, en indiquant notamment si elles sont circonscrites ou généralisées (Cf. la section 3). Pour ce faire, l'équipe a procédé à un examen et une interprétation critique des données disponibles de surveillance, d'enquête et de recherche provenant de la région sans omettre les cas signalés de sida, les enquêtes épidémiologiques et de comportement, les données sur les IST et les recherches portant sur le VIH et les IST dans le but de formuler des recommandations aux fins d'amélioration de la surveillance et de la recherche, le cas échéant. Dans le cas de certains pays, l'équipe a également procédé à une évaluation critique des programmes mis en place pour parer à l'épidémie de VIH-sida et proposé des recommandations pour les priorités stratégiques et une affectation de ressources en conséquence.

Principaux objectifs de l'étude

- (a) Définir la situation épidémiologique du VIH en Afrique de l'Ouest :
  1. Recenser les différents modes de transmission du VIH en Afrique de l'Ouest;
  2. Comparer et contraster la transmission entre groupes à risques élevés et le reste de la population ;
  3. Estimer, lorsque des données suffisantes sont disponibles, la proportion d'infections au VIH ressortant aux groupes spécifiques fortement exposés aux risques;
  4. Identifier, le cas échéant, les zones géographiques et les communautés présentant des taux de séroprévalence élevés.
  
- (b) Evaluer dans le cas de 10 des 15 pays de la région, les programmes lancés en réponse à l'épidémie de VIH-sida et :
  5. Mesurer à quel point les priorités stratégiques et les ressources affectées ciblent bien les principaux modes séparés de transmission du VIH et les groupes les plus exposés au risque ;
  6. Formuler des recommandations afin de renforcer l'établissement de priorités stratégiques et l'affectation de moyens pour que la réponse s'ajuste au plus près à la situation épidémiologique.

Dans ce but, nous avons compulsé toute la documentation publiée qu'elle soit officielle, parallèle voire à l'état d'avant-projet portant sur l'épidémie en Afrique de l'Ouest. Des consultants se sont rendus dans les 10 pays pour lesquels une analyse de la réponse est présentée (Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Ghana, Guinée, Mali, Niger, Nigéria, Sénégal, Togo) afin de réunir toutes les données disponibles, rencontrer et s'entretenir

avec les principaux responsables de la recherche, des interventions et des programmes pour parer au VIH-sida dans ces pays.

## **2.2. Portée et limites du rapport**

Faute de ressources et d'espace suffisants, le rapport n'est pas exhaustif. Il se concentre (a) sur une analyse des données disponibles afin de définir les principaux facteurs de propagation de l'épidémie notamment le rôle des professionnelles du sexe et autres groupes fortement exposés aux risques, et (b) sur une analyse de la façon dont la réponse cadre avec les conditions épidémiologiques existantes, notamment en ce qui a trait à la nature et au financement des interventions ciblant tout particulièrement les groupes à risque.

La quantité et la qualité des données disponibles varient sensiblement selon les pays. En outre, du fait des restrictions financières les consultants n'ont pu se rendre que dans 10 des 15 pays couverts par le rapport. Ils ne sont restés en général que quelques jours sur place à essayer de réunir toute la documentation pertinente (publiée ou non) concernant l'épidémiologie du VIH et la réponse du pays face à l'épidémie, mettant à profit leur séjour pour rencontrer les principaux responsables gouvernementaux ainsi que des agents des organisations nationales et internationales. Parfois, des circonstances imprévues, des retards et autres complications ont marqué ces visites diminuant le temps dont disposaient les consultants pour accomplir leur mission, d'où ces informations inégalement complètes et approfondies qui ont pu être recueillies (verbalement ou par écrit) dans les différents pays.

Par ailleurs, pour les cinq pays où il n'a pas été possible de se rendre, des renseignements ont été obtenus à partir de publications compulsées à l'aide de moteurs de recherche bibliographique (PubMed, Google Scholar) et en consultant les sites électroniques des organisations internationales, et parfois nationales, concernées. Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH-sida (ONUSIDA) et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) ont apporté leur concours : rapports de surveillance et autres rapports selon les disponibilités. Dans certains cas, il nous a été possible d'obtenir des documents non publiés ou des avant-projets de rapport grâce à nos contacts personnels.

Nous nous sommes efforcés de rendre ce rapport le plus actualisé possible au moment de sa rédaction en nous servant des éléments et renseignements les plus récents à notre portée, quitte à inclure des données officieuses issues d'avant-projets et autres sources. Pour certains pays toutefois, les informations les plus récentes obtenues ne l'étaient pas vraiment soit qu'il n'existait pas de données actualisées, soit que nous en ignorions l'existence ou n'étions pas à même de nous les procurer (Cf. les mises en garde susmentionnées). Dans un domaine qui évolue aussi rapidement que celui du VIH-sida, de nouvelles informations, données et rapports sont constamment publiés de sorte qu'il est possible que certains des éléments contenus dans le présent rapport soient déjà dépassés.

Comme nous n'avions pas les moyens d'effectuer la moindre analyse nous-mêmes, nous avons eu recours aux analyses d'ensemble de données déjà disponibles, notamment les

Enquêtes démographiques et de santé (EDS) et autres données du même type tirées provenant des enquêtes de épidémiologiques et de comportement effectuées auprès des populations d'Afrique de l'Ouest ces dernières années. Les rapports des EDS sur les pays contiennent souvent des analyses superficielles négligeant des variables intéressantes. Ils ne comportent pas d'analyses à variables multiples associées à la prévalence du VIH. Nos possibilités d'interprétation des résultats de ces enquêtes se sont retrouvées limitées alors que ces enquêtes sont riches de données épidémiologiques et mériteraient une analyse plus approfondie. Une analyse plus rigoureuse et plus complète alliée à une comparaison des données EDS de l'Afrique de l'Ouest et partant, de l'Afrique subsaharienne est hautement souhaitable.

Les mêmes contraintes ont marqué notre utilisation d'autres séries de données, tirées notamment des Enquêtes de surveillance comportementale (BSS) et les Enquêtes de surveillance biologiques et de comportement (IBBS), etc. Le fait de n'avoir accès qu'aux données contenues dans les rapports a limité, dans certains cas, l'utilité et l'approfondissement de notre interprétation.

Seule une information résumée est proposée dans ce rapport (pour toute présentation détaillée et autres analyses de données et d'information, nous recommandons à nos lecteurs intéressés de se procurer les rapports spécifiques de pays non publiés en consultant notre site : [wbglobalVIHAIDS@worldbank.org](mailto:wbglobalVIHAIDS@worldbank.org)).

### 3. Cadre conceptuel

#### 3.1. Hétérogénéité de l'épidémie de VIH

Depuis l'apparition du VIH, un large éventail de modes de transmission à la fois sexuelle (hétérosexuelle et homosexuelle) et par drogue injectable a été mis au jour.<sup>14</sup> Suivant les contextes, le VIH s'est imposé dans un premier temps, avant d'atteindre un certain niveau de saturation, parmi différents groupes à risque (groupes cibles) caractérisés par le niveau élevé de leur consommation de drogues par injections et/ou leurs comportements sexuels à risque. Par la suite, Le VIH s'est répandu à une rapidité et dans des proportions variées dans l'ensemble de la population faiblement exposée au risque (groupes hors cibles).<sup>15</sup> La propagation du VIH des groupes-cibles vers le reste de la population s'explique par la présence de « relais », de personnes qui ont des contacts avec les secteurs très exposés au risque (les groupes-cible) et ceux qui le sont moins (les groupes hors-cible),<sup>16,17</sup> et qui « ensemencent » l'infection au sein de la population moins exposée au risque. L'étendue de cette propagation initiale vers le reste de la population dépend de la nature, du degré et de la fréquence des interactions entre le groupe-cible, le relais et le reste de la population (qui, à son tour, influencera *le taux d'exposition* au VIH). Elle dépend également de la présence ou absence de facteurs concomitants qui influenceront sur la *probabilité de transmission* par acte du VIH. Le degré d'intensification ultérieure de la transmission du VIH au reste de la population dépendra également, des niveaux de comportement à risque (mélange des modes de contamination) et des facteurs concomitants au sein de la population en cause.

En Afrique subsaharienne, le mode de transmission dominant du VIH est lié aux rapports hétérosexuels. Dans certaines circonstances, la propagation hétérosexuelle du VIH peut être rapide et se répandre comme une traînée de poudre. Il est possible que cette contamination hétérosexuelle rapide reste essentiellement circonscrite aux groupes fortement exposés au risque (les groupes-cibles),<sup>1</sup> à moins qu'elle ne se généralise et atteigne des proportions considérables au sein de la population. En Afrique du Sud, la prévalence du VIH est passée en l'espace de dix ans de <1 % à plus de 20 % chez les femmes enceintes entre 1990 et 1999 (Cf. la figure 2). A Cotonou, au Bénin, (Afrique de l'Ouest), la prévalence du VIH parmi les professionnelles du sexe (FSW) s'est hissée de moins 5 % à plus de 50 % en sept ans, entre 1986 et 1993 (Cf. la figure 3).<sup>18</sup> Une propagation progressive s'est ensuivie au sein du reste de la population, comme en atteste l'augmentation beaucoup plus lente mais apparemment soutenue de la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes au Bénin. (Cf. la figure 3).<sup>19</sup>

Les facteurs influençant l'étendue de la propagation du VIH par contamination sexuelle sont complexes et multiples. En effet, on observe des profils très différents d'épidémie par voie sexuelle, qui s'explique en partie par l'efficacité relativement faible de la transmission sexuelle du VIH,<sup>20,21</sup> et par sa vulnérabilité à l'influence des facteurs concomitants sur les taux de transmission.

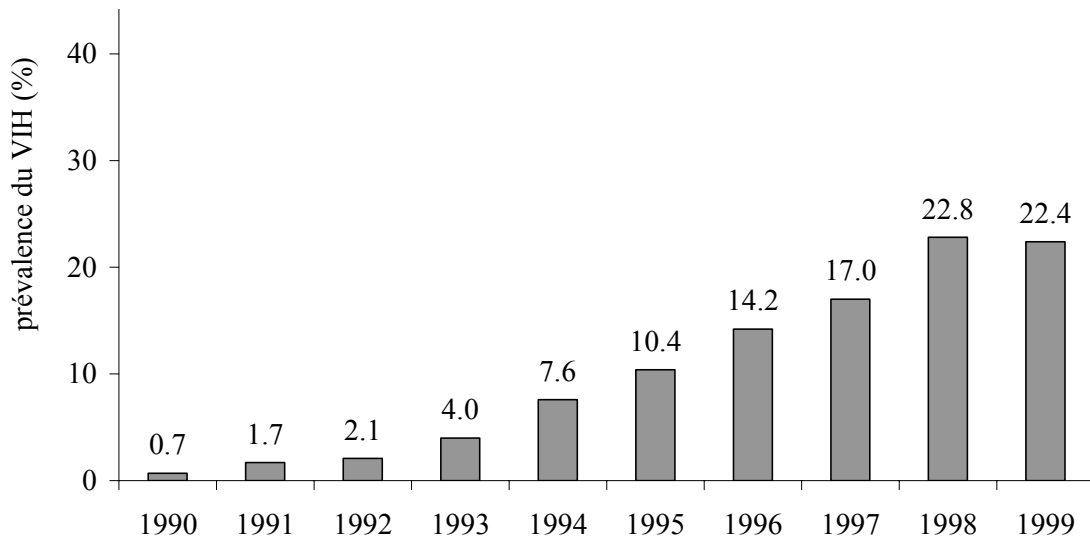
### **3.2. Un cadre conceptuel de la transmission du VIH dans le contexte de l'Afrique subsaharienne.**

La figure 4 offre une représentation schématique des modes de transmission du VIH dans le contexte subsaharien. Le cercle supérieur correspond au groupe cible, en l'occurrence les FSW, groupe dominant très exposé de cette région. Les professionnelles du sexe (FSW) sont contaminées par voie sexuelle par des clients séropositifs ou par d'autres partenaires et transmettent à leur tour le VIH à d'autres clients et partenaires sexuels. Trois conséquences envisageables : (a) certaines infections transmises par les FSW à leurs partenaires sexuels masculins « n'iront pas plus loin » en ce sens qu'elles n'entraîneront pas de nouvelles contaminations si ces hommes n'ont pas d'autres partenaires sexuels, (b) d'autres infections seront retransmises à la population des FSW, alimentant une hausse de la prévalence du VIH au cœur de ce groupe cible par les hommes ayant des rapports avec plus d'une FSW, (c) l'infection au VIH peut ensuite être transmise au reste de la population peu exposée au risque par ces clients des FSW (ou autres partenaires sexuels de celles-ci) qui ont des rapports sexuels avec des femmes issues du milieu à faible risque. Ce sont eux les **relais** - entre le groupe cible des FSW et le reste de la population.

---

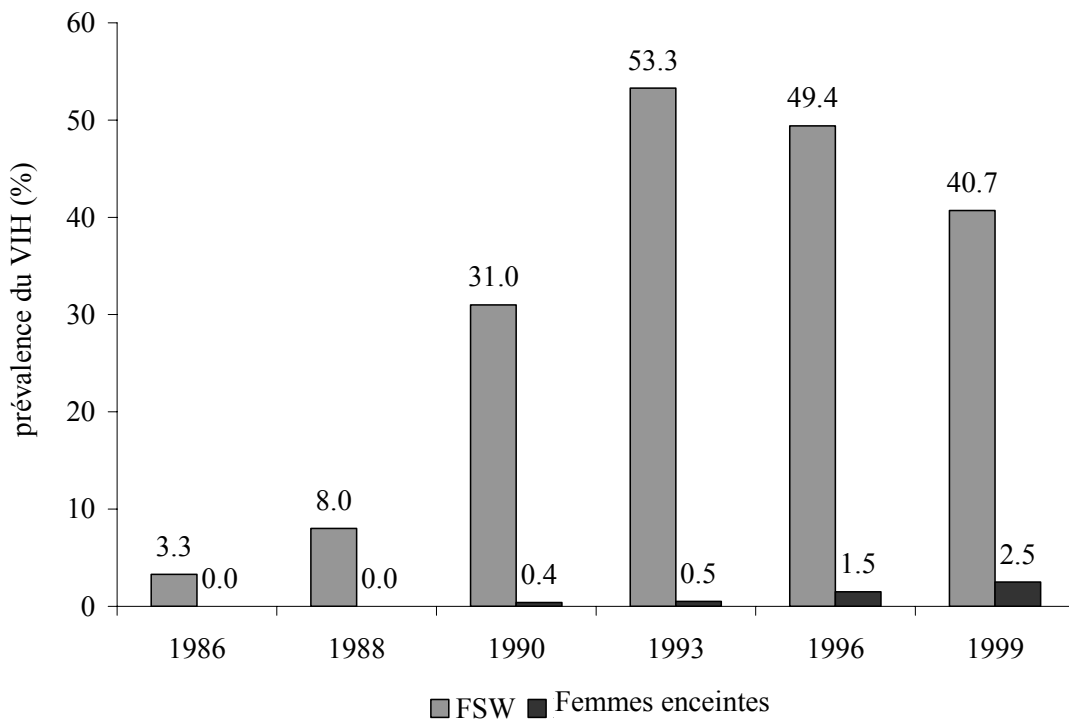
<sup>1</sup> Tout au long de ce rapport, on entend par « groupe à niveau de risque élevé » tout groupe ou communauté de personnes se livrant à des pratiques ou des comportements qui l'exposent à des risques accrus de contracter et transmettre le VIH. Ces groupes sont également appelés « populations les plus exposées » (MARF).

**Figure 2: Prévalence du VIH parmi les femmes enceintes en Afrique du Sud, 1990-1999**



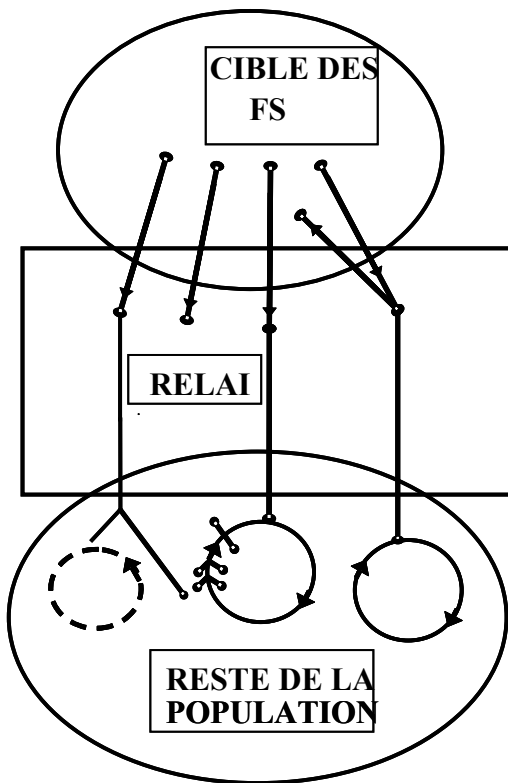
Source : Ministère de la Santé, Afrique du Sud, ONUSIDA

**Figure 3 : Evolution de la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes et les professionnelles du sexe (FSW) à Cotonou, au Bénin**



Source : Alary et al., 2002 ; Adjovi, 1999

**Figure 4 : Diagramme des schémas de transmission du VIH en Afrique subsaharienne :  
épidémie concentrée c. épidémie généralisée**



**Facteurs influençant le taux et la portée de la transmission du VIH**

- VIH : prévalence / incidence
- Probabilité de transmission du VIH (IST, circoncision masculine, charge virale, souches, emploi du préservatif, réutilisation d'aiguilles, etc.)
- Schémas combinant la transmission sexuelle et par l'UDI [utilisation de drogues injectables] (degré de combinaison, fréquence de changements de partenaires)
- Taille des groupes cibles et des groupes relais
- Répartition spatiale et hétérogénéité
- Nature dynamique des phénomènes associés à la transmission du VIH
- $R_0(R) < \text{ou} > 1$

C'est ainsi que les infections contractées par des partenaires sexuels masculins auprès des FSW deviendront « **productives** » (provoqueront de nouvelles infections), tandis que d'autres « n'iront pas plus loin » : certaines personnes infectées appartiendront au groupe cible (FSW) tandis que d'autres (les partenaires sexuelles peu exposées des partenaires sexuels des FSW) n'en feront pas partie.

Les facteurs qui influent sur l'intensification de la propagation de la transmission sexuelle du VIH par delà le groupe des FSW sont : (a) la prévalence et le taux d'incidence du VIH parmi les FSW, (b) le stade de l'infection au VIH et la charge virale correspondante, (c) l'étendue et les types de réseaux sexuels ainsi que la fréquence des changements entre les FSW et leurs partenaires sexuels, (d) les niveaux de comportement à risque sur le plan sexuel dans ces relations entre partenaires, notamment le taux d'utilisation du préservatif et le type de rapports, (e) les types d'IST, et leur prévalence parmi les FSW et leurs partenaires sexuels, (f) le taux de circoncision parmi les hommes, (g) les autres facteurs concomitants influant sur la probabilité de transmission. En effet, les niveaux élevés de rapports concomitants avec des partenaires de sexe opposé et du même sexe et ceux des sujets aux premiers stades de l'infection au VIH, peuvent aisément favoriser une propagation rapide du virus en raison de la charge virale très élevée qui multiplie considérablement la probabilité de transmission par acte. <sup>22-24</sup>

Il convient d'établir une distinction au sein de la population entre les infections au VIH qui résultent d'une « **première vague** » de transmission exogène du VIH imputable aux FSW et les épidémies hétérosexuelles **auto-entretenu**s. La taille et le comportement du groupe relais ainsi que le nombre de facteurs concomitants, notamment la prévalence d'IST et les taux de circoncision chez les hommes conditionneront l'intensité de la première vague de transmission quitte à provoquer une épidémie auto-entretenu

parmi les hétérosexuels en raison d'un ensemencement de l'infection dans les réseaux « productifs » de la population. La prévalence des IST, les taux de circoncision chez les hommes, les types de réseaux sexuels y compris les rapports concomitants avec des partenaires du sexe opposé et du même sexe et les comportements sexuels à risque *au sein* de la population seront cruciaux pour déterminer l'ampleur de la propagation du VIH.

Dès lors que les infections au VIH sont ensemencées parmi l'ensemble de la population, l'ampleur consécutive de la transmission hétérosexuelle du VIH dépendra de ce que les infections transmises par un « relais », « n'iront pas plus loin » ou deviendront « productives ».

Vu sous l'angle d'une modélisation mathématique, la probabilité d'une transmission hétérosexuelle soutenue dépendra du taux de reproduction de base ( $R_0$ ) du VIH au sein de la population – soit, la moyenne des cas secondaire d'infection au VIH causés par un sujet infectieux au sein d'une population sensible,<sup>25</sup> qui doit être supérieure à un pour entraîner la persistance. Le taux de reproduction de base est un produit de *la probabilité de transmission* du VIH ( $\beta$ ), et de deux autres paramètres – la durée de l'infectiosité (D) et le taux de changement de partenaire chez les sujets qui sont des terrains sensibles (*c*: *degré d'exposition*).  $R_0$  peut être interprété comme une évaluation composite du succès de la transmission dans une population donnée et son importance détermine la probabilité, la célérité et l'amplitude de la propagation de l'infection.<sup>26</sup> Au fur et à mesure que l'épidémie progresse et qu'un nombre croissant de sujets sont infectés, le taux de reproduction net R - qui est le produit de  $R_0$  par la proportion de sujets à terrain sensible de la population - devient un paramètre clé. En cas de transmission rapide du VIH et d'épidémie fulgurante (au sein des groupes cibles ou du reste de la population). Le ralentissement constaté de la montée de la séroprévalence après un certain temps s'explique, du moins en partie, par la réduction du nombre de sujets à terrain sensible au sein de la population, de sorte qu'il y a moins de sujets sensibles pour assurer la transmission.

Comme l'illustre la figure 4, ce résultat sera influencé par un certain nombre de facteurs *proximaux* au niveau individuel à la fois de comportement (qui influe sur le degré d'exposition) et biologique (qui joue sur la probabilité de transmission) ayant une interaction avec des facteurs plus éloignés : sociaux, communautaires, écologiques et structurels.

Les épidémies de VIH peuvent être classées par **stades** selon leur **dynamique de propagation** (Cf. l'encadré 1) et leur potentiel de généralisation, soit la mesure dans laquelle une épidémie peut se maintenir et s'amplifier *par delà* sa propagation dans les

réseaux directement liés aux groupes les plus exposés au risque.<sup>1</sup> Ainsi, les épidémies de VIH peuvent être **concentrées**, dès lors que le niveau de propagation au sein de la population dépend d'un ensemencement continu d'infections par des relais (la **première vague**), ne devenant **généralisées** que lorsque la transmission du VIH devient indépendante et **auto-entretenu** dans l'ensemble de la population. Il se produit parfois des épidémies de **faible intensité** lorsque la prévalence du VIH reste faible au sein des groupes vulnérables dans l'ensemble de la population. Il est regrettable que les approximations numériques suggérées comme autant d'indicateurs des différents stades de l'épidémie (par ex. : un niveau de prévalence systématiquement > 1 % parmi les femmes enceintes lors des soins prénataux, signifiant qu'il y a épidémie généralisée (Cf. l'encadré 1) se soient vues accorder autant de crédit, provoquant une confusion au détriment de la définition circonstanciée s'appuyant sur la dynamique de transmission.

**Encadré 1 : Les trois stades distincts de l'épidémie  
Epidémie de faible intensité**

- Principe : Même si l'infection au VIH existe depuis plusieurs années, elle ne s'est jamais propagée de manière significative dans un quelconque secteur de la population. Les cas signalés concernent essentiellement des sujets dont le comportement les expose fortement au risque, par ex. les professionnelles du sexe, les utilisateurs de drogues par injection ou les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes. Ce stade de l'épidémie montre que les réseaux à risque ont des contours assez flous (avec de faibles niveaux de changement de partenaires ou de partage de matériel à injection intraveineuse), ou que le virus n'est apparu que très récemment.
- Approximations numériques : la prévalence du VIH n'a pas dépassé systématiquement les 5 % de chaque secteur de population défini.

**Epidémie concentrée**

- Principe : Le VIH s'est rapidement propagé dans un secteur vulnérable de la population mais n'est pas pour autant solidement implanté dans le reste de celle-ci. Ce stade de l'épidémie indique qu'il existe des réseaux actifs de risque dans ces secteurs. L'évolution de l'épidémie dépendra de la fréquence et de la nature des liens existant entre les secteurs démographiques hautement infecté et le reste de la population.
- Approximation numérique: La prévalence du VIH se maintient systématiquement au dessus de 5 % dans un des secteurs-cibles et la prévalence du VIH demeure inférieure à 1 % des femmes enceintes des zones urbaines.

**Epidémie généralisée**

- Principe : En cas d'épidémie généralisée, le VIH est solidement implanté dans le reste de la population. Même si les secteurs très exposés au risque contribuent de façon disproportionnée à la propagation du VIH, les réseaux sexuels actifs au sein de la population suffisent à entretenir l'épidémie indépendamment des groupes sociaux fortement exposés aux risques d'infection.
- Approximation numérique : La prévalence du VIH dépasse systématiquement 1 % des femmes enceintes.

Source : OMS/ONUSIDA, 2000

A ceci s'ajoute une vaste catégorie souvent sous-estimée d'**épidémies mixtes** où les nouveaux cas d'infection sont causés par les secteurs démographiques fortement exposés au risque *et par* le reste de la population. Les épidémies mixtes nécessitent un équilibre prudent entre les interventions effectives ciblées sur les groupes à risque élevé et celles, à grande échelle, qui visent la population au sens large.

Les épidémies en Afrique de l'Est et en Afrique australe sont classées comme étant généralisées : elles sont fermement implantées au sein de la population et comptent une séroprévalence très élevée chez les femmes enceintes qui se rendent aux consultations prénatales (ANC) et chez les hommes et les femmes pris en compte dans les enquêtes épidémiologiques. Dans ces pays, la contribution des groupes fortement exposés au risque, tels les professionnelles du sexe, à la propagation de l'épidémie de VIH peut toutefois persister à être importante en raison de la prévalence très élevée du VIH, du changement fréquent de partenaire et des degrés médiocres d'utilisation du préservatif. Ainsi, selon une étude effectuée récemment au Zimbabwe, 20 % des infections qui prévalent parmi les hommes sont imputables à leurs rapports avec des professionnelles du sexe (FSW).<sup>27</sup> Pour l'ensemble du Kenya, les estimations calculées en 2005 montraient que les professionnelles du sexe et leurs clients étaient responsables de 12 % des nouveaux cas d'infection<sup>28</sup> alors que, toujours selon les estimations, les utilisateurs de drogues injectables et les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes ne représentaient que 5 % des nouveaux cas recensés. Une autre étude estime, quant à elle, que 10 % des infections dominantes au Kenya sont imputables aux hommes qui ont des rapports sexuels entre eux.<sup>29</sup>

Au Kenya, On estime à 8.000 le nombre des professionnelles du sexe qui travaillent le long du grand axe routier transafricain qui relie Mombasa et Kampala (en Ouganda). Une étude récente a fait apparaître que la prévalence du VIH parmi les professionnelles du sexe était estimée à 50 % environ, chiffrant le nombre d'actes sexuels annuels à 634 par travailleuse du sexe (avec 129 partenaires différents). Si l'utilisation du préservatif est passée de 77 à 90 %, on calcule que 2.000 à 2.500 des nouveaux cas d'infection au VIH (soit les deux tiers) pourraient être évités chaque année sur ce tronçon de l'autoroute (avec un recul de l'incidence du VIH de 1,3 % à 0,4 %).<sup>30</sup> L'étude cite l'exemple des changements de comportement au sein de ces populations très exposées aux risques, lesquels sont susceptibles de ralentir la propagation du VIH même en situation d'épidémie généralisée où les réseaux sexuels au sein de la population sont néanmoins suffisants pour alimenter une épidémie *indépendamment* de ces secteurs démographiques très exposés.

La nature de l'état de l'épidémie en Afrique de l'Ouest est moins nette. La prévalence du VIH dans les populations en cause est nettement moindre, comparée à ce qu'elle est en Afrique de l'Est et en Afrique australe (Cf. la section 4.1), elle dépasse toutefois le cap de 1 % dans la plupart des pays se situant même, dans certains cas, au dessus de 5 % chez les femmes enceintes. Comme le décrit la section 4.4 de manière plus détaillée, les enquêtes épidémiologiques récentes indiquent que les résultats des centres de consultation prénatale (ANC), ont tendance à surestimer la prévalence du VIH au sein de la population qui est  $\leq 1,5$  % dans 8 des 11 pays d'Afrique de l'Ouest pour lesquels on dispose de données.<sup>2-6,8,11,12</sup> La prévalence en Côte d'Ivoire s'élève à 4,7 %, au Ghana à

2,2 % et au Burkina Faso à 1,8 % (Cf. la section 4.4, tableau 3).<sup>7, 9, 10</sup> L'épidémie peut être considérée comme généralisée dans ces trois pays, avec un niveau de transmission suffisant dans la population pour assurer le maintien de l'épidémie indépendamment de la transmission exogène provenant des secteurs démographiques très exposés au risque. Cependant, il peut être préférable de qualifier ces épidémies de « mixtes », -- de nouvelles infections sont causées par des sous-groupes de population à haut risque *et* par l'ensemble de la population, dans la mesure où la transmission par les populations cibles et les populations relais continuent d'apporter une forte contribution. A l'autre extrême, le Sénégal, le Niger et le Cap-Vert peuvent être considérés comme présentant des épidémies concentrées avec une prévalence inférieure à 1 % au sein de leur population dont le maintien dépend de la transmission exogène provenant de secteurs démographiques fortement exposés au risque et dont la séropositivité est élevée. Pour les pays situés entre ces deux zones géographiques, le Bénin, la Gambie, la Guinée Conakry, la Guinée-Bissau, le Libéria, le Mali, le Nigéria, la Sierra Leone and le Togo – dont la prévalence sur le plan démographique se situe entre 1,2 % et 1,5 % et la prévalence selon les centres de consultation prénatale varie entre 2,8 % et 6,7 %, la situation est moins nette. Ainsi que nous allons l'expliquer dans le présent rapport, l'apport de la première vague de transmission exogène provenant des groupes démographiques très exposés au risque a été et demeure fondamental dans ces pays. Cependant, il est difficile de déduire au vu des données disponibles, que ces épidémies peuvent se maintenir *exclusivement* par la transmission au reste des populations, sans apports continus en provenance des groupes à risque, ce qui reviendrait à conclure que les réseaux sexuels au sein de la population suffisent à alimenter l'épidémie indépendamment des secteurs démographiques présentant des risques d'infection beaucoup plus élevés.

L'un des objectifs principaux du présent rapport est précisément de recueillir et interpréter les données et éléments d'appréciation existants afin de mieux cerner les caractéristiques des épidémies en Afrique de l'Ouest, vérifier notamment dans quelle mesure ces épidémies sont généralisées et la proportion d'infections au VIH imputable aux rapports sexuels avec les membres des groupes très exposés au risque.

**Le stade des épidémies** de VIH constitue une autre caractéristique, à savoir le progrès accompli par l'épidémie sur sa trajectoire escomptée de séroprévalence et sa répartition entre secteurs démographiques. Chaque type d'épidémie peut se manifester en phase « début », « développement », « plateau » ou « déclin ». Il importe de savoir quand le VIH a été introduit et quand il a gagné du terrain pour se propager dans le contexte spécifique d'un secteur démographique comme dans le reste de la population afin de déterminer le stade de l'épidémie. C'est en effet un moyen de saisir les risques biologiques ou liés au comportement des populations fortement exposées et ceux des sociétés avec lesquelles ces populations ont des contacts. En revanche, la situation se complique dès que s'accélère l'accès aux traitements antirétroviraux. Derechef, la prévalence du VIH augmente en raison de la baisse du taux de mortalité, ce qui risque de rendre incertain un plateau ou un déclin de la prévalence tout en compliquant l'interprétation du stade exact de l'épidémie.

Les concepts épidémiologiques ci-dessus serviront de cadre exploratoire et analytique aux fins du présent rapport afin de comprendre et caractériser le statut actuel des épidémies de VIH en Afrique de l'Ouest et leur potentiel de propagation. Bien

comprendre la situation est indispensable à la conception de réponses appropriées face à l'épidémie puisque l'efficacité et la rentabilité des interventions, de même que l'importance relative de celles qui visent des groupes cibles ou la population en général, dépendent du contexte épidémiologique dans lesquelles elles sont mises en œuvre.<sup>31</sup>

### **3.3. Groupe cible et groupes relais en Afrique de l'Ouest**

#### ***3.3.1. Le commerce du sexe en Afrique de l'Ouest***

Ainsi qu'il a été signalé, le groupe cible et les groupes relais pour l'Afrique de l'Ouest sont les professionnelles du sexe (FSW) et leurs clients masculins. L'hétérogénéité est manifeste dans l'organisation du commerce sexuel en Afrique de l'Ouest, et les caractéristiques des travailleuses professionnelles du sexe et des comportements ont beaucoup changé au cours des deux dernières décennies.

Traditionnellement, nombres de professionnelles du sexe de la région proviennent du Ghana et travaillent à partir d'un point fixe (« les établies »). La présence de Ghanéennes dans les autres pays s'explique surtout par la migration économique occasionnée par la construction du barrage d'Akosombo. C'est ainsi qu'à Cotonou, au Bénin, les Ghanéennes représentent 66 % de l'échantillon de professionnelles du sexe recruté dans une clinique réservée aux femmes de leur condition (Cf. le projet sida-3) en 1993.<sup>18</sup>

Suite à la reprise économique amorcée par le Ghana et divers autres facteurs y compris le VIH-sida, de nombreuses Ghanéennes sont retournées dans leur pays. Elles sont aujourd'hui remplacées par des femmes d'une autre nationalité, notamment des Nigérianes (émigrées elles aussi pour des raisons économiques) mais aussi, de plus en plus, par des femmes locales. Lors d'une enquête effectuée dans le cadre du projet sida-3 en 2005, les Ghanéennes ne représentaient que 14 % de l'échantillon de professionnelles du sexe travaillant à Cotonou, où 43 % étaient originaires du Nigéria (contre 11 % en 1993) et 19 % du Bénin (contre 2 % en 1993).<sup>32</sup>

Les étrangères ont tendance à pratiquer une prostitution « au vu de tous », dite « professionnelle ou officielle » et se présentent comme telles. Le commerce du sexe est souvent leur seule source de revenu. Ce genre de prostitution tend à être le plus fréquent dans les capitales et les grandes villes d'Afrique de l'Ouest. Ainsi, à Lomé, capitale du Togo, 38 % des travailleuses du sexe déclarées étaient de nationalité togolaise en 2005 ; la même proportion (38 %) était constituée de Ghanéennes, les autres étant originaires du Nigéria et du Bénin. La proportion de professionnelles du sexe venant du Togo était nettement plus élevée en dehors de Lomé.<sup>33</sup>

La prostitution « clandestine », « non déclarée » ou « semi-professionnelle » est généralement le fait de femmes locales qui ne se déclarent pas professionnelles du sexe et ont souvent d'autres activités outre celle-ci : étudiantes, apprenties, serveuses dans les bars, employées dans l'hôtellerie, coiffeuses, couturières, commerçantes sur les marchés

ou disposant d'un étal. Ce genre de prostitution devient courant dans de nombreux pays de la région en raison de la paupérisation et de l'instabilité sociopolitique croissantes. Les travailleuses du sexe clandestines sont souvent plus jeunes que les professionnelles déclarées, avec une séroprévalence plus faible et des taux plus élevés d'IST curables ; elles ont moins de clients et utilisent moins fréquemment le préservatif.<sup>32,34</sup> Elles exercent ce métier à mi-temps et ont d'autres professions.

En Afrique de l'Ouest, la prostitution s'exerce dans toutes sortes de lieux y compris les maisons closes, les bars avec chambre à la clé, la rue, les boîtes de nuit, les restaurants, etc. La prostitution de rue et celle exercée dans les bars pratiquées par des femmes de toute nationalité, devient plus répandue tout comme la prostitution à laquelle se livrent les femmes locales.<sup>35</sup> Ainsi, en 2005 au Mali, la majorité des travailleuses du sexe - déclarées ou non- étaient Maliennes : 53 % professionnelles pour 76 % de clandestines.<sup>34</sup>

On observe également différents schémas de mobilité et de migration : les professionnelles du sexe d'origine étrangère auront tendance à séjourner dans un lieu choisi pour exercer leur commerce pendant des périodes diverses et seront amenées à se déplacer pour différents motifs : retourner chez elle en visite, s'installer dans une autre ville, voire un autre pays, où les clients sont plus nombreux et le travail plus rentable, etc. En effet, la conjoncture économique locale et d'autres changements pouvant se produire rapidement influenceront considérablement sur le comportement et la mobilité des professionnelles du sexe. Si les travailleuses autochtones sont davantage stables sur le plan géographique, elles pratiquent le commerce du sexe de façon plus intermittente comparé aux étrangères.

Il semblerait ces dernières années que, du fait des campagnes de sensibilisation au VIH-sida, les hommes se soient mis à moins fréquenter les professionnelles (FSW) déclarées, notamment celles qui travaillent dans des établissements comme les maisons closes, parce qu'ils les considèrent comme risquant fort d'être séropositives. Ils se tournent plutôt vers des femmes qui ne sont pas des professionnelles déclarées, qui ne font pas de racolage et n'exercent pas dans des lieux réputés abriter la prostitution, qui ne ressemblent pas nécessairement aux FSW professionnelles typiques, dont ils pensent qu'elles ne sont pas infectées au VIH. L'utilisation du préservatif est moindre dans ces situations comparée à ce qu'elle est dans le milieu où le commerce du sexe est déclaré, où les programmes de prévention ont souvent entraîné des hausses considérables du recours au préservatif.

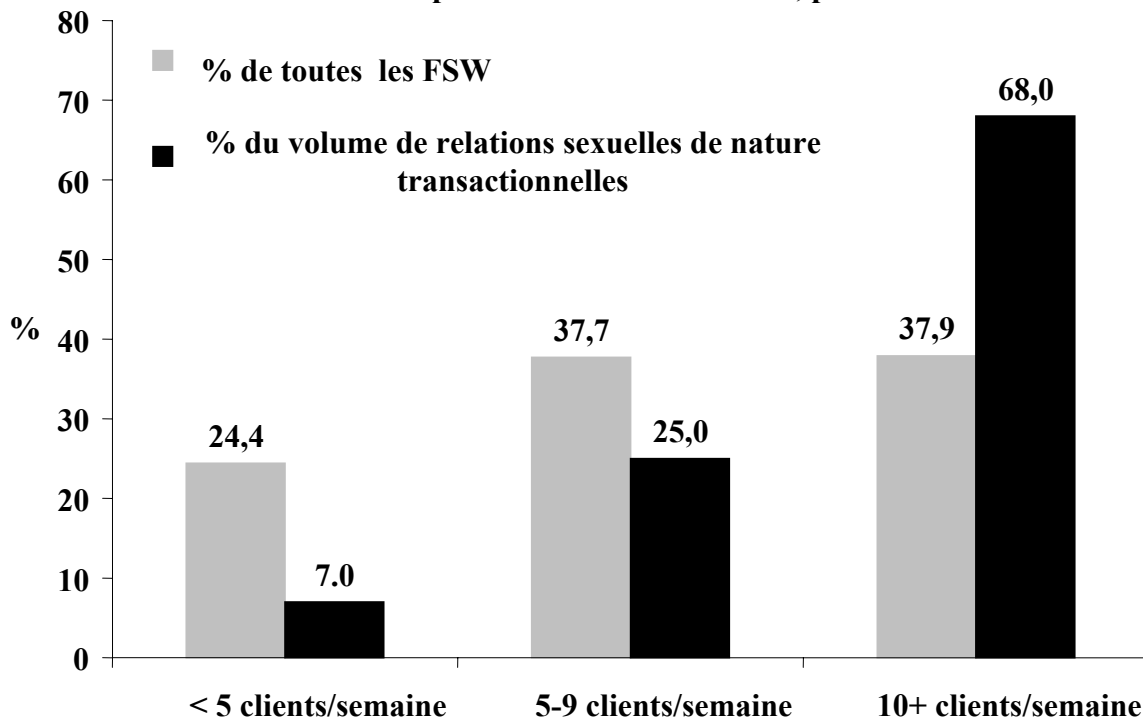
En outre, les données faisant état d'un « volume important de services sexuels » indiquent que certaines jeunes femmes se proposent en échange de cadeaux et/ou d'argent. Ces transactions ne sont pas perçues comme « un commerce sexuel » *en soi* et les femmes qui s'y adonnent n'ont pas forcément un nombre élevé de partenaires sexuels. Considérant toutefois que les hommes impliqués dans ces relations sont souvent nettement plus âgés que les femmes et ont parfois une ou deux autres partenaires concomitantes, il y a lieu de s'inquiéter de ces partenariats, de les étudier davantage pour mieux en saisir la portée car ils devraient faire l'objet d'une éducation préventive auprès des jeunes.

La limite est floue entre le commerce sexuel et les rapports non commerciaux. Une étude récente a conclu que le fait de caractériser « un contact sexuel avec un professionnel du sexe » en fonction de sa rétribution est souvent peu réaliste ans la mesure où des services sexuels sont échangés pour de l'argent par un grand nombre d'hommes et de femmes indépendamment de leur situation professionnelle ou leur situation de famille.<sup>36</sup>

Quoiqu'il en soit, pour la dynamique de transmission du VIH et la mise en forme de programmes de prévention ciblant les professionnelles du sexe et leurs clients, l'essentiel est le potentiel de transmission dans le cadre de ces situations. Celui ci dépendra de la prévalence et de l'incidence du VIH (et des IST), du nombre de partenaires sexuels et de la fréquence de leur changement, du degré de rapports concomitants avec des partenaires du sexe opposé et du même sexe ainsi que des taux d'utilisation du préservatifs dans ces partenariats.

Dans le cadre de ce rapport, nous mettrons particulièrement l'accent sur les rapports sexuels rémunérés des professionnelles du sexe (FSW) qui assurent une part considérable des services (actes) sexuels rétribués, même si elles ne sont qu'une minorité de celles qui se livrent au commerce sexuel (Cf. la figure 5). Nous nous intéresserons également à la FSW qui a quelques clients et, en cela, se rapproche du point de jonction entre les services sexuels commerciaux et ceux qui ne le sont pas car celle-ci atteste de comportements à risque différents comparée à la FSW qui a une grande clientèle.

**Figure 5 : La majorité des relations sexuelles de nature transactionnelle est le fait d'une minorité de travailleuses professionnelles du sexe (FSW) ayant un grand nombre de clients : exemple de l'État de Karnataka, partie sud de l'Inde**



Source : communication personnelle, Dr BM Ramesh, Karnataka Health Promotion Trust

### **3.3.2. Les clients et autres partenaires sexuels des professionnelles du sexe (FSW)**

Les clients masculins des FSW contractent le VIH auprès de celles-ci, avant de leur retransmettre. Après quoi, les clients séropositifs transmettent l'infection à leur partenaire habituel ou à une partenaire occasionnelle. Les habitués non payant des FSW qui enregistrent un taux faible d'utilisation du préservatif et ont souvent plusieurs partenaires FSW sont également susceptibles d'augmenter sensiblement les nouveaux cas d'infection parmi les FSW.

Les études concernant l'Afrique de l'Ouest montrent que les clients des FSW sont issus de tous les milieux et de toutes les professions. Une enquête menée à Cotonou, au Bénin, a révélé que les clients des FSW étaient des hommes d'affaire, des journalistes, des ouvriers employés dans la construction, des travailleurs manuels qualifiés, des artisans, des chauffeurs et des étudiants.<sup>37</sup>

Payer pour des services sexuels est chose courante chez les hommes dont la profession suppose une grande mobilité. Ceux qui se retrouvent « géographiquement seuls » - c'est à dire ceux qui passent de longues périodes éloignés de leur famille - y compris, et selon le pays, les chauffeurs routiers, les travailleurs saisonniers, le personnel de la police et de l'armée, les mineurs, les pêcheurs etc. Les enquêtes de surveillance de comportement BSS effectuées en 2002 ont montré que dans cinq villes du Burkina Faso et 11 endroits en Côte d'Ivoire, 24 % des chauffeurs routier dans les deux pays déclaraient avoir eu des rapports avec des FSW.<sup>36</sup> Nous verrons dans ce rapport comment ces hommes, outre leurs partenaires FSW, enregistrent également des taux élevés de rapports sexuels non commerciaux avec des partenaires féminines.

D'aucuns savent qu'il est éminemment difficile de réunir des données exactes concernant le nombre d'hommes qui fréquentent les FSW. Les fortes pressions sociales exercées par les préjugés, auxquelles s'ajoutent les campagnes contre le VIH, font que les estimations effectuées à partir d'enquêtes auprès des ménages sous-estiment souvent grossièrement les proportions exactes. Comme nous l'indiquerons dans notre rapport, des modes de sondage différents, le fait de poser des questions à des hommes rencontrés loin de chez eux et diverses méthodes de calcul des estimations tendent à montrer que la proportion d'hommes fréquentant les travailleuses du sexe est beaucoup plus élevée. Sans oublier que les sondages auprès des ménages ne prennent pas en compte les contingents des casernes militaires ou le personnel de l'hôtellerie, ou tout autre lieu où vivent des hommes célibataires avec un comportement à risque.

Une analyse récente effectuée sur la base de données démographiques nationales (provenant essentiellement d'EDS), signale qu'une moyenne de 9 % des hommes dans neuf pays d'Afrique de l'Ouest témoigne de rapports sexuels en échange contre de l'argent, des cadeaux ou des faveurs au cours de l'année, alors que 1,1 % dans cinq pays confirment des services rémunérés.<sup>36</sup> Le rapport moyen entre zone urbaine /zone rurale est de 1,1 sur 1. Les taux tendant à être plus élevés chez les 20-24 ans avant de décliner graduellement dans les groupes plus âgés.

En raison d'une modification apportée à l'intitulé des questions dans les EDS en Afrique subsaharienne partant d'une définition large : « rapports sexuels en échange contre de l'argent » pour arriver à une formulation plus restrictive : « rapports sexuels avec une professionnelle du sexe », il est difficile d'affirmer si la baisse accusée dans la proportion d'hommes répondant par l'affirmative est dû au changement d'intitulé où s'il s'agit d'une modification de la propension à déclarer ce genre de comportement.<sup>36</sup> Des enquêtes menées dernièrement au Rwanda et en Ouganda signalent que moins de 2 % des hommes déclarent leurs rapports avec des professionnels du sexe, un chiffre dix fois inférieur à ceux indiqués dans des enquêtes antérieures effectuées dans les années quatre-vingt dix. Dans l'ensemble, en se fondant sur la définition la plus large, les taux de fréquentation de professionnelles du sexe les plus élevés ont été enregistrés en Afrique centrale (13 à 15 %), suivi de l'Afrique de l'Est et de l'Afrique australe (10 à 11 %), et de l'Afrique de l'Ouest (9 %).<sup>36</sup>

Les données disponibles pour l'Afrique de l'Ouest ainsi que les estimations de la taille de la population masculine des clients seront examinés dans les détails dans la suite de notre rapport.

### ***3.3.3. Hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (HRSH)***

Considérablement négligé jusqu'à il y a peu, le groupe des HRSH joue un rôle important de plus en plus remarqué dans l'épidémie de VIH. Ainsi que nous le développerons dans ce rapport, les estimations concernant le Sénégal tendent à indiquer que près de 20 % des nouveaux cas d'infection dans ce pays sont imputables aux rapports sexuels entre HRSH.<sup>29</sup>

Les HRSH constituent probablement un groupe cible et un groupe relais à la fois. Les données existantes signalent que des taux élevés de coïts anaux non protégés - commerciaux et non-commerciaux- se produisent entre HRSH en Afrique de l'Ouest. Une proportion élevée de ces hommes sont également mariés et/ou ont des rapports sexuels avec d'autres femmes, là encore avec un faible taux d'utilisation du préservatif. C'est ainsi que les bisexuels servent de relais entre les femmes et les hommes homosexuels.

### ***3.3.4. Utilisateurs de drogues par injection (UDI)***

Même si l'on recueille de plus en plus de preuves de l'importance croissante de l'utilisation de drogues par injection en Afrique australe et en Afrique de l'Est, la question est très faiblement documentée pour l'Afrique de l'Ouest, hormis dans quelques études limitées et lors d'évaluations rapides menées au Nigéria. Un travail de fond et une vigilance accrue s'imposent afin d'assurer un suivi de ce nouveau phénomène qui, considérant l'efficacité accrue de la transmission par intraveineuses et la structure des réseaux d'échanges d'aiguilles/seringues, menace de faire littéralement exploser les taux d'incidence du VIH. Des renseignements provenant de la ville de Tolyatti en Russie, signalent qu'en moins de deux ans, la prévalence a atteint les 60 % chez les UDI.<sup>38</sup>

## 4. L'épidémie de VIH en Afrique de l'Ouest

### 4.1. L'épidémie de l'Afrique de l'Ouest recentrée dans le cadre du continent africain.

L'Afrique subsaharienne a été et demeure de loin la région la plus touchée de nos jours par l'épidémie de VIH-sida. Même si on y trouve à peine plus de 10 % de la population mondiale, 67 % des adultes et près de 90 % des enfants qui vivent dans cette région sont séropositifs. C'est également là que l'on a enregistré les trois quart des décès dus au sida en 2007.<sup>39</sup> On estime à 1,9 million le nombre de personnes qui ont contracté le VIH en 2007 en Afrique, portant à 22 millions le nombre de personnes vivant avec le VIH.

Un ensemble de facteurs biologiques, comportementaux et structurels explique cette situation. (Cf. la section 3.2). Il convient de prendre en compte : (a) sur le plan biologique, les facteurs qui augmentent la probabilité de transmission par acte du VIH soit les taux très élevés et courants d'IST accompagnés ou non de lésions génitales, la proportion élevée de sujets qui se trouvent au premier stade de l'infection, au moment où les charges virales et probabilités de transmission sont beaucoup plus élevés, les différences entre les souches de VIH-1, notamment en Afrique australe, (b) sur le plan comportemental, les facteurs qui tendent à accroître le taux d'exposition au virus, notamment la précocité des premiers rapports sexuels, la fréquence de rapports concomitants avec des partenaires du sexe opposé et du même sexe et les grandes différences d'âge entre les partenaires sexuels (homme et femme), et (c) sur le plan structurel, les facteurs culturels et socio-économiques y compris la subordination des femmes, la pauvreté, le niveau d'instruction, la paupérisation, la dégradation des services sociaux et de santé, l'urbanisation et la modernisation rapides.<sup>40</sup>

Les femmes se heurtent à des restrictions comme les lois, les traditions et les valeurs discriminatoires à leur endroit dès lors qu'elles essayent d'avoir accès à l'éducation, à la connaissance, à la terre, au capital ou à l'emploi.<sup>40</sup> Elles ne disposent guère de pouvoir face à leurs maris pour négocier leur fidélité sexuelle et le port du préservatif. Aucune disposition juridique ne donne droit aux femmes de recevoir un héritage ou de devenir propriétaire dans certaines situations ; à ceci s'ajoute des pratiques comme le *lévirat* (qui oblige un homme à prendre pour femme la veuve de son frère défunt) qui accroissent leur vulnérabilité. La prévalence du VIH est souvent disproportionnée chez les femmes veuves ou divorcées.

Si ces facteurs se retrouvent à divers degrés dans la plupart sinon tous les pays d'Afrique subsaharienne, on constate une impressionnante hétérogénéité dans l'étendue de la propagation de l'épidémie de VIH dans les pays en cause avec des taux de séroprévalence, selon les enquêtes épidémiologiques, allant de moins de 1 % à 25 % environ de la population (Cf. le **tableau 1**). Des taux nettement plus élevés sont recensés parmi les femmes enceintes de certains pays d'Afrique australe. Comme l'illustre le tableau 1, il semble qu'en général, l'Afrique de l'Est, et surtout l'Afrique australe, aient été beaucoup plus gravement atteintes que l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique centrale.

D'aucuns ont longtemps expliqué les différents degrés de séropositivité en Afrique par la chronologie différenciée de l'apparition du virus, partant de l'hypothèse que les niveaux d'infection de l'Afrique centrale et de l'Afrique de l'Ouest rattraperaient ceux de l'Afrique de l'Est après un certain temps. Or le maintien d'un différentiel considérable entre les taux de prévalence des différents pays a fini par rendre cette explication de moins en moins plausible.<sup>41</sup> Nous savons désormais que l'explication de ces variations considérables tient à la dynamique même de la transmission du VIH qui, comme il est indiqué à la section 3.2, dépend de la probabilité d'une contamination sexuelle d'un partenaire non infecté par un sujet séropositif comme des modes de comportements sexuels, notamment la fréquence de changement de partenaire qui influe sur le *degré d'exposition* face aux personnes séropositives. Les constatations épidémiologiques montrent que les différences dans la probabilité de transmission ( $\beta$ ) et le comportement sexuel ( $c$ ) sont d'importance cruciale pour expliquer les variations épidémiques entre les différentes régions d'Afrique.

L'étude multicentrique dite des Quatre villes menée en 1997-1998 s'est appuyée sur une enquête démographique appliquant une méthodologie comparable dans deux villes (Cotonou au Bénin et Yaoundé au Cameroun) avec une prévalence relativement faible du VIH-1 ( $\leq 5\%$ ) et deux autres villes (Kisumu au Kenya et Ndola en Zambie) avec une prévalence du VIH relativement élevée se situant aux alentours de 25 %.<sup>42</sup>

Les résultats de l'étude ont montré que les différences de comportement sexuel ne peuvent pas à elles seules expliquer les différences de prévalence du VIH-1 observées. Excepté l'âge précoce du premier mariage et la précocité chez les filles du premier rapport sexuel, la plupart des paramètres de comportement à risque, notamment le contact avec des professionnelles du sexe, le nombre total de partenaires sexuels pendant la vie et le taux de renouvellement des partenaires, les rapports concomitants avec des partenaires du sexe opposé et du même sexe et l'absence d'utilisation de préservatif n'étaient pas systématiquement plus courants dans les villes présentant une prévalence élevée comparées aux autres.<sup>43</sup> Alors que certains des facteurs de risque étaient liés à la prévalence du VIH dans l'une des villes, ils ne se retrouvaient pas forcément davantage dans les deux villes à faible prévalence comparées aux deux autres.<sup>44</sup> En revanche, il apparaît que les hommes étaient presque tous circoncis dans les deux villes à faible prévalence d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale et que les cas d'herpès génital étaient plus répandus dans les deux villes à prévalence élevée d'Afrique de l'Est et d'Afrique australe.<sup>44, 45</sup>

Ainsi les différences dans les comportements sexuels ont elles été dépassées par les différences de prévalence motivées par des facteurs biologiques qui altèrent la probabilité et l'efficacité de la transmission du VIH au cours des rapports sexuels, à savoir la circoncision masculine et les infections qui provoquent des lésions génitales soit les infections dues au virus de l'herpès simplex type 2 (HSV-2).<sup>40, 46</sup>

Les constatations montrent combien la propagation du VIH de type 1 est tributaire des interactions multiples de facteurs liés aux comportements sexuels, comme la fréquence de changement de partenaire, les réseaux sexuels entre groupes à des degrés divers

d'activité, les groupes d'âge différents ou les deux, et les facteurs biologiques qui influent sur la probabilité de transmission du VIH de type 1 par acte sexuel.<sup>40</sup>

Ces résultats demeurent cependant sujets à caution dans la mesure où (a) des changements dans les comportements sexuels peuvent se produire après un certain temps en raison de la variation d'intensité des épidémies, de leur effet sur la mortalité par le sida et du dépeuplement des groupes à risque de la population, (b) il est possible que d'importants comportements culturels pourtant significatifs n'aient pas été pris en compte ou qu'un comportement à risque face au VIH ait été insuffisamment signalé pour cause de préjugés sociaux.<sup>41, 47</sup>

Il n'en demeure pas moins que les résultats obtenus, associés aux constatations d'autres études tendent à suggérer que les taux élevés de circoncision masculine dans la plupart des pays d'Afrique de l'Ouest ont probablement endigué la propagation du VIH et autres IST.

Les chercheurs ont observé une relation entre la circoncision masculine et les niveaux de prévalence du VIH dès les années 1980.<sup>48</sup> Le fondement biologique de cette relation est plausible,<sup>49, 50</sup> une méta-analyse de 38 études provenant d'Afrique a montré que les hommes non circoncis étaient deux fois plus susceptibles de contracter le VIH que les autres.<sup>51</sup> Outre cette association constatée au niveau individuel et écologique entre la circoncision masculine et l'incidence du VIH, des données expérimentales convaincantes et systématiques sont désormais disponibles la concernant. Les indications données par trois essais randomisés effectués sous contrôle au Kenya, en Afrique du Sud et en Ouganda signalent qu'une circoncision masculine aseptisée réduit approximativement de 60 %, le risque de contracter une infection au VIH lors de rapports hétérosexuels.<sup>52-54</sup>

En conséquence la circoncision masculine est désormais l'objet d'une promotion, avec toutes les précautions voulues, dans les pays où les taux sont actuellement faibles et la séroprévalence élevée, en tant que moyen supplémentaire de prévenir l'apparition de nouvelles infections. Cependant, rien ne prouve que la circoncision masculine diminue le risque de transmission du VIH de l'homme à la femme,<sup>55</sup> il pourrait même l'accroître si les rapports sexuels interviennent avant la cicatrisation de la circoncision. D'où la nécessité renforcée de services de conseil insistant sur l'abstention de rapports sexuels non protégés au début de la période postopératoire.

Les EDS+ et autres enquêtes connexes (comme les enquêtes d'indicateurs sur le sida [AIS]) constituent les sources récentes les plus utiles de données sur les taux de circoncision masculine et la prévalence du VIH en Afrique subsaharienne car il s'agit d'enquêtes épidémiologiques faisant appel à des entretiens et à des prélèvements d'échantillons biologiques (taches de sang séchées) aux fins de dépistage du VIH. Ces cinq dernières années notamment, ces enquêtes ont été entreprises dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne (Cf. le tableau 1), elles représentent une abondante source de données comparables sur l'épidémiologie du VIH dans la région.

**Tableau 1 : Prévalence du VIH, circoncision masculine et comportements sexuels en Afrique subsaharienne**

Pays	Année	% d'hommes circoncis	% VIH	Rapports sexuels avec >1 partenaire l'an dernier M - F	Célibataires de 15 à 24 ans : rapports sexuels l'an dernier M - F	Rapports sexuels avec des FSW (travail-leuses du sexe) l'an dernier
<b>Afrique de l'Ouest</b>						
Bénin	2006	96,4 %	1,2 %	27 % - 1 %	41 % - 38 %	1,7 %
Burkina Faso	2003	89,7 %	1,8 %	24 % - 2 %	32 % - 26 %	
Côte d'Ivoire	2005	96,0 %	4,7 %	31 % - 5 %	56 % - 58 %	2,2 %
Ghana	2003	95,3 % *	2,2 %	10 % - 1 %	24 % - 30 %	1,5 %
Guinée	2005	98,7 %	1,5 %		53 % - 36 %	1,2 %
Liberia	2007	~100 %	1,5 %	22 % - 7 %		
Mali	2005	~100 %	1,3 %	23 % - 2 %	16 % - 8 %	2,0 %
Niger	2006	~100 %	0,7 %		10 % - 2 %	1,3 %
Nigeria	2003	~99,0 %			77 % - 27 %	2,9 %
Sénégal	2005	~99,0 %	0,7 %		21 % - 2 %	
<b>Afrique Centrale, Afrique de l'Est et Afrique australe</b>						
Botswana	2004		17,1 %	5,4 %		
Cameroun	2004	91,8 % *	5,5 %			
Congo	2005			28 % - 8 %	66 % - 59 %	
Kenya	2003	83,7 %	6,7 %	17 % - 2 %	41 % - 21 %	
Lesotho	2004-5	48 %	23,5 %			1,7 %
Malawi	2004	20,7 %	11,8 %			
Madagascar	2003-4			20 % - 3 %		4,0 %
Mozambique	2003	59,5 %		35 % - 6 %	54 % - 67 %	13 %
Rwanda	2005	9,6 %	3,0 %	5 % - 1 %	9 % - 5 %	
Afrique du Sud	2003			4 % - 3 %		
Swaziland	2006-7		25,9 %	29 % - 4 %	91 % - 69 %	
Tanzanie	2003-4	69,7 %	7,0 %	30 % - 4 %	43 % - 29 %	11 %
Ouganda	2004-5	24,8 %	6,4 %	29 % - 4 %	30 % - 24 %	
Zambie	2001-2		15,6 %		33 % - 28 %	29 %
Zimbabwe	2005-6	10,3 %	18,1 %	14 % - 1 %	28 % - 13 %	3,9 %

Enquêtes épidémiologiques nationales sur les axées sur les comportements à risque liés au VIH et celles sur la séroprévalence (EDS, AIS, etc.) avec des méthodologies comparables.

\* Pourcentage d'hommes circoncis parmi ceux qui subissent un test de dépistage du VIH.

Comme le montre le tableau 1, la relation écologique entre les taux de circoncision masculine et la prévalence du VIH au sein de la population masculine d'un pays est plutôt forte. Dans les pays où les taux de circoncision dépassent les 80 %, la prévalence du VIH est inférieure à 7 %, ceux où les ces taux atteignent les 90 % ou davantage, la prévalence est  $\leq$  à 2, 2 %, exception faite du Cameroun et de la Côte d'Ivoire.

En revanche, dans les pays où les taux de circoncision sont inférieurs à 70 %, la prévalence du VIH dépasse les 10 %, voire bien davantage dans certains cas. le Rwanda et l'Ouganda faisant exception car la prévalence dans ces deux pays, qui a toujours été plus élevée, a décliné sensiblement ces dernières années.<sup>56-59</sup> Au Rwanda la diminution s'est amorcée au lendemain de la guerre, les niveaux de comportement à risque étant désormais et de loin, les plus faibles en Afrique de l'Est (Cf. le tableau 1).

Il convient de préciser que cette analyse est « imparfaite » dans la mesure où, en Afrique de l'Est notamment (Ouganda, Kenya, Rwanda) mais également dans une certaine mesure ailleurs (villes du Burkina Faso), on a enregistré une diminution de la prévalence du VIH ces dernières années. Sans compter la diffusion de l'information quant à son efficacité à prévenir la transmission du VIH qui a sensiblement augmenté les taux de circoncision masculine. Ceci démontre, comme dans l'étude multicentrique des Quatre villes, qu'il existe un lien écologique très fort entre la circoncision masculine et les cas de séropositivité.

Même s'il apparaît que les comportements à risque atteignent, en moyenne, des niveaux plus élevés en Afrique de l'Est et en Afrique australe, ces différences ne sont pas aussi frappantes ni systématiques que les taux de circoncision masculine (Cf. le tableau 1), encore que la difficulté inhérente à l'évaluation des comportements sexuels en soit responsable, comparée à la facilité d'une évaluation des facteurs biologiques. Il est également possible, comme cela vient d'être signalé, que des changements de comportement sexuel soient intervenus avec le temps, surtout dans les pays à forte prévalence à tel point que les pratiques « courantes » n'étaient plus l'indicateur adéquat des comportements au moment où se produisait la transmission du VIH, que nous repérons aujourd'hui dans les taux de prévalence. Il existe donc une évidence irréfutable selon laquelle un changement de comportement important s'est produit en Ouganda<sup>57</sup> puis, plus récemment, au Zimbabwe.<sup>60</sup>

Une fois rapprochés, ces éléments indiquent clairement que la circoncision masculine a pu faire baisser le potentiel de l'épidémie dans certains pays d'Afrique subsaharienne, tandis que les faibles taux de circoncision peuvent l'avoir augmenté dans d'autres, notamment lorsque l'inexistence de cette pratique s'apparente à l'un des facteurs biologiques les plus importants à avoir marqué le profil de la propagation du VIH en Afrique subsaharienne.

Cependant, il est intéressant de remarquer que les trois pays d'Afrique de l'Ouest réputés compter les niveaux les plus élevés de séroprévalence (le Ghana, la Côte d'Ivoire et le Burkina Faso) ont recensé et continuent de recenser les taux les plus faibles de circoncision masculine comparés aux autres pays de l'Afrique de l'Ouest.<sup>48, 61</sup> La

circoncision est presque généralisée dans les autres pays de l'Afrique de l'Ouest y compris au Nigéria.

Outre ces facteurs biologiques, il apparaît que les caractéristiques du comportement ont leur importance dans la définition des réseaux sexuels par lesquels se propage le virus. Il est probable que la propagation rapide et très étendue du VIH dans divers secteurs de l'Afrique australe ait été fortement influencée par des facteurs socio-économiques tels le taux élevé de migration de main d'œuvre. De surcroît, la chute des niveaux de prévalence du VIH en Ouganda et, plus récemment au Zimbabwe, semble avoir surtout été causée par une réduction des comportements à risque.<sup>45, 57, 60</sup>

La variation accusée par les comportements à risque dans les pays semble signaler une corrélation possible avec la variation des taux de séroprévalence dans l'ensemble de l'Afrique subsaharienne. C'est ainsi que la Côte d'Ivoire et le Swaziland présentent des niveaux relativement élevés de comportements à risque, comparés à la plupart des autres pays d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique australe respectivement (Cf. le tableau 1). Ce rapport contient un examen approfondi des facteurs comportementaux et de leur importance face aux épidémies que connaît l'Afrique de l'Ouest.

Autre trait caractéristique des épidémies de VIH en Afrique de l'Ouest : la présence de souches VIH de type 2.<sup>2</sup> La Guinée-Bissau, réputée épicentre et pays d'origine de l'épidémie de VIH de type 2,<sup>62</sup> accuse la prévalence la plus élevée au monde de ce virus, même si les données récentes de surveillance sentinelle chez les femmes enceintes et celles des enquêtes épidémiologiques indiquent que la progression du VIH de type 2 s'est ralentie.<sup>63, 64</sup> Aujourd'hui, près d'un tiers des cas de VIH en Guinée-Bissau sont de type 2.

Le VIH de type 2 a également joué un rôle déterminant dans les épidémies du Cap-Vert, du Sénégal et de la Gambie- tous voisins de la Guinée-Bissau au nord-ouest de l'Afrique de l'Ouest.<sup>65-70</sup> D'ores et déjà, les premiers cas de VIH de type 2 avaient été isolés en 1986 en France chez deux patients provenant l'un du Cap-Vert et l'autre de Guinée-Bissau.<sup>62</sup>

L'importance relative du VIH de type 2 par rapport à celui de type 1 ne cesse de diminuer dans les pays en cause. Ainsi, la prévalence du VIH de type 2 en Guinée-Bissau, entre 1992 et 2004, chez les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans a baissé de 3,6 % à 1,7 %, alors que la prévalence du VIH de type 1 a augmenté de 1,2 % à 5,7 %.<sup>64</sup> En Gambie, parmi les patients soignés dans le service des IST du Medical Research Council (MRC), la prévalence du VIH de type 1 s'élevait à 4,2 % en 1988-91 avant d'augmenter considérablement pour atteindre les 17,5 % en 2001-03. La prévalence du VIH de type 2 qui atteignait les 7 % en 1988-91 s'est considérablement affaiblie pour descendre à 4 % in 2001-03.<sup>67</sup>

---

<sup>2</sup> Le VIH-2 a été identifié dans un prélèvement sanguin provenant de Guinée-Bissau remontant à 1966 et semble avoir été introduit dès 1945. Le VIH-1 semble avoir atteint la population bien après le VIH-2, à la fin des années 1980.<sup>71</sup> Les femmes âgées semblant plus sujettes aux infections au VIH-2.<sup>72</sup>

Les modifications marquant l'épidémiologie des infections au VIH-1 et au VIH-2 sont probablement liées, du moins en partie, à la moindre transmissibilité du VIH de type 2 comparé au VIH de type 1. Les études reposant sur une modélisation mathématique semblent indiquer que le VIH-1 évincera par sa transmissibilité élevée le VIH-2.<sup>73, 74</sup> L'autre différence entre ces types de virus est que les infections au VIH-2 évoluent plus lentement vers la maladie.<sup>75</sup>

#### **4.2. Le contexte socio-économique**

Le tableau 2 offre une illustration des principaux indicateurs socio-économiques propres aux pays de l'Afrique de l'Ouest. L'ensemble de la population des 15 pays concernés par notre étude représente environ 270 millions de personnes dont près de la moitié vit au Nigéria qui est le pays résolument le plus peuplé de la région. Le plus petit pays de l'Afrique de l'Ouest est le Cap-Vert avec moins d'un million d'habitants, alors que la moyenne de la population se situe aux environs de 9 millions (Guinée). L'Afrique de l'Ouest, qui est l'une des régions les plus pauvres du monde, comprend les cinq pays comptant l'indice le plus bas de développement humain : la Sierra Leone, le Burkina Faso, la Guinée-Bissau, le Niger et le Mali (le Libéria ne relève pas de cet indice). Le pays le plus développé de la région (le Cap-Vert) se classe 102<sup>e</sup> sur 177 selon cet indice, le rang moyen étant 163<sup>e</sup> (Bénin). Les taux d'alphabétisation sont très bas dans la plupart des pays d'Afrique de l'Ouest, marqués par une inégalité considérable entre les sexes comptant deux fois plus d'hommes que de femmes sachant lire et écrire dans la plupart des pays.

L'espérance de vie à la naissance varie de 42 ans (Sierra Leone) à 71 ans (Cap-Vert), avec une moyenne de 55 ans (Guinée). Le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans est extrêmement élevé, dépassant le nombre de 100 pour 1.000 naissances vivantes dans tous les pays excepté le Cap-Vert, et dépassant les 200 pour 1.000 naissances vivantes dans cinq pays (Guinée-Bissau, Mali, Libéria, Niger et Sierra Leone).

La plupart des pays en cause disposent d'un niveau relativement élevé d'urbanisation (plus de 40 % de la population de dix de ces pays vivent dans une zone urbaine), cependant, le Burkina Faso et le Niger sont des pays essentiellement ruraux avec plus de 80 % de leur population dans les zones rurales. L'Islam est une religion très importante dans la région, son influence décroissant du nord au sud, car si le Sénégal, le Mali, la Guinée, la Gambie et le Niger sont essentiellement des pays musulmans, l'Islam est beaucoup moins présent dans les zones côtières de la Côte d'Ivoire, du Ghana, du Togo, du Bénin et du Nigéria où le christianisme et l'animisme dominant. La vaste majorité des hommes en Afrique de l'Ouest sont circoncis (> 95 % dans la plupart des pays), indépendamment de leur religion.

**Tableau 2 : Indicateurs socioéconomiques et sanitaires fondamentaux, pays de l'Afrique de l'Ouest**

Variables	BF	BN	CI	CV	GA	GB	GH	GU	LJ	ML	NA	NG	SL	SN	TG
Population (en milliers)	13,933	8,490	18,585	507	1,617	1,597	22,535	9,003	3,442	11,611	141,356	13,264	5,586	11,770	6,239
% en zones urbaines	18,3	40,1	45,0	57,3	53,9	29,6	47,8	33,0	44,7	30,5	48,2	16,8	40,7	41,6	40,1
PIB par habitant (Int \$)	1,213	1,141	1,648	5,803	1,921	827	2,480	2,316	NA	1,033	1,128	781	806	1,792	1,506
Total des dépenses de santé par habitant (Int \$)	77	40	64	225	88	28	95	96	22	54	53	26	34	72	63
Espérance de vie à la naissance	51,4	55,4	47,4	71,0	58,8	45,8	59,1	54,8	44,7	53,1	46,5	55,8	41,8	62,3	57,8
Taux de mortalité des moins de cinq ans (par 1.000 de naissances vivantes)	191	150	195	35	137	200	112	150	235	218	194	256	282	136	139
Taux d'alphabétisation masculine	31,4	47,9	60,8	87,8	47,8	58,1	66,4	42,6	58,3	32,7	78,2	42,9	46,7	51,1	68,7
Taux d'alphabétisation féminine	16,6	23,3	38,6	75,5	32,8	27,4	49,8	18,1	45,7	15,9	60,1	15,1	24,2	29,2	38,5
Indice de développement du PNUD	176/177	163	166	102	155	175	135	160	NA	173	158	174	177	156	152
% de Musulmans	50,0	24,4	40,0	<2,0	90,0	45,0	15,9	85,0	20,0	90,0	50,0	93,0	60,0	94,0	20,0

Sources : Site du PNUD (consulté le 4 juin 2008), pour tous les indicateurs, exception faite du % de Musulmans qui provient du World Fact Book de la CIA (consulté en ligne 4 juin 2008) et de certaines données sur les taux d'alphabétisation, qui ne sont pas disponibles auprès du PNUD et proviennent des Fiches d'informations épidémiologiques de l'ONUSIDA-OMS 2006.

### 4.3. Sources des données

La source de données la plus présente dans tous les pays est la surveillance sentinelle des centres de consultation prénatale (ANC). Ce genre de surveillance a été mis en place un peu partout à la fin des années 1980 ou au début des années 1990. Dans de nombreux pays, toutefois, le nombre de sites de surveillance sentinelle a toujours été insuffisant et les zones urbaines ont été sur-représentées. Le fait d'utiliser les données de séroprévalence recueillies par les centres de consultation prénatale (ANC) comme données indirectes de la prévalence du VIH au sein de la population et que ces sites soient concentrés dans les agglomérations urbaines a donné lieu à une surestimation de l'épidémie de VIH dans la plupart des pays, un phénomène élucidé depuis peu. La surveillance sentinelle concerne également les IST et les patients atteints de tuberculose dans de nombreux pays, dans le but de représenter d'autres groupes fortement exposés au risque.

Nous présentons ainsi les données issues des centres de consultation prénatale (ANC) telles qu'elles apparaissent dans les rapports de surveillance par pays (faute de quoi, nous recourrons aux données publiées dans les rapports- pays de l'UNGASS ainsi qu'aux fiches d'information épidémiologique de l'ONUSIDA). Le cas échéant, nous calculons des moyennes à défaut d'en avoir été saisis et de les citer comme telles. Dans certains cas, la statistique utilisée n'est pas spécifiée. Les zones urbaines et rurales sont définies suivant les rapports de surveillance pour lesquels une agglomération de 5.000 à 10.000 habitants ou plus (selon le pays en cause) est considérée comme urbaine comparée à une zone de moins de 5.000 à 10.000 habitants, qui est considérée comme rurale.

Ces cinq dernières années, les enquêtes épidémiologiques et études connexes comportements ont porté sur un échantillon représentatif de l'ensemble de la population de 11 pays de la région, ces enquêtes venant généralement en complément d'une EDS (EDS+) quand elles n'ont pas été menées en appliquant une méthodologie analogue à celle des EDS. A l'époque actuelle, ces enquêtes constituent la source principale d'information concernant l'épidémiologie du VIH dans l'ensemble des populations des pays où elles sont diligentées. Dans la mesure où la prévalence signalée dans ces enquêtes s'est révélée en général bien inférieure à ce que l'on escomptait en se fondant sur les données de surveillance sentinelle des centres de consultation prénatale, ces enquêtes ont tendance à manquer de poids pour se prêter à une analyse détaillée des variations régionales et sociodémographiques de la prévalence comme des facteurs de risque face au VIH. Deux cycles d'enquêtes ont déjà été effectués au Niger et au Mali.

Exception faite de quelques enquêtes anonymes et indépendantes menées auprès des FSW dans plusieurs pays, et de quelques travaux de recherche concernant le même groupe en Côte d'Ivoire et au Bénin, il n'existait que très peu d'études consacrées à la prévalence et au comportement des population très exposées au risque d'infection au VIH jusque vers le milieu des années quatre-vingt dix. Depuis lors, ces études ont été entreprises dans la quasi totalité des pays de la région, ciblant les FSW, les chauffeurs routiers, les hommes portant l'uniforme, les émigrés, les hommes caractérisés par leur mobilité, les prisonniers et les jeunes. De 1995 à 2000, la plupart de ces travaux n'avaient

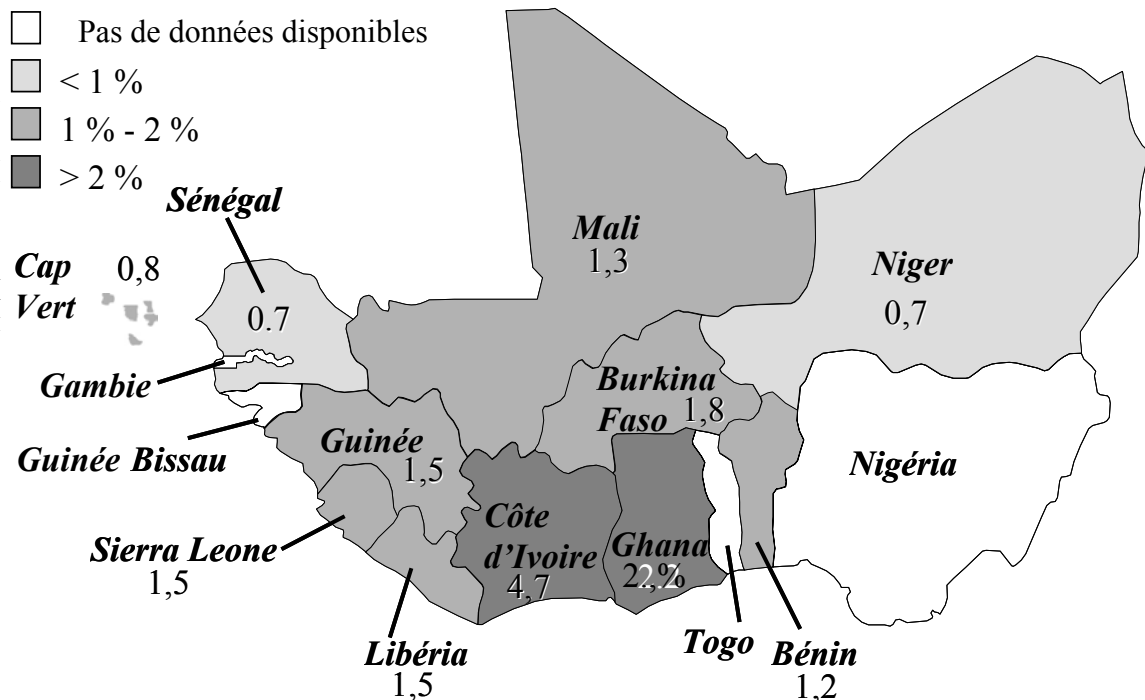
qu'une visée comportementale et s'appelaient des enquêtes de surveillance comportementale (BSS). En revanche, depuis le début de la décennie une dimension biologique avec évaluation de la prévalence du VIH (et parfois des IST) est prise en compte dans un nombre croissant d'enquêtes que l'on dénomme désormais enquêtes de surveillance biologique et de comportement (IBBS). Un ensemble très utile de données IBBS a été rassemblé en deux temps dans le cadre du projet sida-3 (financé par l'Agence canadienne de développement international, ACIDI) qui oriente ses interventions sur les travailleuses du sexe et leurs clients dans huit des neuf pays d'Afrique de l'Ouest couverts par le projet.

Enfin, un grand nombre de travaux de recherche épidémiologique, clinique et comportementale offrent des renseignements précieux, notamment sur les premiers stades de l'épidémie et l'épidémiologie du VIH de type 2. Les pays comptant sur un programme dynamique de recherche sur cette dernière ont toujours été la Côte d'Ivoire et le Ghana, ainsi que le Sénégal, la Gambie et la Guinée-Bissau. Les études de cohorte sur une base communautaire, comme il en existe en Afrique de l'Est et en Afrique australe, n'existent pas en Afrique de l'Ouest, de même qu'il manque des données concernant la prévalence et les comportements des utilisateurs de drogue par injection.

#### 4.4. Epidémiologie du VIH et facteurs connexes socioéconomiques et de comportement dans l'ensemble de la population.

La figure 6 illustre la prévalence nationale générale du VIH dans 11 pays d'Afrique de l'Ouest où des études démographique de prévalence du VIH ont été menées dès 2003.<sup>2-12</sup>

**Figure 6 : Carte de la prévalence du VIH selon les études de prévalence du VIH sur toute la population d'un pays donné en Afrique de l'Ouest**



La ventilation du taux de prévalence par sexe et lieu de résidence (zone rurale/zone urbaine) est donnée à la figure 7 et au tableau 3 (ce dernier qui contient également des données de comportement relatives à l'ensemble de la population inclut le Nigéria, où une EDS prenant en compte des indicateurs VIH de comportement--mais aucun test de dépistage--a été entreprise en 2003<sup>76</sup>).

Considérant que les niveaux de prévalence relevés par les ANC sont nettement plus élevés que ceux recensés lors des enquêtes épidémiologiques dans tous les pays où les deux types de données sont disponibles (Cf. le tableau 4), il est par conséquent plausible que la véritable prévalence du VIH au sein de l'ensemble de la population soit inférieure aux estimations des ANC pour le Nigéria, le Togo, la Gambie et la Guinée-Bissau. Pour ce dernier pays, considéré comme l'épicentre de l'épidémie de VIH de type 2, ce type de virus représente un tiers des cas, les résultats des ANC établissant la prévalence du VIH de type 1 à 4,8 %. Si la proportion des infections au VIH de type 2 n'a cessé de diminuer, au point de devenir négligeable dans la plupart des autres pays d'Afrique de l'Ouest, elle est encore importante au Sénégal, au Cap-Vert et en Gambie. Dans ce dernier pays, le VIH de type 2 représentait près du tiers des cas de VIH révélés par la surveillance ANC en 2004, tandis que le VIH de type 1 en représentait la moitié et 25 % des cas signalés dans les enquêtes épidémiologiques du Cap-Vert et du Sénégal en 2005.

La prévalence du VIH est au moins 1,3 fois plus élevée (sinon le double) dans les zones urbaines comparées aux zones rurales (Cf. le tableau 3 et la figure 7) dans tous les pays pour lesquels on dispose de données excepté le Sénégal et le Ghana. Six des 11 pays comptant des estimations établies à partir d'enquêtes accusent une prévalence de < 1 % dans les zones rurales.

**Tableau 3 : Indicateurs sur la prévalence du VIH et sur les comportements au sein de l'ensemble de la population et de la jeunesse de 12 Afrique de l'Ouest où des enquêtes de populations ont été réalisées récemment**

Variables	BF	BN	CI	CV	GH	GU	LI	ML	NA	NG	SL	SN
Source et année	EDS 2003	EDS 2006	AIS 2005	EDS 2005 Données prélim. au rapport*	EDS 2003	EDS 2005	EDS 2007 Rapport préliminaire*	EDS 2006	EDS 2003 Sans volet VIH	EDS 2006	Enquête épidémiologique nationale sur la séroprévalence 2005*	EDS 2005
<b>VIH prévalence - population générale</b>												
Z. urbaines												
Total	3,6	1,7	5,4	0,9	2,3	2,4	2,5	1,6	NA	1,4	2,1	0,7
Hommes	3,2	1,0	3,2	1,4	1,5	0,6	2,1	1,3	NA	1,3	1,9	0,4
Femmes	4,0	2,2	7,4	0,4	2,9	3,9	2,8	1,8	NA	1,5	2,2	0,9
Z. rurales												
Total	1,3	0,9	4,1	0,6	2,0	1,0	0,8	0,9	NA	0,5	1,3	0,7
Hommes	1,4	0,7	2,5	0,7	1,4	1,1	0,6	0,6	NA	0,6	1,2	0,5
Femmes	1,2	1,0	5,5	0,4	2,5	0,9	1,1	1,2	NA	0,5	1,3	0,8
Pays tout entier												
Total	1,8	1,2	4,7	0,8	2,2	1,5	1,5	1,3	NA	0,7	1,5	0,7
Hommes	1,9	0,8	2,9	1,1	1,5	0,9	1,2	1,0	NA	0,7	1,5	0,4
Femmes	1,8	1,5	6,4	0,4	2,7	1,9	1,8	1,5	NA	0,7	1,6	0,9
<b>Indicateurs de comportement chez les 15 à 49 ans</b>												
Relations sexuelles >1 partenaire au cours des 12 derniers mois												
Hommes	23,5	27,4	30,5	NA	9,9	NA	21,6	22,8	NA	NA	35,7	NA
Femmes	1,8	0,9	4,5	NA	1,1	NA	7,1	1,5	NA	NA	9,3	NA
Relations sexuelles extraconjugales												
Hommes	13,7	14,5	25,1	NA	15,7	26,8	NA	14,0	14,6	1,9	NA	21,4
Femmes	1,2	0,6	4,8	NA	3,7	4,8	NA	4,2	1,3	0,1	NA	3,8 (suite)

Variables	BF	BN	CI	CV	GH	GU	LJ	ML	NA	NG	SL	SN
Dernière utilisation du préservatif lors des derniers rapports extraconjugaux												
Hommes	68,3	37,4	51,6	NA	39,0	43,8	NA	40,6	50,7	37,8	NA	63,7
Femmes	34,1	10,7	16,5	NA	15,4	26,1	NA	15,8	6,2	NA	NA	39,2
A payé pour des faveurs sexuelles lors des 12 derniers mois												
Hommes	NA	1,7	2,2	NA	1,5	1,2	NA	2,0	2,9	1,3	NA	NA
Femmes	NA	NA		NA	NA		NA		NA	NA	NA	NA
<b>Indicateurs de comportement chez les jeunes 15 à 24 ans</b>												
% ayant été mariés ou ayant vécu en couple												
Hommes	11,0	9,9	8,8	NA	9,7	14,5	NA	24,0	18,5	15,0	NA	12,0
Femmes	54,0	47,5	37,4	NA	52,6	55,4	NA	71,0	70,2	72,0	NA	45,0
Jeunes célibataires ayant eu des relations sexuelles au cours des 12 derniers mois												
Hommes	31,9	40,5	56,1	NA	23,9	52,9	NA	15,9	28,7	10,1	NA	20,9
Femmes	26,3	37,5	57,8	NA	30,0	35,6	NA	8,1	31,6	1,9	NA	2,1
Emploi du préservatif lors des derniers rapports sexuels par les jeunes célibataires au cours des 12 derniers mois												
Hommes	66,4	46,6	53,5	NA	51,5	35,0	NA	35,8	46,5	NA	NA	52,4
Femmes	55,5	27,8	41,0	NA	34,9	25,7	NA	20,5	25,3	NA	NA	36,0
Femmes âgées de 15 à 19 ans ayant eu des relations sexuelles extraconjugales ou prémaritales au cours des 12 derniers mois avec un homme âgé de > 10 ans qu'elles												
	NA	10,0	31,0	NA	5,2	5,9	NA	NA	11,6	NA	NA	NA

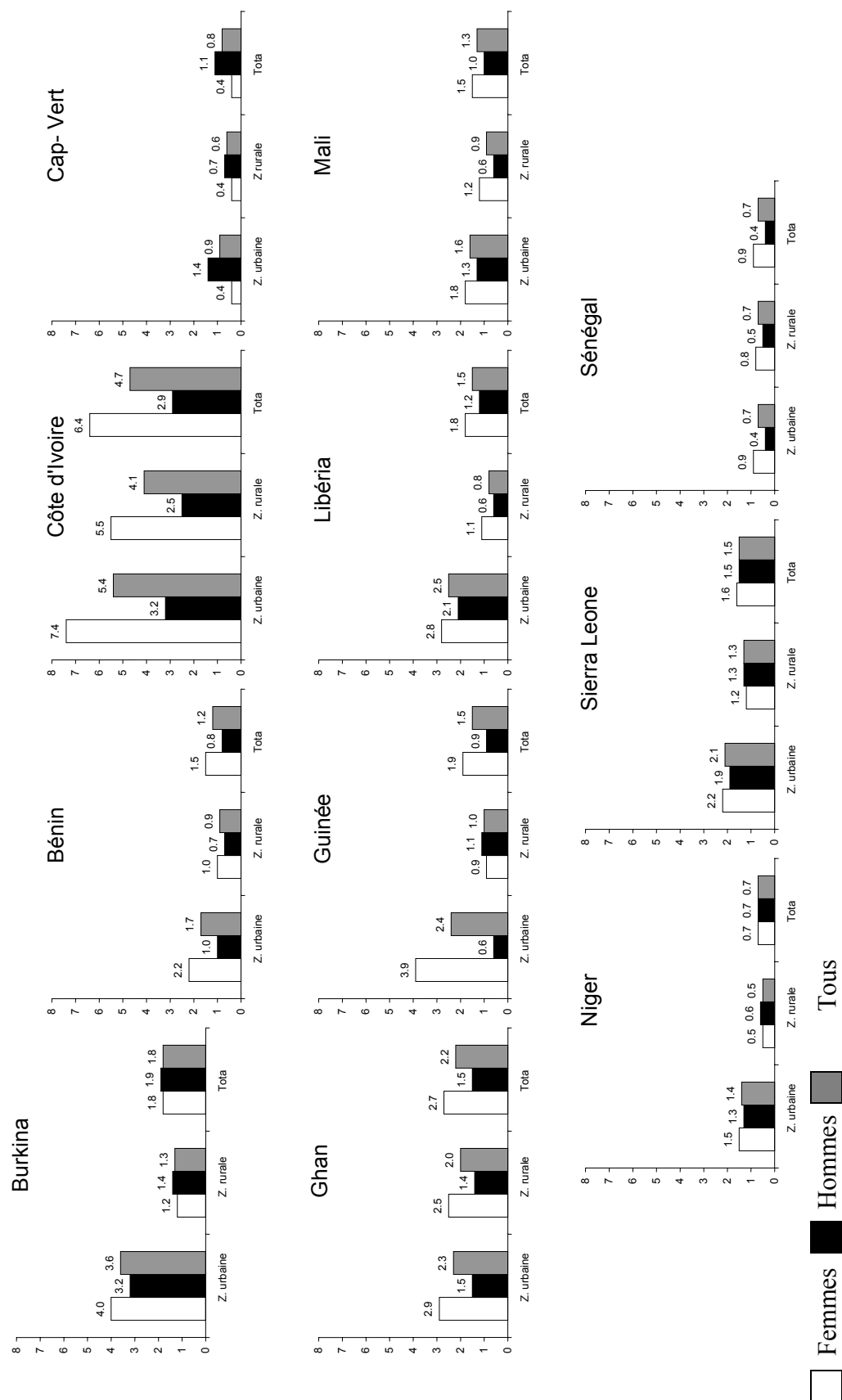
\* Volume limité disponible de données sur les comportements dans les rapports existant à l'heure actuelle pour les pays concernés.

**Tableau 4 : Séroprévalence (en %) sur les sites sentinelles des ANC, études épidémiologiques générales et des groupes vulnérables au sein de 15 pays d'Afrique de l'Ouest**

Variables	BF	BN	CI	CV	GA	GB	GH	GU	LI	ML	NA	NG	SL	SN	TG
Séroprévalence sur les sites ANC	2006	2006	2005	2004	2006	2004	2006	2004	2006	2005	2005	2006	2006	2004	2006
Z. urbaines	3,8	2,8	6,9			6,7	3,5	4,1	5,5	3,9	4,6		4,9		5,0
Z. rurales	1,0	1,5	4,0				2,8	4,3		2,5	3,9		2,5	-	2,7
Total	<b>2,7</b>	<b>2,0</b>	<b>5,8</b>	<b>0,44</b>	<b>2,8</b>	<b>6,7</b>	<b>3,2</b>	<b>4,2</b>	<b>5,5</b>	<b>3,4</b>	<b>4,4</b>	<b>1,9<sup>a</sup></b>	<b>4,1</b>	<b>1,7<sup>b</sup></b>	<b>4,2</b>
<b>Séroprévalence tirée des EDS démographiques</b>	2003	2006	2005	2005			2003	2005	2007	2006		2006	2005	2005	
Z. urbaines	<b>3,6</b>	<b>1,7</b>	<b>5,4</b>	<b>0,9</b>			<b>2,3</b>	<b>2,4</b>	<b>2,5</b>	<b>1,6</b>	EDS	<b>1,4</b>	<b>2,1</b>	<b>0,7</b>	
Hommes	3,2	1,0	3,2	1,4			1,5	0,6	2,1	1,3	2003	1,3	1,9	0,4	
Femmes	4,0	2,2	7,4	0,4			2,9	3,9	2,8	1,8	without	1,5	2,2	0,9	
Z. rurales	<b>1,3</b>	<b>0,9</b>	<b>4,1</b>	<b>0,6</b>			<b>2,0</b>	<b>1,0</b>	<b>0,8</b>	<b>0,9</b>	VIH	<b>0,5</b>	<b>1,3</b>	<b>0,7</b>	
Hommes	1,4	0,7	2,5	0,7			1,4	1,1	0,6	0,6	compo	0,6	1,2	0,4	
Femmes	1,2	1,0	5,5	0,4			2,5	0,9	1,1	1,2	Nent	0,5	1,3	0,9	
Total	<b>1,8</b>	<b>1,2</b>	<b>4,7</b>	<b>0,8</b>			<b>2,2</b>	<b>1,5</b>	<b>1,5</b>	<b>1,3</b>		<b>0,7</b>	<b>1,5</b>	<b>0,7</b>	
Hommes	1,9	0,8	2,9	1,1			1,5	0,9	1,2	1,0		0,7	1,5	0,4	
Femmes	1,8	1,5	6,4	0,4			2,7	1,9	1,8	1,5		0,7	1,6	0,9	
<b>Séroprévalence au sein des populations vulnérables</b>															
Travailleuses professionnelles du sexe – FSW	16,0 (2005)	25,5 (2006)	16,0 (2006-7)		21,3 (2003)	25,9 (2007)	34,7 (2006)	34,4 (2007)		35,3 (2005)	34,0 (2007)	33,9 (2006)	8,5 (2005)	19,8 (2006)	45,4 (2005)
Clients	1,6 (2005)	4,3 (2005)	13,4 (1999)				16,0 (2001)	4,3 (2006)				2,2 (2005)		2,4 (2006)	7,7% (2005)
HRSH							25,3 (2006)				13,5 (2007)			21,5 (2005)	
Chauffeurs routiers	18,6 (1994)	1,5 (2005)					3,2 (2006)	5,5 (2007)		2,5 (2005)	3,7 (2007)	1,7 (2002)		1,4 (2006)	
Prisonniers	9,1 (1998)	4,0 (2004)	27,8 (1995)				19,2 (2004-5)				8,8 (2002)	2,8 (2002)			
Hommes portant l'uniforme Militaires Officiers de police	3,0 (2006)							6,5 (2007)			(2007) 3,1 3,5	3,8 (2002)		(2006) 0,7 0,6	9,5 (2006)

Variables	BF	BN	CI	CV	GA	GB	GH	GU	LI	ML	NA	NG	SL	SN	TG
Pêcheurs								5,0 (2007)						1,0 (2006)	
Mineurs							0,9 (2007)	5,2 (2007)				2,1 (2004)			
UDI				14,3 (2007)							5,6 (2007)				

**Figure 7 : Prévalence du VIH (%) par zone de résidence (urbain c. rural) et par sexe au sein de la population générale de 11 pays d'Afrique de l'Ouest**



#### *4.4.2. Ventilation par sexe des infections au VIH dans les enquêtes épidémiologiques.*

Les pays pourraient être classés en trois catégories en fonction du coefficient homme/femme dans la prévalence du VIH : les pays pour lesquels ce coefficient se situe entre 1,5 and 2,25 (sept pays : Bénin, Côte d'Ivoire, Ghana, Guinée, Libéria, Mali et Sénégal), ceux pour lesquels ce coefficient est proche de 1 (Burkina Faso, Niger et Sierra Leone) et le Cap-Vert, qui est le seul pays présentant une forte majorité de cas chez les hommes. Ailleurs, comme au Bénin et en Guinée, le ratio femme/ homme est nettement plus important dans les villes comparées aux régions rurales, avec un coefficient extrême de 6,5 % en Guinée et un coefficient très inégal de 5,6 à Cotonou, qui est la plus grande ville du Bénin et où la prévalence parmi les femmes est de 2,8 % comparée à 0,5 % chez les hommes.

A l'évidence, il s'est produit une féminisation de l'épidémie dans la plupart des pays d'Afrique de l'Ouest, comme en témoigne la hausse vertigineuse du coefficient femme/homme là où des données issues d'anciennes enquêtes épidémiologiques existent. Ainsi, ce coefficient se montait à 0,63 selon une enquête effectuée en Côte d'Ivoire en 1987 et aux alentours de 1 suivant une enquête concernant Cotonou en 1998. Cette féminisation tient à la maturation de l'épidémie dans la plupart des pays qui comptent un coefficient femme-homme élevé. Certains indices montrent que la prévalence du VIH a atteint son niveau maximum et qu'elle a même commencé à décliner dans plusieurs pays notamment en Côte d'Ivoire, au Bénin, au Ghana, au Mali et au Sénégal. Cependant, la différence relative considérable (à Cotonou et dans les villes de Guinée) et la différence absolue (en Côte d'Ivoire) entre la prévalence du VIH chez les hommes et chez les femmes s'explique en partie par une réticence à participer aux enquêtes. En effet, si la participation de l'ensemble de la population (quoique légèrement moindre de la part des hommes) dans tous les pays aux dernières enquêtes épidémiologiques a été généralement bonne (> 80 %), on a constaté que la participation des hommes était nettement inférieure à celle des femmes dans les capitales ou les grandes agglomérations urbaines d'Abidjan (< 60 %), Conakry (68 %) et Cotonou (66 %). L'analyse par pays des caractéristiques et de la prévalence escomptée parmi les non-participants tend à indiquer que l'élément de partialité général est relativement peu important dans les estimations.<sup>77</sup> Il existe toutefois la possibilité d'un biais résiduel comme celle d'une partialité au niveau sous-national qui ferait que dans les grandes villes et les capitales, par exemple, où le taux de participation tend à être moins important que dans les campagnes, ce biais soit beaucoup plus important. Quoiqu'il en soit, la petite taille de l'échantillon dans les grandes villes et dans les capitales rend difficile toute conclusion catégorique.

Les données concernant les cas de sida, lorsqu'elles sont disponibles, attestent également d'une féminisation de l'épidémie. Ainsi, au Ghana, le coefficient femme/homme des cas signalés a triplé passant de 0,5 pour 1 en 1998 à 1,44 pour 1 en 2005.

#### 4.4.3. Comparaison entre les données de séroprévalence du VIH relevés par les ANC et celles tirées des enquêtes épidémiologiques.

Le tableau 4 présente les niveaux de prévalence du VIH relevés par les ANC dans les 15 pays d'Afrique de l'Ouest,<sup>64,78-91</sup> en parallèle avec les estimations existantes tirées des enquêtes épidémiologiques. Pour la plupart des pays pour lesquels il existe ces deux types de données, la prévalence établie par les centres de consultation prénatale est plus importante que celle des estimations procédant d'enquêtes qui se sont adressées à des hommes comme à des femmes. Ce phénomène s'explique en partie par la prévalence nettement inférieure que l'on a constatée chez les hommes comparé aux femmes visés par la plupart des études s'appliquant à l'ensemble de la population. Certes, lorsque l'on se contente d'une seule comparaison entre les femmes, la différence devient beaucoup moins grande dans de nombreux pays : 1) Au Burkina Faso et dans les villes de Guinée, la prévalence établie par les ANC spécifique aux zones rurales opposées aux zones urbaines est comparable à celles recensées chez les femmes visées par les EDS ; 2) En Côte d'Ivoire et au Cap-Vert, la prévalence selon les ANC est en fait *moindre* que les estimations s'appuyant sur des enquêtes concernant les femmes des zones rurales et urbaines ; 3) Au Bénin et au Ghana, l'écart entre les prévalences dérivées des deux types d'enquête est très réduit dès lors qu'il s'agit des femmes exclusivement. Il convient de noter toutefois que dans les régions rurales de la Guinée, du Libéria, du Mali, du Niger, de la Sierra Leone et du Sénégal, les estimations de prévalence calculées par les ANC demeurent nettement plus élevées que les estimations tirées d'enquêtes épidémiologiques ne concernant que les femmes.

L'écart entre la prévalence du VIH chez les femmes selon les données des ANC et les enquêtes épidémiologiques est souvent moins important dans les pays dotés d'un grand nombre de sites sentinelles offrant une large couverture des zones rurales (Bénin, Ghana) comparé à ce qu'il est dans les pays ne disposant que d'un nombre limité de sites. Ainsi, au Burkina Faso, même si les estimations des ANC pour les régions urbaines et rurales sont comparables à celles concernant l'ensemble des femmes, la prévalence estimée des ANC au niveau national sera supérieure à celle des enquêtes concernant l'ensemble des femmes en raison d'une sous représentation des régions rurales dans les sites sentinelles de ce pays qui est l'un des moins urbanisés de l'Afrique de l'Ouest (18,3 % seulement de la population vit dans les villes). Dans d'autres pays présentant une différence marquée entre les deux types d'enquêtes aux fins d'estimations spécifiques pour les villes et les régions rurales (par exemple le Mali), les sites sentinelles tendent à représenter les localités les plus accessibles sans prendre en compte les régions éloignées.

Les autres différences marquant les deux types d'estimations pour des pays comme le Ghana et le Bénin s'expliquent probablement parce qu'une partie importante des femmes entre 15 et 49 ans n'ont pas de vie sexuelle active (25 % des femmes au Bénin et 32 % au Ghana signalaient n'avoir eu aucune activité sexuelle au cours de l'année écoulée), notamment aux âges limites de cette fourchette. De même, il existe des différences dans le classement par âges des femmes enceintes et de celles qui ne le sont pas. Il est intéressant de relever que dans l'EDS effectuée au Ghana, la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes ou celles qui l'avaient été au cours des deux années ayant précédé

l'enquête était semblable à celle estimée par la surveillance sentinelle des ANC. Enfin, en Côte d'Ivoire, la prévalence (inhabituellement) élevée constatée chez les femmes lors de l'enquête épidémiologique par rapport aux données recueillies dans les ANC pourrait être liée à une baisse de fécondité chez les femmes séropositives dans le contexte d'une épidémie plus répandue, dont le stade est beaucoup avancé comme c'est le cas de ce pays comparé au reste de l'Afrique de l'Ouest.<sup>92, 93</sup>

Considérant toutes ces remarques résultant de la comparaison des taux de séroprévalence relevés par les ANC ou tirés des enquêtes épidémiologiques à l'échelle de toute la population, lorsque l'on dispose de ces deux types de données, d'aucuns pourraient déduire que pour les pays où seules existaient les estimations calculées par les centres de consultation prénatale (Togo, Nigéria, Guinée-Bissau et Gambie, lesquels, à l'exception de la Gambie, accusaient une prévalence > 2 %,) ces taux de séroprévalence sont plus élevés que dans l'ensemble de la population.

#### ***4.4.4. Indicateurs de comportement sexuel dans l'ensemble de la population et parmi les jeunes.***

Le tableau 3 présente, pour la population adulte et les jeunes, les indicateurs-clé des enquêtes épidémiologiques, soit ceux là même qui ont servi à calculer les estimations de prévalence du VIH (les données relatives au Nigéria proviennent de l'EDS de 2003 sans composante VIH). Certains des rapports d'enquêtes épidémiologiques auxquels nous avons eu accès portaient exclusivement sur la prévalence du VIH, d'où l'absence de ces indicateurs dans le cas du Cap-Vert et leur disponibilité très limitée pour le Libéria et la Sierra Leone. De surcroît, aucun indicateur récent (moins de cinq ans) n'existait concernant l'ensemble de la population des autres pays visés par cette étude (Togo, Guinée-Bissau et Gambie).

Il convient d'ajouter que les indicateurs de comportement utilisés dans la plupart des enquêtes sont limités. Le principal indicateur ayant servi aux enquêtes épidémiologiques pour évaluer les comportements sexuels à risque chez les jeunes et les adultes tels que définis par l'ONUSIDA/UNGASS et que l'on retrouve dans toutes les EDS et autres rapports-types des enquêtes à indicateurs multiples (MICS) est celui des « rapports sexuels à haut risque »— tels que défini par des rapports sexuels hors mariage et/ou partenaire non-concubin.<sup>13</sup> Choix regrettable dans la mesure où cette variable ne permet pas de cerner correctement les comportements sexuels à risque propres aux jeunes et aux adultes célibataires. Par définition, avoir des rapports sexuels avec n'importe quel partenaire avec lequel la personne répondant au sondage ne vit pas en couple (signifiant marié ou concubin), est considéré comme des rapports sexuels à haut risque. Alors que pour les personnes vivant en couple, cela correspond à des rapports extraconjugaux (et partant, à une évaluation adéquate du risque), pour les personnes qui ne vivent pas en couple, cela peut signifier tous les rapports sexuels, y compris ceux qui concernent un partenaire régulier avec lequel on ne cohabite pas. Pour les adultes qui ont une vie sexuelle et ne sont pas en couple, cette variable s'applique à 100 % par définition. Par conséquent, si la part de la population se livrant à des « rapports sexuels à haut risque »

est mise en évidence par rapport à l'ensemble de la population (c'est à dire non différenciée selon qu'elle vit en couple ou non), on aboutira à des taux dénués de réalisme et extrêmement élevés de « rapports sexuels à haut risque ».

Le problème occasionné par cet indicateur est plus grave concernant les jeunes, car peu d'entre eux sont mariés par rapport aux personnes plus âgées. En outre, parmi des sujets non mariés, la référence à l'« utilisation du préservatif lors des derniers rapports sexuels à haut risque » est d'une utilité limitée puisqu'il équivaut à évoquer l'utilisation du préservatif lors des derniers rapports avec n'importe quel type de partenaire en les incluant tous : de la professionnelle du sexe aux petits amis de longue date. C'est précisément pour cette raison que nous n'avons pas présenté cet indicateur au tableau 3, excepté lorsqu'il s'agissait de rendre compte des rapports extraconjugaux entre couples mariés ou vivant en concubinage. L'utilisation de cet indicateur comme principal signal de comportement sexuel à risque est responsable du fait que l'on ait négligé un indicateur beaucoup plus utile (le nombre de partenaires sexuels) dans un grand nombre de rapports d'enquêtes épidémiologiques publiés. Enfin, lorsque cet indicateur a été utilisé comme référence secondaire, il a souvent été interprété à tort comme évoquant les rapports sexuels avec un partenaire non régulier ou occasionnel.

En 2008 la liste des indicateurs de base de l'UNGASS a été révisée, notamment la définition de ces deux indicateurs.<sup>94</sup> Les rapports sexuels à haut risque (indicateur 16) sont désormais définis comme supposant des rapports sexuels avec plus d'un partenaire pendant l'année écoulée. Certes, il s'agit d'une amélioration, toutefois, elle se traduira par une impossibilité de comparer les données après un certain temps. En effet, cette nouvelle définition rendra l'indicateur plus faible, voire susceptible de signaler une réduction artificielle des rapports sexuels avec des partenaires multiples.

Quant à la nouvelle définition de l'utilisation du préservatif dans les rapports sexuels à risque élevé (indicateur 17), elle n'est pas utile puisqu'elle est définie par « l'utilisation du préservatif pendant les derniers rapports sexuels » chez des sujets qui ont eu plus d'un partenaire pendant l'année écoulée. Cependant le type de partenaire n'est pas défini et peut donc s'appliquer à un partenaire habituel, conjugal voire occasionnel selon le moment où le répondant est interrogé sur ses derniers rapports sexuels.

Les hommes ont signalé bien plus fréquemment que les femmes avoir eu plus d'un partenaire sexuel au cours de l'année écoulée (3 à 15 fois plus dans les cinq pays pour lesquels cet indicateur existe), ceux qui étaient mariés ou vivant en concubinage signalant des rapports sexuels extraconjugaux 4 à 23 fois plus que leurs homologues féminines. A l'évidence, les rapports sexuels extraconjugaux se sont révélés les moins fréquents au Niger (1,9 % des hommes et 0,1 % des femmes, suivant leurs indications) tandis qu'ils étaient beaucoup plus courants, chez 25-26 % des hommes contre 4,8 % des femmes, en Côte d'Ivoire, le pays qui accuse la plus haute séroprévalence en Afrique de l'Ouest, avec la Guinée, qui compte la prévalence du VIH la plus élevée des femmes dans les zones urbaines. Par ailleurs, on constate que l'utilisation du préservatif dans les rapports extraconjugaux était nettement plus élevée chez les hommes et beaucoup plus répandue au Burkina Faso et au Sénégal que partout ailleurs pour les hommes (60-70 %) et les

femmes (30-40 %), Ailleurs, ce pourcentage oscillait entre 37 % et 52 % parmi les hommes et 6 % et 26 % parmi les femmes. Un écart particulièrement important existe entre les hommes et les femmes pour cet indicateur au Nigéria, (51 % pour les hommes contre 6 % chez les femmes).

Chez les jeunes de 15 à 24 ans, on a constaté une proportion importante de femmes mariées (37,4 % en Côte d'Ivoire contre 72 % au Niger) pour beaucoup moins d'hommes (de 8,8 % en Côte d'Ivoire à 24,0 % au Mali). Dès lors que les données ont été ventilées en fonction de l'état civil des intéressés, il est apparu que les jeunes femmes étaient davantage actives sexuellement que les jeunes gens. Cependant, à l'exception du Ghana et de la Côte d'Ivoire, les jeunes gens célibataires se sont révélés plus sexuellement actifs que leurs homologues femmes. Les rapports sexuels avant le mariage chez les jeunes est beaucoup moins répandu dans les pays comptant un nombre  $\geq$  à 90 % de musulmans, notamment au Mali, au Sénégal et au Niger. Plus de 50 % des jeunes non mariés étaient sexuellement actifs en Côte d'Ivoire, chiffre considéré comme étant le plus élevé dans l'ensemble de l'Afrique de l'Ouest, surtout concernant les jeunes femmes. Quant à l'utilisation du préservatif lors des derniers rapports sexuels entre célibataires, celle des jeunes gens dépassait celle des jeunes femmes célibataires,, néanmoins cette différence entre les sexes était bien moins marquée que dans le cas de l'utilisation du préservatif lors des derniers rapports extraconjugaux dans la tranche d'âge 15-49 ans. Parmi les quelques pays pour lesquels une information était disponible quant à la différence d'âge entre les jeunes filles de 15 à 19 ans et leurs partenaires à marier ou déjà mariés par ailleurs, les jeunes filles de Côte d'Ivoire ont signalé avoir beaucoup plus couramment des partenaires sexuels comptant plus de dix ans qu'elles comparé aux autres (31 % comparé à 5-12 % dans quatre autres pays).

Même s'il n'existe pas de rapport écologique général bien établi entre les niveaux de comportement à risque face au VIH et la séroprévalence, on relève néanmoins à l'échelle de l'Afrique de l'Ouest, tout un ensemble de comportements à haut risque susceptibles d'expliquer, du moins en partie, la séroprévalence nettement plus importante au sein de la population de Côte d'Ivoire, comparée aux autres pays. Certes, le nombre d'hommes et de femmes de ce pays signalant avoir eu plus d'un partenaire sexuel l'an dernier, des rapports extraconjugaux chez les gens mariés, une activité sexuelle parmi les jeunes célibataires et une grande différence d'âge entre les jeunes filles de 15 à 19 ans qui ont une activité sexuelle et leurs partenaires masculins, compte parmi le plus élevé de tous les pays alors que l'utilisation du préservatif est loin d'être suffisante. L'absence de données relatives aux principaux indicateurs de plusieurs pays limite toutefois l'examen approfondi de la relation écologique entre la séroprévalence et les niveaux de comportement à risque dans les pays. En outre, le facteur temps revêt une grande importance. En effet, l'épidémie s'est développée dans de nombreux pays pendant les années quatre-vingt et début des années quatre-vingt-dix, en conséquence, chercher une explication aux différents pics de prévalence supposerait dans l'idéal, de comparer des données de comportement correspondant à cette époque. Or ces données n'ont pas été collectées dès le début et les comportements actuels risquent d'être différents de ce qu'ils étaient pendant les années 1980.

Le pourcentage d'hommes ayant recouru à des services sexuels rétribués pendant l'année écoulée en Côte d'Ivoire est néanmoins comparable à celui enregistré dans les autres pays soit 2,2 % (contre 1,3 à 2,9 % ailleurs). Nous sommes fondés à juger cet indicateur très en deçà de la réalité pour des motifs qui tiennent à des préjugés sociaux et autres critères de sélection. En effet, considérant les rapports sexuels -extraconjugaux ou hors mariage- beaucoup plus fréquents chez les hommes et leur niveau d'utilisation du préservatif plus élevé comparé aux femmes, il est difficile d'expliquer avec qui ces hommes ont des rapports protégés si ce n'est avec des FSW. Ces dernières constituent par ailleurs un groupe relativement limité de femmes (soit, au total de 0,5 à 1,5 % d'entre elles dans le contexte africain pour qui ces informations sont disponibles) comptant sur un très grand nombre de partenaires sexuels et une utilisation conséquente de préservatifs (Cf. également les détails fournis par l'étude de cas concernant le Bénin, **section 5**). Il est également plausible que les hommes qui ont refusé de participer aux enquêtes ou ceux qui n'ont pas été pris en compte parce qu'ils étaient toujours absents de leur foyer soient en réalité des clients assidus des services sexuels rétribués par rapport à ceux qui ont répondu aux questions.

#### ***4.4.5. Indicateurs de connaissances, attitudes et dépistage du VIH pour l'ensemble de la population***

Le tableau 5 fait état des indicateurs de connaissances, attitudes et dépistage du VIH établis à partir d'enquêtes épidémiologiques réalisées dans 11 des 12 pays (concernant le Cap-Vert, seule était fournie la composante VIH de l'enquête menée en 2005) où ces études ont été menées ces cinq dernières années. Il existe également des travaux se fondant dans certains de ces pays sur ces indicateurs, mais nous avons choisi de présenter ceux-ci parce qu'ils ont été collectés lors d'enquêtes faisant appel à des méthodologies comparables. Il est regrettable que les données récentes relatives à des indicateurs analogues n'aient pas été disponibles pour les autres pays visés par notre synthèse.

La connaissance du préservatif comme méthode de prévention de la transmission sexuelle du VIH s'est révélée beaucoup plus courante chez les hommes, 10 à 20 % par rapport aux femmes, dans tous les pays à l'exception du Sénégal où 74 % de la population, hommes et femmes compris, sont renseignés. C'est au Bénin que cet indicateur est le plus élevé pour les hommes et les femmes dépassant à hauteur de 80 %, le nombre d'hommes informés dans deux autres pays, le Ghana et la Guinée. Seules 50 % des femmes de trois pays (Burkina Faso, Libéria et Nigéria) savent que le préservatif est un moyen de prévention.

**Tableau 5. Indicateurs relatifs aux connaissances, aux attitudes et aux tests de dépistage du VIH tirés des études épidémiologiques générales portant sur 11 pays d'Afrique de l'Ouest**

Variables	BF 2003	BN 2006	CI 2005	GH 2003	GU 2005	LI 2007	ML 2006	NA 2003	NG 2006	SL 2005	SN 2005
Savent que l'emploi du préservatif peut protéger contre le VIH	65,9 48,4	85,1 74,2	74,4 60,4	82,1 72,9	82,1 71,0	71,2 49,8	70,3 57,2	63,4 44,6	67,2 55,2	65,1 54,2	74,0 73,8
Savent que le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant peut être réduit par l'administration de médicaments à la mère pendant la grossesse	47,0 49,0	32,5 28,9	42,5 43,7	15,9 15,9	16,0 9,7	S.O. S.O.	29,4 24,5	7,5 6,1	31,5 15,9	64,6 (pas de ventilation par sexe)	26,3 28,1
% de jeunes âgés de 15 à 24 ans qui savent où se procurer des préservatifs masculins	71,0 46,7	76,9 38,4	86,8 59,7	80,5 64,3	69,3 43,4	S.O. S.O.	41,2 24,8	58,1 24,0	27,7 9,4	S.O. S.O.	68,6 46,4
Sont disposés à soigner à la maison un membre de leur famille atteint du VIH-sida	80,9 75,5	79,1 56,4	85,8 82,6	72,0 68,4	71,1 47,2	S.O. S.O.	88,7 72,0	39,9 43,8	79,4 56,3	S.O. S.O.	83,4 70,9
Achèteraient des légumes frais à un vendeur atteint du VIH-sida	S.O. S.O.	36,7 27,5	52,3 45,4	35,9 25,6	20,8 8,5	S.O. S.O.	36,7 26,2	28,2 19,6	31,2 15,4	S.O. S.O.	36,1 26,4
Ont subi un test de dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et en connaissent les résultats	S.O. S.O.	4,8 6,5	3,2 3,7	3,2 2,3	2,9 1,1	S.O. S.O.	2,7 3,1	5,9 3,0	1,6 0,9	S.O. S.O.	1,5 1,0

Variables	BF 2003	BN 2006	CI 2005	GH 2003	GU 2005	LI 2007	ML 2006	NA 2003	NG 2006	SL 2005	SN 2005
Ont subi un test de dépistage du VIH à n'importe quel moment de leur existence et en connaissent les résultats											
Hommes	S.O.	10,3	7,9	7,5	6,0	S.O.	6,4	13,6	3,9	5,6	4,2
Femmes	S.O.	15,1	10,9	7,4	2,1	S.O.	6,6	6,4	1,9	6,2	2,7
Femmes enceintes conseillées quant au VIH lors d'une visite prénatale (parmi celles ayant eu un enfant au cours des deux dernières années)											
Femmes enceintes conseillées et ayant subi un test de dépistage du VIH dont elles ont reçu les résultats (parmi celles ayant eu un enfant au cours des deux dernières années)	S.O.	25,6	14,0	43,3	6,5	S.O.	11,0	24,3	6,9	S.O.	6,0
	S.O.	12,2	7,3	3,3	0,7	S.O.	4,3	S.O.	1,2	S.O.	2,5

Dans tous les pays, les jeunes gens savaient beaucoup mieux que les jeunes femmes où se procurer des préservatifs et c'est dans les pays comptant la séroprévalence la plus élevée, en Côte d'Ivoire et au Ghana, que cet indicateur s'est révélé le plus haut (80 % environ chez les jeunes gens et 60 % chez les jeunes femmes). Cet indicateur est apparu particulièrement faible au Niger (28 % environ chez les jeunes gens et 9 % chez les jeunes femmes).

La prévention, à l'aide de médicaments, de la transmission de la mère à l'enfant (PTME) est bien moins connue que l'utilisation du préservatif et reste ignorée de la moitié des populations, sauf en Sierra Leone. L'information n'est pas ventilée par sexe dans les données disponibles pour la Sierra Leone, mais dans la plupart des pays, cet indicateur se situe à peu près au même niveau pour les hommes que pour les femmes. Il demeure particulièrement bas en Guinée et au Nigéria.

Concernant les attitudes, le VIH-sida reste considérablement frappé d'ostracisme en Afrique de l'Ouest. En effet, entre 20 et 30 % des hommes et > 30 % des femmes se refusent dans la plupart des pays à prendre soin d'un parent atteint du VIH-sida chez eux, et la grande majorité n'irait pas acheter des légumes ou fruits frais chez un commerçant séropositif. Le Nigéria se classe très bas pour le premier indicateur, avec moins de 4 % d'hommes et de femmes qui accepteraient de prendre en charge un membre de leur famille séropositif. L'indicateur pour la seconde attitude est particulièrement bas en Guinée. En Côte d'Ivoire, les gens ont les attitudes les plus positives à l'égard des personnes vivant avec le VIH-sida. Constatation qui peut être rapprochée de la prévalence supérieure du VIH dans ce pays par rapport aux autres pays d'Afrique de l'Ouest, qui rend plus familière la présence d'un sujet atteint du VIH-sida dans la vie de tout un chacun.

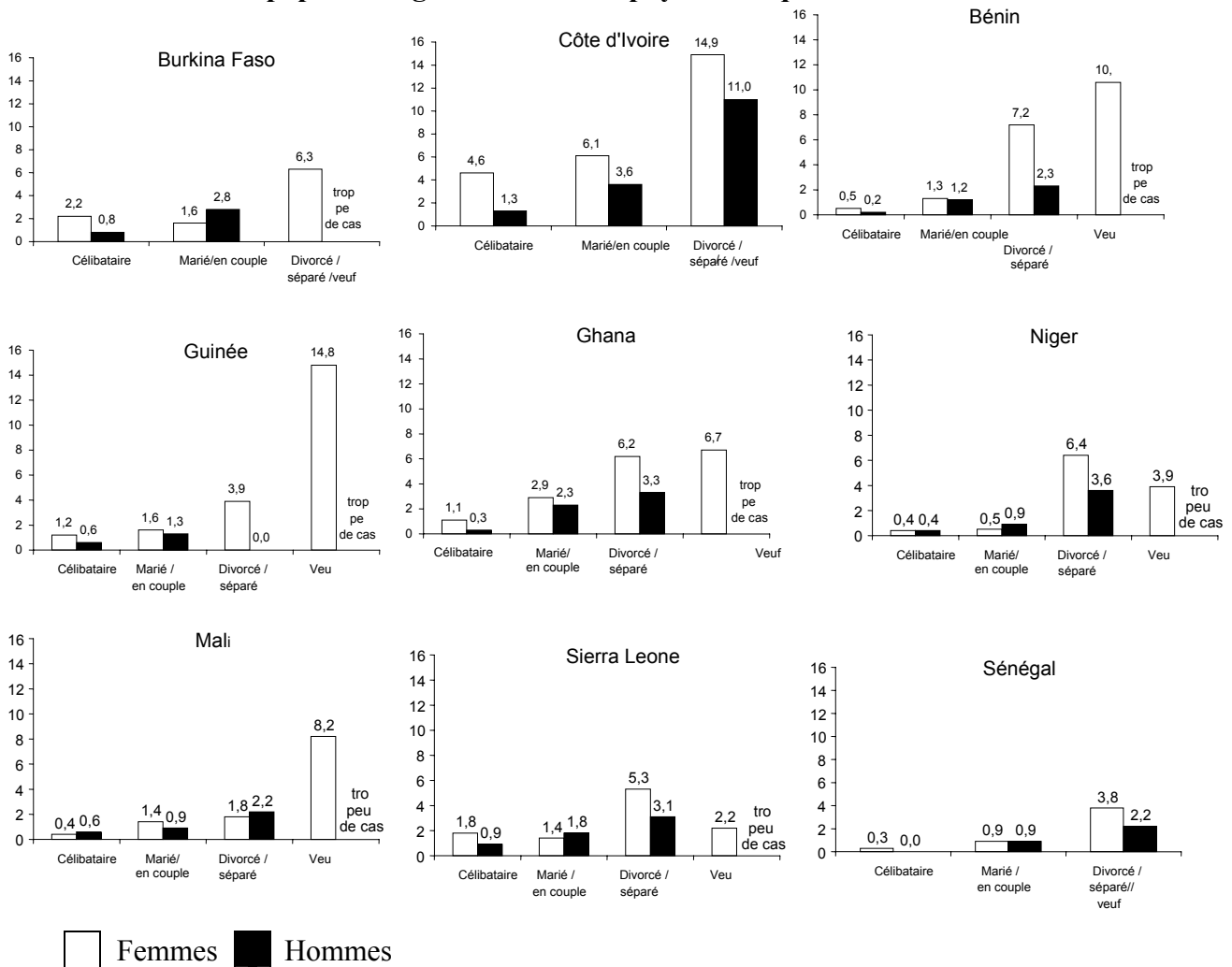
Les indicateurs de dépistage du VIH sont faibles dans tous les pays quoique généralement plus élevés au Bénin : en effet, ce pays est le seul où plus de 10 % des hommes des femmes indiquent avoir subi le test de dépistage du VIH et en connaître le résultat et où plus de 10 % des femmes enceintes ont subi le test de dépistage du VIH au cours de leur grossesse et ont pris connaissance des résultats. En revanche, au Ghana, l'écart est bien plus grand par rapport aux autres pays entre le nombre de femmes enceintes ayant bénéficié de services de conseil (43,3 %) et celles qui parmi elles, se sont soumises au test (3,3 %). Les indicateurs de dépistage du VIH sont particulièrement faibles au Niger, au Sénégal et en Guinée. Il convient de signaler ici les limites inhérentes aux comparaisons entre indicateurs de dépistages du VIH selon les pays étant donné que les enquêtes épidémiologiques n'ont pas toutes été effectuées la même année et qu'il y a eu un grand effort d'intensification des services de CDV et de PTME ces dernières années.

#### ***4.4.6. Facteurs associés au VIH dans l'ensemble de la population***

La figure 8 illustre la prévalence du VIH suivant la situation de famille des sujets dans neuf pays où ces données sont disponibles dans les rapports d'enquête épidémiologiques. Une relation évidente apparaît entre la séropositivité et le fait d'être divorcé /séparé ou veuf, notamment chez les femmes. Il se trouvait trop peu de veufs dans la plupart des

pays étudiés pour qu'il soit possible d'évaluer l'impact du VIH parmi eux. A l'exception des femmes célibataires du Burkina Faso et de Sierra Leone, parmi lesquelles la prévalence du VIH dépasse le taux atteint par les femmes mariées ou vivant en concubinage (Cf. la figure 8), la séroprévalence s'est révélée systématiquement inférieure chez les célibataires.

**Figure 8 : Prévalence du VIH (%) par situation de famille et par sexe au sein de la population générale de neuf pays d'Afrique de l'Ouest<sup>1</sup>**

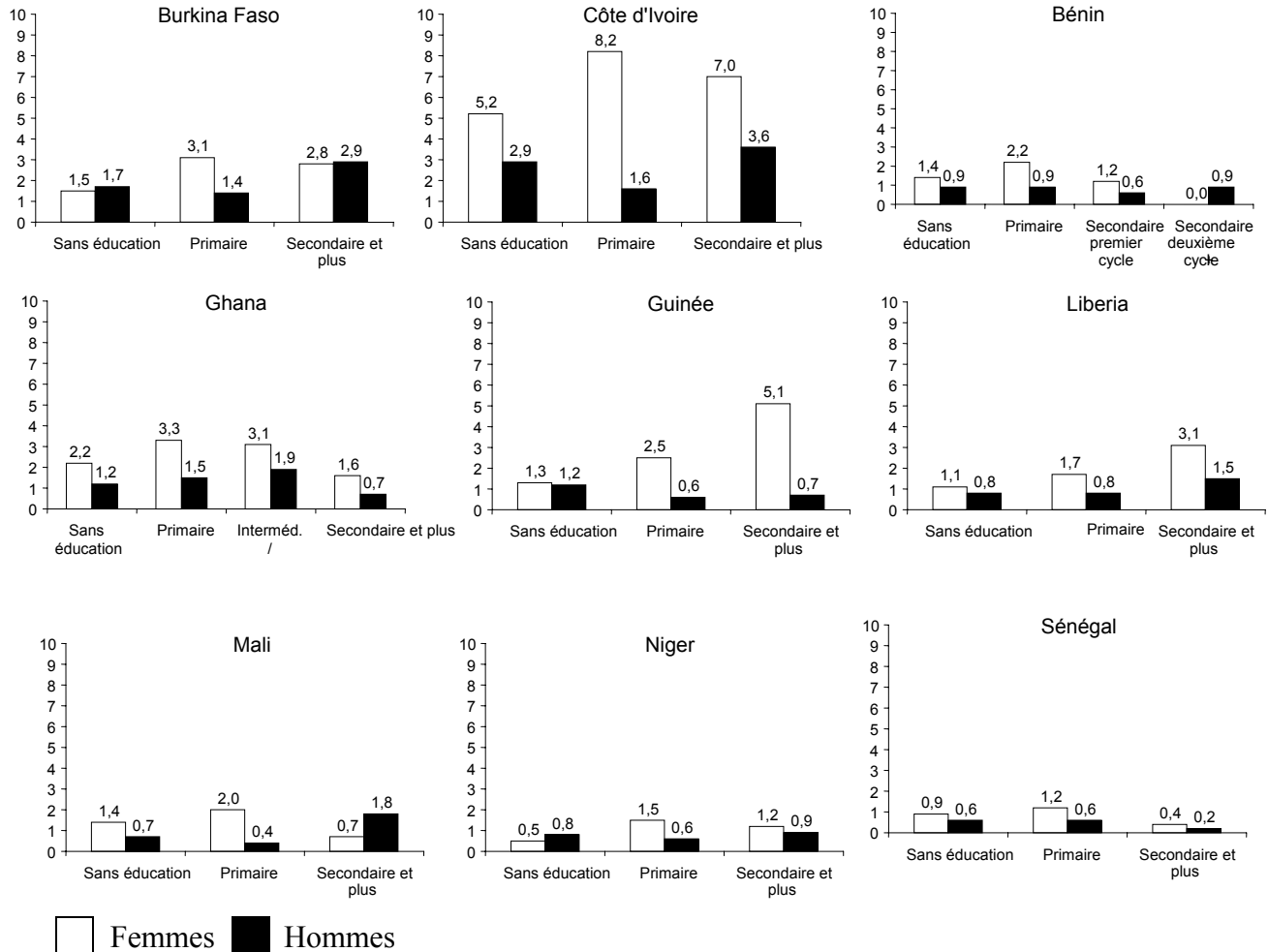


<sup>1</sup> Information non disponible pour deux des onze pays d'Afrique de l'Ouest pour lesquels on dispose de données relevant de la population toute entière.

La figure 9 illustre la prévalence du VIH en fonction du niveau d'éducation dans neuf pays pour lesquels ces données ont été tirées des rapports d'enquêtes épidémiologiques. On ne constate pas de relation uniforme entre le niveau d'instruction et le VIH dans tous les pays. S'il est vrai que le groupe des femmes les plus instruites présentait la plus faible séroprévalence au Bénin, au Ghana, au Mali et au Sénégal, cette dernière était également la plus faible parmi les femmes sans instruction dans les autres pays représentés à la figure 9. Pour les hommes, la séroprévalence était la plus élevée parmi les plus instruits

au Burkina Faso, en Côte d'Ivoire, au Libéria et au Mali, alors qu'il était le plus faible au même niveau d'éducation au Ghana et au Sénégal. Aucune relation nette non plus entre le niveau d'éducation et la séropositivité chez les hommes dans les autres pays.

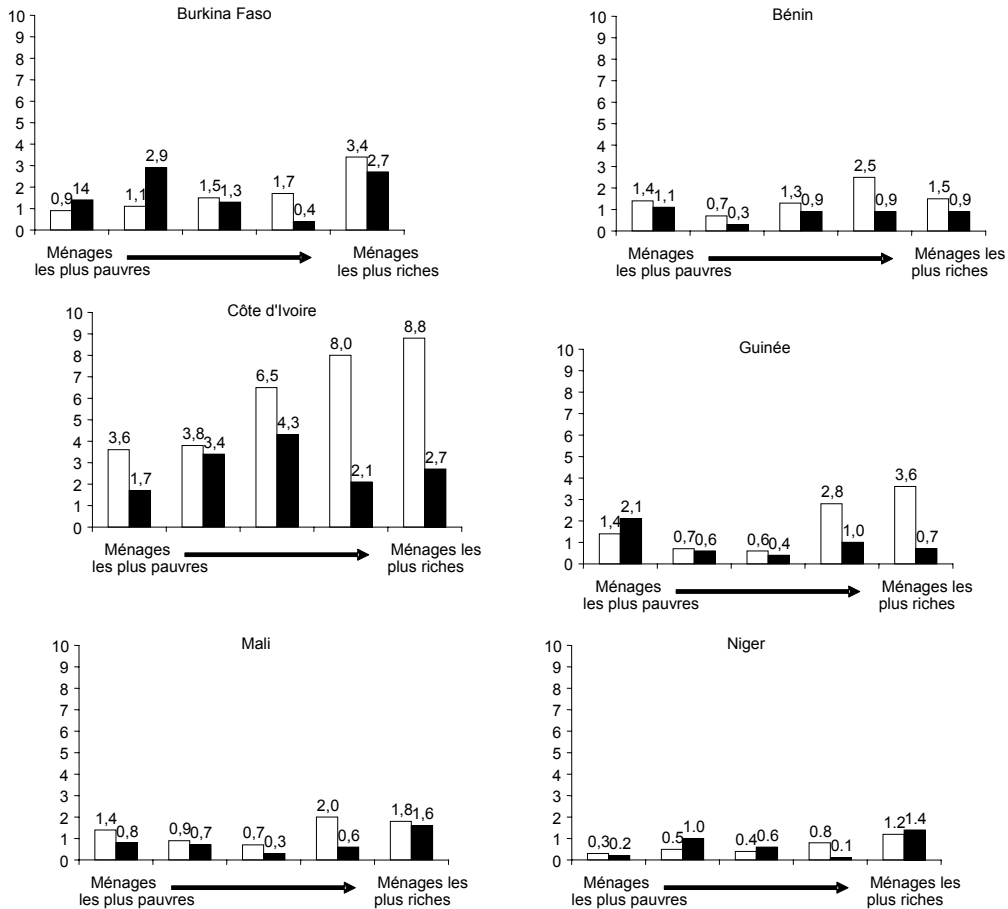
**Figure 9 : Prévalence du VIH (%) par niveau d'éducation et par sexe au sein de la population générale de neuf pays d'Afrique de l'Ouest<sup>1</sup>**



<sup>1</sup> Information non disponible pour deux des onze pays d'Afrique de l'Ouest pour lesquels on dispose de données relevant de la population toute entière

La figure 10 signale la séroprévalence selon le niveau de richesse dans six pays pour lesquels ces données sont disponibles grâce aux rapports d'épidémiologie. Une association évidente existe entre le VIH et le fait de vivre dans l'aisance pour les femmes de tous les pays signalés, à l'exception du Bénin. Cette association devient plus vague dès lors qu'il s'agit des hommes au Mali. La prévalence du VIH est la plus élevée parmi les hommes les plus pauvres de la Guinée, ce qui atteste d'une tendance totalement inversée dans la relation entre le VIH et la richesse lorsque l'on compare les hommes et les femmes.

**Figure 10 : Prévalence du VIH (%) par niveau de richesse et par sexe au sein de la population générale de six pays d'Afrique de l'Ouest<sup>1</sup>**



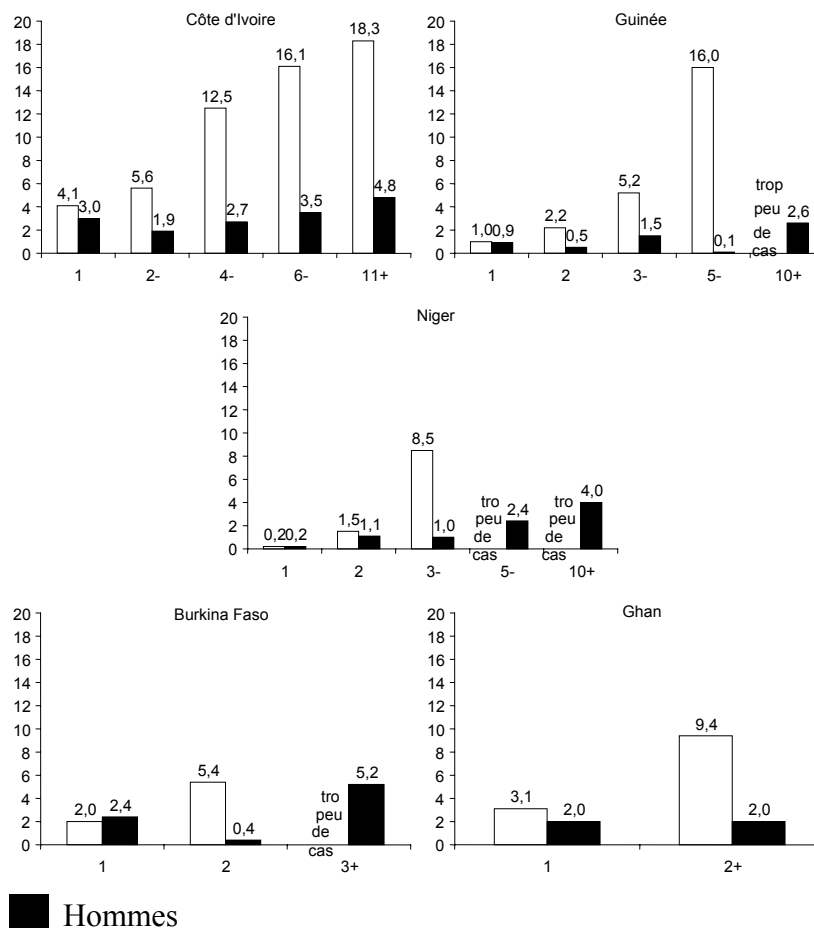
□ Femmes ■ Hommes

<sup>1</sup> Information non disponible pour cinq des onze pays d'Afrique de l'Ouest pour lesquels on dispose de données relevant de la population toute entière.

Malheureusement, comme nous l'avons signalé plus tôt, le nombre de partenaires sexuels n'a pas été jusqu'à présent considéré comme un indicateur clé des comportements ni signalé en cas de séropositivité dans un grand nombre de rapports d'enquête épidémiologique provenant d'Afrique de l'Ouest. Pour les cinq pays où l'association entre ce facteur et la prévalence du VIH a été évaluée, il s'est révélé l'un des plus importants annonciateurs d'infection (Cf. la figure 11). Certes, dans les trois pays où le nombre de partenaires de toute une vie avaient un lien avec le VIH (Côte d'Ivoire, Guinée et Niger), la tendance était nette entre un nombre croissant de partenaires et les niveaux de séroprévalence. Ainsi, en Guinée, la prévalence du VIH était 16 fois plus élevée chez les femmes comptant cinq à neuf partenaires réguliers sur toute leur vie que chez celles n'ayant eu qu'un partenaire ; au Niger, la prévalence du VIH était 20 fois plus élevée parmi les hommes comptant dix partenaires ou plus que chez ceux gardant la même partenaire toute leur vie durant. Au Ghana et au Burkina Faso, l'analyse effectuée porte sur le rapport existant entre la séropositivité et le nombre de partenaires sexuels au

cours de l'année écoulée. Au Ghana, aucune association n'a été décelée concernant les hommes, en revanche, le fait d'avoir eu deux partenaires ou davantage au cours de l'année écoulée a montré qu'il existait une conséquence à en tirer face à la séropositivité des femmes. Au Burkina Faso, le fait pour les hommes d'avoir eu trois partenaires ou davantage pendant l'année écoulée a également été associé au VIH. Au Ghana, pour les hommes, le lien était cependant plus patent entre le fait d'avoir des rapports sexuels avec une FSW et d'être infecté au VIH (7,3 % contre 1,9 %,  $p < 0,01$ ). La séroprévalence plus élevée parmi les clients des FSW est décrite dans les détails à la section 4.5.

**Figure 11 : Prévalence du VIH (%) par nombre de partenaires et sexe au sein de la population générale de cinq pays d'Afrique de l'Ouest<sup>1</sup>**



□ Femmes ■ Hommes

<sup>1</sup> Information disponible uniquement pour cinq des onze pays d'Afrique de l'Ouest pour lesquels on dispose de données relevant de la population toute entière. Le nombre de partenaires est défini comme étant le nombre de partenaires sexuels sur toute la durée de vie, exception faite du Burkina Faso et du Ghana où il s'agit du nombre de partenaires sexuels au cours des douze derniers mois.

La portée et la qualité des analyses des facteurs de risque dans les rapports actuellement disponibles varient considérablement selon les différentes études épidémiologiques. Les facteurs de risques spécifiés dans certaines de ces études seront présentés, le cas échéant, dans les sections propres à chaque pays.

Une importante limite concernant ces analyses tient à ce qu'elles ne prennent en compte qu'une variable à la fois. Par exemple, la distinction entre les zones urbaines et les zones rurales s'est révélée un moyen de confondre l'association entre l'aisance du ménage et la séropositivité.<sup>95</sup> Une autre limite vient du fait que ces analyses associent les comportements courants (souvent pendant l'année qui précède l'entretien) à des infections prévalentes tandis que la plupart de celles-ci ont été contractées bien avant la période couverte par l'enquête. S'il est vrai que les indicateurs de comportement récent (pendant l'année écoulée) sont utiles pour déterminer les changements de comportements intervenant avec le temps, les indicateurs relatifs aux comportements passés et de toute une vie pourraient l'être bien davantage dès lors qu'il convient d'analyser le lien avec les infections prévalentes au VIH.

#### ***4.4.7. Le VIH parmi les couples***

Le tableau 6 montre la prévalence du VIH parmi les couples dans sept pays d'Afrique de l'Ouest pour lesquels ces données ont été recueillies grâce à des enquêtes épidémiologiques récentes. Dans tous les pays, la grande majorité des couples (de 73 à 90 %) où un seul des conjoints est infecté sont sérodiscordants. D'aucuns s'attendraient à ce que les femmes soient le plus souvent séropositives considérant les niveaux supérieurs de prévalence chez les femmes dans la plupart des pays. Ce n'est le cas que pour deux pays seulement : la Côte d'Ivoire et le Mali. Excepté pour ce dernier et pour le Burkina Faso (aucune différence constatée), le rapport de prévalence femme-homme est bien inférieur à celui recensé dans l'ensemble de la population. En Guinée, on assiste même à un changement radical avec un coefficient femme-homme de 2,11 pour 1 pour les sujets ayant participé à l'EDS, contre 0,79 pour 1 chez les couples. Ces constatations sont confortées lorsque l'on calcule le rapport de prévalence femme-homme chez les couples sérodiscordants. Ceci tend à montrer que les femmes séropositives sont moins souvent en couple comparées aux hommes séropositifs, ce que corrobore le niveau de prévalence plus élevé chez les femmes veuves, divorcées ou séparées que chez les femmes mariées.

Il a été suggéré malgré tout que la fréquence relativement élevée de femmes séropositives dans les couples était peut-être liée à une infection contractée lors de relations extraconjugales,<sup>96,97</sup> même si la proportion de femmes ayant signalé des rapports sexuels extraconjugaux était nettement inférieure par rapport aux hommes (Cf. le tableau 3). Il se peut que les préjugés sociaux soient responsables de la sous-déclaration des rapports sexuels extraconjugaux des femmes.<sup>96</sup>

**Tableau 6 : Données sur les taux d'infection au VIH des couples dans sept pays d'Afrique de l'Ouest pour lesquels ces données ont été recueillies dans le cadre d'études sur la séroprévalence dans l'ensemble de la population**

Variables	BF	BN	CI	GH	GU	ML	NG
Nombre de couples testés	2.237	2.774	1.044	1.792	1.873	2.538	2.301
% de couples où l'homme et la femme sont tous deux séronégatifs	98,2	98,0	92,6	95,8	97,8	98,5	98,8
% de couples où l'homme et la femme sont tous deux séropositifs	0,3	0,2	1,4	1,0	0,4	0,4	0,2
% de couples où seul l'homme est infecté	0,7	0,9	2,3	1,6	1,0	0,3	0,6
% de couples où seule la femme est infectée	0,7	0,9	3,7	1,5	0,7	0,8	0,4
% de couples infectés qui sont sérodiscordants	82,3	90,0	81,1	75,6	81,0	73,3	83,3
% de couples séropositifs connaissant leur état	9,1 Hommes seulement	23,5	16,5	11,7	5,4	12,9	9,4
<b>Ratio de séroprévalence femme-homme parmi les groupes suivants :</b>							
Couples	1,00	1,00	1,38	0,96	0,79	1,71	0,75
Couples sérodiscordants	1,00	1,00	1,60	0,94	0,70	2,67	0,67
Ensemble de la population	0,95	1,88	2,21	1,80	2,11	1,50	1,00

BF : Burkina Faso, BN : Bénin, CI : Côte Ivoire, GH : Ghana, GU : Guinée, ML : Mali, NG : Niger,

Outre le fait que la proportion des femmes parmi les sujets porteurs du VIH qui ont participé à l'enquête est plus faible par rapport à l'ensemble de la population, des analyses effectuées à partir de données concernant le Ghana signalent que, dans un grand nombre de couples, la femme a de fortes probabilités d'avoir contracté l'infection avant le mariage, soit lors d'un mariage précédent, soit avant de se marier.<sup>96</sup> Les mariages successifs constituent un facteur de risque chez les femmes. Le taux très élevé de circoncision masculine en Afrique de l'Ouest entraînerait une faible probabilité de transmission femme-homme, accroissant la probabilité que les couples sérodiscordants par le fait de la femme, demeurent ainsi. Les hommes risquent toutefois d'avoir contracté l'infection plus récemment, pendant leur vie de couple et seront de ce fait, davantage susceptibles de transmettre l'infection à leurs partenaires féminines que l'inverse (en raison de la circoncision masculine). De surcroît il existe dans tous les pays une partialité dans la couverture avec des taux plus élevés de refus du dépistage chez les hommes comparé aux femmes vivant en couple qui a tendance à se manifester par une proportion artificiellement gonflée de couples sérodiscordants par le fait des femmes (surtout si, comme on est fondé à le penser, le nombre de refus venant d'hommes beaucoup plus exposés au risque que les femmes était nettement supérieur).

Dans le cadre d'une autre étude, les covariables que sont l'âge, la région de résidence, l'origine ethnique, le fait d'être citoyen, la situation de famille- y compris la polygamie et l'existence de mariages successifs -l'éducation, les quintiles de richesse, la religion, la circoncision masculine et les mutilations génitales féminines, ont été analysées au regard du VIH dans cinq pays (Burkina Faso et Ghana entre autres) à l'aide des données.<sup>98</sup> Au Ghana, à l'instar du Cameroun et de la Tanzanie, le fait d'avoir connu des mariages successifs était nettement associé à la séropositivité des femmes.

Quels qu'en soient les motifs, les données impliquent néanmoins que la grande majorité des cas de séropositivité dans les couples sont le fait de couples sérodiscordants où seul un des conjoints est séropositif. Il importe de noter qu'en Afrique de l'Ouest en général, le dépistage du VIH et le fait de connaître son statut sérologique restent assez peu courants alors que le nombre de sujets qui se sont soumis au test et qui connaissent leur état est nettement plus important parmi les personnes séropositives (Cf. les chiffres du tableau 6) que dans l'ensemble de la population (Cf. les chiffres du tableau 5). Ces données sous entendent qu'il existe toute latitude pour un travail de prévention auprès des couples infectés allié à une nécessité de promouvoir des services de conseil et de dépistage conçus pour les couples

#### **4.5. Epidémiologie du VIH et comportements connexes au sein des populations à haut risque**

Le tableau 4 présente également la séroprévalence au sein des principales populations à haut risque (les FSW, leurs clients, les HRSH, les chauffeurs routiers, les prisonniers, les membres des services portant l'uniforme, les pêcheurs, les mineurs et les UDI) des 15 pays d'Afrique de l'Ouest,<sup>32, 33, 67, 88, 91, 99-126</sup> et compare ces données avec les taux de séroprévalence enregistrées par les ANC et dans l'ensemble de la population. Dans dix des 13 pays pour lesquels on dispose de données récentes pour les FSW (à l'exception de la Côte d'Ivoire, de la Guinée Bissau et de la Sierra Leone), le taux de séroprévalence chez les FSW était au moins huit fois supérieur à celui de l'ensemble de la population féminine (ou aux chiffres de prévalence des ANC lorsque aucune donnée n'est disponible pour l'ensemble de la population). Ce ratio est de plus de 20 au Mali, au Niger et au Sénégal, et de plus de 12 en Guinée, au Bénin et au Ghana. En Côte d'Ivoire, les données présentées concernant les FSW proviennent des informations recueillies dans la « Clinique de Confiance » à Abidjan en 2006-07. Les interventions de prévention du VIH ciblant les FSW se déroulent sur ce site depuis 1992, époque à laquelle les taux de séroprévalence des FSW fréquentant la clinique était de 89 %. Ce taux a été progressivement ramené à environ 33 % en 1998, puis il est resté stable jusqu'en 2003, la dernière année pour laquelle on a estimé les taux de séroprévalence de cette population avant les chiffres de 2006, qui sont les plus bas jamais enregistrés. En Sierra Leone, la seule étude récente sur la prévalence chez les FSW dont on dispose a été réalisée à Freetown en 2005, au sein de groupes de FSW travaillant dans les bars et les clubs et recrutées par l'entremise des dirigeants communautaires. Des données plus anciennes, figurant sur la fiche d'informations épidémiologiques 2006 de l'ONUSIDA, révélaient un taux de prévalence de 27 % chez les FSW de Freetown en 1995, et un chiffre correspondant de 70 % pour les FSW en dehors des principales zones urbaines en 1997.

En Guinée-Bissau, le ratio d'environ quatre fait peut-être l'objet d'une distorsion provoquée par la forte prévalence du VIH-2 dans l'ensemble de la population, d'une part, et par l'absence de données épidémiologiques de l'autre.

Nous disposons de données sur les niveaux de séroprévalence des **clients des FSW** pour huit pays. Dans sept des pays pour lesquels existent des données épidémiologiques sur la séroprévalence, exception faite du Burkina Faso, les taux de séroprévalence des clients sont trois à huit fois plus élevés que ceux de l'ensemble de la population masculine. Au Burkina Faso, la population des clients des FSW était une population très jeune, et lors de la normalisation des taux de séroprévalence des clients en fonction de la répartition des âges des hommes recrutés pour l'étude réalisée en 2003 sur l'ensemble de la population le chiffre obtenu est passé à 3,3 %, soit un chiffre 1,7 supérieur aux taux de prévalence de l'ensemble de la population masculine. On dispose, pour certains pays, de données sur la séroprévalence pour les partenaires sexuels non payants des FSW. En 1998, à Cotonou (Bénin), les taux de séroprévalence étaient de 12,2 % pour le personnel masculin des lieux de prostitution, alors qu'ils atteignaient 16,1 % chez les petits amis des FSW. En 2001 à Accra, au Ghana, les taux de séroprévalence pour ces deux mêmes groupes étaient de 17,5 % et de 32,1 %, respectivement. En 2002 à Niamey, au Niger, les taux de séroprévalence pour les partenaires sexuels non payants des FSW (essentiellement les petits amis ou le personnel masculin des lieux de prostitution) étaient de 9,8 %. Ces taux de prévalence beaucoup plus élevés des partenaires non payants des FSW, par rapport aux clients de ces dernières, sont sans doute liés à la fréquence de l'exposition sexuelle (avec un taux faible d'utilisation des préservatifs) à ces femmes qui présentent des taux de séroprévalence encore plus élevés.

**Les chauffeurs routiers** sont l'un des groupes d'hommes considérés à haut risque qui a fait l'objet d'études approfondies dans nombre de pays en développement, notamment une fois qu'il a été démontré qu'ils avaient joué un rôle majeur dans le développement de l'épidémie de VIH pendant les années 1980 et le début des années 1990 en Afrique de l'Est. En Afrique de l'Ouest, les taux de séroprévalence dans ce groupe d'hommes ont été étudiés dans neuf pays. Et dans tous ceux-ci, exception faite de la Guinée et du Burkina Faso (pour lequel la seule étude sur les chauffeurs routiers dont on dispose remonte à 1994), la séroprévalence au sein de ce groupe était inférieure à celle enregistrée chez les clients des FSW, et représentait généralement environ deux fois les niveaux relevés au sein de l'ensemble de la population masculine. Au Nigéria et au Togo, les taux de séroprévalence chez les chauffeurs routiers étaient similaires à ceux relevés par les ANC. Des proportions importantes de ces hommes fréquentent peut-être des FSW : en Côte d'Ivoire par exemple, 16 % des membres composant un échantillon de chauffeurs routiers ont déclaré avoir eu des relations sexuelles avec des FSW au cours des 12 derniers mois,<sup>127</sup> alors que cette proportion atteignait 80 % selon une étude réalisée au Nigéria à l'échelle de l'ensemble du pays, en 2005.<sup>128</sup>

**Les hommes portant l'uniforme** présentaient des taux plus élevés de séroprévalence que les clients des FSW dans quatre des six pays ayant fait l'objet d'une étude (le Burkina Faso, la Guinée, le Niger et le Togo). Ceci semble indiquer que cette population est à plus haut risque et pourrait même inclure des hommes qui sont des partenaires non

payants des FSW. Au Ghana, au sein d'un échantillon d'officiers de police, 9 % ont déclaré en 2002 avoir eu des relations sexuelles avec une FSW au cours de l'année précédente (un chiffre six fois plus élevé que ne l'indiquaient les déclarations des hommes lors de l'EDS de 2003, cf. le tableau 3). Le taux de séroprévalence chez les hommes portant l'uniforme était légèrement élevé au Nigéria et au Sénégal. Les **pêcheurs** enregistraient pour leur part un taux de prévalence de 5 % en Guinée, un chiffre plus élevé que celui enregistré pour les clients des FSW dans ce pays. Vingt-et-un pour cent (21 %) des pêcheurs ont déclaré avoir eu des relations sexuelles avec des FSW au cours de l'année précédente. Le seul autre pays pour lequel on dispose de données sur les niveaux de séroprévalence pour les pêcheurs est le Sénégal, où il est estimé à 1,0 %, un chiffre 2,5 fois plus élevé que celui enregistré pour l'ensemble de la population masculine. Enfin, les **mineurs** se sont révélés en situation de risque élevé de contracter le VIH en Guinée et de risque modéré au Niger, alors que les taux de séroprévalence observés étaient plus faibles au sein de cette population que pour l'ensemble de la population masculine au Ghana.

Au cours des dernières années, les **HRSH** se sont révélés un groupe de population à haut risque en Afrique de l'Ouest. De fait, dans les trois pays ayant fait l'objet d'une étude des niveaux de séroprévalence pour ce groupe de population (à savoir le Ghana, le Nigéria et le Sénégal), ce taux oscillait entre 13,5 % et 25,3 %. Ces chiffres révèlent que les HRSH sont nettement plus susceptibles de contracter le VIH que tout autre groupe masculin mentionné plus haut, et les données disponibles quant aux comportements suggèrent en outre qu'ils sont aussi plus susceptibles de transmettre le VIH (niveaux élevés de bisexualité, prostitution, multiplicité des partenaires, et faible niveau d'utilisation des préservatifs).

Les **prisonniers** constituent un autre groupe de population à risque élevé, lorsque l'on examine les (quelques) données disponibles pour ce groupe d'hommes et de femmes, mais il n'existe qu'un nombre limité d'études récentes pour cette population. A Accra, au Ghana, en 2004, les niveaux de séroprévalence étaient de 19 % au sein de la population carcérale ; 31 % des personnes faisant partie de l'échantillon ont révélé avoir eu des rapports sexuels homosexuels. Enfin, il semble qu'apparaisse un nouveau problème dans la région, celui de **l'utilisation de drogues injectables**. Lors d'une étude effectuée au Nigéria en 2007, les taux de séroprévalence des UDI étaient de 5,6 %. Et une étude de petite taille réalisée au Cap-Vert en 2007, a révélé que deux UDI sur 14 étaient séropositifs (14,3 %). En Sierra Leone, 8 % des membres d'un échantillon de FSW ont déclaré avoir utilisé des drogues injectables au cours de l'année précédente.

#### ***4.5.1. Evolutions chronologiques des comportements sexuels et de la prévalence du VIH, de la gonorrhée et de la chlamydia en présence d'interventions ciblées***

Le projet sida-3, financé par l'ACDI, a réalisé diverses interventions ciblant les FSW et, dans certains cas, leurs clients, dans neuf pays d'Afrique de l'Ouest entre 2001 et 2006. Ces interventions incluaient notamment des activités de vulgarisation sur le terrain, grâce à la formation d'agents pairs de vulgarisation – à la communication sur les changements des comportements (BCC) et à la promotion des préservatifs, entre autres – associés à la fourniture, dans les dispensaires, de soins gratuits de traitements des IST fondés sur des

approches basées sur les syndromes présentés, dans des dispensaires réservés aux FSW. Dans certains cas, les services de CDV et les composantes soins et prise en charge du VIH ont été ajoutés aux services offerts dans les dispensaires pour les FSW. De nouvelles activités dans le cadre des projets SIDA-1/2/3 incluaient notamment la mise en relief des questions de genre et de communautés, par exemple les activités de démarginalisation et les interventions structurelles. Les interventions ciblant les clients impliquaient également des activités de vulgarisation de terrain, assurées par des agents de vulgarisation masculins qualifiés, pour les clients sur les lieux de prostitution, en plus d'un service d'aiguillage vers des dispensaires assurant aux hommes un traitement gratuit et confidentiel des IST. Cf. la section 5.2 pour de plus amples informations.

La plupart des pays ont mis en application les activités ciblant les FSW au cours de la 3<sup>e</sup> phase du projet sida-3, à partir de 2001. Cependant, des interventions ont été mises en place plus tôt au Ghana (dès 1996) et au Bénin (à partir de 1992), et pour de plus longues durées.

Une enquête IBBS faisant appel à une méthodologie comparable a été réalisée auprès de FSW et de leurs clients sur les sites d'intervention (généralement des points chauds de la prostitution, le plus souvent les capitales et les grandes villes) de la plupart de ces pays en 2001-02, peu après le lancement du projet, puis en 2005-06, vers sa conclusion. Ces enquêtes constituent une analyse évolutive des tendances des données concernant les FSW et leurs clients. Les seules autres données chronologiques concernant les FSW proviennent des activités de surveillance sentinelles des FSW au Sénégal. Le tableau 7 présente les principaux résultats de l'étude sur la prévalence du VIH et des IST et sur l'utilisation du préservatif.<sup>129</sup> Aucune enquête n'a été réalisée en Côte d'Ivoire en raison de la guerre civile (la première phase était en cours de préparation lorsque les émeutes ont commencé). Qui plus est, le Mali n'a pas organisé de phase 1 ; les tests de dépistage du VIH n'ont pas été effectués lors de la phase 1 en Guinée ; les clients n'étaient pas inclus dans les enquêtes réalisées au Mali et en Guinée (ils y étaient remplacés par les chauffeurs routiers) ; il ne s'est pas produit de phase 2 pour les clients au Ghana ; les tests de dépistage de la gonorrhée ou de la chlamydia chez les clients n'ont pas été effectués lors de la phase 2, à l'exception du Bénin. Notez par ailleurs qu'au Ghana, les données ont été analysées après désagrégation par catégorie de travail sexuel (les « établies » sont des femmes qui reconnaissent exercer professionnellement le commerce du sexe, généralement de leur domicile et sont originaires de classes socioéconomiques peu élevées ; les « itinérantes » représentent un groupe plus divers, comprenant notamment des jeunes ayant abandonné leur scolarité et des commerçantes, et les gardiennes des marchés, des parcs de stationnement et des gares de chemin de fer, qui vont solliciter leurs clients dans les rues, dans les bars et dans les hôtels). Dans d'autres pays, les femmes ont toutes été analysées ensemble, et étaient pour l'essentiel des FSW auto-déclarées.

**Tableau 7 : Prévalence du VIH, de la gonorrhée et de la chlamydia, et emploi du préservatif au sein du groupe des travailleuses professionnelles du sexe et de leurs clients définie par des enquêtes de surveillance comportementale et biologique en deux phases (IBBS) réalisées par le Projet Sida-3 en 2002-03 et 2005-06 dans huit pays d'Afrique de l'Ouest**

Variables	BF		BN		GH		GU		ML		NG		SN		TG			
	IBBS1	IBBS2	IBBS1	IBBS2	IBBS1	Etalies Itin.*	IBBS2	IBBS1	IBBS2	IBBS1	IBBS2	IBBS1	IBBS2	IBBS1	IBBS2	IBBS1	IBBS2	
<b>Travailleuses professionnelles du sexe</b>																		
Prévalence du VIH	20,9	16,0	46,1	30,5	70,0	20,4	45,2	30,5	ND	30,0	ND	32,6	42,0	33,0	27,5	16,4	53,9	45,4
Prévalence de la gonorrhée	6,1	9,2	20,4	3,6	11,0	1,3	2,9	6,9	21,0	15,0	9,2	13,7	11,8	7,1	6,5	15,7	3,4	3,4
Prévalence de la chlamydia	9,1	6,9	6,0	5,7	2,0	2,0	1,1	6,1	15,0	9,0	10,9	7,7	8,8	4,0	0,8	7,7	3,7	3,7
Ont employé un préservatif lors des derniers rapports sexuels	99,4	100,0	90,0	98,0	NA	NA	99,4	98,2	97,0	97,0	95,6	93,6	94,6	86,6	89,9	92,4	87,7	87,7
Avec un client	56,4	46,0	30,0	28,0	NA	NA	31,0	23,7	37,2	24,7	83,5	91,8	83,8	41,0	39,6	33,0	33,0	33,0
Avec un partenaire régulier																		
<b>Clients</b>																		
Prévalence du VIH	1,2	1,6	7,2	4,3	15,8	4,9			ND	ND	ND	ND						
Prévalence de la gonorrhée	0,4	ND	2,8	1,1	1,7	1,2								1,3	ND	0,6	ND	1,2
Prévalence de la chlamydia	1,6	ND	4,3	2,1	3,9	6,6								1,9	ND	0,6	ND	5,6
Ont employé un préservatif lors des derniers rapports sexuels																		
Avec une FSW	95,8	98,4	62,0	94,0	88,0	91,0												
Avec une épouse	8,4	62,5	2,0	13,9	NA	NA												
Avec d'autres partenaires réguliers(ères)	56,5	70,6	18,0	44,0	NA	NA												
Avec un(e) partenaire occasionnel(le)	94,9	93,8	46,0	71,0	NA	NA												

\* Itin. = les itinérantes ND = Pas de données BF : Burkina Faso, BN : Bénin, GH : Ghana, GU : Guinée, ML : Mali, NG : Niger, SN : Sénégal, TG : Togo

Dans l'ensemble, on a pu observer un déclin modeste des taux de séroprévalence au sein des FSW entre les deux enquêtes. Cependant, cette différence est devenue statistiquement significative après pondération des données en fonction de l'âge au Bénin, au Niger, au Sénégal et au Togo, et prise en compte des données combinées pour tous les pays. Le Ghana a enregistré un déclin marqué des taux de séroprévalence des « établies » et une augmentation importante de ceux des « itinérantes ». Cette différence peut s'expliquer en partie par les différences dans les méthodologies utilisées par les deux enquêtes (contrairement à la 2<sup>e</sup> phase au Ghana et aux deux phases d'autres enquêtes qui étaient en fait des études de terrain, la première phase ciblant les FSW au Ghana a été réalisée dans les dispensaires). Elle peut aussi être le résultat combiné du déclin de l'incidence et de la mortalité attribuable au sida au sein de la population stable des « établies », qui sont nettement plus âgées que les « itinérantes », chez qui la jeunesse, l'instabilité extrême et la faible mortalité se traduisent par un taux d'incidence supérieur. En outre, il semblerait que les interventions soient mieux acceptées par les « établies » que par les « itinérantes » (en termes notamment de la participation à des réunions sur le VIH-sida, de la fréquentation de cliniques pour le traitement des IST et de l'acceptation des services de CDV).

En ce qui concerne la gonorrhée et la chlamydia, l'analyse de leur prévalence combinée s'est soldée par un déclin important, après pondération des résultats pour l'âge au Bénin, en Guinée et au Togo et la prise en considération des données combinées pour tous les pays. Une légèrement augmentation non significative a été enregistrée au Burkina Faso. Toujours au Ghana, le recul important de la gonorrhée chez les « établies » entre les deux phases s'est accompagné d'une montée de la gonorrhée et de la chlamydia chez les « itinérantes ». Cependant, l'intervention ciblant les FSW a commencé dans le cadre du projet sida-2 au Ghana et les chiffres présentés au tableau 7 n'incluent pas les estimations pour 1996-97, période pendant laquelle les taux de prévalence de la gonorrhée étaient de 33,5 % chez les « établies » et de 23,2 % chez les « itinérantes », et ceux de la chlamydia atteignaient 11,0 % chez les « établies » et 19,2 % chez les « itinérantes ». Une situation similaire a été observée au Bénin où, au début de l'intervention ciblant les FSW dans le cadre du projet sida-1 en 1993, les taux de prévalence de la gonorrhée et de la chlamydia étaient de 43 % et 9 %, respectivement, à Cotonou (Cf. également l'étude de cas sur le Bénin figurant à la section 5 pour plus de détails). Un déclin important des taux de gonorrhée et de chlamydia a ainsi été observé chez les FSW lors de la décennie d'interventions tant au Ghana qu'au Bénin.

Selon la première série de données recueillies, les taux d'utilisation du préservatif avec les clients étaient déjà très élevés, et ils n'ont pas augmenté de manière marquée entre les deux enquêtes. Ceci peut être dû en partie au fait que la première enquête a eu lieu quelques mois à peine (plusieurs années pour les pays où les interventions ciblant les FSW ont commencé dans le cadre du projet sida-1 [Bénin] ou du projet sida-2 [Ghana]) après le début de l'intervention dans la plupart des pays, et plusieurs augmentations rapides de l'emploi du préservatif s'étaient produites juste avant la mesure par cet indicateur. Toutefois, l'emploi du préservatif avec les partenaires réguliers était en général nettement plus faible, à l'exception du Mali et du Niger, et n'a guère fluctué des suites de l'intervention.

Lors de la première enquête, les taux d'emploi du préservatif lors de rapports avec des FSW déclarés par les clients étaient dans l'ensemble inférieurs à ceux déclarés par les FSW mêmes, ce qui suggère un effort d'acceptation sociale par les femmes. Il existe toujours, bien entendu, des exceptions, parmi lesquelles le Sénégal, le Togo et le Burkina Faso, où les taux d'emploi du préservatif déclarés par les FSW et par leurs clients étaient similaires. Le Bénin et le Niger ont enregistré une augmentation marquée des taux d'utilisation du préservatif déclarés par les clients lors de rapports sexuels avec des FSW entre les deux enquêtes. Le taux d'utilisation du préservatif avec des partenaires occasionnels, lui aussi relativement élevé, a augmenté de manière significative au Bénin et au Niger. Les raisons de la diminution marquée de cet indicateur entre les deux enquêtes au Sénégal demeurent mal comprises. L'emploi du préservatif avec des partenaires régulières autres qu'une épouse a lui aussi enregistré une forte augmentation au Bénin, au Niger et au Togo, bien que ces taux demeurent inférieurs à ceux de l'emploi avec des FSW ou des partenaires occasionnelles. Le plus faible taux d'emploi du préservatif était avec les épouses, par rapport à toutes les catégories de partenaires non commerciales. Les taux d'utilisation ont malgré tout augmenté au Burkina Faso, au Togo et au Bénin, mais ils ont diminué au Niger et au Sénégal.

Les taux de séroprévalence chez les clients ont diminué entre les deux enquêtes dans trois des cinq pays pour lesquels des données sont disponibles pour deux périodes (le Bénin, le Niger et le Togo). Ils ont légèrement augmenté, mais pas de manière significative, au Burkina Faso et au Sénégal. Bien qu'aucun des fluctuations enregistrées ne puisse être considérée comme significative au niveau du pays, lorsque l'on examine toutes les données émanant du projet sida-3 (c'est à dire pour les cinq pays combinés), on observe un déclin statistiquement significatif de 4,7 à 3,1 %, entre les deux phases. Au Bénin, qui est le seul pays pour lequel on dispose de données sur la gonorrhée et la chlamydia pour les deux phases, on observe un déclin de la prévalence de ces deux IST d'origine bactérienne (Cf. l'étude de cas sur le Bénin à la section 5 pour plus de détails).

Une fois combinées, toutes ces données semblent indiquer que les interventions de prévention du VIH ont peut-être eu un impact sur les comportements sexuels et la prévalence du VIH et des IST chez les FSW et leurs clients, mais un impact d'une intensité variable selon les pays, les plus grands succès ayant été enregistrés au Bénin, au Niger, au Sénégal et au Togo et lorsque les interventions se poursuivaient sur une période prolongée. C'est le cas notamment au Bénin et au Ghana, où l'impact depuis le milieu des années 1990 est nettement plus évident que si l'on limite l'évaluation des résultats à la seule période couverte par le projet sida-3 (Cf. la section 5 pour plus de détails). Bien qu'une évaluation d'impact soit difficile à effectuer au Mali et en Guinée en raison des données limitées disponibles, il est possible d'observer la réduction marquée des taux de gonorrhée et de chlamydia chez les FSW en Guinée. Enfin, les données chronologiques de longue date dont on dispose pour la Côte d'Ivoire révèlent également que l'intervention ciblant les FSW en place à Abidjan depuis 1992, et récemment étendue à d'autres villes, a eu un impact considérable (Cf. ci-dessus).

## **5. Étude de cas : Importance des travailleuses du sexe et de leurs clients pour l'épidémie de VIH, et impact des interventions ciblant ces populations dans le cadre de la lutte contre l'épidémie, au Bénin**

### **5.1. Analyse des modalités de transmission du VIH à Cotonou**

#### ***5.1.1. Épidémiologie du VIH et comportements sexuels connexes, ensemble de la population, groupes de base et groupes relais à Cotonou – tableau de la situation il y a 10 ans***

Des données sur les comportements sexuels et la prévalence du VIH et des IST sont disponibles à partir de la fin des années 1990 ; ces données sont tirées d'études chronologiques et transversales des FSW et de leurs clients, des sites sentinelles de surveillance et d'une enquête épidémiologique.<sup>18, 19, 32, 37, 40, 88, 130-132</sup>

Les données tirées de l'enquête épidémiologique réalisée en 1998 à Cotonou (l'étude des Quatre villes) indiquent qu'une proportion nettement supérieure d'hommes avaient des partenaires sexuels multiples par rapport aux femmes (12 % des hommes mariés et 20 % des hommes célibataires contre 0,8 % des femmes mariées et 5 % des femmes célibataires au cours de l'année écoulée).<sup>43</sup>

Les données tirées de l'étude de 1998 sur les clients des FSW, recrutées sur les lieux du travail sexuel, révèlent que la grande majorité d'entre eux étaient mariés ou avaient des partenaires régulières (27 % et 52 %, respectivement). Un tiers des clients interrogés avaient eu d'autres partenaires sexuelles occasionnelles qui n'étaient pas des FSW, et cette population enregistrait un taux élevé de changement de partenaires et de partenaires concomitants.<sup>37</sup>

Les taux d'utilisation du préservatif déclarés par les clients lors de leurs derniers rapports sexuels avec une FSW en 1998 étaient de 56 %. Treize pour cent (13 %) des clients ont déclaré utiliser systématiquement le préservatif avec leurs partenaires régulières et 29 % avec les partenaires occasionnelles. Le taux de séroprévalence des clients était de 9,1 % si l'on inclut les résultats du bouvardage de western, ce qui suggère une infection primaire au VIH.<sup>16, 37, 133</sup> En 1998, ce taux de séroprévalence était 2,8 fois plus élevé que celui de l'ensemble de la population masculines à 3,3 %.<sup>42</sup>

Les taux de prévalence du VIH et d'au moins quelques IST sont nettement plus élevés au sein de la population des FSW que dans l'ensemble de la population, avec entre les deux les taux des clients et des partenaires réguliers des professionnelles du sexe (Cf. le tableau 8). Un examen combiné de ces données semble indiquer que les FSW et leurs clients jouent un rôle essentiel, tant comme populations cibles que comme populations relais, dans la transmission du VIH et des autres IST à Cotonou.

**Tableau 8 : Séroprévalence à Cotonou, au Bénin, au sein de groupes de population choisis : 1998--1999**

<b>Population</b>	<b>Séroprévalence</b>	<b>Année</b>	<b>Source</b>
Ensemble de la population masculine	3,3 %	1998	Étude sur quatre villes
Ensemble de la population féminine	3,4 %	1998	Étude sur quatre villes
Femmes enceintes	2,5 %	1999	Site sentinelle de surveillance
Travailleuses professionnelles du sexe (FSW)	40,7 %	1998-9	Projet SIDA-2
Clients des FSW	9,1 %	1998	Projet SIDA-2
Petits amis des FSW	16,1 %	1998	Projet SIDA-2

L'ampleur de l'impact (nombre de cas évités, réduction de l'incidence et de la prévalence) des interventions de prévention du VIH ciblant les FSW et leurs clients est, bien entendu, tributaire du nombre et de la proportion des infections par le VIH entre les hommes et leurs partenaires sexuelles « à faible risque » qui sont rattachées aux relations sexuelles entre des FSW et leurs clients.

***5.1.2. Comment estimer la dimension des groupes relais à Cotonou : la « méthode indirecte »***

Il est extrêmement difficile d'estimer avec précision la proportion de la population masculine qui achètent des services sexuels, dans la mesure où les groupes ciblés par les enquêtes démographiques sur les ménages ne veulent pas nuire à leur réputation auprès de la société, et par suite sous-estiment grossièrement leurs taux de fréquentation. Les récentes EDS réalisées en Afrique de l'Ouest confirment ce problème (Cf. le tableau 3 et la section 6).

Lorsqu'on dispose des données pertinentes relatives aux FSW, à leurs clients et à l'ensemble de la population, il est possible de faire appel à la « méthode indirecte » pour formuler des estimations plus précises des effectifs de la population de clients, à l'aide de données sur les effectifs de la population des FSW, le nombre d'actes sexuels avec des clients déclarés par les FSW, et la fréquence des visites par les clients aux FSW (Cf. le tableau 9). Le nombre de FSW en Cotonou (1.915) est multiplié par le nombre moyen de contacts avec des clients par an par FSW (782) = 1.497.530. On obtient le nombre total d'actes sexuels entre FSW et clients par an à Cotonou. Ce nombre est ensuite divisé par le nombre moyen de visites par les clients à des FSW par an : 32.

$1.497.530 / 32 = 46.798$  hommes différents ayant des relations sexuelles avec des FSW chaque année à Cotonou

Si l'on divise ce nombre par la population masculine totale de Cotonou âgée de 15 à 49 ans :  $(46.798 / 155.307) \times 100$ , on obtient la proportion de la population masculine adulte ayant eu des relations sexuelles avec une FSW au cours de l'année écoulée = 30,1 %.

Selon cette méthode, 30 % de la population masculine adulte de Cotonou avaient eu des relations sexuelles avec une travailleuse du sexe au cours de l'année précédant l'enquête (1997-1998) (contre 1,7 % dans l'EDS de 2006 sur le Bénin).<sup>11, 133, 134</sup> Etant donnée cette proportion, et le taux de séroprévalence chez les clients de 9,1 % contre 3,3 % dans l'enquête épidémiologique sur les Quatre villes, le taux de séroprévalence chez les hommes ne fréquentant *pas* les FSW était estimé à 0,8 %. Le niveau estimé du risque relatif de relations sexuelles avec une FSW et de séroprévalence chez les hommes à Cotonou est donc de 11,4, soit une fraction étiologique du risque de contracter le virus des suites de relations sexuelles avec une FSW pour les *clients* à 91 %, et une fraction attribuable au VIH pour l'ensemble de la population (PAF) de 76 % en raison d'une exposition des hommes en général à Cotonou aux FSW (Cf. le tableau 9). En d'autres termes, environ 91 % des cas de séroprévalence parmi les clients et 76 % des infections séroprévalentes dans l'ensemble de la population masculine à de Cotonou, étaient attribuables à des relations sexuelles avec des FSW.

Des résultats similaires ont été obtenus à Accra, au Ghana, sur la base d'une étude des clients de FSW réalisée en 2001. Dans ce contexte, la différence entre les taux de séroprévalence chez les clients et l'ensemble de la population diminue (5,9 % c. 3,3 %), mais l'estimation de la proportion d'hommes adultes qui fréquentent des FSW augmente (52 %). Le coefficient de la fraction étiologique des infections séroprévalentes au sein de la population masculine liées à des contacts sexuels avec une FSW était de 84 % for Accra. Une analyse de sensibilité prenant en considération le degré d'incertitude des paramètres utilisés pour l'estimation du coefficient de fraction étiologique a été réalisée à partir des données pour le Ghana, et donné une fourchette de 47-100 % autour d'une « estimation ponctuelle » de 84 %.<sup>103</sup>

Les données concernant Cotonou et Accra indiquent clairement que le commerce du sexe est le moteur de l'épidémie, et qu'il est responsable de la majorité des cas de VIH au sein de la population masculine adulte dans ces villes.

Une enquête épidémiologique a été réalisée sur un échantillon aléatoire d'hommes et de femmes à Cotonou au début de 2008. Les données préliminaires tirées de cette enquête sont présentées ci-après, pour environ 80 % de l'échantillon total : 911 hommes et 1.050 femmes (données non publiées). Lors d'entretiens face-à-face, 12 % des hommes ont déclaré avoir payé en échange de faveurs sexuelles au cours de l'année écoulée, et 16 % ont déclaré avoir eu des rapports avec une FSW au moins une fois dans leur vie ; 2,4 % des femmes ont déclaré avoir accordé des faveurs sexuelles en échange d'un paiement. Lors de l'enquête en isolement (une méthode totalement anonyme de sondage de groupe utilisée dans d'autres contextes pour obtenir des informations plus complètes quant au niveau des comportements sexuels à risque que lors des entretiens face-à-face), environ 24 % des hommes mariés ont déclaré avoir eu des contacts avec une FSW au cours de

l'année écoulée et 42 % au moins une fois dans leur vie ; pour les hommes célibataires, ces chiffres étaient de 16 % et de 25 %, respectivement.

**Tableau 9 : Estimation de la taille des groupes relais à Cotonou : la "méthode indirecte"**

	Indicateur	Valeur	Source ou établissement des données	Emp/ Der*
A	Nombre estimé de FSW à Cotonou (1997)	1.915	Mappage	Emp
B	FSW : nombre moyen de contacts avec des clients par an (1997)	782	Enquêtes sur les FSW	Emp
C	Clients : nombre moyen de visites à des FSW / an (1998)	32	Enquêtes sur les clients	Emp
D	Nombre de clients des FSW à Cotonou	46.798	$(A * B) / C$	Der
E	Population masculine totale des 15 à 49 ans à Cotonou	155.307	Recensement	Emp
F	Nombre de non clients au sein de l'ensemble de la population masculine à Cotonou	108.509	$E - D$	Der
G	% de membres de la population masculine adulte qui fréquentent des FSW	30,1 %	$(D / E) * 100$	Der
H	Clients séropositifs (1998)	9,1 %	Enquêtes sur les clients	Emp
I	Séroprévalence au sein de l'ensemble de la population (clients compris) (1997-98)	3,3 %	Enquête sur l'ensemble de la population	Emp
J	Nombre d'infections au VIH à Cotonou 1997-98	5.125	$(E / 100) * I$	Der
K	Nombre de clients séropositifs à Cotonou 1997-98	4.258	$(D / 100) * H$	Der
L	Nombre de membres de l'ensemble de la population qui ne fréquentent pas de FSW et qui sont séropositifs, Cotonou 1997-98	867	$J - K$	Der
M	Taux de séroprévalence de l'ensemble de la population des non clients	0,8 %	$(L / F) * 100$	Der
N	Risque relatif en cas de rapports sexuels avec une FSW et de séropositivité au sein de la population masculine	11,4	$H / M$	Der
O	Fraction étiologique du risque de VIH des clients des FSW	91,2 %	$1 - N / N$	Der
P	Proportion de clients séropositifs par rapport à l'ensemble de la population	0,83	$K / J$	Der
Q	PAF d'exposition des FSW à des hommes séropositifs au sein de l'ensemble de la population	76 %	$P * O$	Der

PAF = proportion de cas dus au facteur

Emp / Der = empirique ou dérivé

Calcul de D :

- Nombre de FSW à Cotonou (1.915) x nombre moyen de contacts avec des clients par an (782) = 1.497.530 : nombre total d'actes sexuels entre FSW et clients pour une année à Cotonou
- Diviser par la moyenne annuelle de visites de clients à des FSW : 32
- $1.497.530 / 32 = 46.798$

Ces données viennent confirmer la validité de la méthode indirecte utilisée pour calculer la proportion d'hommes fréquentant des FSW. Le chiffre de 30 % obtenu à l'aide de la méthode indirecte est relativement proche des résultats de l'enquête à l'isolement, soit 24 % des hommes mariés et 16 % des hommes célibataires. Ces chiffres sont nettement

supérieurs à ceux de l'EDS de 2006, qui étaient de 1,7 %. Même les entretiens face-à-face réalisés lors de l'enquête actuelle donnent un chiffre dix fois supérieur aux résultats de l'EDS. Ces données ne font que conforter l'idée que les EDS sous-estiment grossièrement les proportions d'hommes clients de FSW.

### ***5.1.3. Exposition au VIH des femmes qui ne sont pas des travailleuses professionnelles du sexe (non FSW) (« groupe à faible risque ») dans l'ensemble de la population par les contacts avec les clients masculins des FSW***

Une fois qu'ils ont contracté le VIH, les clients des FSW servent de population relais, et transmettent le VIH à leurs autres partenaires (qui ne sont pas des FSW). N'oublions pas que 80 % des clients ont des partenaires régulières (épouses ou petites amies), et 35 % ont des partenaires occasionnelles. À partir des données relatives à la proportion de clients séropositifs – et de la proportion de ceux présentant les pathogènes d'IST détectés par test PCR (réaction en chaîne de la polymérase) (*C. trachomatis*, *N. gonorrhoeae*, *T. vaginalis*), des ulcères génitaux à l'examen clinique, ou des antécédents d'ulcère ou d'urétrorrhée lors des trois mois précédant l'entretien – de concert avec les comportements sexuels et les taux d'emploi du préservatif avec les FSW et les partenaires non FSW, nous avons calculé le nombre de femmes à Cotonou qui ne sont pas des FSW et qui risquent une exposition au VIH ou à une co-infection VIH-IST en ayant des rapports sexuels sans protection avec des clients de FSW.

Si 46.798 hommes ont eu des contacts avec une FSW au cours d'une année, 3.743 femmes à Cotonou qui ne sont pas des FSW auront été exposées au virus après des rapports sexuels non protégés avec des clients des FSW au cours de l'année écoulée, et 1.076 ont été simultanément exposées à des IST et au VIH (la probabilité de transmission est renforcée par la présence d'une IST). Avec des effectifs de population de 160.000 femmes adultes à Cotonou, 2,3 % d'entre elles auront été exposées au VIH, et 0,7 % auront été exposées simultanément à des IST et au VIH, au cours de l'année écoulée, des suites de relations sexuelles non protégées avec les clients de FSW.

Ces chiffres illustrent la portée de l'impact potentiel des niveaux de prévalence du VIH et des IST chez les FSW et leurs clients qui – de concert avec les schémas connus de comportements sexuels des clients avec les FSW et avec leurs autres partenaires – peuvent expliquer la propagation des IST et du VIH au sein de l'ensemble de la population à Cotonou. Avec un taux de séroprévalence de 3,4 % en 1998 pour l'ensemble de la population féminine de Cotonou, il est peu probable que cette incidence dépasse 0,5 % par an, ce qui, avec des effectifs de population de 155.000 habitants, se traduirait par un maximum de 800 nouvelles infections par an au sein de la population féminine de Cotonou. Selon nos calculs, la transmission du VIH par les FSW à leurs clients masculins et de ces clients masculins à leurs partenaires qui ne sont pas des FSW est probablement responsable de la majorité de ces nouvelles infections.

### ***5.1.4. Le rôle des FSW et de leurs clients dans les modalités de transmission du VIH à Cotonou***

L'épidémie de VIH à Cotonou s'est caractérisée par une concentration initiale des infections par le VIH au sein de la population des FSW (qui contractent elles-mêmes l'infection de

leurs clients payants et de leurs partenaires réguliers), et une progression vers l'extérieur ralentie par la pratique généralisée de la circoncision masculine, les cas de sérotransmission étant probablement étroitement liés à des infections concomitantes par des IST. Un fois qu'un certain nombre d'homme a contacté l'infection, la transmission du VIH vers l'extérieur, en direction de leurs partenaires régulières et occasionnelles, commence à se produire. Prenant en considération les taux de prévalence des IST et du VIH des clients des FSW et leur faible taux d'emploi du préservatif avec leurs partenaires qui ne sont pas des FSW, un nombre relativement important de femmes de l'ensemble de la population peuvent se trouver simultanément exposée au VIH et aux IST par des relations sexuelles non protégées avec des hommes qui fréquentent des FSW. Cependant, les femmes qui ne sont pas des FSW commencent à transmettre l'infection à d'autres hommes de l'ensemble de la population à un taux nettement plus lent, en partie parce qu'ils présentent souvent des comportements moins risqués (âge relativement avancé aux premiers rapports sexuels et peu nombreux à avoir des partenaires sexuelles multiples), et en partie en raison de la quasi-universalité de la pratique de la circoncision masculine, qui réduit apparemment considérablement le risque de transmission des femmes aux hommes, notamment dans un contexte de faible prévalence d'IST pour l'ensemble de la population de Cotonou (au lieu des FSW). Ainsi, les femmes séropositives qui ne sont pas des FSW deviennent fréquemment une sorte « d'impasse épidémiologique » à partir de laquelle la transmission vers l'extérieur a peu de débouchés (mis à part bien sûr la transmission verticale).

Au titre de ce scénario, on va observer une épidémie concentrée de VIH, qui progressera à un rythme modérément soutenu et présentera des pics nettement inférieurs à ceux atteints par des épidémies dans les pays pratiquant moins la circoncision masculine et où les femmes de l'ensemble de la population pratiquent des comportements sexuels plus risqués. À Cotonou, avec une pratique quasi-universelle de la circoncision masculine et des niveaux peu élevés de comportements sexuels à risque par les femmes de l'ensemble de la population, les conditions requises pour la généralisation de l'épidémie ne semblent pas rassemblées, et l'épidémie demeure de nature concentrée. Ce nonobstant, le VIH peut malgré tout atteindre des niveaux élevés d'infection au sein de l'ensemble de la population en raison de la très forte séroprévalence chez les FSW, qui cause un ensemencement multiple du VIH au sein de l'ensemble de la population.

Ceci diffère de la situation dans d'autres pays de l'Afrique australe ou de l'Afrique de l'Est, où l'on a enregistré plusieurs explosions des taux de séroprévalence au sein de l'ensemble de la population et du nombre de décès liés au sida, et où les épidémies sont souvent généralisées.

Dans ce genre de situations, caractérisée par une différence marquée entre les taux de séroprévalence des travailleuses du sexe et de leurs clients, d'une part, et ceux de l'ensemble de la population de l'autre, les interventions ciblant les FSW et leurs clients sont susceptibles de retarder de manière considérable le début de l'épidémie et d'en réduire l'ampleur pour l'ensemble de la population.

## **5.2. Impact des interventions ciblant les FSW et leurs clients au Bénin**

À Cotonou, les interventions ciblant les FSW ont commencé en 1988, avec une série d'activités de vulgarisation –notamment la communication de changement de comportement et la promotion du préservatif – associée à la fourniture à titre gracieux de services de traitement et de prévention des maladies vénériennes sur la base d'approche syndromique, dans un dispensaire réservé aux FSW et situé au centre de la ville, le Dispensaire IST (DIST). Ces activités ont été renforcées en 1992 au titre des projets sida-1/2/3 financés par l'ACDI, et la fréquentation du DIST est passée d'une vingtaine de visites par mois à 200. D'autres activités des projets sida-1/2/3 se concentraient notamment sur les questions de la dynamique hommes-femmes et de relations avec les communautés, ainsi que les activités de démarginalisation et les interventions de nature structurelle (travailler avec les forces de police pour réduire le harcèlement, encourager les propriétaires et les gérants des sites de prostitution à fournir des conditions d'hébergement améliorées, etc.).

L'intervention ciblant les clients, lancée à Cotonou en 1999, a suivi le même modèle couronné de succès que celui employé pour les FSW : des activités de vulgarisation sur le terrain organisées par des pairs agents de vulgarisation de sexe masculin sur les lieux de prostitution, accompagnées d'aiguillages vers des dispensaires confidentiels et gratuits de traitement et de prévention des IST réservés aux hommes.

À compter de 2000, on a observé une expansion géographique des interventions à cinq autres zones urbaines du Bénin – Porto Novo, Abomey-Bohicon, Parakou, Kandi et Malanville. Des volets de CDV et de soins et prise en charge du VIH ont été ajoutés aux services offerts dans ces dispensaires réservés aux FSW.

En 2005, un total de 4.207 différentes FSW ont fréquenté les dispensaires appuyés par le projet. Ceci représente 77 % des 5.481 FSW dénombrées dans les villes couvertes par l'intervention. Ces femmes ont effectué 8.725 visites dans les dispensaires, soit en moyenne plus de deux par femme pendant l'année. Qui plus est, la même année il s'est produit plus de 33.000 contacts avec des FSW sur le terrain et plus de 120.000 contacts avec des clients et d'autres partenaires sexuels de FSW.<sup>135</sup>

Les IBBS réalisées dans le cadre des projets sida-1, sida-2 et sida-3 parmi les groupes de FSW de Cotonou en 1993, 1996, 1999, 2002 et 2005, parmi les clients des FSW à Cotonou en 1998, en 2002 et en 2005, et parmi les FSW et leurs clients dans les villes en dehors de Cotonou couvertes par l'intervention (Porto Novo, Abomey, Bohicon, Parakou) en 2002 et en 2005.

### ***5.2.1. FSW : tendances des infections au VIH et autres IST et emploi du préservatif***

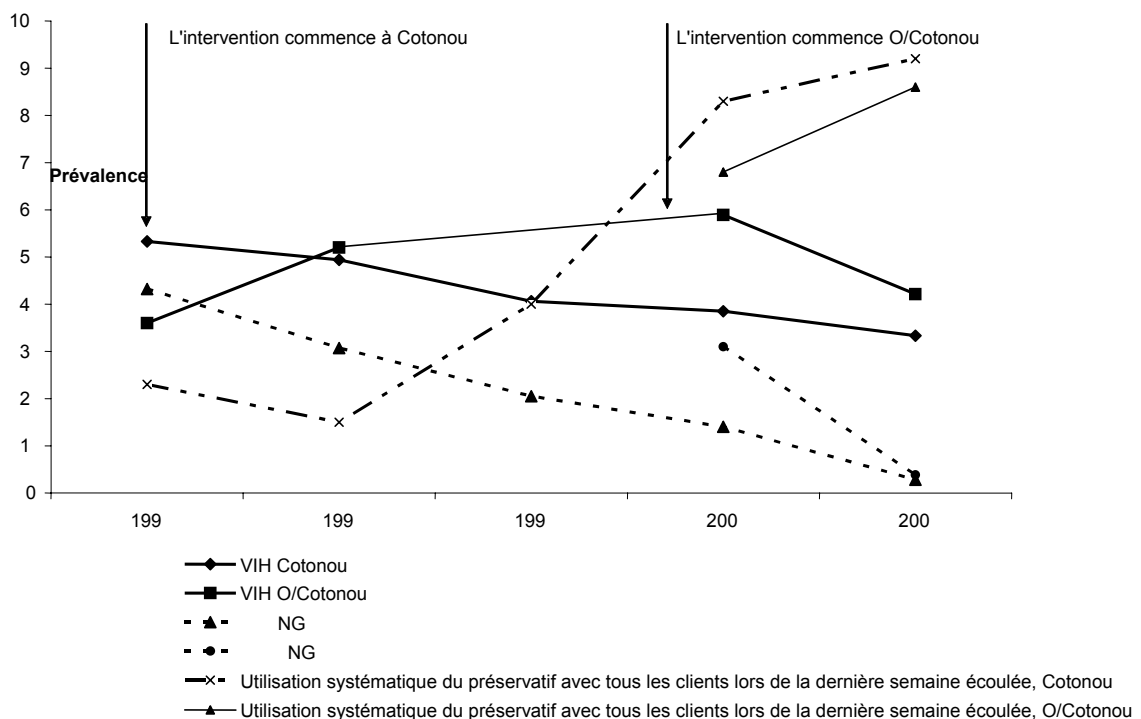
La figure 12 présente des données chronologiques progressives pour la gonorrhée et la séroprévalence, ainsi que pour l'emploi du préservatif avec les clients, chez les FSW à Cotonou et en dehors de Cotonou (O/Cotonou).<sup>136</sup> Les points de référence pour la séroprévalence pour 2002 et 2005 pour O/Cotonou sont tirées du projet sida-3, alors que les références précédentes proviennent d'enquêtes des Programmes nationaux de lutte

contre le sida (NACP) (pas de données disponibles pour O/Cotonou en 1999). Tandis que les taux de séroprévalence ont augmenté O/Cotonou entre 1993 et 2002, ils ont diminué à Cotonou, puis commencé à décliner O/Cotonou après la mise en application des interventions au début des années 2000. Le déclin de la prévalence de la gonorrhée a été particulièrement spectaculaire (de 43 % en 1993 à 3 % en 2005 à Cotonou, et de 31 % en 2002 à 3 % en 2005 O/Cotonou). La prévalence de la chlamydia et de la syphilis a également diminué de façon marquée à Cotonou, de 9 % en 1993 à 3 % en 2005, et de 9 % en 1993 à 1 % en 1999, respectivement.

Par ailleurs, on a enregistré une augmentation remarquable des taux d'utilisation systématique du préservatif avec les clients au fil du temps, à Cotonou, de 23 % en 1993 à 92 % en 2005, et O/Cotonou, de 68 % en 2002 à 86 % en 2005 (Cf. la figure 12).

**Figure 12 : Prévalence du VIH et de la gonorrhée (NG) et taux d'utilisation systématique du préservatif par les travailleuses du sexe avec leurs clients au Bénin, 1993-2005**

O/Cotonou : en dehors de Cotonou



L'incidence du VIH a été mesurée chez les FSW dans le contexte de deux essais cliniques aux microbicides qui n'ont révélé aucune efficacité dans la prévention de la transmission du VIH. Lors de la première étude, réalisée de 1998 à 2000, l'incidence du VIH était de 9,6 par 100 personnes-années.<sup>137</sup> Selon l'étude la plus récente, réalisée entre 2005 et 2007, l'incidence du VIH était inférieure, 5,9 pour 100 personnes années.<sup>138</sup>

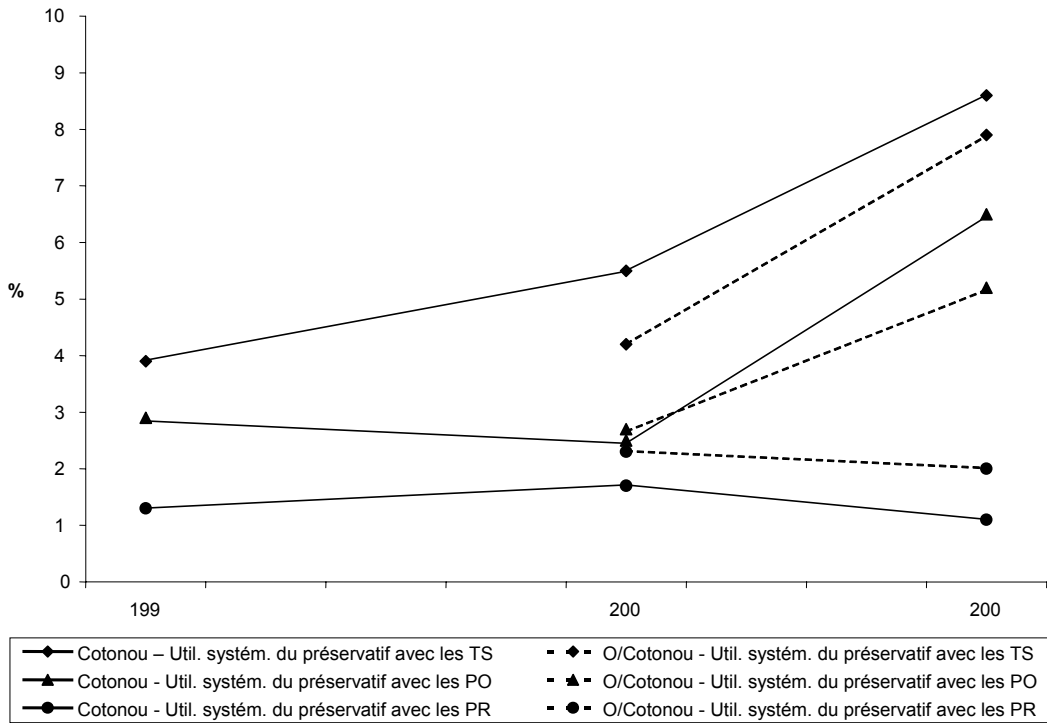
**5.2.2. Clients des FSW : tendances des infections au VIH et autres IST et emploi du préservatif**

La figure 13 présente les tendances des taux d'utilisation du préservatif au fil du temps ; la figure 14 révèlent les tendances des taux de prévalence du VIH et de la gonorrhée.<sup>130</sup>

Un intérêt croissant a été témoigné à l'utilisation du préservatif avec des partenaires occasionnelles ou professionnelles, tant à Cotonou qu'O/Cotonou, alors qu'aucun changement n'a été observé dans les niveaux d'emploi du préservatif avec les partenaires habituelles. La réduction des taux de séroprévalence est modérée et n'est pas statistiquement significative, mais le déclin de la prévalence de la gonorrhée est particulièrement significatif tant à Cotonou qu'O/Cotonou.

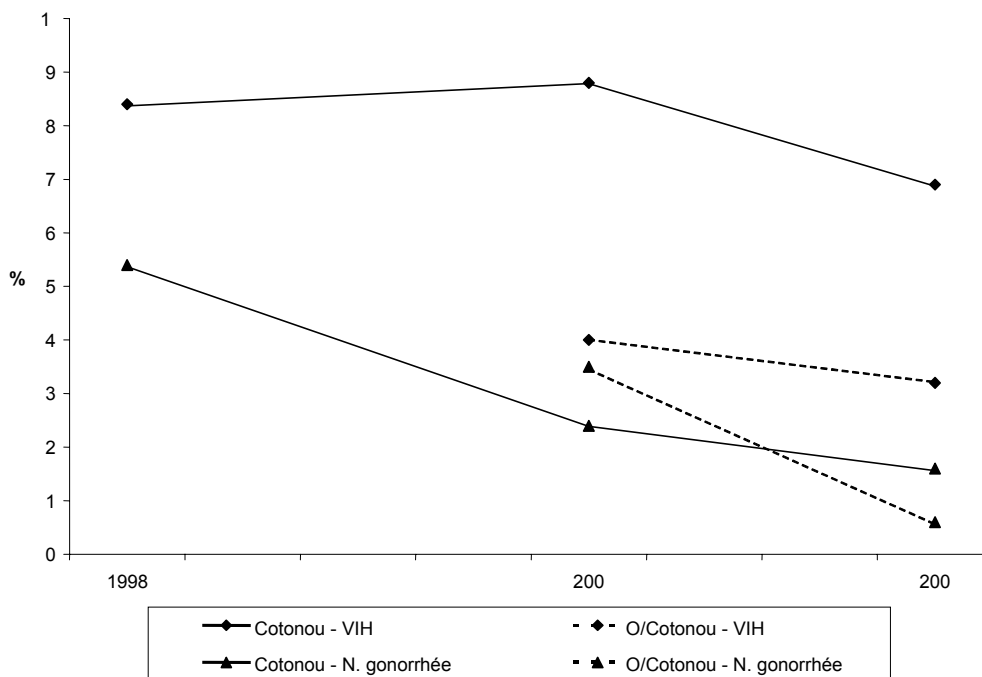
**Figure 13 : Tendances évolutives des comportements sexuels des clientes des travailleuses du sexe : Bénin, 1998-2005**

O/Cotonou : en dehors de Cotonou. TS = travailleuses du sexe  
PO = partenaires occasionnels PR = partenaires réguliers



**Figure 14 : Tendances évolutives de la prévalence du VIH et des IST chez les clients des travailleuses du sexe : Bénin, 1998-2005**

O/Cotonou : en-dehors de Cotonou



### 5.2.3. Interprétation des données

Selon les données ci-dessus, la période de mise en application des interventions ciblant les FSW et leurs clients à Cotonou et dans d'autres grandes villes du Bénin a enregistré des changements significatifs des comportements sexuels et des niveaux de prévalence des IST et du VIH au sein de ces deux groupes de population. L'emploi du préservatif a également augmenté de manière considérable, il s'est produit une diminution de la prévalence des IST dans les deux groupes, et les niveaux de séroprévalence se sont stabilisés chez les clients alors qu'ils ont diminué chez les FSW. Ces données semblent indiquer que les interventions ciblant les FSW et leurs clients sont responsables, du moins en partie, de ces changements positifs.

La date plus tardive de l'entrée en vigueur de ce projet en-dehors de Cotonou permet l'examen des données comme si elles provenaient d'une expérience naturelle. Alors que les taux d'emploi du préservatif et de prévalence de la gonorrhée chez les FSW et leurs clients (ainsi que les taux de séroprévalence chez les FSW), étaient similaires pour Cotonou et en dehors de Cotonou au moment du lancement des interventions (1993 / 1998 et 2002, respectivement), en 2005, le taux d'emploi du préservatif avait augmenté et les taux de VIH et d'IST étaient redescendus à des niveaux très similaires aux deux endroits.

Ainsi, les données recueillies semblent confirmer l'impact important de l'intervention, notamment sur l'emploi du préservatif et la prévalence de la gonorrhée. Par ailleurs, l'expansion de l'intervention à la majorité des FSW au Bénin semble responsable de

l'accélération de ce déclin, sans doute en évitant le réensemencement de l'infection d'une ville à l'autre par cette population éminemment mobile et de ces clients tout aussi mobiles.

L'augmentation enregistrée des taux d'emploi du préservatif par les clients avec leurs partenaires occasionnelles qui ne sont pas des FSW semble en outre suggérer qu'un changement de comportement s'est produit parmi les clients eux-mêmes, et pas seulement au sein de la population des FSW et dans le contexte du commerce du sexe (Cf. le tableau 7 qui relève une augmentation des taux d'emploi du préservatif avec toutes les catégories de partenaires des clients des FSW au Bénin). Une concentration axée sur les deux côtés de l'équation permettra sans doute des changements de comportement plus efficaces que la seule concentration sur les FSW, notamment étant donnée la nature prédominante des relations de pouvoir entre les deux sexes ainsi que la forte mobilité et les taux de roulement des populations de FSW dans bien des contextes en Afrique de l'Ouest.

Enfin, les données concernant Accra / Kumasi au Ghana et Abidjan en Côte d'Ivoire, où des interventions de long terme de nature similaire ont été entreprises parmi les FSW, enregistrent également une augmentation du taux d'emploi du préservatif et une réduction des taux de prévalence du VIH et des IST (Cf. la section 4.5 pour plus de détails).

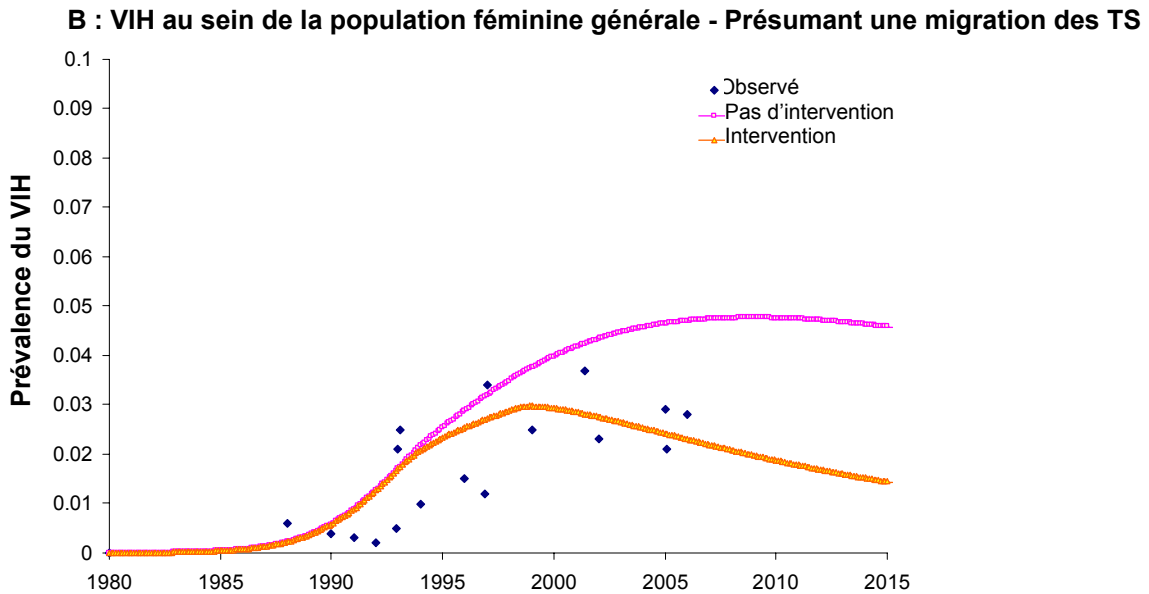
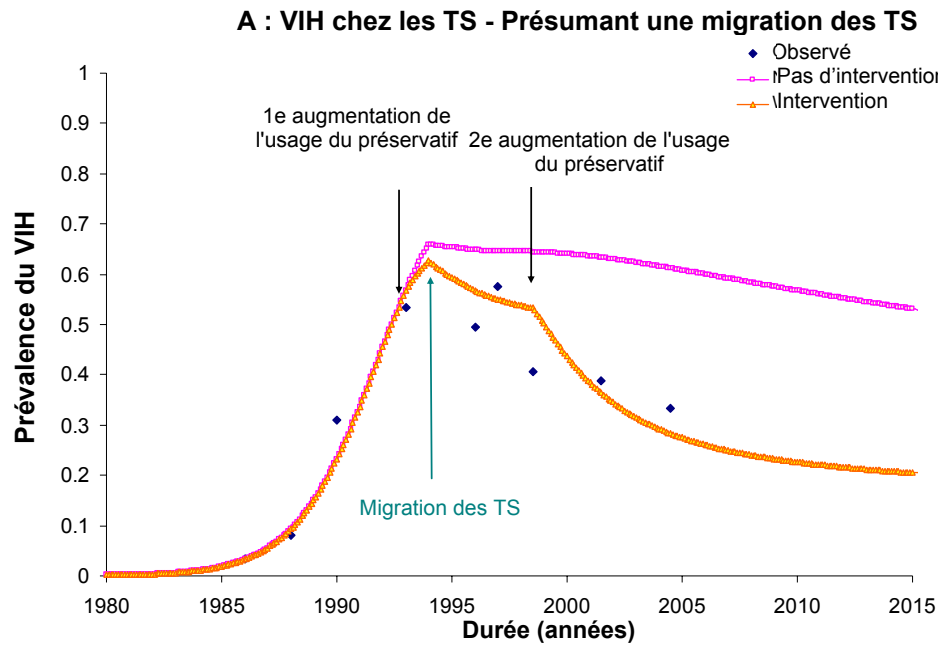
### **5.3. Impact des interventions ciblant les groupes de base sur les niveaux de séroprévalence dans l'ensemble de la population**

Des études ont été réalisées sur la base de modèles mathématique à partir des données épidémiologiques indiquées ci-dessus, de concert avec les données relatives à la couverture et à l'intensité de l'intervention dans le cadre des projets sida et aux variables correspondantes.<sup>139</sup> Nous avons procédé à une remise à jour de ces analyses aux fins du présent rapport. Les résultats suggèrent que, étant donnée le contexte épidémiologique prévalant à Cotonou, l'augmentation des taux d'emploi du préservatif et la réduction de la prévalence de la gonorrhée chez les professionnelles du sexe (et leurs clients) enregistrés à la suite des interventions ciblées, ont non seulement eu pour résultat une réduction des taux d'incidence et de séroprévalence parmi les professionnelles du sexe (Cf. la figure 15A), accompagné d'une réduction des taux de séroprévalence et d'incidence dans l'ensemble de la population féminines (Cf. la figure 15B). Les interventions lancées en 1993 au titre des projets sida ont peut-être contribuées à limiter l'épidémie générale de VIH à des taux de prévalence d'environ 3 %, comparé à un maximum possible de près de 5 % en l'absence des interventions (Cf. la figure 15). Le modèle suggère que deux ans après le début de l'intervention, 25 % des nouvelles infections enregistrées parmi les FSW et 17 % des nouvelles infections parmi les femmes de l'ensemble de la population ont ou être évitées ; au bout de cinq ans, ces chiffres seront de 26 % et 22 %, respectivement ; au bout de 10 ans, 51 % et 40 % ; et après 15 ans – jusqu' en 2008 – 63 % et 51 %, respectivement des nouvelles infections (Cf. la figure 15C). Cette augmentation du coefficient de la fraction étiologique au fil du temps démontre que l'effet cumulé de l'intervention s'intensifie au fil du temps, dans la mesure où la prévention des

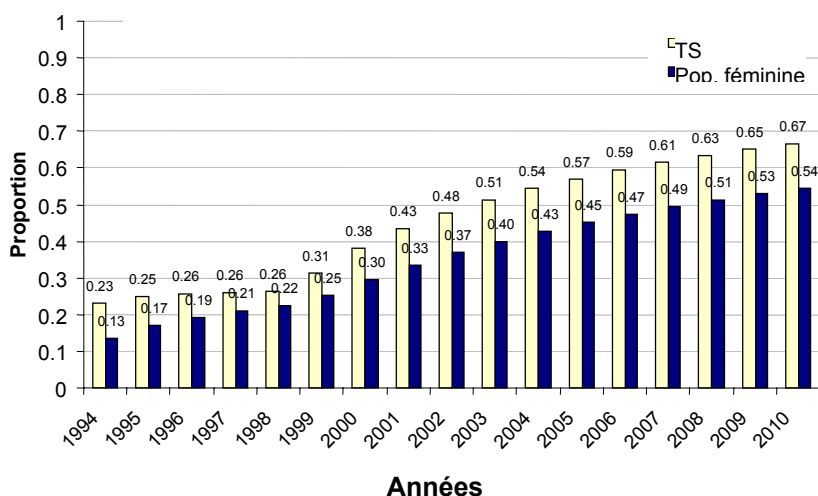
infections au sein du groupe cible permet également d'éviter la transmission secondaire et tertiaire vers l'extérieur, et donc l'amplification de l'épidémie.

**Figure 15 : Modélisation mathématique de la prévalence du VIH à Cotonou en présence des interventions dans le cadre des projets SIDA-1, SIDA-2 et SIDA-3**

Les lignes en plein correspondent aux résultats de la modélisation, celles en pointillés correspondent aux taux de prévalence observés. **Volet A** : prévalence du VIH chez les travailleuses du sexe. **Volet B** : prévalence du VIH au sein de la population féminine générale. **Volet C** : Proportion de cas de VIH évités au fil du temps tant chez les travailleuses du sexe qu'au sein de la population féminine générale.



### C : Proportion cumulée des infections au VIH évitées depuis présumant une migration des TS



En conclusion, ces données confirment clairement l'importance des groupes cibles et des groupes relais dans l'épidémie de VIH au Bénin, et l'efficacité des interventions ciblées pour réduire la transmission du VIH parmi les FSW et par leurs clients à l'ensemble de la population. Elles prouvent en outre l'importance capitale, pour l'avenir de l'épidémie, de la continuité de ces interventions, et arguent en faveur d'interventions soutenues de cette nature sur une période suffisamment prolongée pour éviter tout retour de la transmission du VIH et continuer à contenir l'épidémie.

Une EDS épidémiologique a été réalisée au sein de groupes d'hommes et de femmes au Bénin en 2006. À Cotonou, le taux de séroprévalence était de 2,8 % chez les femmes et de 0,5 % chez les hommes.<sup>11</sup> Dans l'étude des Quatre villes réalisée à Cotonou en 1997-1998, avec une méthodologie comparable, le taux de séroprévalence était de 3,3 % chez les hommes et de 3,4 % chez les femmes.<sup>42</sup> Le ratio extrêmement élevé de prévalence femmes / hommes (5,6:1) observé par l'EDS de 2006 peut-être en partie attribuable au faible taux de participation masculine à l'étude à Cotonou (68 %), ce qui fait que la population d'hommes non testés comprenant une proportion plus importante d'hommes à plus haut niveau de risque que d'hommes à niveau de risque plus faible. Cependant, il indique aussi peut-être que l'épidémie a évolué depuis 1997-1998, comme l'évoquent les sections 4.4.2 et 6. Nous sommes peut-être confrontés à une épidémie concentrée avancée, caractérisée par un ralentissement de la transmission des FSW vers leurs clients masculins des suites d'interventions et de changements de comportements. Les hommes, infectés lors d'une phase antérieure –la phase concentrée– de l'épidémie avant les femmes, sont décédés et le taux des nouvelles infections n'est pas suffisant pour le maintien de la prévalence initiale, réduite en raison de la mortalité. Les taux de séroprévalence des femmes, qui reflètent un ralentissement de la transmission vers l'extérieur par les clients masculins ou une infection plus tardive, n'ont jusqu'à présent enregistré qu'une diminution modeste de 3,4 % à 2,8 %. Si la transmission par les FSW vers l'extérieur continue à ralentir, les taux de séroprévalence pour l'ensemble de la population devraient continuer à décliner au cours de la décennie à venir, comme l'ont fait les taux de séroprévalence masculine. Cependant, ce déclin risque de se ralentir chez

les hommes, en raison de la disponibilité des traitements aux antirétroviraux (ART) et les taux accrus de survie qui en résultent.

Enfin, il convient de noter que dans l'enquête de surveillance des comportements de 2005 et de 2001 réalisées au Bénin chez les jeunes, les résultats obtenus semblent suggérer qu'outre l'adoption de pratiques sexuelles sans danger dans le milieu d commerce du sexe au Bénin, les taux d'hommes fréquentant des travailleuses du sexe ont diminué. En 2001, 14,2 % des étudiants sexuellement actifs de sexe masculin ont déclaré avoir payé pour des faveurs sexuelles au cours de l'année écoulée, alors que pour 2005 ce chiffre était de 7 %. Un tiers de la population interrogée lors des deux enquêtes était sexuellement actif.<sup>140</sup>

### **Encadré 2 : Résumé de l'étude de cas**

#### **Importance des travailleuses du sexe et de leurs clients pour l'épidémie, et impact des interventions de lutte contre l'épidémie de VIH ciblant ces groupes de population**

- Les professionnelles du sexe représentent environ 1 % de la population féminine adulte de Cotonou.
- Une proportion importante (à hauteur de 30 %) de la population masculine adulte a des rapports sexuels avec ces travailleuses du sexe et le taux de séroprévalence au sein de ce groupe de population masculine est 2 à 3 fois plus élevé que celui enregistré au sein de la population masculine dans son ensemble (9 % c. 3 %).
- Selon les estimations, 76 % des infections au VIH au sein de la population masculine adulte de Cotonou sont liées directement à des relations sexuelles avec des FSW. Au vu du taux élevé de circoncision masculine, les IST concurrentes ont très probablement joué un rôle de premier plan dans la transmission du virus vers les autres groupes de population.
- La grande majorité des infections par le VIH contractées par des femmes de Cotonou qui ne sont pas des travailleuses du sexe sont le résultat de rapports sexuels avec les clients des professionnelles du sexe.
- Les clients et les partenaires réguliers des travailleuses du sexe transmettent également le VIH à l'intérieur de la population des travailleuses du sexe, ici encore avec une contribution importante de différentes IST et l'utilisation insuffisante des préservatifs ; les taux de séroprévalence ont atteint des niveaux extrêmement élevés au sein de cette population (avec un pic à 53 %), 10 à 20 fois ceux enregistrés dans l'ensemble de la population.
- Les niveaux peu élevés de comportements sexuels à risque et d'IST au sein de l'ensemble de la population féminine, associés à une pratique quasi-universelle de la circoncision masculine, expliquent la transmission très limitée du VIH au sein de l'ensemble de la population, qui produit une épidémie concentrée avec des différences marquées entre les taux de séroprévalence des travailleuses du sexe et de l'ensemble de la population, une pénétration limitée de l'épidémie, et des taux continus relativement faibles de séroprévalence au sein de l'ensemble de la population

- Les interventions ciblant les professionnelles du sexe et leurs clients ont eu un impact significatif sur les niveaux des comportements sexuels à risque et de transmission des ISTI et du VIH au sein de ces populations – l'emploi du préservatif a augmenté de manière marquée, les taux de prévalence des IST ont diminué dans les deux groupes, et les taux de séroprévalence se sont stabilisés au sein du groupe des clients alors qu'ils ont diminué chez les FSW pendant la période de mise en application de l'intervention.
- Les études basées sur des modèles mathématiques semblent indiquer que, dans le contexte épidémiologique qui prévaut à l'heure actuelle à Cotonou et au vu de la couverture et de l'intensité de l'intervention en faveur des FSW, l'augmentation enregistrée de l'emploi du préservatif et la diminution des cas de gonorrhée chez les FSW (et leurs clients) se sont non seulement traduites par une réduction de la séroprévalence et de l'incidence chez les travailleuses du sexe elles-mêmes, mais aussi des taux de séroprévalence et d'incidence au sein de *l'ensemble de la population*.
- Selon les résultats du modèle, les interventions des projets sida lancés en 1993 ont contribué à limiter l'épidémie du VIH à des taux de séroprévalence représentant moins de la moitié de ce qu'ils auraient été autrement au sein de la population féminine générale (~2 % c. 5 %). Ces interventions ont permis d'éviter à hauteur de 63 % des nouvelles infections chez les FSW, et 51 % des nouvelles infections chez les femmes de l'ensemble de la population, au cours des 15 années écoulées depuis le lancement de l'intervention.
- Les données tirées des études sur les FSW et l'ensemble de la population confirment les estimations et les résultats des exercices de modélisation.
- Ces données, examinées de concert avec les résultats des modèles, démontrent l'importance des groupes cibles et des groupes passerelles pour l'épidémie du VIH au Bénin, et l'efficacité des interventions ciblant les FSW pour contenir la transmission du VIH des FSW et de leurs clients à l'ensemble de la population. Elles confirment en outre l'importance capitale d'interventions soutenues au fil du temps pour l'avenir de l'épidémie.

## 6. Interprétation des données

L'objet principal de la présente analyse consiste à décrire avec plus de précision les particularités de l'épidémie du VIH en Afrique de l'Ouest, en particulier pour mieux comprendre la contribution des populations à haut risque à la dynamique de la propagation de l'épidémie dans la région, et le degré de généralisation de l'épidémie. Il est essentiel de comprendre le rôle des populations à haut risque lors d'une épidémie, ce qui permet d'élaborer des interventions dûment ciblées, dans la mesure où le nombre et la proportion des nouvelles infections par le VIH susceptibles d'être évitées grâce aux interventions ciblant les populations à haut risque dépend du nombre et de la proportion d'infections dont elles sont responsables.

L'épidémie du VIH en Afrique de l'Ouest a jusqu'à présent été considérée comme généralisée dans la plupart des pays, à l'exception claire du Cap-Vert et à l'exception possible du Sénégal et du Niger. Ces pays présentent un taux de séroprévalence de moins de 1 % pour l'ensemble de la population, qui correspond au seuil numérique choisi comme déterminant le caractère généralisé d'une épidémie. Ce nonobstant, la seule prévalence ne suffit pas pour caractériser une épidémie, dans la mesure où un nombre important d'infections peut être provoqué par une contagion continue de première vague des populations à haut risque vers l'extérieur – même au point de faire franchir le cap des 1 % aux taux de séroprévalence de l'ensemble de la population. Il se produit une épidémie généralisée de VIH uniquement lorsque la transmission continue au sein de l'ensemble de la population devient indépendante de la transmission par les groupes cibles vers l'extérieur.

Dans la plupart des d'Afrique de l'Est et de l'Afrique australe, où les taux de séroprévalence dans l'ensemble de la population ont largement dépassé les 1 %, il est clair que l'épidémie est de nature généralisée. La transmission des populations à haut risque vers l'extérieur peut encore contribuer un volume important de nouvelles infections. Cependant, avec des taux de séroprévalence élevés au sein de l'ensemble de la population, combinés à des niveaux relativement élevés de comportements sexuels à risque pour la transmission du VIH, il semble évident que l'épidémie continue à se développer indépendamment de la transmission par les groupes cibles vers l'extérieur.

Les données disponibles, présentées dans les sections précédentes du présent rapport, nous portent à conclure que le simple établissement de définitions et de seuils numériques est d'une utilité limitée pour la description des caractéristiques de l'épidémie en Afrique de l'Ouest. La prévalence au sein de l'ensemble de la population dans la plupart de ces pays est proche du seuil des 1 % séparant une épidémie concentrée d'une épidémie généralisée, et les taux de prévalence tant au sein des groupes de FSW que de ceux des HRS (si disponible) sont pratiquement toujours dix fois plus élevés (et dans certains cas nettement plus) que ceux de l'ensemble de la population. Étant donné ces différences considérables dans les taux de prévalence, associées à une forte multiplicité de partenaires et un emploi insuffisant du préservatif au sein des populations à haut risque, ces groupes ne peuvent que contribuer de manière disproportionnée aux infections par le VIH. Ceci dit, l'essentiel des taux de séroprévalence pour l'ensemble de la

population oscillant entre 0,7 % et 4,7 %, et des taux souvent supérieurs dans les centres de consultation prénatale (ANC), il est clair que le potentiel existe d'une transmission au sein de l'ensemble de la population. En réalité, il est impossible de prouver avec les données dont on dispose à l'heure actuelle si les épidémies sévissant en Afrique de l'Ouest peuvent se maintenir *indépendamment* de la première vague de transmission par les populations à haut risque vers l'extérieur. Les épidémies ne semblent en effet ni pleinement concentrées ni totalement généralisées, mais elles présentent des éléments des deux catégories (« épidémies mixtes »).

Cette discussion peut sembler par trop abstraite. Cependant, son importance réside dans le fait que, comme nous l'avons indiqué plus haut, la plupart des épidémies en Afrique de l'Ouest sont souvent qualifiées de généralisées. Ceci a eu un impact profond sur l'élaboration des programmes de lutte contre le VIH-sida dans la région, poussant notamment les pays à concentrer avant tout leurs efforts sur l'ensemble de la population.

Dans ce contexte, il semble plus important de tenter d'évaluer le *degré* de contribution des groupes cibles à la transmission du VIH, et la proportion des infections attribuables à des groupes spécifiques de populations à haut risque – et, par suite, la proportion d'infections susceptibles d'être évitées par la réduction de la transmission entre groupes cibles et groupes relais.

Les données disponibles révèlent des taux de séroprévalence très élevés chez les FSW, ainsi que des différences considérables entre les taux de séroprévalence des FSW et ceux enregistrés dans l'ensemble de la population, ce qui semble indiquer qu'une portion significative des infections au sein de l'ensemble de la population est attribuable aux relations sexuelles avec des FSW. Pour estimer cette proportion, il est nécessaire de se procurer des informations sur les taux de séroprévalence dans l'ensemble de la population, au sein des groupes des clients des FSW et des groupes des FSW même, ainsi que des données quant aux effectifs des populations de FSW et de la proportion de la population masculine payant pour des rapports sexuels.

Selon les EDS+ les plus récentes et d'autres enquêtes démographiques similaires, la proportion des hommes déclarant avoir eu des rapports sexuels avec une FSW au cours de l'année écoulée est très faible, entre 1,2 % en Guinée et 2,9 % au Nigéria. Ces chiffres sont probablement des sous-estimations grossières attribuables à différentes raisons, notamment :

- (1) Tout d'abord, les enquêtes sur les ménages de type EDS sont affectées par un préjugé lié à la désirabilité sociale, en raison du mépris témoigné par la société à l'égard des contacts sexuels avec des FSW<sup>36</sup> ; ce préjugé peut fluctuer au fil du temps et refléter l'intensité des programmes de prévention du VIH. Par ailleurs, ces enquêtes ont tendance à sous-estimer la contribution des hommes dont les professions exigent la mobilité et qui ne sont pas forcément chez eux au moment de l'enquête, et exclure des endroits où vivent des hommes célibataires pratiquant des comportements à haut niveau de risque, notamment les casernes militaires et les pensions pour les ouvriers.

Des enquêtes de ce type réalisées au préalable en Afrique de l'Ouest ont en fait enregistré des taux beaucoup plus élevés d'hommes déclarant avoir des rapports sexuels avec des FSW que les enquêtes plus récentes. Par exemple, dans l'EDS de 1996 sur le Bénin, 19 % des hommes ont déclaré avoir eu des rapports sexuels avec une FSW au cours de l'année écoulée,<sup>141</sup> contre 0,5 % en 2001<sup>142</sup> et 1,7 % en 2006.<sup>11</sup> Dans l'EDS de 1999 sur le Burkina Faso,<sup>143</sup> ce chiffre était de 8 % ; à Ouagadougou en 2002, il était de 12 %.<sup>36</sup> Ce déclin impressionnant est sans doute en partie le résultat d'un changement dans la propension à déclarer ce type de comportement. De fait, certains hommes déclareront leurs partenaires FSW dans une autre catégorie, par exemple celle de partenaires occasionnelles. Dans les EDS plus récentes, une proportion assez élevée d'hommes déclare avoir eu des rapports sexuels avec plus d'un(e) partenaire (10 % - 36 %) et des relations extraconjugales (2 % - 27 %). Chez les femmes, les taux déclarés de ces comportements sont nettement inférieurs (1 % - 9 % et 0,1 % - 5 %, respectivement), alors que les hommes déclarent des taux beaucoup plus élevés d'utilisation du préservatif lors des relations extraconjugales que les femmes (deux à dix fois plus) (Cf. la section 4.4.4). S'il peut s'agir d'une sous-estimation de la part des femmes, les données recueillies suggèrent qu'au moins certains de ces hommes ont en fait des relations sexuelles avec des FSW, lors desquelles les taux d'emploi du préservatif sont souvent relativement élevés (Cf. également la section 4.4.4 pour d'autres indications de ce même préjugé liés à une crainte d'un rejet par la société dans les enquêtes démographiques et épidémiologiques).

- (2) Au niveau des enquêtes réalisées chez les hommes dans des professions à forte mobilité et qui passent des périodes prolongées loin de chez eux en Afrique de l'Ouest – la police, les soldats, les chauffeurs routiers, les mineurs, les pêcheurs, etc. – les taux déclarés de rapports sexuels avec des FSW sont généralement beaucoup plus élevés que chez les hommes interrogés dans le cadre d'enquêtes portant sur l'ensemble de la population nationale. Par exemple, 38 % des chauffeurs routiers de Guinée interrogés en 2005 ont déclaré avoir eu des rapports sexuels avec une FSW ; 9 % des officiers de police à Accra ont déclaré avoir eu des rapports sexuels avec une FSW au cours de l'année écoulée. Bien que ces taux soient susceptibles d'être plus élevés qu'au sein des populations masculines qui ne sont pas aussi mobiles, il semblerait en plus que les hommes participant aux études IBBS déclarent plus volontiers avoir eu des rapports sexuels de nature commerciale que les hommes interrogés dans le cadre d'enquêtes nationales dans les foyers.<sup>36</sup>
- (3) Les données recueillies auprès des FSW et de leurs clients au Bénin et au Ghana, dans le cadre des projets sida-2 et sida-3 révèlent également que le nombre d'hommes fréquentant des FSW est nettement supérieur aux résultats obtenus par les enquêtes épidémiologiques.

Au Ghana, 1,2 % seulement des hommes en zones urbaines ont déclaré avoir eu des rapports sexuels payants au cours de l'année écoulée dans le cadre de l'EDSG de 2003.<sup>7</sup> Cependant, il y aurait quelque 5.000 travailleuses commerciales du sexe à Accra, qui constituent 1,1 % de la population féminine adulte âgée de 15 à 49 ans.

Ces FSW déclarent avoir entre 10 et 20 clients par semaine. Si, comme le décrit l'EDS 2003 pour le Ghana, seuls 1,2 % de la population masculine adulte ont eu des rapports sexuels payants pendant l'année écoulée, cela signifie que chaque client aurait des rapports sexuels avec une FSW 10 à 20 fois par semaine ! Par contraste, les clients masculins de FSW interrogés à Accra en 2001 déclarent en fait une moyenne de 3 à 5 visites *par an*. La proportion véritable d'hommes payant pour des rapports sexuels au Ghana est sans doute nettement supérieure à 1,2 %.

Selon la méthode « indirecte » (Cf. la section 5.1.2), quelque 30 % de la population masculine adulte de Cotonou,<sup>133,134</sup> au Bénin, et 50 % de la population masculine adulte d'Accra,<sup>103</sup> au Ghana, sont des clients des travailleuses commerciales du sexe ; et le coefficient étiologique de séroprévalence chez les hommes des suites de contacts sexuels avec les FSW était de > 75 % dans les deux cas (Cf. l'étude de cas sur le Bénin à la section 5 pour plus de détails). Lors de la préparation du présent rapport, nous avons procédé à des calculs similaires pour les régions sénégalaises de Rufisque et de Tambacounda, où une IBBS a été réalisée au sein des groupes de FSW et de leurs clients dans le cadre du projet sida-3. Si l'on part des taux de séroprévalence pour l'ensemble de la population masculine figurant dans l'EDS de 2005 sur le Sénégal, et d'une estimation conservatrice de la proportion des femmes de 15 à 49 ans impliquées dans le commerce du sexe de l'ordre de 0,5 %, <sup>144</sup> nous obtenons un coefficient de fraction étiologique de 80,5 %. Ceci signifie que, à ces endroits, plus des trois quarts des cas de séropositivité chez les hommes sont liés directement à leurs contacts sexuels avec des FSW, dans le cadre de la première vague de transmission vers l'extérieur.

- (4) Les données recueillies récemment dans le cadre de l'enquête épidémiologique réalisée à Cotonou au début de 2008 et utilisant la méthodologie des enquêtes d'isolement pour réduire le préjugé lié à la désirabilité sociale, confirment la validité des estimations qui précèdent. Dans le cadre de cette enquête, 24 % des hommes mariés et 16 % des hommes célibataires ont déclaré avoir eu des rapports sexuels avec une FSW au cours de l'année écoulée (données non publiées).

Selon un volume sans cesse croissant de preuves, les HRSH sont eux aussi un groupe cible important, bien que l'on ne dispose pas encore de données pour de nombreux pays. Les taux de séroprévalence oscillent entre 13,5 % et 25,3 % selon les pays (Cf. le tableau 4), ce qui est nettement supérieur à tout autre groupe d'hommes considérés comme à un niveau élevé de risque. Les données disponibles sur les comportements indiquent qu'ils courent un risque élevé de contracter et de transmettre le VIH, en raison de la fréquence des rapports par voie anale sans protection et de la multiplicité de leurs partenaires. Les niveaux élevés de bisexualité et le faible taux d'utilisation des préservatifs avec les partenaires féminines indiquent que cette population pourrait aussi être l'une des principaux groupes relais. Au Sénégal, des taux de séroprévalence de 21,5 % ont été enregistrés au sein des populations de HRSH à Dakar, et si l'on part de l'hypothèse que 3 % de la population masculine ont des rapports sexuels avec d'autres hommes, selon les estimations, 20 % des infections actuelles par le VIH peuvent être attribuées à des relations sexuelles entre hommes.<sup>29</sup>

La dimension de la population de HRSH et le pourcentage d'hommes adultes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes en Afrique subsaharienne sont inconnus. Cependant, tant au niveau des sondages d'isolement réalisés dans le cadre des enquêtes épidémiologiques menées récemment à Cotonou au début de 2008, 7 % des hommes ont déclarés avoir eu des relations sexuelles par voie anale avec un homme (données non publiées).

Dans les pays de l'Afrique de l'Ouest, le problème des drogues injectables est surtout aigu au Nigéria. Le VIH n'a pas encore commencé à se transmettre de manière importante par cette voie au Nigéria, mais il existe des indications d'une séroprévalence croissante au sein des groupes d'UDI étudiés sur des échantillons très peu nombreux – une récente IBBS a révélé des taux de séroprévalence de 5,6 % parmi les UDI du Nigéria.<sup>104</sup> Le potentiel de transmission du VIH au sein des UDI est un risque présent et très réel, et une estimation des effectifs d'UDI, la mise en place d'une sérosurveillance appropriée et la mise au point d'interventions préventives en faveur de cette population sont autant d'éléments importants, non seulement au Nigéria, mais pour le reste des pays de l'Afrique de l'Ouest. Il convient en outre de noter qu'il semble exister un lien entre le commerce du sexe et l'utilisation de drogues injectables au Cap-Vert et en Sierra Leone.<sup>100, 145</sup>

La féminisation de l'épidémie observée dans l'essentiel des études épidémiologiques réalisées en Afrique de l'Ouest est aussi une des caractéristiques de sa maturation. L'augmentation de la séroprévalence chez les femmes et ces ratios de séroprévalence femmes/hommes sont souvent interprétés comme une indication de la généralisation de l'épidémie. Cependant, dans un contexte où la circoncision masculine est quasi-universelle (comme c'est le cas en Afrique de l'Ouest), cette tendance, combinée à la réduction de l'incidence du VIH au sein de la population masculine, pourrait aussi indiquer que l'épidémie est en fin de phase concentrée.

Les taux de transmission femme-homme sont nettement inférieurs pour la population masculine circoncise.<sup>52-54</sup> Par ailleurs, les IST sont aujourd'hui moins fréquentes (Cf. les données chronologiques IBBS tirées du projet sida-3 au tableau 7) et l'emploi du préservatif beaucoup plus systématique lors des rapports sexuels de nature transactionnelle. Par suite, l'incidence actuelle au sein de la population masculine a diminué et n'est peut-être pas suffisante pour contrebalancer le nombre de décès liés au sida enregistrés au sein de cette population, ce qui se traduit par une réduction de la séroprévalence. Celle-ci n'a pas encore diminué (d'autant) au sein de la population masculine, surtout parce que bien des cas positifs aujourd'hui sont des femmes qui ont contracté l'infection après leurs partenaires masculins et qui leur survivent.

En bref, selon les données disponibles, les épidémies de la plupart des pays d'Afrique de l'Ouest : (a) sont *pour l'essentiel* de nature concentrée, avec, le plus souvent l'essentiel des infections masculines et féminines de l'ensemble de la population attribuables à des relations sexuelles avec des FSW (et d'autres groupes de population à haut risque, notamment les HRSH) ; et (b) sont en dernière phase – plateau ou déclin.

Lorsque l'on examine de concert les données ci-dessus concernant le Bénin, le Ghana et le Sénégal, et celles d'autres pays enregistrant des différences marquées entre les taux de séroprévalence des FSW et ceux de l'ensemble de la population, il ressort clairement que la transmission du VIH par les FSW à leurs clients puis, indirectement, aux épouses de ces derniers dans l'ensemble de la population a contribué de manière disproportionnée à la transmission du VIH en Afrique de l'Ouest. Les données relatives aux comportements sexuels tirées des EDS et d'autres enquêtes confirment également le risque de transmission du VIH *au sein de* l'ensemble de la population. Il semble donc très probable que la pratique de la circoncision masculine ait essentiellement protégé les pays d'Afrique de l'Ouest contre une épidémie généralisée.

Les observations ci-dessus s'appliquent incontestablement aux pays suivants : le Bénin, le Cap-Vert, la Gambie, la Guinée, le Libéria, le Mali, le Niger, la Sierra Leone, le Togo et le Sénégal. La situation dans ces pays reflète clairement la contribution disproportionnée des groupes cibles à l'épidémie, avec de surcroît un certain degré de transmission autoentretenu au sein de l'ensemble de la population.

En Côte d'Ivoire, l'épidémie est indubitablement plus généralisée que dans n'importe quel autre pays de l'Afrique de l'Ouest. Ceci est dû sans doute à la rapidité de la transmission au sein des groupes cibles pendant la deuxième moitié des années 1980 et au début des années 1990, avec un taux de séroprévalence particulièrement élevé chez les FSW et une vaste population de FSW, bien documentée à Abidjan, combiné à des comportements sexuels à haut risque au sein de la population masculine et des comportements sexuels plus risqués que la moyenne au sein de la population féminine générale. Ces facteurs ont débouché sur une épidémie qui mérite le qualificatif de « généralisée », avec une certaine transmission continue au sein de la population générale. Toutefois, dans la mesure où il continue de se produire une transmission entre les groupes cibles et l'ensemble de la population par les relais, il est peut-être plus correct de parler d'épidémie « mixte ».

Au Ghana et au Burkina Faso (essentiellement dans les zones urbaines du Burkina), l'épidémie est pour l'essentiel alimentée par les nombreux échanges avec la Côte d'Ivoire. Dans le cas du Ghana, il s'agit surtout de la migration de femmes du district d'Agomanya vers la Côte d'Ivoire, où elles ont contracté l'infection par le travail sexuel, et qui sont ensuite rentrées dans leurs foyers et ont contribué à la propagation du VIH dans ce district du Ghana qui présente les taux de séroprévalence les plus élevés du pays. Dans le cas du Burkina Faso, cette transmission était liée au nombre considérable de Burkinabés qui émigrent temporairement en Côte d'Ivoire en quête d'emploi.

Il est intéressant de noter que ces trois derniers pays d'Afrique de l'Ouest, qui sont ceux qui enregistrent les taux les plus élevés de séroprévalence de toute la région, avaient ou ont des taux de circoncision masculine plus faibles que les autres pays de la région, où la circoncision est pratiquée de manière presque universelle (Cf. la section 4.1)

L'épidémie en Guinée-Bissau est difficile à cerner, d'une part parce que ce pays se trouve à l'épicentre de l'épidémie de VIH-2 et de l'autre parce que l'on ne dispose pas d'informations épidémiologiques récentes.

La situation au Nigéria est elle aussi difficile à décrire en l'absence de données épidémiologiques sur la séroprévalence. Mais le Nigéria est incontestablement l'un des pays du monde les plus durement frappés par l'épidémie du VIH. Au vu des fluctuations importantes des taux de séroprévalence dans les populations des centres de consultations prénatales d'un état à l'autre (oscillant entre 1,6 % dans l'état d'Ekiti et 10 % dans l'état de Benue en 2005), il est fort probable que certaines des régions de cet immense pays soient confrontées à une épidémie généralisée, alors que d'autres vivent une épidémie concentrée.

Enfin, un volume important de données transversales consécutives concernant le Bénin, et Abidjan, en Côte d'Ivoire, et un peu moins important pour le Burkina Faso, le Ghana, la Guinée, le Niger, le Sénégal et le Togo, indiquent que les interventions de nature préventive ciblant les FSW et leurs clients peuvent avoir un impact considérable sur le VIH et les IST et sur les taux d'utilisation du préservatif par ces populations (Cf. la section 4.5.1). Selon les modèles mathématiques utilisant les données sur Cotonou, au Bénin, ces interventions peuvent aussi avoir un effet significatif sur l'incidence du VIH et la séroprévalence chez les femmes dans l'ensemble de la population à l'emplacement concerné. Les interventions des projets sida-1/2/3, mises en application tout au long d'une période de 15 ans entre 1993 et 2007, auraient permis d'éviter près des deux tiers des nouvelles infections par le VIH contractées par les FSW et la moitié des nouvelles infections chez les femmes dans l'ensemble de la population à Cotonou (Cf. la section 5.2.3). Ces données prouvent l'efficacité des interventions à l'intention des groupes cibles dans le contexte de l'Afrique de l'Ouest, où il existe de fortes proportions d'infections par le VIH attribuables aux relations sexuelles entre les FSW et leurs clients.

## 7. Réponse à l'épidémie en Afrique de l'Ouest

### 7.1. Introduction

Cette section présente un survol de l'historique de la réponse à l'épidémie du VIH-sida dans les pays d'Afrique de l'Ouest, ainsi que la situation actuelle. Nous ferons tout d'abord un bref historique de la réponse aux premiers cas de sida signalés dans la région. Puis nous détaillons la situation actuelle, avec une analyse des éléments moteurs, de la réponse, y compris les plans et cadres stratégiques nationaux (CSN) en place à l'heure actuelle, leur structure, leur teneur, leur budget et financement et la situation de la mise en application (lorsque ces informations sont disponibles). Nous présentons ensuite une analyse critique de la réponse, en nous axant sur le caractère approprié ou pas de la structure, du contenu et du financement des CSN par rapport aux contextes épidémiologiques de leur mise en œuvre. Nous proposons ensuite des recommandations de perfectionnement éventuel de la conception et de la mise en œuvre de la réponse.

Le bref survol de l'historique et de la situation actuelle de la réponse en Afrique de l'Ouest, présentés dans cette section, vise à faire ressortir les éléments communs de la réponse et des défis rencontrés dans cette région.

L'analyse qui suit est axée spécifiquement sur certains éléments de la réponse, et ses difficultés connexes qui, à notre sens, sont essentielles pour comprendre le degré d'adéquation des réponses des pays, dans le contexte des épidémies d'Afrique de l'Ouest, par rapport à la contribution nettement disproportionnée des rapports sexuels avec les travailleuses professionnelles du sexe et autres populations à haut risque (Cf. la section 6). Nous prenons pour point de mire le financement de la réponse, les programmes de prévention pour les populations à haut risque d'infection par le VIH, les réponses cliniques de prévention et de traitement (CDV, PTME, ART), et les activités de surveillance, de suivi et d'évaluation.

### 7.2. Sources de données

Le volume et la qualité des informations accessibles aux fins d'analyse de la réponse à l'épidémie du VIH-sida varient sensiblement selon les pays. Tous disposent de cadres stratégiques nationaux, actuel et antérieurs, assortis toutefois de degrés variables de détails, notamment en ce qui concerne le financement et les considérations budgétaires, le suivi et l'évaluation (S&E), y compris les indicateurs et les cibles. Il a été difficile et, parfois, impossible d'obtenir le degré de détail nécessaire pour comprendre la situation, particulièrement en ce qui a trait au financement. Les informations dont nous disposons aux fins de description et d'analyse critique de la réponse sont incomplètes. Et certaines données sont difficiles à comparer. Tout cela, en plus de l'inclusion dans cette section de dix des 15 pays d'Afrique de l'Ouest, se répercute sur l'exhaustivité des informations présentées et les conclusions tirées. Néanmoins, nous estimons que notre analyse est largement représentative et applicable à la situation de la majorité des pays d'Afrique de l'Ouest, si ce n'est de tous.

Outre des entretiens avec les collaborateurs clef, réalisés par les consultants dans le pays, les principales sources de données de l'analyse de la réponse ont notamment compris les éléments suivants :

- les CSN actuels et antérieurs (d'ordinaire d'une durée de cinq ans), et lorsqu'elles sont disponibles, des informations budgétaires générales et spécifiques, y compris les financements par les bailleurs de fonds, etc.,
- des programmes de travail quinquennaux et annuels de mise en œuvre des CSN, contenant plus de détails sur les activités prévues, le financement obtenu par poste budgétaire, etc.,
- des publications, journaux et bulletins publiés sur une base ad hoc par les instances nationales sur le sida concernant les problématiques spécifiques des réponses, les réalisations à ce jour, etc.,
- des rapports divers des pouvoirs publics et évaluations de la réponse,
- des documents de financement multilatéraux/de projet : propositions du Fonds mondial, mises à jour du President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR), rapports du programme multipays pour le VIH-sida (MAP) de la Banque mondiale, etc.,
- les rapports des pays sur le suivi de la Déclaration d'engagement sur le VIH-sida (UNGASS),
- des données tirées d'EDS et d'études analogues sur le dépistage du VIH chez les femmes enceintes et l'accès à la PTME, ainsi que sur les taux de test de dépistage du VIH, en général.

L'examen des questions financières et budgétaires ultérieur prend souvent le Ghana pour exemple, ce qui reflète le volume d'informations budgétaires détaillées et disponibles concernant le Ghana, ainsi que la qualité de sa documentation, par rapport aux autres pays.

### **7.3. Historique de la réponse**

Dans la plupart des pays d'Afrique de l'Ouest, les premiers cas de sida ont été signalés à partir du milieu des années 1980, ce qui a entraîné le plus souvent la création, par les pouvoirs publics nationaux, de Programmes/secrétariats nationaux de lutte contre le sida (NACP et NAS), relevant du ministère de la Santé, organisme de tutelle chargé de mettre en œuvre et de coordonner les activités nationales de lutte contre le VIH. Des plans à court terme (1 à 2 ans), puis à moyen terme (2 à 3 ans) ont été élaborés pour lutter contre l'épidémie. Bien souvent toutefois, au départ, la réponse à l'épidémie du VIH-sida n'a pas été considérée comme une priorité nationale et le financement, l'influence et la capacité d'action des NACP sont restés limités.

Les activités de lutte de cette période portaient plutôt sur des réponses cliniques à l'épidémie, notamment la sûreté du sang et la transmission iatrogénique et, dans certains cas, la gestion des IST, le développement de capacités de laboratoire pour les tests et la surveillance du VIH, ainsi que des campagnes médiatiques de promotion des pratiques sexuelles sans risque et autres campagnes, visant l'ensemble de la population.

Citons les défis, les points faibles et les difficultés au cours de cette période initiale : problèmes de réponse médicale/clinique, notamment l'absence de politiques officielles sur les PTME, réticence à traiter les femmes enceintes séropositives, réticence à hospitaliser les personnes vivant avec le VIH-sida (PVVIH) en raison des craintes du personnel de santé, soins à domiciles quasi-inexistants, absence de CDV, absence de lois spécifiques protégeant les droits des PVVIH, M&E précaires et surveillance limitée.

#### **7.4. Développements essentiels et contexte des réponses récentes / en cours**

Ces dernières dix années environ, plusieurs événements et développements importants ont sensiblement changé le panorama :

A la fin des années 90, la caractérisation mondiale de l'épidémie du VIH-sida change et d'un problème médical/sanitaire, elle devient un problème de développement assorti du besoin, constaté, d'une réponse multisectorielle à cette épidémie. En conséquence, au début du XXI<sup>e</sup> siècle, de nombreux pays d'Afrique de l'Ouest instituent des instances nationales de coordination, des Commissions ou Comités nationaux contre le sida (NAC), avec le leadership direct des présidents et des Premiers ministres, pour mener la lutte contre le VIH-sida. La Côte d'Ivoire crée, en 2001, son ministère de la Lutte contre le sida. Les Secrétariats permanents/exécutifs de ces instances sont chargés de coordonner toutes les activités relatives au VIH-sida, la promotion et la coordination de la réponse multisectorielle et sa décentralisation, la mobilisation des ressources financières et techniques, la mobilisation de la société civile, etc. La création de ces organismes, assortis d'un engagement et d'un accès politiques de haut niveau, représente l'acceptation de l'importance du VIH-sida, alors que jusque-là les Programmes/Secrétariats nationaux de lutte contre le sida souffraient d'un financement, d'une influence et d'une capacité d'action limités. Les nouvelles instances fonctionnent aujourd'hui à titre d'agences techniques des Commissions/organismes sectoriels de la santé, prestataires d'orientations, notamment en ce qui concerne les réponses cliniques à l'épidémie : contrôle des IST, CDV, PTME et traitement et prise en charge des PVVIH.

Les réponses nationales sont différemment décentralisées et connaissent différents degrés de réussite. Elles sont coordonnées au niveau régional, de district et de communauté par le biais de leurs comités sur le sida, dont les membres viennent de différents secteurs, à l'échelon local et communautaire. En outre, la société civile, les organisations non gouvernementales (ONG) et les organisations communautaires, y compris les groupements de PVVIH, ont progressivement accru leur participation à la formulation, la planification et la mise en œuvre de la réponse.

Vers 1995, avec l'arrivée du traitement par la thérapie antirétrovirale hautement active (HAART) et les réductions étonnantes du nombre des hospitalisations, de la mortalité et de la morbidité du sida, réalisées dans les pays développés grâce à ces médicaments, les pays en développement réclament sans ambages l'accès à ces médicaments extrêmement onéreux. Au cours de la décennie suivante, grâce aux efforts combatifs déployés tout d'abord par le Brésil, puis l'Afrique du Sud et l'Inde et des militants pour les traitements, auprès des sociétés pharmaceutiques multinationales, puis grâce, entre autres, à la fabrication de versions génériques des antirétroviraux, --sans oublier les efforts de l'OMS, de l'ONUSIDA et de la Fondation Clinton, le coût de l'HAART a chuté, passant de dizaines de milliers de dollars par an à quelques centaines. Les régimes de traitement deviennent sensiblement simplifiés, tout du moins pour les antirétroviraux principaux, passant d'une pléthore de comprimés à quelques-uns par jour. En outre, les essais de régimes prophylactiques d'ART dans le cadre des services de PTME se révèlent efficaces. Ainsi, l'accès aux traitements aux antirétroviraux contre le sida et les services de PTME deviennent une meilleure possibilité pour les pays en développement.

La première source importante de financement contre le VIH-sida, le Programme multipays contre le VIH-sida de la Banque mondiale (MAP), entre en service en 2000.<sup>151</sup> et tous les pays d'Afrique de l'Ouest, à l'exception du Libéria et du Togo, ont bénéficié de fonds du MAP. En plus de financements nationaux spécifiques, de 2004 à 2007, le MAP a financé un projet pour les populations vulnérables dans cinq pays le long du couloir Abidjan-Lagos.

En 2001, sous une impulsion politique accrue, la session spéciale sur le VIH-sida de l'Assemblée générale de l'ONU (UNGASS) s'est engagée à promouvoir une réponse mondiale exhaustive, coordonnée à la crise du sida. Les États membres ont adopté une solide déclaration d'engagement et ont, plus spécifiquement, avalisé l'appel à la création d'un fonds mondial, déclarant qu'ils « appuieraient l'établissement, à titre urgent, d'un fonds mondial pour le VIH-sida et la santé, pour financer une réponse urgente et élargie face à l'épidémie, fondée sur une démarche intégrée de prévention, de soins, de prise en charge et de traitement ». <sup>146</sup> Au cours des débats de l'UNGASS, les gouvernements des pays en développement, y compris le Nigéria et l'Ouganda, ont annoncé leurs propres contributions de plusieurs millions de dollars, pour indiquer leur appui au Fonds. La Fondation Bill & Melinda Gates et d'autres organisations philanthropiques ont également annoncé leurs contributions futures.

Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (FMLSTP) a été créé en 2002, à titre de source supplémentaire de financement et de nombreux gouvernements, sociétés et organisations philanthropiques se sont engagés à verser leurs contributions. Les fonds ont été rapidement décaissés au travers de cycles réitérés de demandes de financement. Fin 2008, 6,9 milliards USD environ avaient été engagés au titre de la lutte contre le VIH-sida pour des propositions de dons approuvées par huit cycles de financement.

Plusieurs agences bilatérales ont retiré à des projets bilatéraux tout ou partie de leur financement pour la prévention et les soins du VIH- sida pour le remettre aux agences multilatérales, y compris notamment le FMLSTP.

Depuis 2003, le gouvernement des Etats-Unis a donné accès à d'importants fonds pour des programmes intégrés de traitement, soins et prévention dans quelques pays en développement. Dans son discours sur l'état de l'Union, le 28 janvier 2003, le président Bush annonçait le Plan de secours d'urgence pour le sida (PEPFAR).<sup>150</sup> Le PEPFAR est l'engagement le plus important jamais pris par un pays pour une initiative de santé internationale consacrée à une seule maladie : il s'agit d'une démarche quinquennale, de 15 milliards USD, pour lutter contre cette maladie dans le monde entier. En juillet 2008, ce programme a été reconduit pour cinq ans. Par l'importance de leur appui dans la lutte contre le sida, les Etats-Unis en sont aujourd'hui le chef de file mondial, bien qu'en Afrique de l'Ouest, seuls le Nigéria et la Côte d'Ivoire soient des pays prioritaires de l'initiative du PEPFAR.

Lors de la deuxième réunion de l'UNGASS, en septembre 2003, l'OMS et l'ONUSIDA ont déclaré que la carence de traitement dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire constituait une urgence mondiale de santé publique et ont lancé l'initiative « 3 à 5 », destinée à faire bénéficier du HAART, avant fin 2005, trois millions de personnes.<sup>147</sup> Bien que ce chiffre n'ait été atteint qu'en 2008, il s'agit d'une réussite prodigieuse.

Lors du Sommet mondial de septembre 2005, l'Assemblée générale de l'ONU a demandé l'élaboration et la mise en œuvre d'un train de mesures pour la prévention, le traitement et la prise en charge du VIH, afin d'une éventuelle réalisation de l'objectif d'en assurer l'**accès universel** à tous ceux qui en ont besoin.<sup>148</sup> En juin 2006, l'Assemblée générale a adopté la Déclaration politique sur le VIH-sida qui définit les impératifs de progrès des pays vers l'objectif d'assurer à tous ceux qui en ont besoin l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à la prise en charge du VIH-sida, d'ici 2010. Cet engagement est un jalon essentiel pour la réalisation des objectifs du millénaire pour le développement, notamment l'objectif 6 : d'ici 2015, avoir enrayé la propagation du VIH-sida et avoir commencé à inverser la tendance actuelle.<sup>149</sup>

Et enfin, les partenaires engagés dans la réponse mondiale, nationale et locale au sida sont convenus des principes dits des « Three Ones » pour rendre plus efficace la réponse au VIH-sida : un cadre national du sida, une autorité nationale de lutte contre le sida et un système de suivi et d'évaluation de la réponse et de son impact.<sup>152</sup> La démarche des « Three Ones » est conçue pour faciliter des actions complémentaires et efficaces de soutien aux pays d'accueil. Le Fonds mondial, le PEPFAR et d'autres partenaires essentiels du développement appuient les réponses nationales multisectorielles des pays d'accueil, au travers des principes dits des « Three Ones ».

## 7.5. Cadres de travail/Plans stratégiques nationaux actuels

### 7.5.1. Points forts et points faibles des réponses fournies jusqu'à présent

A la suite de la phase initiale de mise en œuvre des plans à court et à moyen termes des années 1980 et 1990, et dans le contexte des principales évolutions précisées ci-dessus, la plupart des pays de la région se sont dotés de plans/cadres stratégiques quadriennaux ou quinquennaux, dont ils assurent aujourd'hui la mise en œuvre de la deuxième version (parfois la première), démarrée entre 2005 et 2008 (Cf. le tableau 8).<sup>153-162</sup>

Plusieurs évaluations internes et/ou externes ont été réalisées dans la plupart des pays de la mise en œuvre en date du premier CSN ou de la stratégie de réponse. Les points faibles et les obstacles courants qui y sont identifiés, et qui entravent la mise en œuvre adéquate de la réponse, comprennent notamment :

- au niveau structurel, les problèmes de coordination de la réponse, y compris des structures de coordination trop complexes et l'application pratique restreinte des principes des « Three Ones », un leadership déficient des instances de coordination, des frictions entre les instances de coordination et les structures de mise en œuvre (par ex. : NAC, anciens NACP et ministères de la Santé), des ressources humaines, matérielles et financières insuffisantes pour garantir les besoins de base des instances de coordination, au niveau central et périphérique, la grande mobilité des effectifs des structures nationales chargées de la réponse au sida, la centralisation excessive/l'absence de décentralisation de la réponse ;
- au niveau financier, la surbudgétisation et le sous-financement des divers éléments de la réponse, les fonds ne sont pas affectés conformément aux priorités fondées sur les recherches,
- au niveau de la mise en œuvre :
  - l'absence de ciblage des efforts de prévention sur des populations spécifiques de haut risque avéré d'infection par le VIH et sur des zones de haute prévalence,
  - une concentration excessive sur l'Information, l'Éducation et la Communication générale (IEC) et les BCC,
  - un suivi et une évaluation insuffisants,
  - l'absence de mobilité des ressources humaines pour la mise en œuvre de programme, y compris les activités de soin et de prise en charge,
  - des différés de la mise en œuvre de nouvelles lois sur le VIH-sida, notamment concernant la discrimination et l'ostracisme,
  - une stigmatisation persistante des FSW et des personnes vivant avec le VIH.

Les autorités nationales ont tenu compte de ces évaluations dans la formulation et la mise en œuvre des CSN actuels, ce qui a permis des améliorations de leur formulation, tout du moins dans certains domaines, notamment la planification, la budgétisation et l'opérationnalisation accrue des principes des « Three Ones ». Dans l'ensemble, les CSN

actuels incorporent dans leur formulation les objectifs et les principes cernés dans la section précédente, souvent avec l'appui et la collaboration des partenaires de développement internationaux, notamment l'ONUSIDA et ses partenaires. Ainsi, pour soutenir l'impulsion mondiale en faveur de l'accès universel à la prévention, aux traitements, aux soins et à la prise en charge du VIH d'ici 2010, les objectifs d'accès universel ont souvent été incorporés dans les plans nationaux mis à jour, chiffrés, et aux priorités remaniées.

### ***7.5.2. Structure et contexte des cadres de travail ou plans stratégiques nationaux actuels (CSN)***

Chaque plan comporte plusieurs éléments/axes principaux similaires, notamment, et fréquemment, les suivants : prévention, soins et prise en charge, atténuation des impacts, coordination, suivi et évaluation, recherche (parfois regroupée dans le M&E), renforcement des capacités, politique et protection sociale et impacts socioculturels et juridiques (relevant parfois des soins et de la prise en charge) (Cf. le tableau 10). Des objectifs et buts détaillés sont définis pour chaque axe et chaque domaine thématique principal, d'ordinaire en termes de réduction du nombre de nouvelles infections et de la prévalence, de la promotion de la santé sexuelle, et de l'atténuation de l'impact de l'épidémie sur les personnes, les communautés et les systèmes de santé.

La plupart des pays ont dressé un cadre de suivi et d'évaluation, accompagné d'un ensemble de cibles spécifiques définies, à réaliser dans un laps de temps donné (d'ordinaire la durée du CSN), et d'indicateurs correspondants pour permettre une évaluation de l'impact de la réponse et de la mesure dans laquelle les principaux objectifs sont accomplis. La plupart de ces cibles et indicateurs se fondent sur les mesures et les cibles de réalisation de l'Accès universel (Cf. le tableau 11) et comprennent les principaux éléments suivants :

- des réductions spécifiques du nombre de nouvelles infections par le VIH et/ou de la prévalence chez les jeunes et de l'ensemble de la population (d'ordinaire de 25 %),
- l'amélioration des connaissances de l'ensemble de la population sur la transmission et la prévention du VIH,
- la réduction de la proportion de nourrissons séropositifs, nés de mères infectées par le VIH,
- l'augmentation du pourcentage de séropositifs avancés recevant des traitements HAART.

Dans certains pays, d'autres cibles comportementales et/ou biologiques (VIH/IST) ont également été définies pour des populations spécifiques à haut risque d'infection par le VIH.

**Tableau 10 : Axes stratégiques et budget des plans stratégiques nationaux (ou cadres stratégiques nationaux) de 10 pays d'Afrique de l'Ouest**

Variables	BF	BN	CI	GH	GU	ML	NA	NG	SN	TG
Années	2006-10	2007-11	2006-10	2006-10	2008-12	2006-10	2005-09	2008-12	2007-11	2007-10
Monnaie locale	Millions de francs BCEAO	Millions de francs BCEAO	Millions de francs BCEAO	Millions de cedis	Millions de francs guinéens FG	Millions de francs BCEAO	Millions de nairas	Millions de francs BCEAO	Millions de francs BCEAO	Millions de francs BCEAO
Budget total / monnaie locale	121.271 <sup>a</sup>	125.058	297.20	4.864.540	Sans objet <sup>b</sup>	143.690	Sans objet <sup>c</sup>	28.687	51.833	60.651
Budget total/milliers - \$US*	250.255	258.070	613.35	516.469		296.519		59.200 <sup>d</sup>	106.963	125.159
Budget par habitant - \$ US	17,96	30,0	32,9	22,92		25,54		4,46	9,09	20,06
<b>Ventilation par axe stratégique<sup>e</sup></b>										
Prévention	36,0 %	50,4 %	23,8 %	32,3 %	X	33,6 %	X	X	37,3 %	32,2 %
Soins (ou Soins et soutien)	20,8 %	34,3 %	56,7 %	30,3 %	X	33,8 %	X	X	42,3 %	48,3 %
Prise en charge des personnes séropositives	27,1 %	5,1 %	-	-	X	-	X	X	-	-
Coordination	10,3 %	4,0 %	4,7 %	3,4 %	X	32,6 %	X	X	9,4 %	9,0 %
Suivi & évaluation	5,8 %	3,3 %	4,3 %	8,5 %	- <sup>f</sup>	-	X	X	10,6 %	6,4 %
Environn. politique et de plaidoyer	-	-	-	2,5 %	-	-	X	-	-	-
Atténuation (pris en charge des orphelins)	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-
Droits de l'homme	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,7 %
Environn. sociopolitique & éthique	-	-	-	22,1 %	-	-	-	-	0,4 %	-
Renforcement des capacités	-	-	7,9 %	-	-	-	-	-	-	-
Financement de la mobilisation des ressources	-	-	-	0,9 %	-	-	-	-	-	-
Recherche	-	2,9 %	2,6 %	-	-	-	X	X	-	2,4 %
Financement obtenu (c. budgétisé) - Mondial - 5 ans	92,1 % A compter de juin 2005	61,0 % A compter de nov 2007	96,3 % A compter de juin 2006	-	-	50,2 % A compter de février 2006	-	-	-	-
Financement obtenu (c. budgétisé) - par an	142 % 1 <sup>e</sup> année	-	-	47,4 % 2 <sup>e</sup> année	-	-	-	-	-	-

a) Burkina Faso. Budget initial : 160.602 milliards CFA. Une révision soumise en juillet 2006 proposait une réduction du budget : 121.271 milliards CFA - \$19 US par habitant. La ventilation par axe est établie à partir du budget initial.

b) Les X ci-dessous correspondent aux axes stratégiques du Plan stratégique national pour 2003-2007, car nous n'avons pas reçu le document pour 2008-2012.

c) Les X ci-dessous correspondent aux axes stratégiques du Plan stratégique national en cours.

d) La ventilation selon les axes ne figurait pas dans la version préliminaire du document du Cadre stratégique national qui nous a été procurée. Les X ci-dessous correspondent aux volets principaux du Cadre stratégique national pour la période 2008-2012.

e) Le titre exact des axes peut varier d'un Plan stratégique national particulier à un autre. Nous les avons cependant jugés équivalents.

f) Le Plan stratégique national du Mali ne contient pas de poste spécifique de M&E : les opérations de M&E pour les indicateurs de VIH ont été incorporées dans le Système national d'informations de santé.

\*Taux de change - 1<sup>er</sup> juillet 2007 : 1 US dollar = 484,591 franc BCEAO, 9438,20 cedi ghanéen, 351,30 franc guinéen, 129,140 nairas nigérien (Source : Oanda.com - Instrument de conversion monétaire)

**Tableau 11 : Cadre national stratégique du Ghana pour la lutte contre le VIH-sida 2006-10 : Objectifs liés à l'accès universel pour 2008 et 2010**

Volet du programme	Indicateur	Sources de données	Référence (année)	2008	2010	Types de données recueillies
Impact ciblé	Séroprévalence au sein du groupe des 15 à 49 ans <sup>1</sup>	GHS GSS	2,7 % (2005) 2,2 % (2003)	2,1 %	1,9 %	HSS GEDS
	Séroprévalence au sein du groupe des jeunes de 15 à 24 ans <sup>1</sup>	GHS GSS	1,9 % (2005) 0,7 % (2003)	1,4 %	1,2 %	HSS GEDS
<b>Prévention</b>						
Impact ciblé	% de nourrissons séropositifs nés de mères séropositives	GHS	30 % (2004)	22 %	15 % <sup>2</sup>	Données de programme
Processus ciblé	Nombre de centres fournissant des services de PTME <sup>3</sup>	RCC/MOH	135 (2005)	190	238	Données de programme
Impact ciblé	% de personnes âgées de 15 à 49 ans qui peuvent identifier correctement comment prévenir la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les idées fausses sur la transmission du VIH	GSS	F-33 % M-43 % (2003)	F-46 % M-54 % <sup>4</sup>	F-50 % M-60 %	GDHS BSS MICS
<b>Prise en charge</b>						
Impact ciblé	% de femmes, d'hommes et d'enfants atteints d'une infection avancée au VIH et qui bénéficient d'une trithérapie combinée aux antirétroviraux	GHS	3,2 % (2005)	42 %	66 %	Données de programme
Processus ciblé	Nombre de centres fournissant des services de TAR	RCC/GHS	5 (2005)	50	138	Données de programme
Impact ciblé	Nombre de centres fournissant des services de VCT	RCC/GHS	145 (2005)	190	238	Données de programme
Impact ciblé	Nombre de clients testés pour le VIH dans des sites de VCT et ayant reçu leurs résultats au cours des 12 derniers mois	RCC/GHS	42.206 (2005)	200.000	300.000	Données de programme
Impact ciblé	% de femmes enceintes séropositives qui bénéficient d'un traitement complet aux antirétroviraux pour prévenir la transmission de la mère à l'enfant au cours des 12 derniers mois	GHS	0,45 % (2005)	5.000 <sup>5</sup>	10.000 <sup>5</sup>	Données de programme
Impact ciblé	Nombre de centres fournissant des services de PTME <sup>3</sup>	RCC/MOH	135 (2005)	190	238	Données de programme
<b>Soins et soutien</b>						
Impact ciblé	Taux de scolarisation des orphelins par rapport aux non orphelins âgés de 10 à 14 ans <sup>6</sup>	GSS	0,92 (2003)	0,94	0,95	GDHS
<b>Engagement national</b>						

Impact ciblé	Montant de fonds nationaux dépensés pour la lutte contre le VIH-sida	MdF	97 milliards de cédis (2003)		NASA <sup>7</sup>
Processus ciblé	Projection des ressources nécessaires pour atteindre les buts et objectifs de 2010	GAC/Futures groups	S.O.	Oui	Modèle d'objectifs

<sup>1</sup> Les cibles de prévalence seront mesurées annuellement à partir de sites sentinelles de surveillance du VIH. Les Enquêtes démographiques et de santé compléteront notre analyse.

<sup>2</sup> Impact ciblé : réduction de 50 % de la proportion des nourrissons séropositifs.

<sup>3</sup> Indicateur de processus pour les indicateurs d'impact au titre de la prévention et du traitement.

<sup>4</sup> Les cibles sont fixées par sexe, pour réduire les lacunes d'information entre hommes et femmes, renforcer les comportements positifs et réduire la propagation du VIH, et la stigmatisation et la discrimination qui y sont associés.

<sup>5</sup> Dans la mesure où le dénominateur (nombre de femmes enceintes) sera déterminé par la suite, il est impossible de calculer l'indicateur ciblé à ce stade.

<sup>6</sup> Cependant, le numérateur (nombre de femmes enceintes séropositives recevant un traitement aux ARV) est lui établi et est utilisé comme point de référence. En dépit du lancement des traitements TAR, un nombre croissant de personnes continue à mourir du sida.

<sup>7</sup> Evaluation des dépenses contre le sida à l'échelle nationale. Bien que les cibles ne puissent être fixées, on part de l'hypothèse qu'il y aura une augmentation des financements fournis à l'échelle nationale.

Des séries d'indicateurs intermédiaires de performance et d'évolution ont également été formulées, par exemple : le nombre de centres offrant des ART, des services de CDV et de PTME, le nombre de personnes ayant subi un test de dépistage du VIH, le pourcentage de fonds dépensés pour les populations à haut risque, le total de fonds nationaux engagés pour le VIH-sida, etc. (Cf. le tableau 11).

### **7.5.3. Budget et financements des CSN actuels**

Le tableau 10 présente le budget estimatif d'ensemble et le pourcentage affecté à chaque volet, quant aux pays pour lesquels les informations sont disponibles. La figure 16 indique la structure budgétaire groupée/regroupée par élément principal.

Dans la plupart des cas, le budget affecté au traitement, soin et prise en charge représente environ 50 % du total (le plus élevé étant 57 % en Côte d'Ivoire) et d'un tiers pour la prévention (le plus bas étant à moins de 25 % en Côte d'Ivoire). Partout, le pourcentage budgétaire élevé affecté au traitement et aux soins suit des cibles ambitieuses visant à augmenter le nombre de personnes ayant besoin de traitements ART et le recevant, pour faire passer ce chiffre à plus de 70 % des personnes y ayant droit (Cf. le tableau 12), sauf au Togo où la cible a été fixée avant l'estimation révisée récente des personnes ayant besoin d'ART, chiffre beaucoup plus élevé aujourd'hui (41.000)<sup>117</sup> que le chiffre estimatif précédent (23.000).<sup>163</sup>

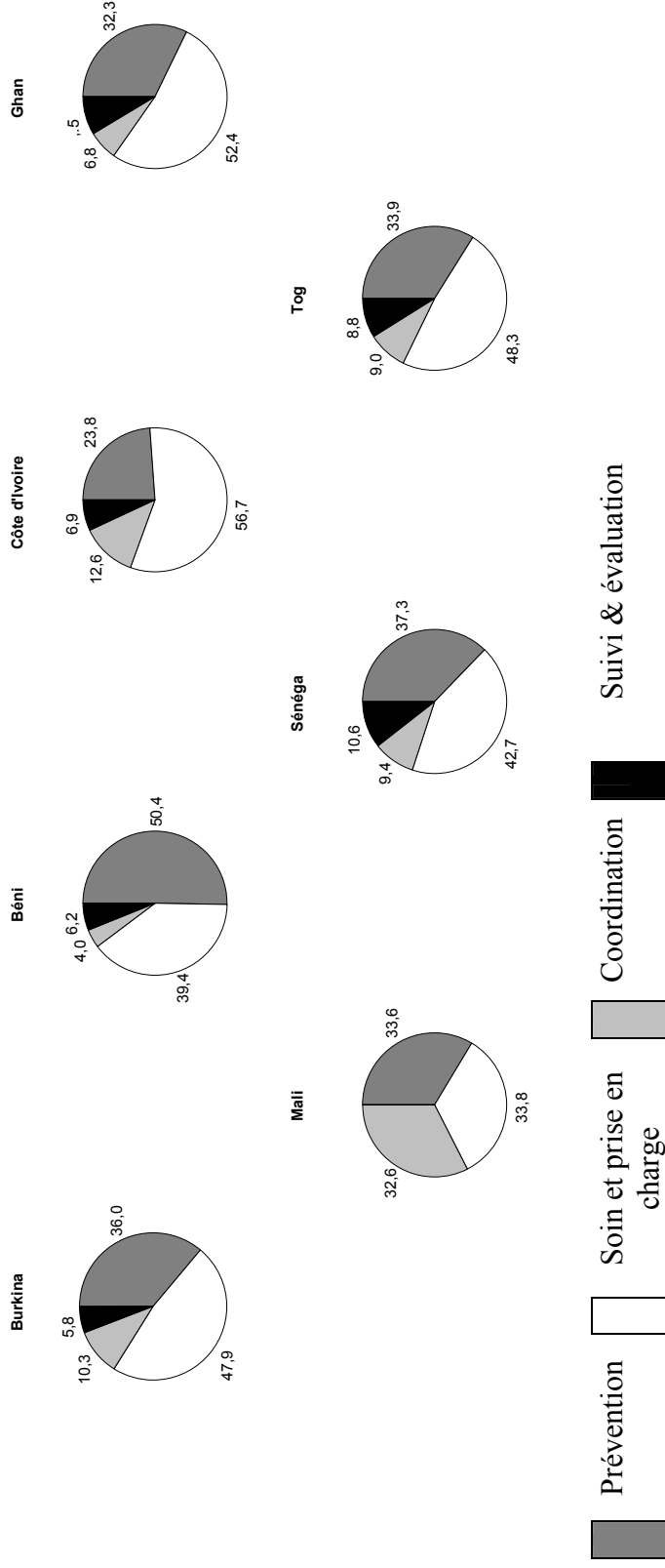
#### *7.5.3.1. Formulation du budget*

Les pays ont eu recours aux différents outils mis au point par l'ONUSIDA, en collaboration avec les agences bilatérales et multilatérales, les institutions universitaires et les organisations privées, pour planifier et calculer la réponse. Il s'agit notamment des Estimations et Prévisions et des progiciels Spectrum qui servent, à partir des niveaux actuels de prévalence et de couverture des interventions de prévention et de traitement, à dresser les prévisions de la prévalence du VIH et à calculer le nombre de nouvelles infections par an et leur nombre global, le nombre de personnes ayant besoin de traitement et autres variables connexes, par exemple dans les années à venir le nombre de décès dus au sida.<sup>164</sup>

Le budget et les coûts de mise en œuvre des CSN ont souvent été élaborés à partir du modèle des besoins en ressources (RNM), qui calcule le total des ressources nécessaires pour la prévention, les soins et la prise en charge des orphelins du VIH-sida, à l'échelon national.<sup>165, 166</sup> La méthodologie du modèle comprend trois éléments principaux : (a) la taille des groupes démographiques visés, (b) le coût à l'unité, et (c) la couverture ou les cibles d'accès. La dépense finale des programmes se calcule à partir de ces trois éléments.

**Figure 16 : Structure budgétaire par composante essentielle des Plans stratégiques nationaux (cadres stratégiques nationaux) pour sept pays d'Afrique de l'Ouest avec les données disponibles**

Dans certains cas, les composantes essentielles sont définies par regroupement d'axes stratégiques distincts (cf. le tableau 10) après examen attentif de leur contenu, les axes ci-après ont fait l'objet d'un regroupement avec l'axe Soins et soutien : Soutien aux personnes atteintes du VIH atténuation (soins de orphelins) ; environnement sociopolitique et éthique. Les axes suivants ont été regroupés au titre de l'axe Coordination : politique, activités de plaidoyer, environnement ; renforcement des capacités ; mobilisation des ressources et financement. La recherche a été incluse au titre de l'axe Suivi & évaluation. Les droits de l'homme ont été inclus au titre de l'axe Prévention. a) Il n'existait pas de budget spécifique pour la S&E dans le plan national stratégique du Mali dans la mesure où le S&E pour les indicateurs du VIH ont été intégrés dans le Système national d'informations sanitaires.



**Tableau 12 : Couverture estimée par les traitements aux ARV dans 10 pays d'Afrique de l'Ouest à la fin du mois de décembre 2007**

Variables	BF	BN	CI	GH	GU	ML	NA	NG	SN	TG
Nombre estimé de personnes vivant avec le VIH <sup>a</sup>	150.000	87.000	750.000	267.000	85.000	130.000	2.900.000	79.000	61.000	110.000
Nombre estimé de personnes ayant besoin de traitement <sup>b</sup>	48.000	20.000	190.000	87.000	21.000	30.000	750.000	16.000	12.000	41.000
Nombre estimé de personnes bénéficiant d'un traitement <sup>b</sup>	17.000	9.800	52.000	13.000	5.700	12.000	198.000	1.500	6.700	8.000
<b>Couverture</b>	35,4 %	49,0 %	27,4 %	14,9 %	27,1 %	40,0 %	26,4 %	9,4 %	55,8 %	19,5 %
Nombre de sites de traitement <sup>c</sup>	70 (2007)	43 (2005)	103 (2006)	46 (2006)	14 (2007)	14 (2005) <sup>d</sup>	48 (2006) <sup>e</sup>	11 (2006)	49 (2006)	76 (200.)
Nombre visé de personnes sous traitement <sup>f</sup>	-	14.500 d'ici 2011	104.000 d'ici 2010	66 % des PVVIH ayant besoin de traitement d'ici 2010	-	-	1.000.000 d'ici 2008-09	80 % des PVVIH ayant besoin de traitement d'ici 2012	-	11.000 d'ici 2010

a) Source : Fiches d'informations épidémiologiques 2006 de l'OMS/ONUSIDA spécifiques aux pays.

b) Source : Organisation mondiale de la Santé, ONUSIDA, Unicef. Towards universal access. Scaling up priority VIH/AIDS interventions in the health sector. Progress Report 2008; 2008.

c) Cadre de travail stratégique national pour chaque pays, sauf indication expresse contraire.

d) Le cadre de travail stratégique national (CTSN) du Mali ne fournit aucune indication quant au nombre de sites de traitement existant dans le pays. Les données employées proviennent de la Fiche d'information épidémiologique 2006 pour le Mali préparée par l'OMS et l'ONUSIDA.

e) PEPFAR. 2007, profil de pays : le Nigeria.

f) Cadre de travail stratégique national pour chaque pays.

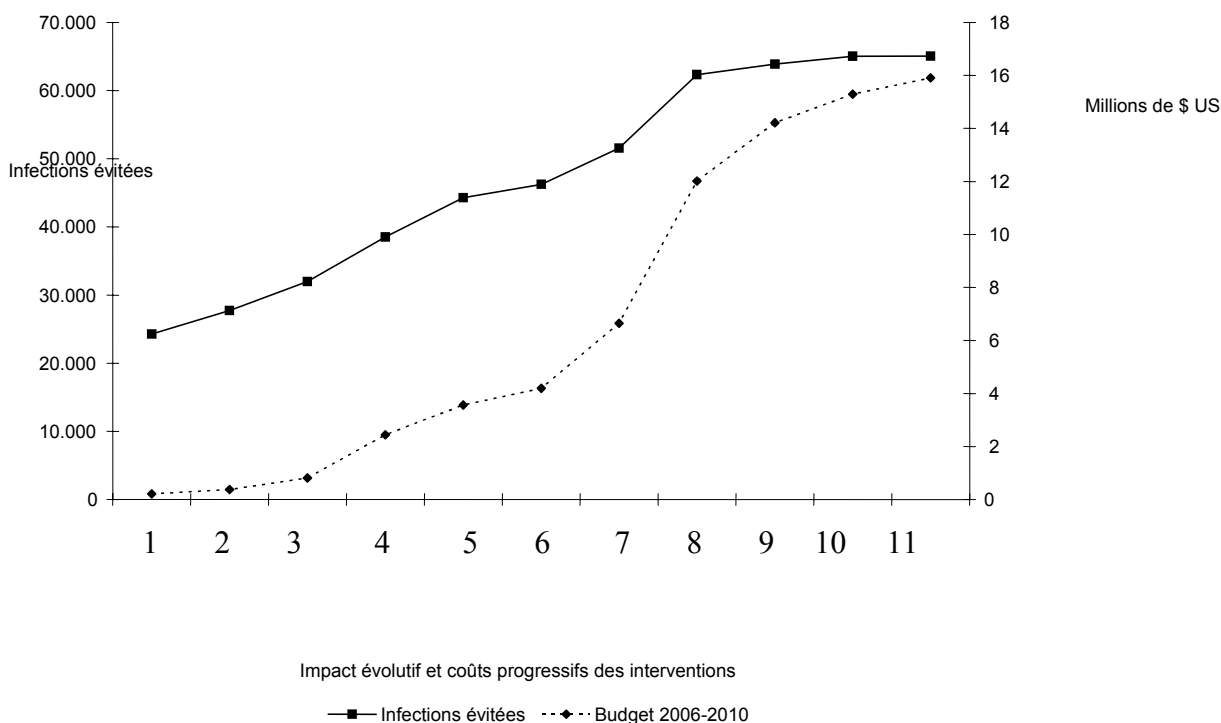
BF : Burkina Faso, BN : Bénin, CI : Côte Ivoire, GH : Ghana, GU : Guinée, ML : Mali, NA : Nigeria, NG : Niger, SN : Sénégal, TG : Togo

Le modèle des objectifs, une extension du RNM, a été élaboré à titre de méthode pour déterminer les coûts et l'affectation des ressources au cours de la mise au point de plans stratégiques nationaux de lutte contre le VIH-sida et étudier l'effet de différents schémas d'affectation des ressources sur la réalisation des buts des programmes.<sup>166</sup> A partir du modèle des objectifs, l'on peut se servir de simulations du ratio coût-efficacité relatif d'interventions spécifiques à l'appui d'une planification stratégique nationale, en établissant un outil reliant les objectifs du programme, ses résultats et son financement.

Le modèle des objectifs permet de faire l'estimation de l'impact marginal d'interventions spécifiques sur les coûts et sur le nombre d'infections par VIH évitées. Ces données peuvent être conjuguées pour calculer, pour un type d'intervention spécifique, le coût par infection évitée. Cet exercice pourrait être utile aux gouvernements dans leur décision d'affectation des ressources, dans les situations où elles sont limitées et où les besoins sont multiples.

Les tableaux 13, 14, et 15 présentent des exemples de budgets détaillés du Ghana, calculés avec le RNM.<sup>167</sup> Des exemples de l'application du modèle des objectifs se trouvent au tableau 16 et à la figure 17.<sup>168</sup>

**Figure 17 : GHANA : Impact progressif des interventions et budgets et budget différentiel, modèle basé sur les objectifs, 2006-2010**



1 : TS ; 2 : HRSR ; 3 : Sécurité du sang ; 4 : PMTCT ; 5 : Préservatifs ; 6 : Formation des enseignants ; 7 : IST ; 8 : Lieu de travail ; 9 : VCT ; 10 : Mass Médias ; 11 : Jeunes déscolarisés

**Tableau 13 : Ressources requises pour la mise en application du CTSN-II du Ghana 2006-2010  
(modèle de définition des ressources requises)**

<i>Affectation des ressources nécessaires</i>	<i>2006-2010</i>	<i>%</i>
<b><u>Prévention</u></b>	<b>175.155.790</b>	<b><u>32,3</u></b>
<i>Populations prioritaires</i>		
Interventions axées sur les jeunes	12.505.279	2,3
Travailleuses du sexe et clients	4.399.840	0,8
Lieu de travail	53.619.409	9,9
Prisonniers	413.772	0,1
Travailleurs migrants	3.772.087	0,7
Chauffeurs routiers	218.160	0,0
Services portant l'uniforme	1.311.462	0,2
Réfugiés	1.278.882	0,2
<i>Prestation des services</i>		
Distribution de préservatifs	11.286.779	2,1
Gestion des IST	24.578.521	4,5
VCT	20.783.628	3,8
PTME	16.304.305	3,0
Mass médias	10.833.333	2,0
<i>Services de santé</i>		
Sécurité du sang	4.229.065	0,8
Prophylaxie post-exposition	13.231	0,002
Injection sans danger	-	
Précautions universelles	9.608.036	1,8
<b><u>Soins et traitements</u></b>	<b>164.091.287</b>	<b><u>30,3</u></b>
Soins à domicile	2.792.670	0,5
Soins palliatifs	2.051.029	0,4
Tests diagnostiques	1.168.144	0,2
Traitement des infections opportunistes	2.252.821	0,4
Prophylaxie OI	1.218.772	0,2
Labo. HAART	8.432.521	1,6
Thérapie aux ARV	117.977.131	21,8
Formation	10.758.000	2,0
Soutien à la nutrition	2.144.853	0,4
Tuberculose	15.295.347	2,8
<b><u>Atténuation</u></b>	<b>119.749.246</b>	<b><u>22,1</u></b>
Prise en charge des orphelins	119.749.246	22,1
<b><u>Politique, plaidoyer, administration &amp; recherche</u></b>	<b>82.619.338</b>	<b><u>15,3</u></b>
<b>TOTAL \$US</b>	<b>541.615.661</b>	<b>100,0</b>
<b>TOTAL Cedis</b>	<b>4.874.540.946.042</b>	

**Tableau 14 : Ghana: Ventilation du budget pour le programme de travail 2007 (en \$ US) par source de financement et par domaine d'intervention**

<i>Domaines d'intervention</i>	<i>Financements mis en commun</i>	<i>Financements réservés</i>	<i>Financement direct</i>	<i>Total</i>	<i>Total %</i>	<i>Exemples des besoins 2007</i>	<i>% besoins satisfaits</i>
Politique, plaidoyer et environnement favorable	288.694	0	380.000	668.694	1.5	2.330.822	28,7
Coordination & gestion d'une réponse décentralisée	2.534.073	1.000.000	1.075.596	4.609.670	10.6	3.107.763	148,3
Atténuation des impacts sociaux, culturels, juridiques et économiques	856.230	0	2.530.786	3.387.017	7.8	24.490.304	13,8
Prévention et promotion des changements de comportements	2.078.186	1.170.000	6.042.500	9.290.686	21.4	30.846.257	30,1
Traitement, soins et prise en charge	108.759	0	21.458.540	21.567.300	49.7	22.357.509	96,5
Suivi et évaluation, surveillance et recherche	818.397	1.301.189	1.766.161	3.885.747	8.9	7.769.407	50,0
Mobilisation des ressources et dispositions relatives au financement	16.549	0	0	16.549	0.04	776.941	2,1
<b>Total</b>	<b>6.700.889</b>	<b>3.471.189</b>	<b>33.253.584</b>	<b>43.425.663</b>	<b>100.0</b>	<b>91.679.003</b>	<b>47,4</b>

**Tableau 15 : Ghana -Ventilation du budget du programme annuel de travail 2007 (en \$ US) par affectation aux activités de prévention (communications au services des changements de comportements) dans les groupes les plus à risque**

<i>Prévention</i>	<i>APOW</i>	<i>Modèle des besoins en ressources</i>	<i>Lacune</i>	<i>% financements APOW</i>
Prisonniers	104.000	79.660	24.340	2,2
Réfugiés	140.000	233.851	-93.851	2,9
Services portant l'uniforme	248.538	248.141	397	5,2
HRSH	146.500	300.000	-153.500	3,1
Travailleurs migrants	177.373	661.078	-483.705	3,7
Travailleuses sexuelles et clients	715.074	713.025	2.049	15,0
Interventions axées sur la jeunesse	2.101.797	1.935.373	166.424	44,1
Lieu de travail	1.129.934	9.782.320	-8.652.386	23,7
<b>Total</b>	<b>4.763.216</b>	<b>13.953.448</b>	<b>-9.190.232</b>	<b>100,0</b>

APOW : annual program of work = programme de travail annuel

**Tableau 16 : GHANA - Impact progressif des interventions de lutte contre le VIH en ordre croissant des coûts unitaires, modèle d'objectifs, 2006-2010**

Interventions	Couverture	Infections évitées 2006-2010		Coût unitaire		Impact cumulé		Ecart		Budget 2006-2010 (en millions \$ US)	
		Cible	Combiné	Cible	Moyenne	Incidence	Prévalence	Incidence	Prévalence	Cible	Cumulé
Scénario de référence : Sans NSF-II						0,32	2,33				
CSW	90	24.285	24.285	85		0,26	2,16	18,80 %	7,30 %	2,1	2,1
HRSH	80	3.602	27.728	489	138	0,25	2,23	21,90 %	4,30 %	1,8	3,8
Sécurité du sang	96	4.517	31.974	936	252	0,24	2,1	25,00 %	9,90 %	4,2	8,1
PMTCT	80	6.976	38.515	1.158	533	0,23	2,08	28,10 %	10,70 %	16,3	24,4
Préservatifs / M. social	23	8.410	44.294	1.340	693	0,22	2,04	31,30 %	12,40 %	11,3	35,6
Formation d'enseignants	91	2.616	46.223	2.390	785	0,21	2,02	34,40 %	13,30 %	6,3	41,9
Gestion des IST	61	8.962	51.545	2.742	1.132	0,2	1,99	37,50 %	14,60 %	24,6	66,5
Lieu de travail	63	17.906	62.338	2.975	1.725	0,18	1,91	43,80 %	18,00 %	53,6	120,1
Services de CDV	15	3.381	63.902	6.497	1.996	0,18	1,9	43,80 %	18,50 %	22	142,1
Mass médias	21	1.490	65.041	7.250	2.114	0,17	1,9	46,90 %	18,50 %	10,8	152,9
Jeunes déscolarisés	6	117	65.067	52.495	2.199	0,17	1,9	46,90 %	18,50 %	6,2	159,1

### 7.5.3.2. Financement de la réponse

Le montant du financement disponible pour appuyer la réponse nationale a sensiblement augmenté ces dernières années, l'accent étant mis sur le financement d'un accès accru aux traitements. La plupart des pays de la région ont bénéficié d'un ou de plusieurs cycles de dons du Fonds mondial, la plupart disposent d'un financement de la Banque mondiale (MAP) ou autre, et la Côte d'Ivoire et le Nigéria disposent de dons importants du PEPFAR pour financer la grande majorité de leurs CSN actuels. Il existe toutefois une exception, le Togo, qui pendant un certain temps n'a pas été éligible pour le financement de la Banque mondiale. Dans l'ensemble, les gouvernements nationaux ont engagé des pourcentages relativement restreints, d'ordinaire entre 5 et 10 %, du total des fonds nécessaires à la mise en œuvre des CSN. Le secteur privé ne contribue en général également qu'une petite partie des fonds.<sup>117</sup>

En plus des trois principaux bailleurs de fonds, les partenaires bilatéraux des pays à revenu élevé contribuent des financements importants, et un grand nombre d'organisations communautaires et d'ONG contribuent à des projets spécifiques des sommes relativement minimes. Dans certains pays, la Banque africaine de Développement apporte également une contribution.

Selon le pays et le bailleur de fonds, les fonds sont remis directement aux gouvernements, ils passent au travers des gouvernements en étant affectés à des programmes spéciaux, ou encore remis directement aux partenaires chargés de la mise en œuvre.

## 8. Analyse critique de la réponse

### 8.1. La réponse est-elle adéquate par rapport aux conditions épidémiologiques qui prévalent et aux moteurs principaux de l'épidémie ?

Les données présentées dans les sections ci-dessus relient directement un important pourcentage des infections par VIH aux rapports sexuels avec les travailleuses professionnelles du sexe et indiquent que la transmission à partir de cette population toucherait un segment important des nouvelles infections chez les FSW, leurs clients et d'autres partenaires sexuels, ainsi que dans l'ensemble de la population. Dans les pays où les données accessibles ne sont pas aussi nombreuses, le différentiel très élevé de prévalence entre les FSW et l'ensemble de la population, ainsi que le nombre important des actes sexuels signalés par les FSW, indiquent l'importance démesurée de cette population dans l'épidémie.

En dépit de cela, le principe essentiel à la base de la conception de la réponse actuelle en Afrique de l'Ouest reste l'accès universel, où tous sont considérés à risque et doivent être touchés par les programmes de prévention. Ce qui est certes louable, mais n'est pas logique du point de vue épidémiologique dans une situation (a) d'épidémies, où le risque

d'infection par VIH ou de sa transmission est *extrêmement inégal* dans l'ensemble de la population, et (b) de ressources rares et de priorités sanitaires concurrentes.

Le RNM a été utilisé sous différentes formes pour estimer les impératifs de financement mondial du VIH-sida à l'intention de la session spéciale des Nations Unies sur le VIH-sida, en juin 2001, dans un contexte où les épidémies de VIH dans la quasi-totalité des pays d'Afrique de l'Ouest relèvent de la catégorie « généralisée » et où l'objectif était un accès universel à la prévention et au traitement. Le RNM a servi à calculer un grand nombre des CSN actuels.

Dans le RNM, les interventions visant les FSW sont comprises à titre de volet de la réponse. Toutefois, seuls 25 USD sont affectés par an, par travailleuse de la santé, à la prévention, pour les interventions composées uniquement d'actions de BCC. Pour l'application du RNM au Ghana, avec quelque 26.000 FSW et des millions d'actes sexuels avec les clients par an, le budget total de la prévention chez les travailleuses professionnelles de la santé *et leurs clients*, sur les cinq ans de mise en œuvre du CSN, se monte environ à 4 millions USD, soit 0,8 % du budget total. Et ce, en dépit du fait que la prévalence du VIH est treize fois supérieure chez les FSW que dans l'ensemble de la population, onze fois supérieure chez les clients, et que des millions d'actes sexuels se déroulent avec les travailleuses professionnelles de la santé, tous les ans. Ainsi, bien qu'au niveau épidémiologique le travail sexuel représenterait près des trois quarts des infections, le RNM porte sur moins de 1 % du budget total du CSN et 2,5 % de celui de la prévention, à la prévention de la transmission du VIH dans le milieu des travailleuses professionnelles du sexe. Étant donnée une population estimative de 26.000 travailleuses professionnelles du sexe, cela équivaut à 154 USD par FSW *et tous ses clients*, sur les cinq années de mise en œuvre du CSN. Ceci ne représente que 6,7 fois le budget *par habitant* de l'intégralité de la population au Ghana (Cf. le tableau 17).

Dans le RNM-Ghana, les populations prioritaires des interventions ciblées sont les jeunes, les travailleuses professionnelles du sexe et leurs clients, le lieu de travail, les prisonniers, les travailleurs migrants, les chauffeurs routiers, les services en uniforme et les réfugiés. Il s'agit d'une définition très large et, selon les données disponibles, la prévalence du VIH (et les niveaux d'activité sexuelle, les taux de changement de partenaire, le risque de transmission) varie sensiblement selon ces différentes populations (Cf. le tableau 4, section 4.4). Toutefois, il ne semble pas que ce soit reflété dans le RNM qui, comme précisé ci-dessus, se fonde sur le principe de l'accès universel. Au Ghana, par exemple, 0,8 % seulement du budget total (Cf. le tableau 13) et 15 % du budget de la BCC visant les populations prioritaires (Cf. le tableau 15) sont affectés aux FSW et à leurs clients. De la même façon, les HRSH, dont la prévalence est 17 fois supérieure à celle de l'ensemble de la population masculine, se voient affecter 3,1 % du budget de la BCC pour les populations prioritaires, et les prisonniers, dont la prévalence est 13 fois supérieure, 2,2 % seulement. En revanche, le lieu de travail, où la prévalence est égale à celle de l'ensemble de la population, se voit affecter 24 % du budget. Les chauffeurs routiers, dont la prévalence du VIH est deux fois plus importante que celle de l'ensemble de la population, ne bénéficient d'aucune affectation budgétaire spécifique.

**Tableau 17 : Ratios reliant le budget du Cadre de travail stratégique national de 10 pays d'Afrique de l'Ouest et certains indicateurs relatifs au VIH**

Variables	BF	BN	CI	GH	GU	ML	NA	NG	SN	TG
Population	13.933.000	8,490,000	18.585.000	22.535.000	9.003.000	11.611.000	141.356.000	13.264.000	11.770.000	6,239,000
Budget VIH par habitant en \$ US	17,96	30,40	32,99	22,92	-	25,54	-	4,46	9,09	20,06
Nombre estimé de personnes vivant avec le VIH <sup>a</sup>	150.000	87.000	750.000	267.000	85.000	130.000	2.900.000	79.000	61.000	110.000
Nombre estimé de personnes bénéficiant d'un traitement <sup>b</sup>	17.000	9.800	52.000	13.000	5.700	12.000	198.000	1.500	6.700	8,000
Nombre estimé de personnes ayant besoin de traitement <sup>b</sup>	48.000	20.000	190.000	87.000	21.000	30.000	750.000	16.000	12.000	41.000
Ratio du budget de lutte contre le VIH en \$ US : nombre estimé de personnes vivant avec le VIH	1.667	2.967	818	1.935	-	2.281	-	877	1.753	1.138
Ratio du volet Soins et prise en charge : nombre estimé de personnes bénéficiant d'un traitement	7.051	10.375	6.685	20.817	-	8.351	-	-	6.817	7.557
Ratio du volet Soins et prise en charge : nombre estimé de personnes ayant besoin de traitement	2.497	5.084	1.830	3.110	-	3.341	-	-	3.806	1.474
Ratio du budget du volet Prévention par habitant	6,46	15,32	7,85	7,40	-	8,58	-	-	3,39	6,80

a) Source : Fiches d'informations épidémiologiques 2006 sur des pays spécifiques préparées par l'OMS et l'ONUSIDA.

b) Organisation mondiale de la Santé, ONUSIDA, Unicef. Towards universal access. Scaling up priority VIH/AIDS interventions in the health sector. (rapport d'avancement 2008) ; 2008.

BF : Burkina Faso, BN : Bénin, CI : Côte Ivoire, CV : Cap-Vert, GA : Gambie, GB : Guinée-Bissau, GH : Ghana, GU : Guinée, LI : Libéria, ML : Mali, NA : Nigéria, NG : Niger, SL : Sierra Leone, SN : Sénégal, TG : Togo

En Côte d'Ivoire où les coûts ont également été calculés au travers du RNM, seuls 2,5 % du budget total, 10,7 % de celui de la prévention et 20,6 % de celui de la BCC sont affectés au FSW.<sup>169</sup>

De la même façon, au Mali, la proportion du budget affectée à la prévention auprès des FSW se monte à 0,9 %, <sup>155,170</sup> ce qui équivaut à 126 USD par FSW et *tous ses clients* (n = 15.591) sur les cinq ans, avec un budget total de 222 millions USD. Et ce, en dépit d'une prévalence 27 fois supérieure chez les FSW à celle de l'ensemble de la population et un chiffre élevé de rapports sexuels signalés, par semaine, avec les clients.<sup>5,34,105</sup> En outre, ce budget se restreint aux activités de BCC et il n'existe, semble-t-il, aucune provision budgétaire précise pour les services cliniques réservés aux FSW ou aux autres populations à haut risque. La part totale du budget de prévention affectée aux FSW, aux HRSH, aux hommes en uniforme, aux prisonniers, aux mineurs et aux travailleurs migrants, est de 3,7 %. Les autres CSN ne détaillent pas les mécanismes de formulation de leurs budgets, mais présentent une structure et une affectation de ressources analogues.

Tous les CSN comprennent une liste de populations prioritaires, visées, vulnérables qui comprennent dans l'ensemble les jeunes, les femmes, les chauffeurs routiers, les prisonniers, les PVVIH, les migrants, les orphelins et autres enfants vulnérables. Par exemple en Côte d'Ivoire, les populations cibles prioritaires comprennent : les enfants (0 à 15 ans), les orphelins du sida (0 à 18 ans), les jeunes (15 à 24 ans), les femmes et les filles, les agents de police et les soldats, les travailleuses du sexe, les migrants et les chauffeurs routiers, les enseignants, les PVVIH, les UDI, les HRSH, les couples sérodiscordants, la population active (du secteur public et privé), les populations rurales et les prisonniers.<sup>161</sup>

La distinction semble floue entre les sous-groupes de population extrêmement *vulnérables* du point de vue socioéconomique et culturel à l'infection et/ou à ses conséquences et qui *pourraient* adopter des comportements à risque d'infection par le VIH, et ceux qui courent un *risque nettement supérieur* d'infection ou de transmission au VIH que les groupes de l'ensemble de la population, et qui sont donc au centre de la dynamique de sa transmission et de sa propagation. Ce sont là des questions essentielles dont il convient de tenir compte dans la conception d'une réponse de prévention dans le cadre de l'épidémie, avec des ressources limitées. Ainsi, pour la *prévention de la poursuite de la transmission du VIH* au sein de la population, les principales questions à retenir sont : (a) la prévalence du VIH et les taux de contact sexuel des sous-groupes démographiques, et par suite (b) quel pourcentage des infections par VIH vient des relations sexuelles avec/entre les membres des sous-groupes démographiques, et donc (c) quelle proportion d'infections est susceptible de prévention par la réduction de la transmission au sein/en direction de ces groupes.

Les FSW sont toujours sur les listes de populations prioritaires/visées/vulnérables, mais à l'exception du Sénégal (où les FSW, les HRSH et les personnes atteintes d'IST sont définis comme étant des « populations essentielles les plus exposées » <sup>160</sup>), elles sont au même niveau de priorité que bien d'autres groupes, qui pourraient représenter près de

l'ensemble de la population. Et, dans la plupart des pays, en dehors de cette liste, elles ne sont mentionnées spécifiquement que dans le volet de prévention de la BCC, toujours dans le cadre des activités du CSN. Dans les CSN, elles sont rarement mentionnées dans le volet relatif au traitement des IST et quoi qu'il en soit dans aucun volet de CDV ou de traitement aux ARV.

On pourrait faire valoir, théoriquement tout du moins, qu' outre le volet de BCC spécifiquement prévu pour les travailleuses du sexe et leurs clients, le financement de tous les autres aspects de la prévention et des soins pour les FSW est inclus dans celui de nombreux autres volets, y compris les CDV, le traitement des IST, ART, les services de PTME, etc. et donc que le pourcentage réel du budget qui leur est affecté pourrait être considéré supérieur à 0,8 %. Mais en raison des besoins spécifiques des FSW et de la stigmatisation extrême du travail sexuel, l'accueil des travailleuses du sexe dans les établissements desservant l'ensemble de la population s'est souvent soldé par un échec. Les FSW sont peu susceptibles de se présenter dans les établissements fréquentés par « l'ensemble de la population », en partie en raison de la carence de formation spécifique et donc de l'incapacité des agents de santé à prendre soin de leurs besoins de santé particulier sans stigmatisation et avec délicatesse, et en raison également du refus parfois de traitement si elles se présentent en qualité de travailleuses du sexe. Il en va de l'intérêt de la prévention du VIH et de la santé publique de rendre les services pour les travailleuses du sexe aussi accessibles et conviviaux que possible. Les meilleurs modèles sont ceux qui offrent des services exhaustifs et spécialisés, allant de la vulgarisation pratique de pair à pair, la BCC et la distribution des préservatifs, liés à des services cliniques accessibles et conviviaux, comprenant le traitement des IST, d'autres services médicaux généraux, les CDV, le traitement et les soins pour les FSW séropositives y compris les ART, ainsi qu'une prévention positive intensive auprès des travailleuses du sexe séropositives qui décident de continuer à exercer leur profession.

Tout ceci s'applique également aux HRSH. Là encore, le RNM affecte 20 USD par an par HRSH pour les activités de prévention et de vulgarisation de la BCC. Toutefois, là où des données existent, les taux de séroprévalence sont également très élevés chez les HRSH (Cf. le tableau 4). Les niveaux élevés de bisexualité et de mariage sont signalés dans les études disponibles, ainsi qu'une forte fréquence de relations sexuelles anales non protégées et un faible degré de sensibilisation aux risques du VIH dans ce groupe de population extrêmement stigmatisé et dissimulé,<sup>171</sup> et l'échange fréquent de relations sexuelles pour des cadeaux ou de l'argent avec des hommes et des femmes. Il n'existe pas de données publiées en Afrique de l'Ouest sur le pourcentage de la population masculine susceptible de relations sexuelles homosexuelles, mais dans une étude très récente réalisée sur un échantillon démographique de la population adulte à Cotonou, 7 % des hommes interrogés dans le cadre d'une méthodologie de sondage aux isolements (Cf. la **section 5** pour de plus amples détails) indiquaient avoir eu des relations sexuelles anales avec un homme, un chiffre assez similaire à celui couramment cité (5 %) pour les pays à revenu élevé. Même si le pourcentage réel était légèrement inférieur, la combinaison de risques suggère qu'une transmission importante du VIH se déroule au sein et à partir de cette population. En dépit de ce fait, les HRSH sont souvent omis parmi les cibles spécifiques des activités de prévention.

Dans de nombreux pays d'Afrique de l'Ouest, les évaluations de la réponse précoce ont relevé en critique l'absence de son ciblage des sous-groupes démographiques et les régions géographiques à forte séroprévalence. En général, les CSN actuels ne comportent toujours pas un ciblage suffisant des ressources pour les populations à haut risque et la conception de la réponse actuelle n'est pas dans l'ensemble appropriée étant donnée la situation épidémiologique prédominante.

## **8.2. Toutes les composantes de la réponse nécessaires pour contenir l'épidémie sont-elles présentes ?**

Les grandes lignes de la structure et la teneur d'ensemble des CSN se ressemblent. Ils ont été formulés souvent en collaboration avec les partenaires internationaux du développement, principalement l'OMS, l'ONUSIDA et des partenaires, sur la base d'un certain nombre de principes essentiels, notamment l'objectif de l'accès universel à la prévention, aux soins et au traitement et aux principes des « Three Ones », la nécessité d'une réponse décentralisée, multisectorielle et celle d'un plan stratégique, comprenant une valorisation et une budgétisation adéquats de la réponse. Ainsi, les plans contiennent dans l'ensemble tous les éléments nécessaires à une réponse exhaustive à l'épidémie de VIH-sida, en théorie et en pratique, s'ils sont mis en œuvre en temps et en heure, avec un financement adéquat. Toutefois, bien que les éléments nécessaires soient présents, comme indiqué ci-dessus, en raison du classement des épidémies dans la catégorie « généralisées », le ciblage des ressources de prévention sur les populations à haut risque est souvent insuffisant. En outre, dans de nombreux cas, il manque des éléments essentiels aux réponses de prévention planifiées. En l'occurrence, les séropositifs sont souvent absents de la liste des populations prioritaires visées et la « prévention positive » est souvent méconnue. Lorsque les PVVIH sont inscrites dans les populations prioritaires, il s'agit le plus souvent de celles qui ont besoin d'un traitement et d'une prise en charge psychosociale et économique, et non pas des populations prioritaires par rapport aux efforts de prévention.

En outre, comme détaillé dans les sections ci-dessous, plusieurs problématiques pourraient compromettre la mise en œuvre intégrale des CSN :

- de nombreux pays n'ont pas obtenu un financement suffisant pour couvrir le budget intégral (y compris le Ghana, Bénin, Mali, cf. le tableau 10).
- dans ces situations, mais également lorsque l'engagement d'un budget intégralement couvert a été obtenu (par ex. pour la Côte d'Ivoire), les éléments de traitement, soins et appui sont suffisamment financés, parfois même sur-financés, alors que les éléments de prévention sont sous-financés, et c'est le cas presque dans tous les cas. Il arrive aussi parfois que les éléments de S&E et de coordination soient sensiblement sous-financés.
- alors même que les fonds sont engagés, il existe des problèmes de décaissement à divers niveaux dans de nombreux pays.

- il existe des problèmes de coordination et d'insuffisance des ressources humaines, dans de nombreux pays, qui entravent la bonne mise en œuvre des activités planifiées.

Dans l'ensemble, des progrès sensibles semblent être réalisés dans la prestation des services de CDV, PTME et HAART, et les cibles sont atteintes ou le seront. Toutefois, la carence de financement signifie que certains éléments clé d'activités de prévention planifiées, notamment la BCC, sont mis en œuvre en partie seulement, puisque ce sont les domaines sous-financés. Dans le programme annuel de travail 2007 du Ghana, par exemple, en raison des carences de fonds pour la prévention, les HRSH, les migrants et le lieu de travail reçoivent des fonds minimales, très loin des fonds estimatifs nécessaires à la mise en œuvre adéquate d'interventions planifiées (en dépit de l'utilisation du RNM, détaillée ci-dessus, qui ne calcule que les activités de BCC).<sup>172</sup>

La conséquence inévitable de l'absence de financement pour les réponses planifiées de prévention et donc leur mise en œuvre sera une augmentation du nombre des nouvelles infections par le VIH, d'où une augmentation du coût des traitements et des soins. Ce qui nuira plus encore à la réalisation aux cibles relatives à l'accès universel.

### **8.3. Le CSN est-il structuré de manière à garantir une mise en œuvre efficace des interventions prioritaires?**

Comme détaillé ci-dessus, l'un des problèmes des CSN actuels en Afrique de l'Ouest reste l'absence de définition d'une réponse exhaustive, et d'une provision suffisante pour le financement d'une telle réponse à l'épidémie du VIH chez les FSW et autres populations à haut risque. Lorsque des budgets sont affectés spécifiquement aux activités en faveur des FSW, il s'agit souvent d'activités de BCC par le biais de sensibilisation de pair à pair. Au sein du volet de BCC, il n'existe pas toujours de segment budgétaire spécifique affecté aux activités visant les FSW. Le financement d'autres activités, y compris la fourniture de préservatifs, les services cliniques, les tests de dépistage du VIH, les traitements et les soins, n'est d'ordinaire pas affecté pour les FSW, ni pour un autre groupe visé et spécifique.

Un financement des soins des IST est spécifiquement prévu pour les populations à haut risque, y compris les FSW, au Bénin, au Burkina Faso, en Guinée et au Sénégal. Au Sénégal, depuis le début de l'épidémie, des soins et traitements gratuits des IST sont été fournis aux FSW déclarées (qui représenteraient environ un tiers des FSW), dans les centres de soins publics des IST.

Lorsque des fonds sont spécifiquement affectés aux FSW, ils ne le sont pas de façon intégrale. Au Bénin, par exemple, il existe une division spécifique au sein du NACP, prévue pour les interventions visant les populations à haut risque et elle traite principalement de la prestation de services d'IST appropriés et adaptés, principalement pour les FSW. Toutefois, dans le CSN actuel, les FSW sont ciblées dans le cadre de deux objectifs spécifiques : l'objectif 2 qui est relié à la BCC et l'objectif 4, au traitement des

IST. Ce dernier est mis en œuvre par le truchement du NACP, alors que le précédent relève de la coordination de la NAC et est réalisé par les ONG qui répondent aux appels d'offres (RFP). L'intégration de la BCC, des activités de démarginalisation et des soins cliniques, l'une des forces du projet sida parachevé récemment et qui a mis en œuvre des interventions auprès des FSW au Bénin depuis 1992, n'est donc plus une réalité sur le terrain, au Bénin. Cela est regrettable, étant donné que le modèle mis au point par le projet sida 3-Bénin a reçu le prix des meilleures pratiques du Projet AWARE VIH-sida, le projet régional de l'USAID en Afrique de l'Ouest et que le projet sida a financé des activités visant à reproduire ces meilleures pratiques dans d'autres pays d'Afrique de l'Ouest au cours de ses quatre dernières années.

Certains pays disposent de financements pour des projets spécifiques consacrés aux services intégraux de prévention et de soins pour les FSW, notamment le projet PAPO-HV à Abidjan, des projets financés par le projet sida-3 au Burkina Faso (ce projet était sur la liste du CSN début 2006, alors que le financement avait pris fin), le Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP) et la Banque mondiale au Burkina Faso, la Banque mondiale en Guinée, etc. Il pourrait exister d'autres projets de ce type dont nous ne sommes pas avertis. Toutefois, ces projets sont d'ordinaire de petite taille et leurs services de soins et de prévention ne couvrent pas les besoins des FSW à un échelon national.

#### **8.4. La réponse dispose-t-elle de financements adéquats ? Les affectations budgétaires reflètent-elles la situation épidémiologique et les principaux moteurs de l'épidémie ?**

##### **8.4.1. Budgets estimatifs**

Le budget estimatif de la mise en œuvre des CSN quinquennaux actuels varie et va de 59 millions USD au Niger, à 613 millions USD en Côte d'Ivoire (chiffres non disponibles pour le Nigéria ou la Guinée) (Cf. le tableau 10). Ceci représente un budget *par personne* allant de 4,46 USD au Niger à 32,99 USD en Côte d'Ivoire (Cf. le tableau 10).

Le tableau 17 analyse les budgets du CSN par rapport à certains indicateurs du VIH. Le nombre estimatif de PVVIH varie entre 61.000 et 2,1 millions. Les estimations pour le Bénin, le Burkina Faso, la Guinée, le Niger, le Sénégal et le Togo sont de  $\leq 150.000$  personnes infectées. Le Ghana en a 267.000, la Côte d'Ivoire : 750.000 et le Nigéria : 2,9 millions.<sup>117</sup> Il serait logique de penser que le budget total affecté pour la réponse reflète la gravité de l'épidémie dans chaque pays, conformément à la prévalence du VIH ou au nombre de personnes infectées. Toutefois, la taille du budget total par rapport au nombre estimé d'adultes vivant avec le VIH varie sensiblement, allant de moins de 900 USD par PVVIH au Niger à près de 3.000 USD au Bénin.

Le budget de la prévention, *par habitant* (population totale), se situe autour de 7 USD, en bas de l'échelle au Sénégal à 3,39 USD et en haut de l'échelle au Bénin à 15,32 USD (données non disponibles pour la Guinée, le Nigéria et le Niger). Et ce, en dépit des

différences importantes de prévalence du VIH et donc de la gravité de l'épidémie selon les pays. Par exemple, en Côte d'Ivoire la prévalence du VIH est quatre fois supérieure à celle du Bénin, toutefois elle affecte à la prévention, par habitant, moins de la moitié de son budget (Cf. le tableau 17).

Dans la plupart des pays, l'élément budgétaire des soins et de la prise en charge, par rapport au *nombre estimatif de personnes ayant besoin de traitement* se situe dans l'ordre de grandeur de 3.000 USD par personne, sauf au Bénin, où il est de l'ordre de 5.000 USD, et au Togo et en Côte d'Ivoire où il est inférieur à 2.000 USD (par personne ayant besoin de traitement).

#### **8.4.2. Mobilisation des financements requis au titre des budgets estimatifs**

En raison des augmentations importantes des financements, ces dernières années, de la réponse au VIH-sida, avec un accent sur l'amélioration de l'accès au traitement, certains pays ont été en mesure d'obtenir l'assurance d'un financement suffisant ou quasi-suffisant, permettant de couvrir les coûts estimés de mise en œuvre de leur CSN quinquennal intégral (Cf. le tableau 10). Toutefois, ce n'est pas le cas pour nombre de pays (Cf. le tableau 10). Au Ghana, par exemple, 50 % seulement du financement estimé a été obtenu pour la mise en œuvre des programmes de travail de 2006 et 2007, et cela semblait devoir se poursuivre pour toute la durée du CSN.<sup>172</sup> Au Bénin, 61 % seulement du budget avait été obtenu fin novembre 2007,<sup>173</sup> et 50 %, au Mali, en février 2006.<sup>155, 170</sup>

En outre, en regardant de plus près les volets individuels, lorsque les données sont disponibles, les fonds engagés suffisent souvent à financer les éléments de traitement et de soins (dans certains cas, ces éléments sont sensiblement sur-financés dans le cadre des engagements), alors que ceux engagés pour les éléments de prévention sont insuffisants et ne couvrent pas les besoins. Par exemple au Ghana, pour 2007, 50 % du budget *d'ensemble* nécessaire a été obtenu. Toutefois, 96 % du budget des traitements et des soins a été obtenu, mais seulement 30 % de celui de la prévention (Cf. le tableau 14). De la même façon, au Bénin, fin novembre 2007, 61 % du budget d'ensemble du CSN 2007-2011, avaient été identifiés. Les pourcentages budgétaires identifiés les plus importants portaient sur les soins et la prise en charge (70 %), et les plus faibles (36 %) pour le M&E et (54 %) pour la prévention.

En Côte d'Ivoire, 96 % du budget d'ensemble avaient été mobilisés. Néanmoins, seuls 66 % du budget pour la prévention avaient été obtenus, contre 90 % du budget des soins et de la prise en charge. Dans l'axe de la prévention, les éléments de CDV et PTME sont largement sur-financés (360 % et 248 % respectivement), alors que seuls 35 % du budget nécessaires à la BCC ont été obtenus, moins de 10 % du budget nécessaires à la BCC, moins de 10 % du budget de la prévention positive, 43 % de la fourniture de préservatifs et moins de 1 % pour la lutte contre les IST.<sup>169</sup>

La coordination et la recherche/suivi et évaluation sont souvent, selon les pays, deux autres axes sous-financés.

Le volet de prévention de la réponse est donc, en général, sous budgétisé et sous-financés, alors que le volet du traitement est suffisamment financé, et parfois même sur-financé.

#### **8.4.3. Décaissement des fonds**

Des problèmes surgissent parfois au niveau du décaissement des fonds par les agences de financement, puis une fois qu'ils sont reçus, de leur redistribution par les autorités nationales aux agences et aux ONG chargées de la mise en œuvre.

Au Bénin, par exemple, le budget du Fonds mondial a été identifié à titre de bailleur principal pour les interventions visant les FSW (en attente du MAP-II, différé jusqu'en 2008). A ce jour, il y a eu de graves problèmes de décaissement. De fait, un appel d'offres demandait aux ONG de présenter en avril 2007 des projets de BCC visant les FSW, mais début mai 2008, les financements n'avaient toujours pas été attribués. En outre, en dépit de la demande du NACP en juin 2007, des fonds budgétisés au Fonds mondial pour couvrir les salaires des principaux effectifs du dispensaire pour les IST (DIST), le décaissement a été différé et aucun fonds n'était disponible pour payer ces effectifs qualifiés à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2008. Heureusement, le problème de paie de ces effectifs a été réglé en mai 2008. Ce type de problème de décaissement pourrait nuire aux futures interventions pour les FSW au Bénin.

Les retards de mise en œuvre de ces projets sont très nuisibles, s'ils entraînent la perte d'effectifs formés et expérimentés. La confiance établie entre les réalisateurs du projet et leurs populations difficiles à toucher et hautement stigmatisées est fragile.

Des problèmes apparaissent également au niveau des dépenses réelles des fonds affectés à la réponse. En Côte d'Ivoire, par exemple, au cours du CSN actuel, alors que 34,5 milliards de FCFA avaient été annoncés pour les activités de 2006 (93,4 % du budget de 36,9 milliards), seuls 17,2 milliards ont été effectivement décaissés (soit 50 % de l'engagement).

#### **8.5. Où en est la mise en oeuvre des CSN : quels sont les niveaux de couverture atteints par les différents volets de la réponse ?**

**ART** : le tableau 12 indique les progrès de la réalisation des objectifs d'accès à l'ART. Les chiffres estimatifs du nombre de personnes ayant besoin de traitement et ceux du nombre de personnes effectivement traitées sont tirés du rapport de situation réalisé par l'OMS, l'ONUSIDA et l'UNICEF, concernant la réalisation des objectifs d'accès à l'ART.<sup>117</sup>

Le nombre de personnes recevant un traitement varie et va de 1.500 au Niger à 198.000 au Nigéria. Les cibles de couverture de fin de CSN sont d'ordinaire ambitieuses : au Ghana et au Bénin, deux tiers des personnes ayant besoin de traitement, 80 % au Niger et 133 % au Nigéria. Les objectifs semble-t-il plus modestes de la Côte d'Ivoire et du

Togo sont liés à l'estimation très récente du nombre de personnes ayant besoin de traitement, bien supérieure à celle calculée au moment de la décision des cibles du CSN.

L'on peut diviser les pays en trois groupes selon les niveaux de couverture : une couverture à environ 50 % (Bénin et Sénégal), une couverture entre 25 et 40 % (Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guinée, Mali et Nigéria) et ceux où la couverture est inférieure à 20 % (Ghana, Niger et Togo).

En général, dans les pays d'Afrique de l'Ouest, l'augmentation ces dernières années du nombre de sites offrant la HAART est impressionnante, de même que la couverture des personnes en ayant besoin, notamment au Bénin. Il convient de noter que les personnes considérées admissibles à un traitement sont celles souffrant du sida clinique et/ou d'une numération CD4 de < 200 cellules/ $\mu$ l.

**CDV** : un nombre toujours croissant de personnes subit les tests de dépistage du VIH et l'on constate également une augmentation rapide de la disponibilité des centres de consultation-conseil et de test volontaires en Afrique de l'Ouest.

Lorsque les données sont disponibles, la prévalence du VIH dépistée par les centres de CDV varie sensiblement entre les pays, au-delà de la prévalence des ANC ou de la population, ce qui indique des variations du profil de risque des personnes testées. Il serait intéressant d'en étudier plus en profondeur les raisons.

Les données des enquêtes EDS (Cf. le tableau 5) indiquent que les pourcentages d'hommes et de femmes testés restent faibles, allant de 3,9 % pour les hommes au Niger (2006) à 13,6 % au Nigéria (2003), et de 1,9 % pour les femmes au Niger à 15,1 % au Bénin. Il est intéressant de noter, et l'on peut s'y attendre, que davantage de femmes que d'hommes sont testées en raison des services de PTME, mais dans ces données, le ratio hommes-femmes testés va de fait de 0,35:1 (Guinée, 2005) à 2,1:1 au Nigéria (2003).

Autre question connexe très importante : la prise de conscience par les personnes de leur statut, notamment les personnes séropositives. Chez les couples prenant part aux EDS (Cf. le tableau 6), le pourcentage d'hommes et de femmes séropositifs avertis de leur statut va de 5 à 24 %.

L'expansion rapide des sites de traitement CDV s'est accompagnée de problèmes. Au Bénin, selon une étude récente sur les pratiques de test du VIH, les protocoles CDV n'ont pas été suivis de façon appropriée dans 50 % des cas et pour 40 % des clients de ces centres, la durée de l'attente est trop longue et le coût du transport pour arriver au site, trop onéreux.<sup>174</sup> Dans l'ensemble, le pourcentage de la population testée reste bas dans la plupart des pays.

**PTME** : les données d'ordinaire disponibles concernant la mise en œuvre et la couverture comprennent le nombre de site offrant le test du VIH et la PTME aux femmes

enceintes, le nombre de femmes enceintes ayant bénéficié de services de consultations-conseil et testées et le nombre ayant reçu l'ART. A l'évidence, la plupart des pays ont enregistré récemment une augmentation rapide du nombre de centres et de femmes testées et traitées. Les cibles des CSN sont d'ordinaire définies en termes soit de réduction du pourcentage d'enfants séropositifs nés de mères séropositives et/ou le pourcentage de femmes séropositives ayant reçu des services de PTME, le dénominateur (nombre de femmes séropositives) étant estimé à partir des données des dispensaires de consultation prénatale ou à partir d'un modèle d'estimation.

Les EDS (Cf. le tableau 5) fournissent des données utiles sur la couverture, tout du moins pour certains pays. Elles indiquent que dans l'ensemble, à l'échelon du pays, le pourcentage de femmes ayant accouché au cours des deux années précédant l'enquête, ayant reçu une consultation-conseil et testée pour le VIH, reste faible, allant de moins de 1 % en Guinée à 12 % au Bénin (pas de données disponibles pour le Burkina Faso, le Nigéria, le Sénégal ou le Togo). Toutefois, ces chiffres sont tirés des enquêtes de 2005 ou 2006 et 2003, en ce qui concerne le Ghana ; la couverture est donc susceptible d'avoir augmenté depuis lors, comme l'indique le rapport de situation sur l'accès universel 2008, publié récemment.<sup>117</sup>

**FSW** : dans la plupart des pays, aucune donnée n'est disponible concernant la couverture des interventions destinées aux FSW, ni d'ailleurs aucune autre population à haut risque d'infection par le VIH ou de sa transmission. De fait, pendant le projet sida-3 où des interventions pour les FSW ont été mises en œuvre dans plusieurs pays, les données de couverture étaient disponibles, le cas échéant, uniquement pour les sites d'intervention.

Les données de dénomination (la taille de la population de FSW), nécessaires à l'estimation de la couverture, sont connues le cas échéant, en général, pour la capitale ou les grandes villes. Une exception, le Bénin, où l'intervention du projet sida-3 a été élargie à six grandes villes, couvrant 70 % de toutes les FSW recensées dans le pays. Un exercice de mappage national est en cours à l'heure actuelle, pour actualiser les estimations. Plusieurs études de mappage ont également été réalisées au Ghana, bien que les estimations obtenues varient sensiblement.

Pour la budgétisation d'un pays, le RNM exige une estimation du nombre de FSW (et des autres populations à haut risque). Il définit également un objectif de couverture, qui est souvent très élevé pour les FSW (90 à 95 %). Toutefois, ces estimations sont souvent fondées uniquement sur une simple estimation, experte ou pas, ou à partir de données d'une seule ville, et ne sont donc pas utiles pour planifier ou évaluer la couverture.

Dans l'ensemble, à quelques exceptions près, notamment le Bénin et le Sénégal, il existe peu d'éléments probants indiquant une démarche stratégique pour le mappage, l'estimation de la taille, la planification et le suivi de la couverture des interventions visant les FSW. Étant donné l'importance des travailleuses sexuelles dans la dynamique de transmission du VIH, ces démarches sont d'une importance primordiale.

Dans la plupart des pays, les objectifs de couverture des FSW ne sont pas définis dans les CSN (à l'exception notamment du Sénégal, qui les définit pour les FSW et les HRSH). L'on peut toutefois dire qu'en raison du sous-financement du volet de prévention pour la majorité des CSN, les interventions de prévention seront assurément sous-financées, y compris celles pour les FSW (étant donné le budget inadéquat prévu pour ces populations, cf. ci-dessus). Il convient de noter le Ghana, qui a effectué un calcul détaillé du volet de BCC, dans le contexte d'une réduction des fonds disponibles pour ce volet, et qui a accordé un statut prioritaire à la BCC destinée aux travailleuses du sexe et à leurs clients par rapport aux autres groupes visés et envisagés au départ (Cf. le tableau 15).<sup>172</sup> Nous ne disposons d'aucune information concernant la situation dans les autres pays.

#### **8.6. Sera-t-il possible d'évaluer l'impact de la réponse à l'aide du plan des S&E et des mécanismes de surveillance actuels ?**

Dans de nombreux pays, le processus principal et les indicateurs de résultats des CSN se fondent sur les indicateurs de l'objectif d'accès universel (Cf. le tableau 11), concernant les jeunes et l'ensemble de la population. De fait, la série d'indicateurs recommandée dans le contexte de l'UNGASS, en 2005, n'est pas la même pour les pays où les épidémies sont concentrées et ceux aux épidémies généralisées. Pour ces derniers, il n'existe aucun indicateur spécifique concernant les populations à haut risque.<sup>13</sup> Puisque l'épidémie du VIH est encore considérée « généralisée » dans la plupart des pays d'Afrique de l'Ouest, cela explique l'absence d'indicateurs concernant les populations à haut risque, dans la plupart des CSN étudiés pour le présent rapport. Toutefois, en ce qui concerne les données qui seront recueillies en 2008, les indicateurs de l'UNGASS ont été révisés afin d'être uniformes pour tous les pays, quelle que soit la situation, et ils couvrent aujourd'hui la plupart des sous-groupes démographiques pertinents,<sup>94</sup> tenant ainsi compte de la contribution démesurée des groupes centraux et relais de la transmission du VIH, y compris dans les épidémies généralisées. Cette nouvelle démarche se retrouve dans les indicateurs proposés par certains CSN, de formulation plus récente.

Souvent, pour la plupart des populations identifiées comme cibles prioritaires (en dehors des jeunes), y compris les FSW, aucun objectif comportemental et de prévalence ou d'incidence n'est fixé. Une exception, le Sénégal, où pour les FSW des objectifs spécifiques de couverture, de comportement et de prévalence ont été fixés pour 2011 : 75 % de couverture des interventions concernant les FSW, le maintien à  $\leq 20$  % de leur taux de séroprévalence, des taux d'utilisation des préservatifs selon différents types de clients, la réduction de leurs taux d'IST, y compris passer de 4 % à 2 % pour la gonorrhée et de 20 % à 10 % pour la syphilis. Des objectifs concernant la prévalence du VIH et l'utilisation des préservatifs ont également été fixés pour les HRSH. Dans les pays étudiés, il s'agit probablement des objectifs les plus exhaustifs fixés pour les populations à haut risque. Au Bénin, les objectifs sont fixés pour l'utilisation des préservatifs et les taux d'IST. En Guinée, un objectif comportemental a été fixé dans le CSN 2003-2007 : 90 % des FSW auront utilisé un préservatif lors des derniers rapports sexuels.

Toutefois, dans plusieurs autres pays, aucune cible n'est fixée pour les populations à haut risque. Dans certains cas, les enquêtes sur l'ensemble de la population sont définies comme étant les sources de données pour suivre les changements de prévalence/comportement des populations à haut risque. Ce qui pourrait sensiblement entraver l'évaluation exacte de la mise en œuvre et de l'impact de la réponse, tout du moins dans certains pays d'Afrique de l'Ouest. Le plus souvent, les objectifs de réduction de la prévalence semblent avoir été fixés, de façon relativement arbitraire, à 25 %. Il existe tant de facteurs contribuant à la prévalence d'ensemble qui compliquent l'interprétation des augmentations et des diminutions que cela semble constituer un instrument imparfait (et insensible, si l'on en croit la faible prévalence) pour mesurer la réussite. En particulier, si de nombreuses PVVIH sont ajoutées à la HAART dans les quelques prochaines années, la prévalence pourrait connaître une augmentation, alors même que l'incidence diminuerait. En outre, puisque la majorité des transmissions de VIH se situe au sein et à partir des populations à haut risque, les changements de prévalence dans l'ensemble de la population, mesurés par les recensements des populations (Cf. le tableau 11), ne seront pas exacts car les taux de participation, notamment des hommes dans les zones urbaines qui sont les plus à risque, sont inacceptables car trop bas.

Les taux de séroprévalence chez les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans sont utiles à titre d'indicateur de l'incidence du VIH, car la plupart des infections dans ce groupe sont susceptibles d'être récentes. Toutefois, les sites sentinelle doivent être stables dans le temps et la taille de l'échantillon suffisamment importante pour que ces données soient utiles.

L'évaluation de la taille et des caractéristiques de la population de FSW, l'introduction de processus et d'indicateurs d'impact (degrés de couverture des interventions, comportements et prévalence des IST et du VIH) et d'objectifs spécifiques pour les FSW et autres populations prioritaires à haut risque, seraient tout à fait appropriées dans tous les pays, étant donné l'importance de ces populations dans les épidémies en Afrique de l'Ouest. Pour amplifier l'utilité des informations et les capacités de compréhension de l'évolution du risque de VIH, il conviendrait de définir des indicateurs et des objectifs pour les comportements essentiels et les IST. Lorsque faire se peut, des études sur l'incidence du VIH seraient très utiles. En l'absence d'enquêtes régulières sur la prévalence du VIH et des autres IST et le comportement d'échantillons de populations vulnérables et à risque, notamment les FSW, leurs clients, les HRSH et les prisonniers, et d'autres populations éventuellement à haut risque, par exemple les chauffeurs routiers, il ne sera possible ni de définir, ni de suivre le rôle des groupes centraux de la dynamique de transmission du VIH en Afrique de l'Ouest, ni encore de comprendre l'impact des interventions préventives.

## 9. Recommandations

### 9.1. Recommandations concernant la recherches nécessaire en matière de surveillance et de prévention

Au vu des résultats de l'analyse de la situation épidémiologique du VIH en Afrique de l'Ouest, nous recommandons de procéder de la manière suivante :

1. **Surveillance au niveau des centres de consultation prénatale** – Renforcer le nombre de sites sentinelles dans les centres de consultation prénatale dans les nombreux pays où cela n'a pas encore été fait, en assurant au passage l'inclusion des zones rurales, pour garantir une surveillance sentinelle plus représentative au niveau des centres de consultation prénatale.
2. **Enquêtes épidémiologiques** – Procéder à des enquêtes sur la séroprévalence, les connaissances, les attitudes les comportements sexuels et les tests de dépistage du VIH dans les pays où ces études n'ont pas encore été réalisées. Répéter ces enquêtes à des intervalles de cinq ans. Inclure un volet sur les résultats des tests de dépistage du VIH et sur l'accès au traitement. Et observer de manière spécifique les comportements sexuels des PVVIH.
3. **Fusion des enquêtes biologiques et du comportement** – Réaliser une IBSS systématique tous les deux ou trois ans, incluant du moins au début un volet IST au sein des groupes suivants :
  - **les FSW et leurs clients** (couverture nationale) ;
  - **les HRSH** (tout d'abord dans les zones urbaines ou les emplacements où cette population est accessible, en prévoyant une expansion progressive de la couverture) ;
  - **les autres groupes de population à risque élevé** notamment les prisonniers, les membres des services sous l'uniforme, et divers autres groupes selon les spécificités propres à chaque pays.
4. **Études de recherche spécifiques** – Réaliser des études sur les thèmes suivants :
  - **Identification et dénombrement des FSW** avec notamment une description de la catégorie de travail sexuel auquel elles se livrent, la contribution relative des différentes modalités de travail du sexe au volume global de sexe transactionnel, et les réseaux sexuels des FSW comprenant différents types de partenaires payants et non payants (ces données sont d'une importance cruciale pour une bonne compréhension des dynamiques de la transmission de l'épidémie de VIH et la contribution du travail du sexe à l'épidémie au fil du temps, ainsi que pour la planification et le suivi de la riposte à y apporter) ;
  - **Description des caractéristiques de la population des HRSH**, notamment une estimation des effectifs de cette population et une recherche opérationnelle pour déterminer comment assurer l'efficacité des interventions préventives en faveur de ce groupe de population ;

- **Evaluation de l'étendue de l'utilisation de drogues injectables** et de sa contribution éventuelle à l'épidémie de VIH ;
  - **Le recours par les hommes au commerce du sexe et autres formes de sexe de nature transactionnelle**, notamment l'adoption de méthodes qualitatives et de nouvelles méthodes quantitatives lors des entretiens pour produire des estimations plus précises ;
  - **Les jeunes**, qui constituent un groupe essentiel pour la surveillance de la séroprévalence et des comportements sexuels, et pour lesquels il convient d'étudier notamment l'augmentation potentielle du volume des activités de ce groupe liée au sexe de nature transactionnel.
5. **Analyse secondaire des données** – L'analyse des données sur la séroprévalence tirées des EDS et d'autres études sur l'ensemble de la population de manière plus approfondie offre une meilleure compréhension des déterminants de l'infection au VIH pour l'ensemble de la population.
6. **Mesure de la méthodologie** – Améliorer le suivi des épidémies de la manière suivante :
- **En peaufinant et en élargissant les indicateurs de comportement pour 2008 de la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies consacrée au sida (UNGASS)** pour s'assurer qu'ils représentent les mesures les plus appropriées des comportements à risque, (ceci implique notamment le peaufinage et la reformulation de la définition de « l'emploi du préservatif pendant les rapports sexuels à haut risque », l'adjonction d'indicateurs supplémentaires couvrant les relations extraconjugales et les rapports sexuels avec les FSW, et l'établissement de cibles nationales de couverture basées sur les estimations des effectifs des populations à haut risque concernées), et pour s'assurer qu'ils assurent le suivi de la proportion du budget du CSN consacré à des populations à haut risque spécifique ;
  - **Dans les domaines où existent des programmes établis pour les FSW et d'autres populations à haut risque, élaborer un système de suivi doté d'indicateurs plus précis**, notamment une évaluation des dénominateurs de population utilisés pour estimer les niveaux de couverture, et un système de suivi du nombre de personnes exposées aux interventions sur le terrain, de celles fréquentant des établissements hospitaliers pour le traitement d'IST ou les tests de dépistage du VIH, et de la fréquence de ces activités par personne ;
  - **Estimer l'incidence du VIH au sein des populations à haut risque** en faisant appel à une nouvelle méthodologie pour tester les infections récentes au VIH (le « detuned assay »), une fois que cette méthodologie aura été dûment adaptée au contexte africain.

## 9.2. Recommandations concernant la réponse à l'épidémie

Au vu des résultats de l'analyse de la réponse à l'épidémie du VIH dans 10 pays de l'Afrique de l'Ouest, nous formulons les recommandations suivantes :

7. **Reconnaître l'importance de la prévention** – Prôner à tous les niveaux un intérêt accru pour les initiatives de prévention et leur financement (la plupart des pays pour lesquels on dispose de données ne disposent pas de budgets ou de financements suffisants pour leur volet prévention alors qu'ils surfinancent le volet traitement).

### Populations à haut risque

8. **Groupes prioritaires pour les activités de prévention** – Définir et établir l'ordre de priorités des groupes ciblés par les activités de prévention en fonction de leur taux relatif de séroprévalence et de leur contribution probable à l'épidémie :
  - **Les groupes cibles**, outre les FSW, incluent les HRSH, les prisonniers et éventuellement les UDI ;
  - **Les populations relais** présentant un taux de prévalence supérieur à la moyenne comprennent les clients des FSW, les partenaires non payants des FSW, dont les partenaires habituels et les hommes impliqués dans le commerce sexuel, les hommes sous l'uniforme, les chauffeurs routiers et d'autres groupes d'hommes à occupation mobile ;
  - **Il est nécessaire d'adapter les messages prônant les changements de comportement à ces populations**, et d'assurer la disponibilité des préservatifs et des traitements pour les IST ;
  - **Promouvoir les tests de dépistage du VIH au sein des populations masculines**, en particulier en présence d'IST.
9. **Affectation des ressources en fonction des résultats** – Les financements doivent être affectés aux activités de prévention en fonction de leur effet relatif sur la prévention des infections au sein des populations prioritaires :
  - **Etablir un ordre de priorité pour le financement des activités de prévention au profit des FSW et de leurs clients**, dans la mesure où une proportion considérable des infections dans la plupart des pays d'Afrique de l'Ouest sont le résultat d'une première vague de transmission par les FSW vers l'extérieur, et où la réduction de la transmission continue du VIH par les FSW peut avoir un impact significatif sur les taux de séroprévalence de l'ensemble de la population ;
  - **Financer les interventions ciblant les groupes de populations à plus haut risque de manière coordonnée et holistique**, au titre d'une rubrique unique, avec notamment une série déterminée de services minimums assurés de manière intégrée et gratuite (avec, entre autres, des activités de vulgarisation et de communication des changements de comportements assurées en collaboration avec des ONG, et faisant appel à des pairs éducateurs ; la formation et le soutien

- aux ONG et aux pairs éducateurs dans les secteurs de la communication des changements de comportement et de la démarginalisation, entre autres ; la distribution gratuite de préservatifs, le traitement des IST, les services de CDV et les volets de traitement et de prise en charge du VIH) ;
- **Réserver un budget aux activités de mappage** pour l'estimation des effectifs des populations prioritaires à plus haut niveau de risque à l'échelle du pays tout entier ;
  - **Réserver un budget au suivi et à l'évaluation des interventions** et les niveaux de couverture réalisés ;
  - **Recalculer le coût *par habitant* d'interventions intégrales** et intégrer ces données financières plus réalistes dans les modèles de calcul des coûts utilisés aux fins de planification stratégique et de calcul des coûts des réponses, RNM. compris.

10. **Renforcement des interventions « qui fonctionnent »** – Les interventions ciblant les FSW et d'autres groupes de population à haut risque doivent être étendus au niveau national ou provincial. Il convient d'encourager les FSW à se soumettre à des tests fréquents de dépistage du VIH et de leur offrir meilleur accès au traitement HAART. Mises à part quelques activités au Sénégal, les programmes de prévention destinés aux FSW semblent souvent être à petite échelle et ne sont pas toujours d'ordre stratégique. Pour opérer au maximum de leur efficacité, les programmes de prévention doivent tenter d'assurer la couverture de proportions importantes des FSW dans tout le pays, en fonction des estimations de la taille des populations de FSW dans une circonscription donnée aux fins de planification et de suivi. Il existe en Afrique de l'Ouest d'excellents modèles sur lesquels se baser pour renforcer l'intensité d'une intervention en faveur des FSW, notamment les programmes sida-3 et PAPO-HVen Côte d'Ivoire, et l'initiative Yerelon au Burkina Faso. Il existe maints autres exemples de développement réussi de l'échelle des interventions en faveur des FSW, notamment l'initiative Avahan en Inde, qui a réussi à assurer la couverture de 125.000 FSW différentes en deux ans.<sup>175</sup>

11. **Interventions structurelles** - In conjonction avec les interventions directes en faveur du groupe ciblé, il convient d'inclure des interventions structurelles, notamment en collaboration avec les forces de police pour réduire les actes de violence et les descentes de police, avec les hommes impliqués dans le commerce du sexe (notamment les proxénètes, les propriétaires des maisons closes, leurs employés et leurs responsables de la sécurité) pour en mobiliser le soutien, etc., dans le cadre des schémas d'interventions essentielles en faveur des FSW et d'autres groupes de population fortement marginalisées et frappées d'ostracisme, et ce afin de réduire la stigmatisation et la violence, d'éviter les conséquences négatives, d'apporter soutien et protection et de mettre en place un environnement favorable permettant aux interventions de fonctionner de manière optimale. Ceci est également extrêmement important pour les HRS, un groupe victime d'une forte stigmatisation en Afrique.<sup>171</sup>

## Ensemble de la population

12. **Solidement relier les tests de dépistage du VIH, le traitement et les soins aux efforts de prévention, pour tenter d'interrompre la chaîne de transmission du virus** – L'expansion massive des services de CDV, de PTME et de traitement du sida représente une opportunité sans précédent de relier soins et prévention :

- **Mettre en oeuvre des services conçus pour les couples pour les tests de dépistage du VIH**, accompagné de services de conseil et de prise en charge culturellement appropriés, afin d'éviter toute répercussion négative d'un diagnostic de séropositivité au sein des couples (violence, etc.). Ceci est particulièrement important au vu des données émanant de divers pays qui révèlent que la plupart des infections au VIH se retrouvent dans des couples sérodiscordants (c'est à dire qu'un partenaire est séropositif et pas l'autre) ;
- **Encourager vivement les femmes enceintes à se faire tester en même temps que leurs partenaires** ;
- **Promouvoir la réduction du nombre de partenaires dans le cadre des interventions relatives à la communication prônant des changements de comportements** ;
- Déployer tous les efforts possibles – tant au niveau individuel qu'au niveau de la société (médias, etc.) – pour atténuer l'ostracisme associé au VIH, renforcer les connaissances et la compréhension, et encourager et appuyer la révélation du statut de séropositivité et l'adoption par les PVVIH des comportements de pratiques sexuelles sans danger ;
- **Relier les services de CDV et l'éducation préventive à l'intention des personnes séronégatives**, en tirant parti de la révélation des résultats négatifs d'un test pour renforcer la poursuite des pratiques sexuelles sans danger ;
- **S'efforcer de fournir des services de CDV de grande qualité** – services de conseil avant et après les tests de dépistage, délais d'attente, etc. ;
- **Lier interventions préventives aux activités de traitement et de soin des PVVIH pour limiter la transmission continue du VIH** (Il convient de définir les PVVIH comme les cibles essentielles des activités de prévention) ;
- **Lier services de traitement des IST et services de CDV** – Les personnes présentant des symptômes d'IST (les hommes souffrant d'urétrite et les femmes souffrant de lésions génitales, mais *pas* les femmes ayant des leucorrhées) doivent être vivement encouragées à subir un test de dépistage du VIH. La présence d'une IST est une indication de récents comportements sexuels à haut risque, et la possibilité de contracter une infection primaire par le VIH est supérieure chez les personnes atteintes d'une IST. Par suite, l'administration de tests de dépistage du VIH aux personnes sollicitant le traitement d'une IST est une excellente occasion de détecter de nouvelles infections par le VIH et d'en circonscrire la transmission.



## 10. Références

1. WHO/UNAIDS. Guidelines for Second Generation HIV Surveillance. WHO/UNAIDS Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance. Geneva: WHO/UNAIDS; 2000.
2. Cape Verde Demographic and Health Survey, 2005 - Capitulo 13: Prevalência do VIH: Macro International Inc., Calverton, Maryland; 2005.
3. Liberia Demographic and Health Survey, Preliminary Report: Liberia Institute of Statistics and Geo-Information Services and MEASURE DHS, Macro International. Monrovia, Calverton; 2007.
4. National population based HIV seroprevalence survey of Sierra Leone: National HIV/AIDS Secretariat; 2005.
5. Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé (CPS/MS), Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique, Ministère du plan et de l'aménagement du territoire (DNSI/MPAT), ORC Macro International Inc. Enquête démographique et de santé EDSM-IV, Mali 2006. Rapport préliminaire. Calverton, Maryland, USA: CPS/MS, DNSI/PAT et ORC Macro International Inc.; 2007.
6. Direction Nationale de la Statistique (DNS), ORC Macro. Enquête démographique et de santé, Guinée 2005. Calverton, Maryland, USA: DNS et ORC Macro; 2006.
7. Ghana Statistical Service (GSS), Noguchi Memorial Institute for Medical Research (NMIMR), ORC Macro. Ghana Demographic and Health Survey 2003. Calverton, Maryland: GSS, NMIMR, and ORC Macro; 2004.
8. Institut national de la Statistique (INS), Macro International Inc. Enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples, 2006. Calverton, Maryland, USA: INS et Macro International Inc.; 2007.
9. Institut national de la statistique (INS), Ministère de la lutte contre le sida (MLS), ORC Macro. AIDS indicator survey, Côte d'Ivoire 2005 (EIS-CI). HIV prevalence. Calverton, Maryland, USA: INS et ORC Macro.
10. Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD), ORC Macro. Enquête démographique et de santé du Burkina Faso 2003. Calverton, Maryland, USA: INSD et ORC Macro; 2004.
11. Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique (INSAE) - Bénin, Macro International Inc. Enquête démographique et de santé (EDSB-III) - Bénin 2006. Calverton, Maryland, USA: Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique et Macro International Inc.; 2007.
12. Ndiaye S, Ayad M. Enquête démographique et de santé au Sénégal 2005. Calverton, Maryland, USA: Centre de Recherche pour le Développement Humain [Sénégal] et ORC Macro; 2006.
13. UNAIDS / UNGASS (United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS). Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS: Guidelines on construction of core indicators. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS); 2005.
14. UNAIDS. Report on the global HIV/AIDS epidemic. Geneva: UNAIDS; 2002.
15. Over M, Piot P. HIV infection and sexually transmitted diseases. In: Jamison DT, Mosley WH, Measham AR, Bobadilla JL, editors. Disease control priorities in developing countries. New York: Oxford University Press; 1993. p. 445-529.

16. Lowndes CM, Alary M, Meda H, Gnintoungbe CA, Mukenge-Tshibaka L, Adjovi C, et al. Role of core and bridging groups in the transmission dynamics of HIV and STIs in Cotonou, Benin, West Africa. *Sex Transm Infect.* 2002;78 (Suppl I):i69-77.
17. Morris M, Podhisita C, Wawer MJ, Handcock MS. Bridge populations in the spread of HIV/AIDS in Thailand. *AIDS.* 1996;10:1265-71.
18. Alary M, Mukenge-Tshibaka L, Bernier F, Geraldo N, Lowndes CM, Meda H, et al. Decline in the prevalence of HIV and sexually transmitted diseases among female sex workers in Cotonou, Benin, 1993-1999. *AIDS.* 2002;16:463-70.
19. Adjovi C. Surveillance épidémiologique de l'infection par le VIH/SIDA/MST en République du Bénin: Rapport Année 1999: Bénin: Ministère de la Santé, Direction Nationale de la Protection Sanitaire, Programme National de Lutte contre le SIDA et les MST (PNLS); 1999.
20. Kaplan EH, Heimer R. A model-based estimate of HIV infectivity via needle sharing. *J AIDS.* 1992;5:1116-8.
21. Royce RA, Sena A, Cates W, Jr, Cohen MS. Sexual transmission of HIV. *N Eng J Med.* 1997;336:1072-8.
22. Hu DJ, Subbarao S, Vanichseni S, Mock PA, van Griensven F, Nelson R, et al. Higher viral loads and other risk factors associated with HIV-1 seroconversion during a period of high incidence among injection drug users in Bangkok. *J AIDS.* 2002;30:240-7.
23. Jacquez JA, Koopman JS, Simon CP, Longini IM, Jr. Role of the primary infection in epidemics of HIV infection in gay cohorts. *J AIDS.* 1994;7:1169-84.
24. Koopman JS, Jacquez JA, Welch GW, Simon CP, Foxman B, Pollock SM, et al. The role of early HIV infection in the spread of HIV through populations. *J AIDS and Human Retrovirol.* 1997;14:249-58.
25. Anderson RM, May RM. *Infectious diseases of humans: dynamics and control.* Oxford, England: Oxford University Press; 1991.
26. Anderson RM, Garnett GP. Mathematical models of the transmission and control of sexually transmitted diseases. *Sex Transm Dis.* 2000;27:636-43.
27. Cowan FM, Langhaug LF, Hargrove JW, Jaffar S, Mhuriyengwe L, Swarthout TD, et al. Is sexual contact with sex workers important in driving the HIV epidemic among men in rural Zimbabwe? *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2005;40:371-6.
28. Gouws E, White PJ, Stover J, Brown T. Short term estimates of adult HIV incidence by mode of transmission: Kenya and Thailand as examples. *Sex Transm Infect.* 2006 Jun;82 (Suppl III):iii51-5.
29. van Griensven F. Men who have sex with men and their HIV epidemics in Africa. *AIDS.* 2007;21:1361-2.
30. Morris CN, Ferguson AG. Estimation of the sexual transmission of HIV in Kenya and Uganda on the trans-Africa highway: the continuing role for prevention in high risk groups. *Sex Transm Infect.* 2006;82:368-71.
31. Grassly NC, Garnett GP, Schwartzlander B, Gregson S, Anderson RM. The effectiveness of HIV prevention and the epidemiological context. *Bull World Health Organ.* 2001;79:1121-32.
32. Projet "Appui à la lutte contre le sida en Afrique de l'ouest" - Sida 3 Bénin, En collaboration avec PPLS / CEFORP / Projet BHAPP-USAID / Coopération française / PSI. Deuxième mesure de surveillance de seconde génération du VIH chez les travailleuses du

- sexe et leurs clients au Bénin - Conduite fin 2004, début 2005: Centre hospitalier *affilié* universitaire de Québec; Août 2006.
33. Sobéla F, Pépin J, Kéré Banla A, Gbéléou S, Adom WK, Pitché V, et al. Rapport de la deuxième enquête de surveillance de la prévalence des IST/VIH et des comportements sexuels auprès des Travailleuses de Sexe et de leurs Partenaires Masculins au Togo: CHUS; 2007.
  34. Cellule sectorielle de coordination de la lutte contre le sida, Projet d'appui à la lutte contre le sida en Afrique de l'Ouest - SIDA-3. Rapport final de l'enquête de surveillance de seconde génération (SSG-2005) au Mali: République du Mali, Ministère de la santé publique, Université de Montréal, Unité de santé internationale; 2006.
  35. Nagot N, Ouangre A, Ouedraogo A, Cartoux M, Huygens P, Defer MC, et al. Spectrum of commercial sex activity in Burkina Faso: classification model and risk of exposure to HIV. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2002;29:517-21.
  36. Carael M, Slaymaker E, Lyerla R, Sarkar S. Clients of sex workers in different regions of the world: hard to count. *Sex Transm Infect.* 2006;82 (Suppl III):iii26-33.
  37. Lowndes CM, Alary M, Gnintoungbe CA, Bedard E, Mukenge L, Geraldo N, et al. Management of sexually transmitted diseases and HIV prevention in men at high risk: targeting clients and non-paying sexual partners of female sex workers in Benin. *AIDS.* 2000;14:2523-34.
  38. Rhodes T, Lowndes C, Judd A, Mikhailova LA, Sarang A, Rylkov A, et al. Explosive spread and high prevalence of HIV infection among injecting drug users in Togliatti City, Russia. *AIDS.* 2002;16:F25-31.
  39. UNAIDS. Report on the global AIDS epidemic 2008. Geneva: UNAIDS; 2008.
  40. Buve A, Bishikwabo-Nsarhaza K, Mutangadura G. The spread and effect of HIV-1 infection in sub-Saharan Africa. *Lancet.* 2002;359:2011-7.
  41. Carael M, Holmes KK. Dynamics of HIV epidemics in sub-Saharan Africa: introduction. *AIDS.* 2001;15 (Suppl 4):S1-4.
  42. Buve A, Carael M, Hayes RJ, Auvert B, Ferry B, Robinson NJ, et al. Multicentre study on factors determining differences in rate of spread of HIV in sub-Saharan Africa: methods and prevalence of HIV infection. *AIDS.* 2001;15 (Suppl 4):S5-14.
  43. Ferry B, Carael M, Buve A, Auvert B, Laourou M, Kanhonou L, et al. Comparison of key parameters of sexual behaviour in four African urban populations with different levels of HIV infection. *AIDS.* 2001;15 (Suppl 4):S41-50.
  44. Buvé A, Carael M, Hayes RJ, Auvert B, Ferry B, Robinson NJ, et al. The multicentre study on factors determining the differential spread of HIV in four African cities: summary and conclusions. *AIDS.* 2001;15(Suppl 4):S127-31.
  45. Hayes R, Weiss H. Epidemiology. Understanding HIV epidemic trends in Africa. *Science.* 2006;311:620-1.
  46. Auvert B, Buve A, Ferry B, Carael M, Morison L, Lagarde E, et al. Ecological and individual level analysis of risk factors for HIV infection in four urban populations in sub-Saharan Africa with different levels of HIV infection. *AIDS.* 2001;15 (Suppl 4):S15-30.
  47. Boily MC, Lowndes CM, Gregson S. Population-level risk factors for HIV transmission and 'the 4 Cities Study': temporal dynamics and the significance of sexual mixing patterns. *AIDS.* 2002;16:2101-2.
  48. Bongaarts J, Reining P, Way P, Conant F. The relationship between male circumcision and HIV infection in African populations. *AIDS.* 1989;3:373-7.

49. Patterson BK, Landay A, Siegel JN, Flener Z, Pessis D, Chaviano A, et al. Susceptibility to human immunodeficiency virus-1 infection of human foreskin and cervical tissue grown in explant culture. *Am J Pathol.* 2002;161:867-73.
50. Szabo R, Short RV. How does male circumcision protect against HIV transmission of Human Immunodeficiency Virus Type 1. *N Eng J Med.* 2000;342:921-29.
51. Weiss HA, Quigley MA, Hayes RJ. Male circumcision and risk of HIV infection in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. *AIDS.* 2000;14:2361-70.
52. Auvert B, Taljaard D, Legarde E, Sobngwi-Tambekou J, Sitta R, Puren A. Randomized, Controlled Intervention Trial of Male Circumcision for Reduction of HIV Infection Risk: The ANRS 1265 Trial. *PLoS Medicine* 2(11):e298; 2005.
53. Bailey RC, Moses S, Parker CB, Agot K, Maclean I, Krieger JN, et al. Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: a randomised controlled trial. *Lancet.* 2007;369:643-56.
54. Gray RH, Kigozi G, Serwadda D, Makumbi F, Watya S, Nalugoda F, et al. Male circumcision for HIV prevention in men in Rakai, Uganda: a randomised trial. *Lancet.* 2007;369:657-66.
55. Stephenson J. HIV prevention studies yield mixed results. *JAMA.* 2008;299:1529-30.
56. Bizimungu C, Ntilvamunda A, Tahamana, et al. Nationwide community-based serological survey of HIV-1 and other human retrovirus infections in a Central African country. *Lancet.* 1989;i:941-3.
57. Green EC, Halperin DT, Nantulya V, Hogle JA. Uganda's HIV prevention success: the role of sexual behavior change and the national response. *AIDS Behav.* 2006;10:335-46; discussion 47-50.
58. Institut national de la Statistique du Rwanda (INSR), and ORC Macro. Rwanda Demographic and Health Survey 2005. Calverton, Maryland, USA: INSR and ORC Macro; 2006.
59. Stoneburner RL, Low-Beer D. Population-level HIV declines and behavioral risk avoidance in Uganda. *Science.* 2004;304:714-8.
60. Gregson S, Garnett GP, Nyamukapa CA, Hallett TB, Lewis JJ, Mason PR, et al. HIV decline associated with behavior change in eastern Zimbabwe. *Science.* 2006;311:664-6.
61. Moses S, Bradley JE, Nagelkerke NJ, Ronald AR, Ndinya-Achola JO, Plummer FA. Geographical patterns of male circumcision practices in Africa: association with HIV seroprevalence. *Int J Epidemiol.* 1990;19:693-7.
62. Clavel F, Guetard D, Brun-Vezinet F, Chamaret S, Rey MA, Santos-Ferreira MO, et al. Isolation of a new human retrovirus from West African patients with AIDS. *Science.* 1986;233:343-6.
63. da Silva ZJ, Oliveira I, Andersen A, Dias F, Rodrigues A, Holmgren B, et al. Changes in prevalence and incidence of HIV-1, HIV-2 and dual infections in urban areas of Bissau, Guinea-Bissau: is HIV-2 disappearing? *AIDS.* 2008;22:1195-202.
64. Mansson F, Alves A, Silva ZJ, Dias F, Andersson S, Biberfeld G, et al. Trends of HIV-1 and HIV-2 prevalence among pregnant women in Guinea-Bissau, West Africa: possible effect of the civil war 1998 1999. *Sex Transm Infect.* 2007;83:463-7.
65. Poulsen AG, Aaby P, Gottschau A, Kvinesdal BB, Dias F, Molbak K, et al. HIV-2 infection in Bissau, West Africa, 1987-1989: incidence, prevalences, and routes of transmission. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 1993;6:941-8.

66. Poulsen AG, Kvinesdal B, Aaby P, Molbak K, Frederiksen K, Dias F, et al. Prevalence of and mortality from human immunodeficiency virus type 2 in Bissau, West Africa. *Lancet*. 1989;1:827-31.
67. Schim van der Loeff MF, Awasana AA, Sarge-Njie R, van der Sande M, Jaye A, Sabally S, et al. Sixteen years of HIV surveillance in a West African research clinic reveals divergent epidemic trends of HIV-1 and HIV-2. *Int J Epidemiol*. 2006;35:1322-8.
68. Schim van der Loeff MF, Corrah T, Whittle HC. Low and stable HIV infection rates in Senegal? *AIDS*. 2000;14:1276-7.
69. U.S. Census Bureau. HIV/AIDS Surveillance Data Base. Washington; 2006.
70. Kanki P, M'Boup S, Marlink R, Travers K, Hsieh CC, Gueye A, et al. Prevalence and risk determinants of human immunodeficiency virus type 2 (HIV-2) and human immunodeficiency virus type 1 (HIV-1) in west African female prostitutes. *Am J Epidemiol*. 1992;136:895-907.
71. Fultz PN, Switzer WM, Schable CA, Desrosiers RC, Silva DP, McCormick JB. Seroprevalence of HIV-1 and HIV-2 in Guinea Bissau in 1980. *AIDS*. 1988;2:129-32.
72. Poulsen AG, Aaby P, Jensen H, Dias F. Risk factors for HIV-2 seropositivity among older people in Guinea-Bissau. A search for the early history of HIV-2 infection. *Scand J Infect Dis*. 2000;32:169-75.
73. Schmidt WP, Schim van der Loeff M, Aaby P, Whittle H, Bakker R, Buckner M, et al. Behaviour change and competitive exclusion can explain the diverging HIV-1 and HIV-2 prevalence trends in Guinea-Bissau. *Epidemiol Infect*. 2008;136:551-61.
74. Anderson RM, May RM. The population biology of the interaction between HIV-1 and HIV-2: coexistence or competitive exclusion? *AIDS*. 1996;10:1663-73.
75. Poulsen AG, Aaby P, Larsen O, Jensen H, Naucler A, Lisse IM, et al. 9-year HIV-2-associated mortality in an urban community in Bissau, west Africa. *Lancet*. 1997;349:911-4.
76. National Population Commission (NPC) - Nigeria, ORC Macro. Nigeria Demographic and Health Survey 2003. Calverton, Maryland: National Population Commission and ORC Macro; 2004.
77. Mishra V, Vaessen M, Boerma JT, Arnold F, Way A, Barrere B, et al. HIV testing in national population-based surveys: experience from the Demographic and Health Surveys. *Bull World Health Organ*. 2006;84:537-45.
78. Antenatal HIV and syphilis sentinel surveillance: National HIV/AIDS Secretariat, Health Sector Response, Ministry of Health and Sanitation; 2006.
79. Cellule de coordination du comité sectoriel de lutte contre le VIH/SIDA. Surveillance sentinelle du VIH et de la syphilis chez les femmes enceintes, 3ème édition: République du Mali, Ministère de la santé, secrétariat général; 2005.
80. Comité de Coordenação do Combate à Sida. Plano estratégico nacional de luta contra a sida (2006-2010). Praia: CSS-SIDA; 2006 Junho.
81. Comité national de lutte contre le sida, Ministère de la santé publique. Enquête nationale de surveillance sentinelle du VIH et de la syphilis chez les femmes enceintes, Guinée 2004: République de Guinée; 2004.
82. Conseil National de Lutte Contre le Sida (CNLS), Ministère de la santé et de la prévention médicale, Division de lutte contre le SIDA/IST, Laboratoire de Bactériologie et de Virologie du CHU de l'Hôpital Le Dantec (LBV). Bulletin sero-épidémiologique No 11 de surveillance du VIH: République du Sénégal; 2004.

83. Direction générale de la santé, Direction de la lutte contre la maladie, Service de surveillance épidémiologique. Rapport de la séro surveillance 2006 des sites sentinelles du Burkina Faso: Ministère de la santé du Burkina Faso; 2007.
84. Federal Ministry of Health, Department of Public Health, National AIDS/STI Control Programme. Technical report 2005: National HIV/Syphilis sero-prevalence sentinel survey among pregnant women attending antenatal clinics in Nigeria. Abuja; 2005.
85. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Ministère de la lutte contre le SIDA, CDC/RETRO-CI. Côte d'Ivoire. Enquête de sérosurveillance sentinelle du VIH de 2005. Rapport final; 2007.
86. National AIDS Control Program (Ministry of Health and Social Welfare), and World Health Organization. HIV Sentinel Survey among Pregnant Women Attending Antenatal Care 2006. Monrovia: NACP and WHO; 2007.
87. National AIDS/STI Control Programme. HIV Sentinel Survey 2006 Report. Accra: Ghana Health Service; March 2007.
88. Programme national de lutte contre le sida, Service de surveillance épidémiologique et de recherche. Rapport de surveillance de l'infection à VIH et de la syphilis au Bénin - Année 2006: République du Bénin, Ministère de la santé, Direction nationale de la protection sanitaire; Avril 2006.
89. Programme national de lutte contre le sida/IST. Surveillance sentinelle de l'infection au VIH/SIDA chez les femmes en consultation prénatale au Togo. Avril-juin 2006. Rapport d'étude: Ministère de la santé, Direction générale de la santé.
90. Preliminary 2006 HIV-1 and HIV-2 prevalence (95%CI) of ANC Sentinel Surveillance in The Gambia. 2007.
91. Coordination Intersectorielle de Lutte contre les IST/VIH/SIDA du Niger. Rapport national sur les progrès de la déclaration d'engagement de l'UNGASS sur les IST/VIH/SIDA. Période considérée: janvier 2006 - décembre 2007; 2008.
92. Fabiani M, Nattabi B, Ayella EO, Ogwang M, Declich S. Differences in fertility by HIV serostatus and adjusted HIV prevalence data from an antenatal clinic in northern Uganda. *Trop Med Int Health*. 2006;11:182-7.
93. Zaba B, Gregson S. Measuring the impact of HIV on fertility in Africa. *AIDS*. 1998;12 (Suppl 1):S41-50.
94. UNAIDS / UNGASS (United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS). Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS: Guidelines on construction of core indicators: 2008 reporting. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS); 2007.
95. Mishra V, Assche SB, Greener R, Vaessen M, Hong R, Ghys PD, et al. HIV infection does not disproportionately affect the poorer in sub-Saharan Africa. *AIDS*. 2007;21 (Suppl 7):S17-28.
96. de Walque D. Discordant couples: HIV infection among couples in Burkina Faso, Cameroon, Ghana, Kenya and Tanzania. World Bank Policy Research Working Paper 3956. Washington DC: The World Bank; June 2006. Report No.: WPS3956.
97. Potts M, Halperin DT, Kirby D, Swidler A, Marseille E, Klausner JD, et al. Public health. Reassessing HIV prevention. *Science*. 2008;320:749-50.
98. de Walque D. Who gets AIDS and how? The determinants of HIV infection and sexual behaviors in Burkina Faso, Cameroon, Ghana, Kenya and Tanzania. World Bank Policy

- Research Working Paper 3844. Washington DC: The World Bank; February 2006. Report No.: WPS3844.
99. Adjei AA, Armah HB, Gbagbo F, Ampofo WK, Quaye IKE, Hesse IFA, et al. Prevalence of human immunodeficiency virus, hepatitis B virus, hepatitis C virus and syphilis among prison inmates and officers at Nsawam and Accra, Ghana. *Journal of Medical Microbiology*. 2006;55:593-7.
  100. American Refugee Committee (ARC) International. Report of the behavioral and biological survey of commercial sex workers in relation to HIV/AIDS. Conducted in the Western area of Sierra Leone: National AIDS Secretariat; 2005.
  101. Anarfi JK, Ahiadeke C, Nzambi K, Asamoah-Adu C, Gyekye A, Ampofo W, et al. Female sex workers behavioural surveillance survey in Accra and Kumasi, Ghana. Accra: SHARP, AED; 2006.
  102. CARE International, Centre de Recherche Médicale et Sanitaire (C.E.R.M.E.S.). Enquête nationale de séroprévalence de l'infection par le VIH dans la population générale âgée de 15 à 49 ans et dans six groupes cibles au Niger (Professionnelles du sexe, conducteurs et leurs apprentis, prisonniers, lycéens, enseignants et militaires) (2002). Rapport final. Niamey, Niger: République du Niger, Ministère de la santé publique et de la lutte contre les endémies; 2002.
  103. Cote A-M, Sobela F, Dzokoto A, Nzambi K, Asamoah-Adu C, Labbe A-C, et al. Transactional sex is the driving force in the dynamics of HIV in Accra, Ghana. *AIDS*. 2004;18:917-25.
  104. Federal Ministry of Health. HIV/STI Integrated Biological and Behavioural Surveillance Survey (IBBSS) 2007; 2007.
  105. Keita OA. Étude intégrée sur la prévalence des IST/VIH et des comportements sexuels de cinq populations cibles au Mali: Université du Mali; 2005.
  106. Koné A, Alhousseini MZ, Kanta I, Pour le projet d'appui à la lutte contre le sida en Afrique de l'Ouest-SIDA 3, Volet 14000 : « Appui aux opérations du Niger ». Rapport des deux études de surveillance de seconde génération (SSG) pour le suivi de la prévalence IST/VIH et des comportements sexuels chez les professionnelles du sexe et leurs partenaires sexuels dans la communauté urbaine de Niamey en 2003 et 2005: Centre de coopération internationale en santé et développement (CCISD); 2006.
  107. Mayday Rural Project. Behavioural and HIV biomarker study among long distance commercial drivers in the Accra and Tema Metropolitan Area. Final Report. Accra: SHARP, USAID; May 2006.
  108. Ministère des mines et de l'énergie. Étude de la prévalence de l'infection à VIH chez les travailleurs dans le secteur minier au Niger en 2004: République du Niger.
  109. ONG Espace Confiance. Projet de prévention et de soins IST/VIH pour les PHV à la Clinique de Confiance Abidjan. Rapport narratif final, 1 avril 2006 au 31 mars 2007; 2007.
  110. Programme national de lutte contre le sida et les IST. Suivi biologique et comportemental des travailleuses de sexe au Bénin (2006): République du Bénin, Ministère de la santé, Direction nationale de la protection; 2006 Octobre 2006.
  111. Programme national de lutte contre le sida et les IST (PNLS). Enquête de surveillance de deuxième génération des IST/VIH/SIDA au Bénin (ESDGB-2005). Les travailleuses de sexe, les routiers/camionneurs, les élèves et étudiants non mariés de 15-24 ans, les adolescents et jeunes travailleurs non mariés de 15-24 ans - Tome 2, Volet biologique: République du Bénin, Ministère de la santé; 2006.

112. PSI Togo, Association Togolaise pour le Marketing Social (ATMS). Étude de surveillance de comportements relatifs aux IST/VIH/SIDA dans les forces armées togolaises. Rapport d'étude, phase III; 2006.
113. Sangaré A, Beral L, Kouamé N, Hiecke C, Sragneon H, Koffi LA, et al. Évolution de la séroprévalence dans une population carcérale à Abidjan. Xème Conférence internationale sur le sida et les MST en Afrique (CISMA). Abidjan, Côte d'Ivoire; 1997.
114. SHARP Project. Behavioural and HIV biomarker study: informal miners in the Western Region of Ghana. Zero draft preliminary report. Accra: SHARP, USAID; 2007.
115. Strengthening HIV/AIDS Response Partnerships (SHARP) Project, Mayday Rural Project, National Public Health and Reference Laboratory, Centre for Popular Education and Human Rights Ghana (CEPEHRG) Project. Behavioral and HIV biomarker survey among men who have sex with men in the Greater Accra Region, Ghana. MSM Topline, Preliminary findings. Accra: USAID, SHARP, AED, Constella Futures Group; February 2007.
116. Vuylsteke BL, Ghys PD, Traore M, Konan Y, Mah-Bi G, Maurice C, et al. HIV prevalence and risk behavior among clients of female sex workers in Abidjan, Cote d'Ivoire. AIDS. 2003;17:1691-4.
117. World Health Organization, UNAIDS, Unicef. Towards universal access. Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector. Progress Report 2008. Geneva: WHO; 2008.
118. Wang C, Hawes SE, Gaye A, Sow PS, Ndoye I, Manhart LE, et al. HIV prevalence, previous HIV testing, and condom use with clients and regular partners among Senegalese commercial sex workers. Sex Transm Infect. 2007;83:534-40.
119. Traoré C, Lakh NC, Baal Anne TS, Thiandoum M, Kanté KK, Pour le projet "Appui à la lutte contre le sida en Afrique de l'ouest" - Sida 3, et al. Rapport de la deuxième enquête de surveillance de seconde génération (SSG) chez les travailleuses du sexe et leurs partenaires sexuels masculins au Sénégal: Centre de coopération internationale en santé et développement (CCISD); 2006.
120. Wade AS, Kane CT, Diallo PA, Diop AK, Gueye K, Mboup S, et al. HIV infection and sexually transmitted infections among men who have sex with men in Senegal. AIDS. 2005;19:2133-40.
121. Conseil national de lutte contre le Sida, Ministère de la santé et de la prévention médicale, Division de lutte contre le SIDA/IST. Enquête nationale de surveillance combinée des IST et du VIH/SIDA, ENSC 2006. Rapport de synthèse. Groupes cibles : Militaires, Policiers, Camionneurs, Pêcheurs et Travailleuses de sexe: République du Sénégal; 2007.
122. Family Health International (FHI), STAT VIEW International (SVI). Enquête de surveillance comportementale et biologique du VIH/SIDA en Guinée (ESCOMB/2007). Rapport préliminaire: République de Guinée; 2007.
123. Projet d'appui à la lutte contre le sida en Afrique de l'Ouest - SIDA-3, Volet 12000: Guinée. Rapport SSG, septembre 2006: Unité de santé internationale, Université de Montréal; 2006.
124. Kintin F, Soto J, Maiga MA, Pour le projet "Appui à la lutte contre le sida en Afrique de l'ouest" - Sida 3, Volet 9000 « Appui aux opérations du Burkina ». Enquête de prévalence des IST/VIH et des comportements sexuels chez les travailleuses du sexe et leurs partenaires masculins à Ouagadougou, Burkina Faso: Conseil national de lutte contre le sida et les IST (SP/CNLS-IST), Agence canadienne de développement international, Centre de coopération internationale en santé et développement (CCISD); 2004.

125. Kielem D, Guigui-Zoundi MT. Séroprévalence et pratiques à risques à l'infection par le VIH en milieu carcéral au Burkina Faso: cas de la MACO; 1998.
126. Comité ministériel de la lutte contre le sida de la Défense. Rapport Campagne de dépistage volontaire et gratuit 2006 du CMLS Défense; 2006.
127. Family Health International, École nationale de statistiques et d'économie appliquée. Behavioral Surveillance Survey on STD/HIV Related Behaviors in Côte d'Ivoire: FHI; 1998.
128. Federal Ministry of Health, National AIDS and STI Control Programme. National situation analysis of the health sector response to HIV & AIDS in Nigeria. Abuja; 2005.
129. Projet d'appui à la lutte contre le sida en Afrique de l'Ouest / SIDA-3. Rapport régional de surveillance de seconde génération. 2ème mesure, 2005-2006: CCISD, CHA, CHUS, Université de Montréal; 2006.
130. Lowndes CM, Alary M, Labbe AC, Gnintoungbe C, Belleau M, Mukenge L, et al. Interventions among male clients of female sex workers in Benin, West Africa: an essential component of targeted HIV preventive interventions. *Sex Transm Infect.* 2007;83:577-81.
131. Projet "Appui à la lutte contre le sida en Afrique de l'ouest" - Sida 3 Bénin. Rapport de la première enquête de SSG du VIH/SIDA/IST chez les TS et leurs clients au Bénin: Centre hospitalier *affilié* universitaire de Québec.
132. Programme national de lutte contre le sida, service de surveillance épidémiologique et de recherche. Rapport de surveillance de l'infection à VIH et de la syphilis au Bénin - Année 2005: République du Bénin, Ministère de la santé; Avril 2006.
133. Lowndes C, Alary M, Labbe AC, Gnintoungbe C, Belleau M, Mukenge L, et al. Male clients of female sex workers (FSW) in Cotonou, Benin (West Africa): Contribution to the HIV epidemic and effect of targeted interventions. ISSTD Conference. Ottawa, Canada; 2003.
134. Alary M, Lowndes C. The central role of clients of female sex workers in the dynamics of heterosexual HIV transmission in sub-Saharan Africa. *AIDS.* 2004;18:1-3.
135. Projet SIDA 3 Volet Bénin. Rapport final - Juillet 2001 à septembre 2006: Centre hospitalier *Affilié* universitaire de Québec (CHA), Hôpital du Saint-Sacrement; 2006.
136. Alary M, Lowndes CM, Guedeme A, Baganizi E, Meda H, Ndour M, et al. Scaling up preventive interventions for female sex workers in Benin: impact on HIV and STI prevalence. 17th Biennial Meeting of the ISSTD, July 29 - August 1st 2007, Seattle, USA. Abstract O-090; 2007.
137. Van Damme L, Ramjee G, Alary M, Vuylsteke B, Chandeying V, Rees H, et al. Effectiveness of COL-1492, a nonoxynol-9 vaginal gel, on HIV-1 transmission in female sex workers: a randomised controlled trial. *Lancet.* 2002;360:971-7.
138. Van Damme L, on behalf of The CS Phase III Study Team. CONRAD's Cellulose Sulfate HIV Prevention Trial. IAS Conference. Sydney, Australia; 2007.
139. Boily MC, Lowndes C, Alary M. The impact of HIV epidemic phases on the effectiveness of core group interventions: insights from mathematical models. *Sex Transm Infect.* 2002;78 (Suppl I):i78-90.
140. Programme national de lutte contre le SIDA et les IST (PNLS). Enquête de surveillance de deuxième génération des IST/VIH/SIDA au Bénin (ESDGB-2005) - Les travailleuses de sexe, les routiers/camionneurs, les élèves et étudiants non mariés de 15-24 ans, les adolescents et jeunes travailleurs non mariés de 15-24 ans - Tome 1 - Volet comportemental: République du Bénin, Ministère de la Santé; 2006.

141. Kodjogbé N, Mboup G, Tossou J, de Souza L, Gandaho T, Guédémé A, et al. Enquête démographique et de santé, République du Bénin 1996. Calverton, Maryland USA: Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique et Macro International Inc; 1997.
142. Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique (INSAE), ORC Macro. Enquête démographique et de santé au Bénin - 2001. Calverton, Maryland USA: Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique et ORC Macro; 2002.
143. Institut National de la Statistique et de la Démographie, Macro International Inc. Enquête démographique et de santé, Burkina Faso 1998-1999. Calverton, Maryland (USA): Macro International Inc; 2000.
144. Vandepitte J, Lyster R, Dallabetta G, Crabbe F, Alary M, Buve A. Estimates of the number of female sex workers in different regions of the world. *Sex Transm Infect.* 2006;82 (Suppl III):iii18-25.
145. República de Cabo Verde, Comité de Coordenação do Combate à Sida, Secretariado Executivo. Rapport de situation national à l'intention de l'UNGASS - Cap vert - Janvier 2006-Décembre 2007. Praia: CSS-SIDA.
146. United Nations General Assembly. Declaration of Commitment on HIV/AIDS. 2001 [Accessed 2008 10 July]; Available from: <http://www.unaids.org/en/AboutUNAIDS/Goals/UNGASS>
147. World Health Organization. The 3 by 5 Initiative. [Accessed 2008 10 July]; Available from: <http://www.who.int/3by5/en/>
148. UNAIDS. Towards universal access. [Accessed 2008 10 July]; Available from: <http://www.unaids.org/en/PolicyandPractice/TowardsUniversalAccess/default.asp>
149. United Nations. UN Millenium Development Goals. [Accessed 2008 10 July]; Available from: <http://www.un.org/millenniumgoals/>
150. The United States President Emergency Plan for AIDS Relief. About PEPFAR. [Accessed 2008 July 10]; Available from: <http://www.pepfar.gov/about>
151. World Bank. Multi-country HIV/AIDS Program. [Accessed 2008 10 July]; Available from: <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/AFRICAEXT/EXTAFRHEANUTPOP/EXTAFRREGTOPHIVAIDS/0,,contentMDK:20415735~menuPK:1001234~pagePK:34004173~piPK:34003707~theSitePK:717148,00.html>
152. UNAIDS. The Three Ones. [Accessed 2008 10 July]; Available from: <http://www.unaids.org/en/CountryResponse/MakingTheMoneyWork/ThreeOnes/>
153. Conseil national de lutte contre le sida et les infections sexuellement transmissibles (CNLS-IST), Secrétariat permanent. Cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA et les infections sexuellement transmissibles, 2006-2010: Présidence du Faso; 2005.
154. République du Niger. Cadre stratégique national (CSN) de lutte contre le VIH/SIDA 2008-2012; 2007.
155. Haut Conseil National de la lutte contre le VIH/SIDA. Cadre stratégique national (CSN) de lutte contre le VIH/SIDA, Volume 1, Cadre stratégique national 2006-2010. Version provisoire: République du Mali; 2006.
156. Comité national de lutte contre le sida du Bénin, Secrétariat permanent. Cadre stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA/IST, 2007-2011.
157. Comité national de lutte contre les IST/VIH/SIDA. Cadre stratégique national de lutte contre les IST/VIH/SIDA 2003-2007: République de Guinée; 2002.
158. National Action Committee on AIDS (NACA). HIV/AIDS National Strategic Framework for Action, 2005-2009. Abuja; 2005.

159. Ghana AIDS Commission. HIV/AIDS Strategic Framework 2006-2010. Accra: GAC; 2006.
160. Conseil National de Lutte contre le Sida (CNLS). Plan stratégique de lutte contre le sida, 2007-2011: République du Sénégal.
161. Conseil national de lutte contre le Sida, Secrétariat technique. Plan stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA 2006-2010: République de Côte d'Ivoire; 2006.
162. Conseil national de lutte contre le VIH/SIDA/IST (CNLS). Plan stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2007-2010.
163. UNAIDS-WHO. Epidemiological fact sheets on HIV/AIDS and sexually transmitted infections. Togo, 2006 Update; 2006.
164. UNAIDS. Epidemiological software and tools. [Accessed 2008 10 July]; Available from: [http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/Epidemiology/epi\\_software2007.asp](http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/Epidemiology/epi_software2007.asp)
165. Shepard DS, Zeng W, Neuman MJ, Rwiyereka AK, Avila-Figueroa C. Novel and alternative approaches to estimate global resource needs to HIV and AIDS. Geneva: UNAIDS; 2007.
166. UNAIDS. Costing Guidelines for HIV/AIDS Intervention Strategies. INPUT Software, GOALS Model and Resource Needs Model included: ADB - UNAIDS Study Series: Tool 1; 2004.
167. Ghana AIDS Commission. Scaling up, defining targets, and mobilizing resources for NSF-II. Accra: GAC; June 2006.
168. Ghana AIDS Commission. Impact of NSF-II. The Goals Model Ghana Application. Accra: GAC; 2006 November.
169. Ministère de la lutte contre le sida, République de Côte d'Ivoire. Plan stratégique national 2006-2010 de lutte contre le VIH/SIDA. Document des coûts et financements du PSN au 14/06/07; 2007.
170. Haut Conseil National de la lutte contre le VIH/SIDA. Cadre stratégique national (CSN) de lutte contre le VIH/SIDA. Volume 2. Annexes CSN 2006-2010.: République du Mali; 2006.
171. Niang CI, Tapsoba P, Weiss E, Diagne M, Niang Y, Moreau AM, et al. "It's raining stones": stigma, violence and HIV vulnerability among men who have sex with men in Dakar, Senegal. *Culture, Health & Sexuality*. 2003;5:499-512.
172. Ghana AIDS Commission. Annual Programme of Work (HIV & AIDS) 2007. Accra: GAC; 2007.
173. Comité national de lutte contre le VIH/SIDA IST, Secrétariat permanent. Point du financement du cadre stratégique national de lutte contre le sida 2007-2011. 2007.
174. Programme national de lutte contre le sida et les IST, BASP '96. Étude sur les pratiques de dépistage du VIH au Bénin, rapport final; 2006.
175. Steen R, Mogasale V, Wi T, Singh AK, Das A, Daly C, et al. Pursuing scale and quality in STI interventions with sex workers: initial results from Avahan India AIDS Initiative. *Sex Transm Inf*. 2006; 82:381-5.



Pour plus d'information, contacter :

**The Global HIV/AIDS Program**

World Bank Group

1818 H St. NW

Washington, DC 20433

Tel: +1 202 458 4946

Fax: +1 202 522 1252

[wbglobalHIVAIDS@worldbank.org](mailto:wbglobalHIVAIDS@worldbank.org)