

RAPPORT MONDIAL

RAPPORT ONUSIDA
SUR L'ÉPIDÉMIE MONDIALE DE SIDA | 2010

RAPPORT MONDIAL

**RAPPORT ONUSIDA
SUR L'ÉPIDÉMIE MONDIALE DE SIDA | 2010**

ZÉRO NOUVELLE INFECTION À VIH.

ZÉRO DISCRIMINATION.

ZÉRO DÉCÈS LIÉ AU SIDA.

TABLE DES MATIÈRES

04	AVANT-PROPOS
06	CHAPITRE 1 INTRODUCTION
16	CHAPITRE 2 LE POINT SUR L'ÉPIDÉMIE
62	CHAPITRE 3 PRÉVENTION DU VIH
94	CHAPITRE 4 TRAITEMENT DU VIH
120	CHAPITRE 5 DROITS DE L'HOMME ET ÉGALITÉ DES SEXES
144	CHAPITRE 6 INVESTIR DANS LA LUTTE CONTRE LE VIH
164	RÉFÉRENCES
178	ANNEXE 1 ESTIMATIONS ET DONNÉES VIH ET SIDA, 2009 ET 2001
208	ANNEXE 2 INDICATEURS DE PROGRÈS DES PAYS, 2004 À 2010

AVANT-PROPOS



Ebube Sylvia Taylor au Sommet de l'Organisation des Nations Unies de 2010 sur les objectifs du Millénaire pour le développement

« Aucun enfant ne devrait naître séropositif au VIH ; aucun enfant ne devrait se retrouver orphelin à cause du VIH ; aucun enfant ne devrait mourir parce qu'il ne peut pas avoir accès au traitement. » Voilà l'appel qu'a adressé Ebube Sylvia Taylor, 11 ans, née séronégative, aux leaders mondiaux rassemblés à New York pour discuter des progrès accomplis sur la voie de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement à l'horizon 2015.

Nous avons enrayer la propagation de l'épidémie et commencé à inverser la tendance actuelle. De moins en moins de personnes sont infectées par le VIH, et de moins en moins de personnes meurent du sida.

Nous pouvons être fiers de ces avancées et de ce que réserve notre avenir commun. Dans le cadre de la révolution de la prévention, des progrès décisifs se dessinent grâce aux essais d'un nouveau gel microbicide qui suscitent de l'espoir pour toute une génération de femmes en leur offrant la possibilité d'utiliser et de prendre en main leur capacité à enrayer la propagation du VIH. Des étapes décisives seront aussi franchies dans le domaine politique, puisque davantage de pays mettent un terme aux pratiques discriminatoires, sous la conduite des membres d'une nouvelle commission sur le droit. Enfin, le Traitement 2.0 est une percée qui pourrait sauver 10 millions de vie supplémentaires.

Nous ne sommes toutefois pas encore en mesure de crier victoire.

En 2009, la croissance des investissements dans la riposte au sida a ralenti pour la première fois. La demande dépasse l'offre. La stigmatisation, la discrimination et les mauvaises lois ne cessent de dresser des obstacles dans la vie des personnes vivant avec le VIH et de celles qui se trouvent en marge de la société.

Pour répondre à l'espoir d'Ebube, il nous faut briser la trajectoire de l'épidémie de sida en redoublant d'efforts afin que les pays atteignent leurs objectifs relatifs à l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en matière de VIH. Nous devons tirer parti de l'intégration accrue de la question du sida dans le domaine de la santé maternelle et infantile et dans l'ensemble des objectifs du Millénaire pour le développement.

Nous savons qu'il existe des solutions. Nous savons qu'il existe une volonté politique et sociale de changer les choses. Le véritable défi est d'accompagner l'action pour la mener à bonne fin. Il faut que cette nouvelle décennie – la quatrième – de l'histoire de l'épidémie nous oriente vers des programmes rentables, ciblés, et transposés à une plus grande échelle, qui visent à accélérer les progrès vers des résultats. Des résultats. Encore et toujours des résultats.



Michel Sidibé
Directeur exécutif de l'ONUSIDA
Secrétaire général adjoint des Nations Unies

CHAPITRE 1



INTRODUCTION

À l'aube de la quatrième décennie de l'épidémie de sida, le monde a passé un cap critique : il a enrayer la propagation de l'épidémie de VIH et commencé à inverser la tendance actuelle (cible 6A des objectifs du Millénaire pour le développement). Reste désormais à savoir si la riposte pourra rapidement prendre une nouvelle direction afin de concrétiser la vision de l'ONUSIDA – « Zéro nouvelle infection à VIH. Zéro discrimination. Zéro décès lié au sida. » –, par la voie de l'accès universel à des services efficaces de prévention, de traitement, de soins et d'appui en rapport avec le VIH.

Depuis 1999 – année où l'épidémie aurait atteint son maximum –, le nombre de nouvelles infections dans le monde a reculé de 19%. Sur les 15 millions (estimation) de personnes vivant avec le VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire qui ont aujourd'hui besoin d'un traitement, 5,2 millions y ont accès – ce qui se traduit par une baisse du nombre de décès liés au sida. Près de 30 ans après la survenue de cette épidémie très complexe, les quelque 33,3 millions de personnes qui vivent avec le VIH bénéficient d'avancées certes bien réelles, mais encore fragiles. Les progrès futurs dépendront largement des efforts conjoints qui seront déployés par l'ensemble des acteurs de la riposte au VIH.

Dans une période de restrictions financières, il est plus important que jamais de réaliser de bons investissements. Les raisons d'encourager une augmentation des investissements dans la riposte au VIH n'ont jamais été plus évidentes, plus convaincantes. Des nouvelles données provenant de 182 pays, ainsi que des informations détaillées fournies par la société civile et d'autres sources, indiquent clairement que des progrès constants sont accomplis sur la voie de la réalisation de l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en matière de VIH. La prévention porte ses fruits. Le traitement est efficace.

Des données de plus en plus nombreuses montrent nettement que les investissements dans la riposte au VIH entraînent une réduction manifeste de la discrimination et de la stigmatisation, facilitent l'accès aux informations et aux services visant à réduire le risque d'infection, et permettent la fourniture du traitement, des soins et de l'appui nécessaires pour allonger et améliorer l'existence des personnes vivant avec le VIH.

» Plus de 5 millions de personnes sous traitement

En 2009, 1,2 million de personnes ont bénéficié d'un traitement antirétroviral contre le VIH pour la première fois – ce qui a entraîné une augmentation de 30% de la proportion des personnes sous traitement en une seule année. Globalement, le nombre de personnes sous traitement a été multiplié par 13, pour passer à 5,25 millions, depuis 2004. L'élargissement de l'accès au traitement a permis de faire reculer de 19% le nombre de décès chez les personnes vivant avec le VIH entre 2004 et 2009. Mais ne crions pas victoire trop vite : 10 millions de personnes vivant avec le VIH qui remplissent les conditions requises pour recevoir un traitement selon les directives de l'OMS n'en bénéficient toujours pas.

Des efforts sont actuellement déployés pour développer le Traitement 2.0, une nouvelle approche qui vise à simplifier la procédure actuelle de fourniture des traitements contre le VIH et à élargir l'accès à des médicaments salvateurs. En associant différentes actions, cette approche pourrait permettre de diminuer les coûts liés aux traitements, de simplifier et d'améliorer les posologies thérapeutiques, d'atténuer la charge pesant sur les systèmes de santé, et d'améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH et de leur famille. Les modélisations indiquent que, grâce au Traitement 2.0, il serait possible d'éviter 10 millions de décès supplémentaires à l'horizon 2025 par rapport aux approches existantes en matière de traitement.

En outre, la nouvelle plateforme peut entraîner une réduction allant jusqu'à un million chaque année du nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH, si les pays fournissent un traitement antirétroviral à toutes les personnes qui en ont besoin, suivant les directives révisées de l'OMS en matière de traitement.

La prévention du VIH porte ses fruits : les nouvelles infections à VIH sont en baisse dans bon nombre des pays les plus touchés par l'épidémie de VIH

Dans 33 pays, l'incidence du VIH a diminué de plus de 25% entre 2001 et 2009. Parmi ces pays, 22 se trouvent en Afrique subsaharienne. Dans cette région, les épidémies les plus importantes – Afrique du Sud, Éthiopie, Nigéria, Zambie et Zimbabwe – se sont stabilisées ou montrent des signes de régression.

Plusieurs régions et pays échappent à la tendance générale. Dans sept pays – dont cinq se trouvent en Europe orientale et Asie centrale – l'incidence du VIH a augmenté de plus de 25% entre 2001 et 2009.

Ces chiffres sont la preuve qu'un changement positif de comportement peut modifier le cours de l'épidémie. À l'inverse, la stigmatisation et la discrimination, le manque d'accès aux services et les mauvaises lois sont susceptibles de l'aggraver. Dans les deux cas, les effets sont souvent marquants.

Dans 15 des pays les plus sévèrement touchés, la prévalence du VIH chez les jeunes a reculé de plus de 25%, du fait qu'ils adoptent des pratiques sexuelles à moindre risque. Comme pour l'accès au traitement, il est possible de réaliser davantage de progrès dans ce domaine. Les jeunes ont de plus en plus de connaissances sur le VIH, mais il faut encore les accroître.

La quasi-élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant est possible

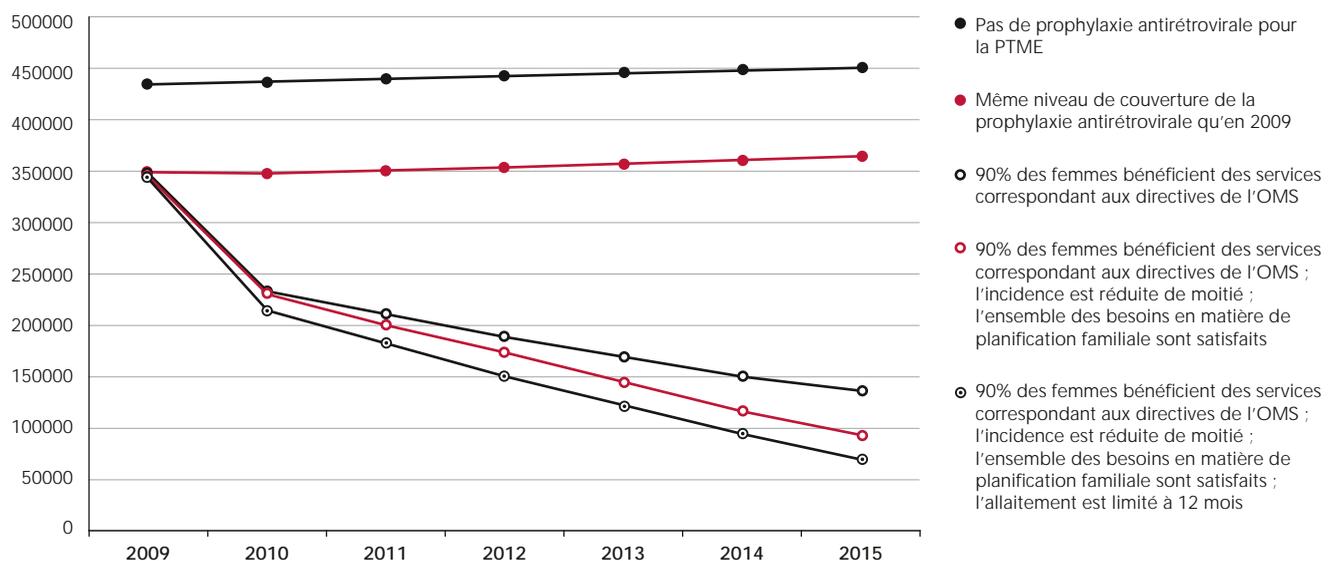
On estime qu'en 2009, 370 000 enfants (entre 220 000 et 520 000) ont contracté le VIH durant la période périnatale et la période d'allaitement, alors que ce nombre était de 500 000 (entre 320 000 et 670 000) en 2001.

Figure 1.1

La quasi-élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant est possible

Estimations du nombre de nouvelles infections à VIH chez les enfants de 0 à 14 ans : différents scénarios pour 25 pays.

Source : Mahy M., Stover J., Kiragu K., et al. « What will it take to achieve virtual elimination of mother-to-child transmission of HIV? An assessment of current progress and future needs. », *Sex Transm Infect (Suppl.)*, 2010



En dépit de cette réduction significative, le VIH continue de peser lourdement sur la mortalité maternelle et post-infantile dans certains pays. Néanmoins, la transmission du VIH aux nourrissons a été considérablement réduite en Afrique du Sud, où une couverture de plus de 90% du traitement préventif contre la transmission mère-enfant a pu être obtenue. Cela étant, dans nombre de communautés, pays et régions du monde, l'accès aux services destinés à mettre un terme à la transmission verticale doit être élargi.

10 M

Grâce au Traitement 2.0, il serait possible d'éviter 10 millions de décès supplémentaires à l'horizon 2025.

>50%

Un peu plus de la moitié de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH sont des femmes et des filles.

En 2009, l'ONUSIDA a lancé un appel en faveur de l'élimination quasi totale de la transmission du VIH de la mère à l'enfant à l'horizon 2015 (Figure 1.1). Dans les 10 pays les plus sévèrement touchés, c'est un objectif réaliste, qui peut être atteint au moyen d'une intensification des actions visant à mettre en place des stratégies éprouvées dans ce domaine.

Les femmes et les filles ont besoin d'un appui

Un peu plus de la moitié de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH sont des femmes et des filles. En Afrique subsaharienne, les femmes vivant avec le VIH sont plus nombreuses que les hommes vivant avec le VIH, et les jeunes femmes de 15 à 24 ans sont jusqu'à huit fois plus susceptibles d'être infectées par le VIH que les hommes. Protéger les femmes et les filles contre le VIH implique de les protéger contre la violence sexiste et de faire en sorte qu'elles soient financièrement indépendantes des hommes plus âgés.

Les droits de l'homme s'inscrivent de plus en plus dans les stratégies nationales

Les droits de l'homme ne sont plus considérés comme un épiphénomène par rapport à la riposte au sida. Aujourd'hui, la grande majorité des pays (89%) font une place explicite aux droits de l'homme dans leur stratégie nationale de lutte contre le sida, et 92% des pays déclarent disposer de programmes visant à réduire la stigmatisation et la discrimination liées au VIH.

Toutefois, parallèlement, la criminalisation dont font l'objet les personnes vivant avec le VIH met toujours à rude épreuve la riposte au sida. Plus de 80 pays dans le monde disposent de lois contre les comportements homosexuels, et la libre circulation des personnes vivant avec le VIH est soumise à des restrictions dans 51 pays, territoires et zones. Non seulement ces lois sont iniques et discriminatoires, mais elles poussent également les personnes concernées à agir de façon cachée et entravent les efforts déployés pour élargir l'accès aux services salvateurs de prévention, de traitement, de soins et d'appui en rapport avec le VIH.

Le financement de la riposte est une responsabilité commune

Les pays présentant une lourde charge du VIH assument de plus en plus leurs responsabilités liées au financement de la riposte, dans la mesure de leurs moyens. Aujourd'hui, les dépenses intérieures constituent la plus grande source de financement de la riposte au VIH dans le monde ; dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, elles représentent 52% des fonds attribués à la riposte. Afin d'améliorer le financement de la riposte mondiale, il faudra déployer des efforts permanents pour mobiliser les ressources intérieures dans les pays qui semblent ne pas investir suffisamment, augmenter la rentabilité de l'utilisation des fonds attribués aux programmes VIH et autres programmes connexes de santé et de développement, et accroître l'aide extérieure dans un contexte mondial où les ressources sont limitées.

Figure 1.2

Millennium Development Goal 6 indicators

Moyennes corrigées en fonction de la population concernant les indicateurs relatifs à la cible 6A des objectifs du Millénaire pour le développement (« Avoir enrayer la propagation du VIH/sida et commencé à inverser la tendance actuelle »), 1999-2003 et 2004-2009.

Source : Programme d'enquêtes démographiques et sanitaires et Statistiques démographiques de l'ONU

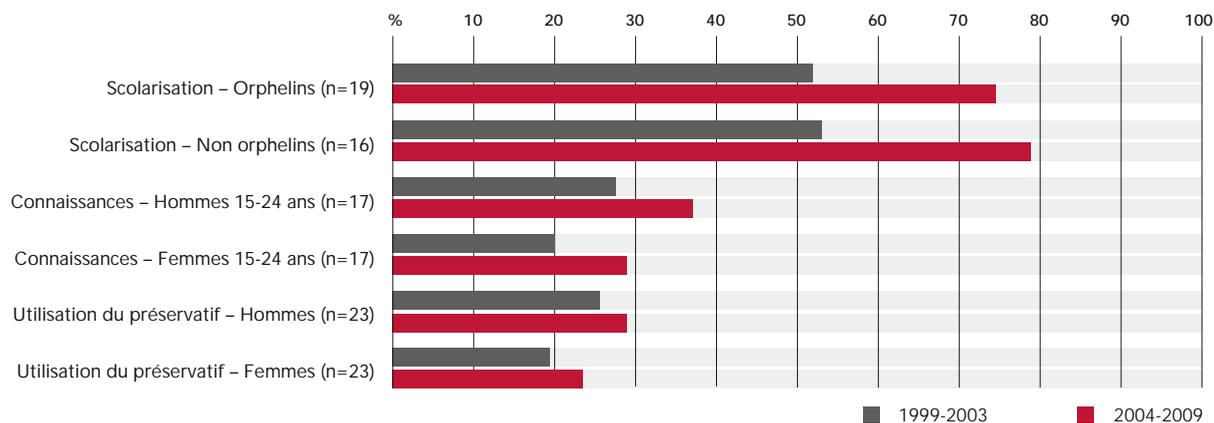
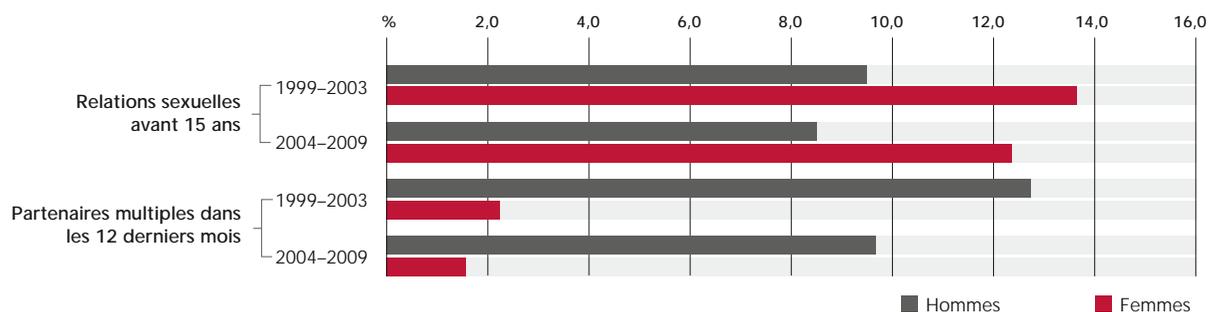


Figure 1.3

Les jeunes et les risques en matière de sexualité

Personnes de 15 à 25 ans ayant eu des relations sexuelles avant l'âge de 15 ans et des partenaires multiples dans les 12 derniers mois.

Source : Programme d'enquêtes démographiques et sanitaires et Statistiques démographiques de l'ONU



Des progrès fragiles

En dépit des énormes progrès accomplis par rapport à un certain nombre d'indicateurs à l'échelle mondiale, de nombreux pays ne parviendront pas à réaliser l'objectif 6 du Millénaire pour le développement, qui a notamment pour cible : « Avoir enrayé la propagation du VIH/sida et commencé à inverser la tendance actuelle » (Figure 1.2 et Figure 1.3).

Le fait que plus de 5 millions de personnes bénéficient aujourd'hui d'un traitement est une avancée majeure en matière de santé publique. Toutefois, d'après les directives de l'OMS publiées début 2010, ce chiffre ne représente toujours que 35% des personnes ayant besoin d'une thérapie contre le VIH. Afin de fournir un traitement à deux tiers des personnes qui n'en bénéficient pas encore et de financer cet élargissement, il faudra que le monde entier renforce et conserve sa volonté d'offrir à tous une prise en charge de qualité du VIH.

« BIEN DES PERSONNES NE SONT TOUJOURS PAS EN MESURE DE SE PROCURER FACILEMENT DES PRÉSERVATIFS ET DES LUBRIFIANTS. QUANT AUX CONSOMMATEURS DE DROGUES INJECTABLES, ILS N'ONT PAS SUFFISAMMENT ACCÈS À DES AIGUILLES STÉRILES. »

Les jeunes de 15 à 24 ans – souvent les personnes les plus exposées au risque d'infection – ont de plus en plus de connaissances sur l'épidémie et les techniques de prévention de l'infection à VIH. Dans six pays, le taux d'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque est supérieur à 80% parmi les hommes ; s'agissant des femmes, ce taux élevé a été atteint dans deux pays (voir Feuille de résultats concernant la prévention du VIH).

Les jeunes manquent pourtant toujours de connaissances et – fait important – ne disposent souvent pas des outils nécessaires pour avoir recours à des stratégies de réduction des risques. Bien des personnes ne sont toujours pas en mesure de se procurer facilement des préservatifs et des lubrifiants. Quant aux consommateurs de drogues injectables, ils n'ont pas suffisamment accès à des aiguilles stériles.

Une vision nouvelle

Afin de concrétiser la vision « Zéro nouvelle infection » de l'ONUSIDA, il faudra étudier de façon approfondie les structures sociétales, les croyances et les systèmes de valeurs qui nuisent à l'efficacité des efforts de prévention du VIH. La pauvreté, les inégalités entre les sexes, les inégalités au sein des systèmes de santé et éducatifs, la discrimination à l'encontre des personnes marginalisées et la répartition inégale des ressources sont autant d'obstacles à la riposte au VIH et, dans bien des cas, en freinent la progression.

Dans un monde qui a dû apprendre à vivre, au long de trois décennies, avec une épidémie en évolution et en apparence impossible à éradiquer, la vision de l'ONUSIDA – « Zéro nouvelle infection à VIH. Zéro discrimination. Zéro décès lié au sida. » – pose un défi. Mais celui-ci peut être relevé. Il est possible de lutter contre les ravages du VIH dans les vies humaines, en exploitant les connaissances et les ressources disponibles à l'heure actuelle. Il faut que les spécialistes de la planification, les administrateurs de programmes et les personnes chargées de l'exécution des programmes déploient des efforts de longue haleine et ciblés pour mettre en pratique les connaissances sociales et scientifiques les plus fiables dont on dispose. En matière d'amélioration des programmes, on obtient de bons résultats en utilisant les connaissances les plus récentes et les meilleures pratiques relatives à la fourniture de services efficaces de prévention, de traitement et de soins aux personnes qui en ont besoin ou qui sont exposées au risque.

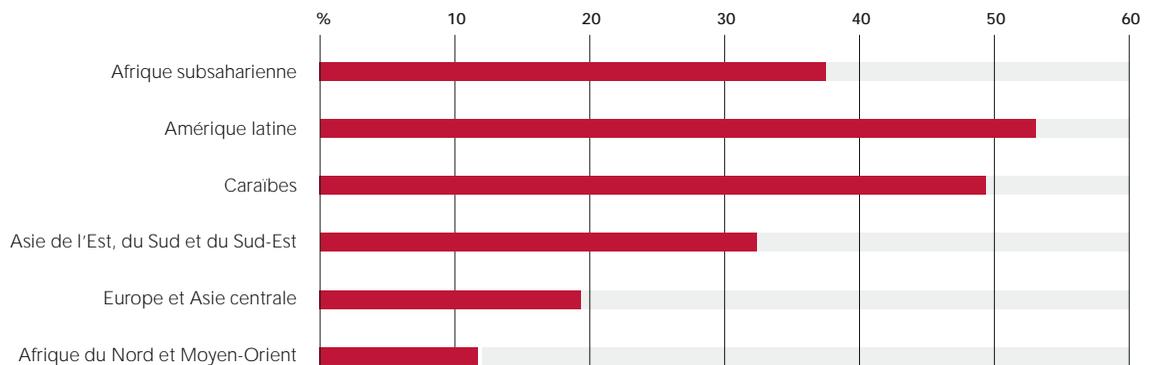
La formation de coalitions sociales visant à réduire la vulnérabilité à l'infection à VIH permet d'assurer l'appui des individus et de renforcer les communautés. Préserver la santé des mères et des nourrissons et optimiser l'alimentation des nourrissons sont des éléments essentiels pour l'épanouissement des générations

Figure 1.4

Couverture du traitement dans les pays à revenu faible ou intermédiaire

Moyennes corrigées en fonction de la population concernant la couverture du traitement dans les pays à revenu faible ou intermédiaire par région en 2009, d'après les directives de l'OMS 2010 : cible 6B des objectifs du Millénaire pour le développement (« D'ici 2010, assurer à tous ceux qui en ont besoin l'accès aux traitements contre le VIH/sida »). En raison d'un manque de données, aucun chiffre ne figure ici pour l'Amérique du Nord.

Source : *Vers un accès universel, OMS, 2010*



futures. Investir dans les systèmes de soins de santé et d'appui social, œuvrer pour l'élimination de la violence à l'encontre des femmes et des filles et pour l'égalité des sexes, et s'employer à mettre un terme à la stigmatisation et à la discrimination dont sont victimes les personnes vivant avec le VIH et les membres d'autres groupes marginalisés sont autant d'actions qui permettent de créer des contextes sociaux efficaces contre la propagation du VIH et propices au bien-être mental et physique de tous. De plus, la riposte au VIH peut apporter une contribution déterminante à la santé mondiale si les services VIH prennent en charge d'autres questions sanitaires et sociales et si des rapprochements appropriés sont établis entre différents secteurs.

Les objectifs du Millénaire pour le développement sont inextricablement liés. Peu d'entre eux ont des chances d'être atteints si des progrès significatifs ne sont pas accomplis dans le cadre de la réalisation de l'objectif 6, axé sur le VIH. De même, sans une mise en harmonie de l'ensemble de ces objectifs et des progrès notables sur la voie de la réalisation de la majorité d'entre eux, il est fort probable que l'objectif 6 ne puisse pas être atteint.

La riposte mondiale au sida vise depuis toujours à mettre un terme aux infections, à sauver des vies et à améliorer l'existence des personnes vivant avec le VIH. Les réussites et les difficultés persistantes décrites dans le présent rapport devraient servir de catalyseurs pour une action à long terme. ■

FEUILLES DE RÉSULTATS DE LA RIPOSTE AU SIDA

L'ONUSIDA publie pour la première fois des feuilles de résultats offrant une vue d'ensemble des progrès accomplis par les États Membres de l'Organisation des Nations Unies dans la cadre de la riposte mondiale au sida. Cinq feuilles de résultats sur (1) l'incidence du VIH, (2) la prévention, (3) le traitement, les soins et l'appui, (4) les droits de l'homme et l'égalité des sexes, et (5) les investissements présentent, à la fin du chapitre concerné, les données nationales supérieures pour les indicateurs clés. Elles donnent un aperçu des réussites, des échecs et des obstacles sur la voie de la réalisation de l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en matière de VIH. Les lecteurs qui souhaitent des informations plus détaillées trouveront, dans les annexes, une présentation tabulaire exhaustive de l'ensemble des données disponibles relatives à chacun des indicateurs utilisés pour le suivi international des ripostes nationales au VIH.

LE POINT SUR L'ÉPIDÉMIE

» LA CROISSANCE GLOBALE DE L'ÉPIDÉMIE MONDIALE DE SIDA SEMBLE S'ÊTRE STABILISÉE. LE NOMBRE ANNUEL DE NOUVELLES INFECTIONS À VIH RECULE RÉGULIÈREMENT DEPUIS LA FIN DES ANNÉES 1990 ET L'ON NOTE UNE DIMINUTION DU NOMBRE DE DÉCÈS LIÉS AU SIDA GRÂCE À UN ÉLARGISSEMENT ET À UNE INTENSIFICATION SIGNIFICATIFS DE L'ACCÈS AU TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL AU COURS DES DERNIÈRES ANNÉES. BIEN QUE LE NOMBRE DES NOUVELLES INFECTIONS AIT DIMINUÉ, LEURS NIVEAUX GÉNÉRAUX DEMEURENT ÉLEVÉS ET LE NOMBRE DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH A AUGMENTÉ DANS LE MONDE DU FAIT DE LA RÉDUCTION SIGNIFICATIVE DE LA MORTALITÉ.

Diminution du nombre de nouvelles infections à VIH

En 2009, on estimait à 2,6 millions [2,3 millions–2,8 millions] le nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH. Ce chiffre est inférieur de près d'un cinquième (19 %) au nombre de personnes nouvellement infectées en 1999 de 3,1 millions [2,9 millions–3,4 millions] et de plus d'un cinquième (21 %) au nombre estimé de personnes infectées de 3,2 millions [3,0 millions–3,5 millions] en 1997, année où le nombre de nouvelles infections a atteint son pic (Figure 2.1).

Dans 33 pays (dont 22 sont en Afrique subsaharienne), l'incidence du VIH a diminué de plus de 25 % entre 2001 et 2009 (Figure. 2.2). En Afrique subsaharienne, où l'on continue d'enregistrer la majeure partie des nouvelles infections, on estime à 1,8 million [1,6 million–2,0 millions] le nombre de personnes contaminées en 2009, ce qui est beaucoup moins que le nombre estimé de 2,2 millions [1,9 million–2,4 millions] de personnes nouvellement infectées par le VIH en Afrique subsaharienne en 2001. Cette tendance traduit la combinaison de différents facteurs, notamment l'impact des efforts de prévention et l'évolution naturelle des épidémies de VIH.

Figure 2.1
Nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH

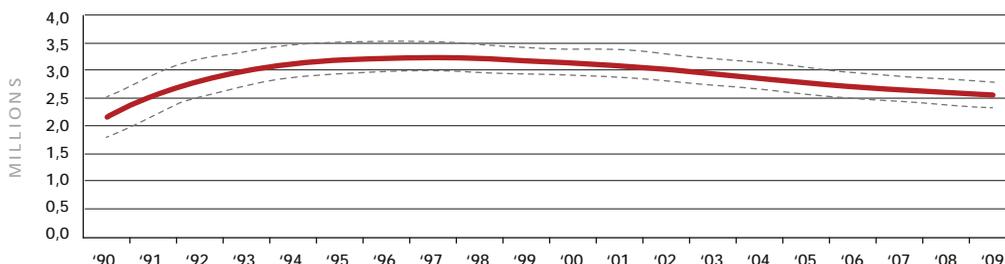
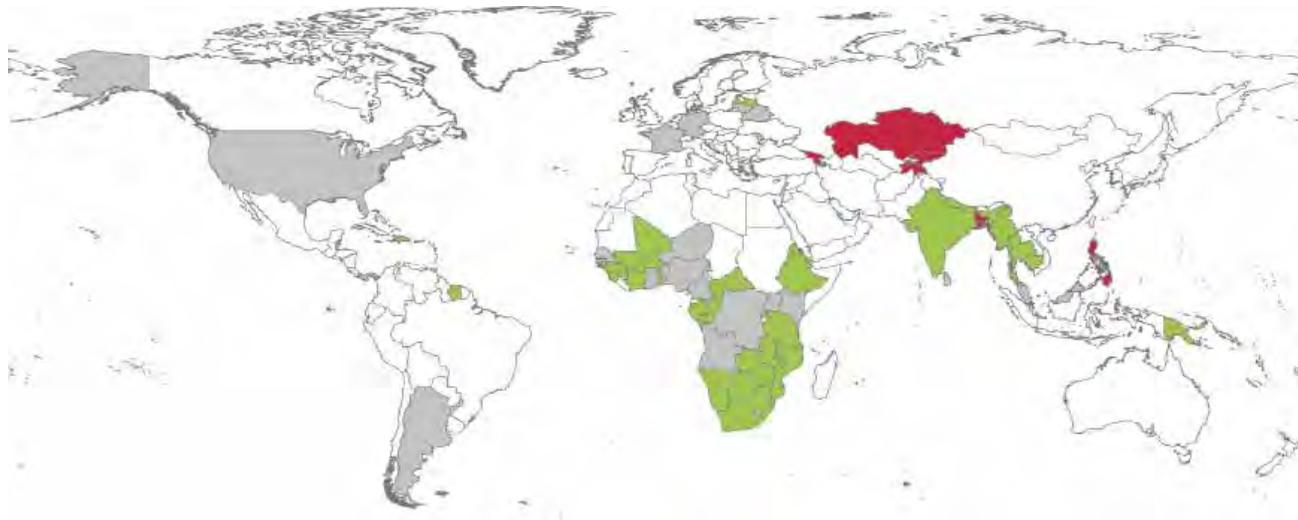


Figure 2.2

Variations du taux d'incidence de l'infection à VIH, 2001 à 2009, pays sélectionnés

Source : ONUSIDA



- Incidence en augmentation >25%
- Incidence stable
- Incidence en diminution >25%
- Non inclus dans l'analyse

En l'absence d'épreuve diagnostique fiable pouvant mesurer directement le nombre de nouvelles infections à VIH au sein d'une population donnée, les estimations de l'incidence du VIH ont été obtenues par modélisation. La carte présente 60 pays pour lesquels des estimations fiables du nombre de nouvelles infections à VIH au cours du temps ont été obtenues dans le cadre du cycle 2010 des estimations par pays élaborées à l'aide des outils EPP/Spectrum, et 3 pays pour lesquels on disposait de documents évalués par des pairs contenant des données sur les tendances de l'incidence. Les méthodes EPP/Spectrum permettent d'estimer des tendances de l'incidence du VIH à partir de la prévalence du VIH au cours du temps en combinaison avec le niveau fluctuant du traitement antirétroviral. Les critères d'inclusion des pays dans cette analyse étaient les suivants : des fichiers EPP étaient disponibles et les tendances dans l'EPP n'étaient pas tirées d'estimations de prévalence de Workbook ; des données de prévalence étaient disponibles jusqu'à 2007 au moins ; il y avait au moins quatre dates entre 2001 et 2009 pour lesquelles des données de prévalence étaient disponibles pour les épidémies concentrées et au moins trois dates sur la même période pour les épidémies généralisées ; pour la majorité des courbes épidémiques d'un pays donné, l'EPP n'a pas produit d'augmentation artificielle de la prévalence du VIH ces dernières années en raison de la rareté des données de prévalence ; les données étaient représentatives du pays ; la tendance de l'incidence tirée du modèle EPP/Spectrum n'était pas en contradiction avec la tendance décrite dans les rapports de cas de nouveaux diagnostics du VIH ; et la tendance de l'incidence tirée du modèle EPP/Spectrum n'était pas en contradiction avec les tendances d'incidence modélisées à partir de la prévalence par âge calculée dans les enquêtes nationales. Pour certains pays où l'épidémie complexe implique de multiples groupes de population ayant différents comportements à risque, et où il existe des disparités géographiques – comme le Brésil, la Chine et la Fédération de Russie –, il s'agit d'une évaluation très complexe, qui n'a pas pu être finalisée dans le cadre du cycle 2010 des estimations. L'ONUSIDA continuera de collaborer avec les pays et les partenaires pour améliorer la qualité des informations disponibles et des méthodes de modélisation afin d'inclure les données relatives à l'incidence du VIH pour d'autres pays dans de futurs rapports.

Plusieurs régions et pays se distinguent de la tendance globale. Dans 7 pays, l'incidence du VIH a augmenté de plus de 25 % entre 2001 et 2009. En Europe occidentale, centrale et orientale, en Asie centrale et en Amérique du Nord, les chiffres des nouvelles infections annuelles ont été stables sur les cinq dernières années au moins. On note cependant une multiplication des signes indiquant une reprise des infections à VIH dans plusieurs pays à revenu élevé parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. En Europe orientale et en Asie centrale, on enregistre toujours des taux élevés de transmission du VIH parmi les réseaux de personnes qui consomment des drogues injectables et leurs partenaires sexuels.

Les jeunes conduisent une révolution de la prévention du VIH

Une étude récente portant sur les jeunes fournit de nouvelles preuves de la diminution de l'incidence et de l'adoption de comportements sexuels plus sûrs (Tableau 2.1). Sept pays ont enregistré un recul statistiquement significatif de 25 % ou plus de la prévalence du VIH (pourcentage de personnes vivant avec le virus) en 2008 parmi les jeunes femmes enceintes fréquentant des dispensaires prénatals.

Note concernant les Figures :
Les lignes en pointillé représentent des fourchettes ; les lignes pleines représentent les meilleures estimations.

Tableau 2.1

Prévalence du VIH et comportements

Tendances de la prévalence du VIH et des comportements parmi les jeunes dans les pays les plus durement touchés par le VIH.

Source : ONUSIDA

	PÉRIODE	Tendance de la prévalence parmi les personnes bénéficiant de soins prénatals		Enquêtes réalisées sur la prévalence nationale du VIH	Tendance de la prévalence du VIH tirée d'enquêtes nationales		Pourcentage de personnes ayant eu des rapports sexuels à l'âge de 15 ans		Pourcentage de personnes ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire dans le passé		Pourcentage de personnes ayant eu plus d'un partenaire et n'ayant pas utilisé de préservatif lors du dernier rapport sexuel	
		ZONE URBAINE	ZONE RURALE		F	H	F	H	F	H	F	H
		ANNÉES										
Angola	2004-2007		↑									
Bahamas	2000-2008	↓										
Belize	ND											
Botswana	2001-2006	Ⓣ	Ⓣ	2004, 2008	Ⓣ	Ⓣ						
Burundi	2000-2007	↓	↑	2002, 2007	↓	↑	↑					
Cameroun	ND						Ⓣ	Ⓣ	Ⓣ	Ⓣ	Ⓣ	Ⓣ
République centrafricaine	DI						↑	↓				
Tchad	DI						↓	↑	↓	Ⓣ	↑	↓
Congo	ND											
Côte d'Ivoire	2000-2008	Ⓣ	Ⓣ				Ⓣ	↑	Ⓣ	Ⓣ	Ⓣ	↓
Djibouti	DI											
Éthiopie	2001-2005	Ⓣ	↓				Ⓣ	Ⓣ	Ⓣ	Ⓣ		↑
Gabon	DI											
Guyana	ND											
Haïti	2000-2007	↓	↑				↑	↑	↑	↓	↑	Ⓣ
Kenya	2000-2005	Ⓣ	Ⓣ	2003, 2007	↓	↑	↔	↓	Ⓣ	Ⓣ	↑	Ⓣ
Lesotho	2003-2007	↓	↓									
Malawi	1999-2007	Ⓣ	↑				Ⓣ	Ⓣ	↑	Ⓣ	↔	↓
Mozambique	2001-2007	↔					↓	↑				
Namibie	2002-2008	Ⓣ	Ⓣ				↔	↓	↔	↓	Ⓣ	↓
Nigéria	2003-2008	↓	↓				Ⓣ	↓				
Rwanda	2002-2007	↓	↓				↑	↑	↔	↓		
Afrique du Sud	2000-2007	↔		2002, 2005, 2007		Ⓣ			↓	↑		
Suriname	ND											
Swaziland	2002-2008	↓	↔									
Togo	2004-2007	↑	↑									
Ouganda	2003-2008	↑	↑				Ⓣ	↓	↑	↔	Ⓣ	Ⓣ
République-Unie de Tanzanie	2002-2006	↓	↓	2003, 2004, 2007	↓	Ⓣ	↓	Ⓣ	Ⓣ	Ⓣ	Ⓣ	Ⓣ
Zambie	2002-2006	↓	↓	2002, 2007	Ⓣ	↑	Ⓣ	Ⓣ	Ⓣ	Ⓣ	Ⓣ	↓
Zimbabwe	2000-2006	Ⓣ	Ⓣ	2002, 2006	Ⓣ	↓	↓	Ⓣ	Ⓣ	Ⓣ	↔	↔

NOTES: ND=non disponible DI=données insuffisantes H=Homme F= Femme

↑ Tendances en hausse ↓ Tendances en baisse ↔ Aucun signe de changement ○ La tendance baissière est statistiquement significative

Cinq pays – le Botswana, l’Afrique du Sud, la République-Unie de Tanzanie, la Zambie et le Zimbabwe – ont enregistré une réduction significative de la prévalence du VIH parmi les jeunes femmes ou les jeunes hommes dans les enquêtes nationales. Les comportements sexuels ont évolué dans la plupart des pays. Dans 8 pays affichant un recul substantiel de la prévalence du VIH, le comportement sexuel des hommes ou des femmes a aussi changé de manière importante.

Recul des nouvelles infections parmi les enfants

L’accès aux services de prévention de la transmission mère-enfant du VIH ayant été élargi, le nombre total d’enfants nés porteurs du virus a diminué. On estime à 370 000 [230 000–510 000] le nombre d’enfants nouvellement infectés par le VIH en 2009, ce qui correspond à une chute de 24 % en cinq ans.

Diminution du nombre de décès liés au sida

Le nombre de décès annuels liés au sida diminue régulièrement à travers le monde d’un pic de 2,1 millions [1,9 million–2,3 millions] en 2004 à un chiffre estimé de 1,8 million [1,6 million–2,1 millions] en 2009 (Figure 2.3). Cette baisse traduit la disponibilité accrue des traitements antirétroviraux ainsi que des soins et de l’appui pour les personnes vivant avec le VIH, notamment dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Elle résulte aussi d’une diminution de l’incidence depuis la fin des années 1990.

Les effets du traitement antirétroviral sont particulièrement visibles en Afrique subsaharienne où l’on estime qu’il y a eu 320 000 (soit 20 %) décès de moins liés au sida en 2009 qu’en 2004 (année où un élargissement spectaculaire de la fourniture du traitement antirétroviral a été mis en œuvre) (Figure 2.5).

La mortalité liée au sida a commencé à diminuer en 2005 en Afrique subsaharienne et dans les Caraïbes. Différentes spécificités sont apparues dans d’autres régions. En Amérique du Nord et en Europe occidentale et centrale, le nombre des décès liés au sida s’est mis à diminuer peu après l’introduction du traitement antirétroviral en 1996. En Asie et en Amérique centrale et du Sud, le nombre de décès s’est stabilisé, mais aucun signe n’indique pour l’heure qu’il diminue. Les décès continuent d’augmenter en Europe orientale.

Au niveau mondial, le nombre de décès parmi les enfants de moins de 15 ans diminue également. Les 260 000 [150 000–360 000] enfants (estimation) décédés de maladies liées au sida en 2009 étaient moins nombreux de 19 % que les 320 000 [210 000–430 000] enfants (estimation) décédés en 2004. Cette tendance reflète le développement régulier des services de prévention de la transmission du VIH aux nourrissons et un élargissement (toutefois lent) de l’accès aux traitements pédiatriques.

19%

Proportion estimative de la baisse de décès liés au sida parmi les enfants à l’échelle mondiale entre 2004 et 2009.

Tableau 2.2

Statistiques régionales VIH et sida, 2001 et 2009

Chiffres régionaux relatifs aux adultes et aux enfants nouvellement infectés et vivant avec le VIH, et aux décès liés au sida.

Source : ONUSIDA

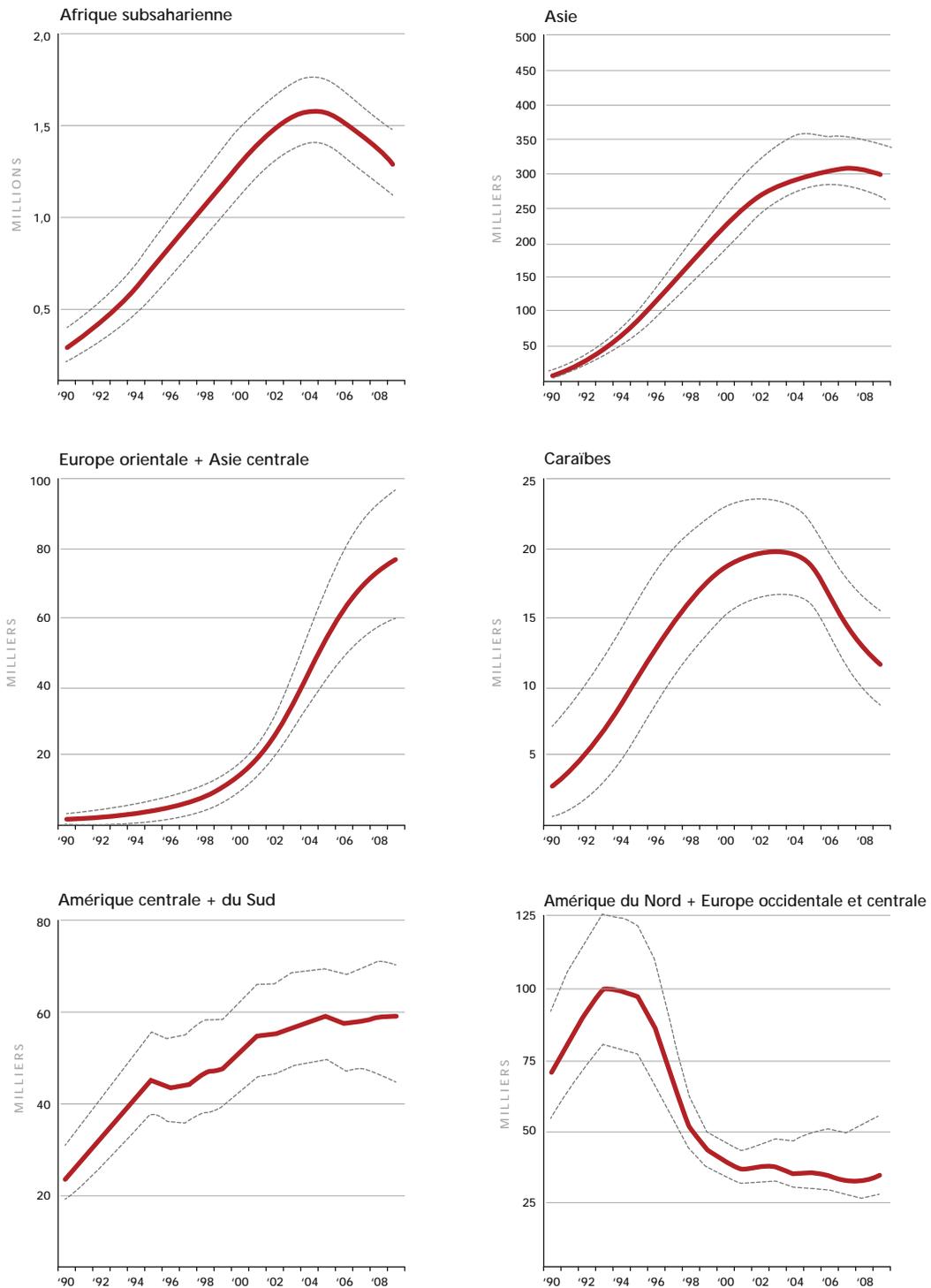
		Adultes et enfants vivant avec le VIH	Adultes et enfants nouvellement infectés par le VIH	% de prévalence parmi les adultes (15-49 ans)	Décès d'adultes et d'enfants liés au sida
AFRIQUE SUBSAHARIENNE	2009	22,5 millions [20,9–24,2 millions]	1,8 million [1,6–2,0 millions]	5,0 [4,7–5,2]	1,3 million [1,1–1,5 million]
	2001	20,3 millions [18,9–21,7 millions]	2,2 millions [1,9–2,4 millions]	5,9 [5,6–6,1]	1,4 million [1,2–1,6 million]
MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD	2009	460 000 [400 000–530 000]	75 000 [61 000–92 000]	0,2 [0,2–0,3]	24 000 [20 000–27 000]
	2001	180 000 [150 000–210 000]	36 000 [32 000–42 000]	0,1 [0,1–0,1]	8300 [6300–11 000]
ASIE DU SUD ET DU SUD-EST	2009	4,1 millions [3,7–4,6 millions]	270 000 [240 000–320 000]	0,3 [0,3–0,3]	260 000 [230 000–300 000]
	2001	3,8 millions [3,5–4,2 millions]	380 000 [350 000–430 000]	0,4 [0,3–0,4]	230 000 [210 000–280 000]
ASIE DE L'EST	2009	770 000 [560 000–1,0 million]	82 000 [48 000–140 000]	0,1 [0,1–0,1]	36 000 [25 000–50 000]
	2001	350 000 [250 000–480 000]	64 000 [47 000–88 000]	<0,1 [<0,1–<0,1]	15 000 [9400–28 000]
OCÉANIE	2009	57 000 [50 000–64 000]	4500 [3400–6000]	0,3 [0,2–0,3]	1400 [<1000–2400]
	2001	29 000 [23 000–35 000]	4700 [3800–5600]	0,2 [0,1–0,2]	<1000 [<500–1100]
AMÉRIQUE CENTRALE ET DU SUD	2009	1,4 million [1,2–1,6 million]	92 000 [70 000–120 000]	0,5 [0,4–0,6]	58 000 [43 000–70 000]
	2001	1,1 million [1,0–1,3 million]	99 000 [85 000–120 000]	0,5 [0,4–0,5]	53 000 [44 000–65 000]

		Adultes et enfants vivant avec le VIH	Adultes et enfants nouvellement infectés par le VIH	% de prévalence parmi les adultes (15-49 ans)	Décès d'adultes et d'enfants liés au sida
CARAÏBES	2009	240 000 [220 000–270 000]	17 000 [13 000–21 000]	1,0 [0,9–1,1]	12 000 [8500–15 000]
	2001	240 000 [210 000–270 000]	20 000 [17 000–23 000]	1,1 [1,0–1,2]	19 000 [16 000–23 000]
EUROPE ORIENTALE ET ASIE CENTRALE	2009	1,4 million [1,3–1,6 million]	130 000 [110 000–160 000]	0,8 [0,7–0,9]	76 000 [60 000–95 000]
	2001	760 000 [670 000–890 000]	240 000 [210 000–300 000]	0,4 [0,4–0,5]	18 000 [14 000–23 000]
EUROPE OCCIDENTALE ET CENTRALE	2009	820 000 [720 000–910 000]	31 000 [23 000–40 000]	0,2 [0,2–0,2]	8500 [6800–19 000]
	2001	630 000 [570 000–700 000]	31 000 [27 000–35 000]	0,2 [0,2–0,2]	7300 [5700–11 000]
AMÉRIQUE DU NORD	2009	1,5 million [1,2–2,0 millions]	70 000 [44 000–130 000]	0,5 [0,4–0,7]	26 000 [22 000–44 000]
	2001	1,2 million [960 000–1,4 million]	66 000 [54 000–81 000]	0,4 [0,4–0,5]	30 000 [26 000–35 000]
TOTAL	2009	33,3 millions [31,4–35,3 millions]	2,6 millions [2,3–2,8 millions]	0,8 [0,7–0,8]	1,8 million [1,6–2,1 millions]
	2001	28,6 millions [27,1–30,3 millions]	3,1 millions [2,9–3,4 millions]	0,8 [0,7–0,8]	1,8 million [1,6–2,0 millions]

Figure 2.3

Nombre de décès liés au sida par région et par an, de 1990 à 2009

Source : ONUSIDA



Évolutions du nombre de personnes vivant avec le VIH

L'ONUSIDA estime qu'il y avait 33,3 millions [31,4 millions–35,3 millions] de personnes vivant avec le VIH à la fin 2009, contre 26,2 millions [24,6 millions–27,8 millions] en 1999, ce qui correspond à une augmentation de 27 % (Figure 2.4 et Figure 2.5). Bien que le nombre annuel de nouvelles infections à VIH diminue régulièrement depuis la fin des années 1990, cette diminution est contrebalancée par une réduction du nombre de décès liés au sida attribuable à un élargissement et une intensification significatifs de l'accès au traitement antirétroviral au cours des dernières années (Tableau 2.2).

Le point sur l'épidémie de sida, décembre 2009 estimait le nombre de personnes vivant avec le VIH en 2008 à 33,4 millions [31,1 millions–35,8 millions]. Dans le présent rapport, ce nombre, qui a été revu, est estimé à 32,8 millions [30,9 millions–34,7 millions] – il se situe donc dans la fourchette d'incertitude de l'estimation antérieure. Cette correction s'appuie sur des nouvelles données disponibles concernant de nombreux pays, notamment des données issues d'études sur les populations, comme au Mozambique, par exemple. Dans *Le point sur l'épidémie de sida, décembre 2009*, le Mexique était intégré à l'Amérique latine. Le présent rapport l'inclut à l'Amérique du Nord et subdivise l'Amérique latine en Amérique centrale et Amérique du Sud. L'analyse des tendances est présentée ici en fonction de la nouvelle définition de ces régions.

L'estimation du nombre d'enfants vivant avec le VIH a augmenté à 2,5 millions [1,7 million–3,4 millions] en 2009 (Figure 2.3). La proportion de femmes séropositives est restée stable à un peu moins de 52 % du nombre total de personnes vivant avec le VIH.

Figure 2.4
Prévalence du VIH au niveau mondial, 2009

Source : ONUSIDA

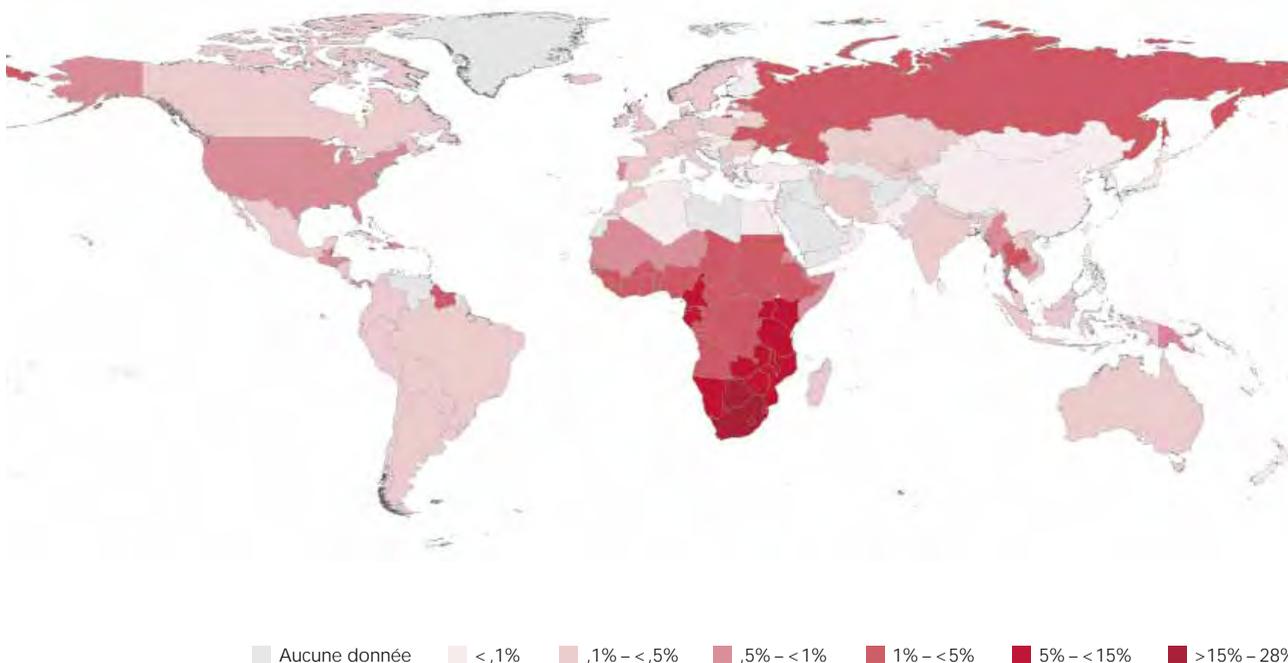
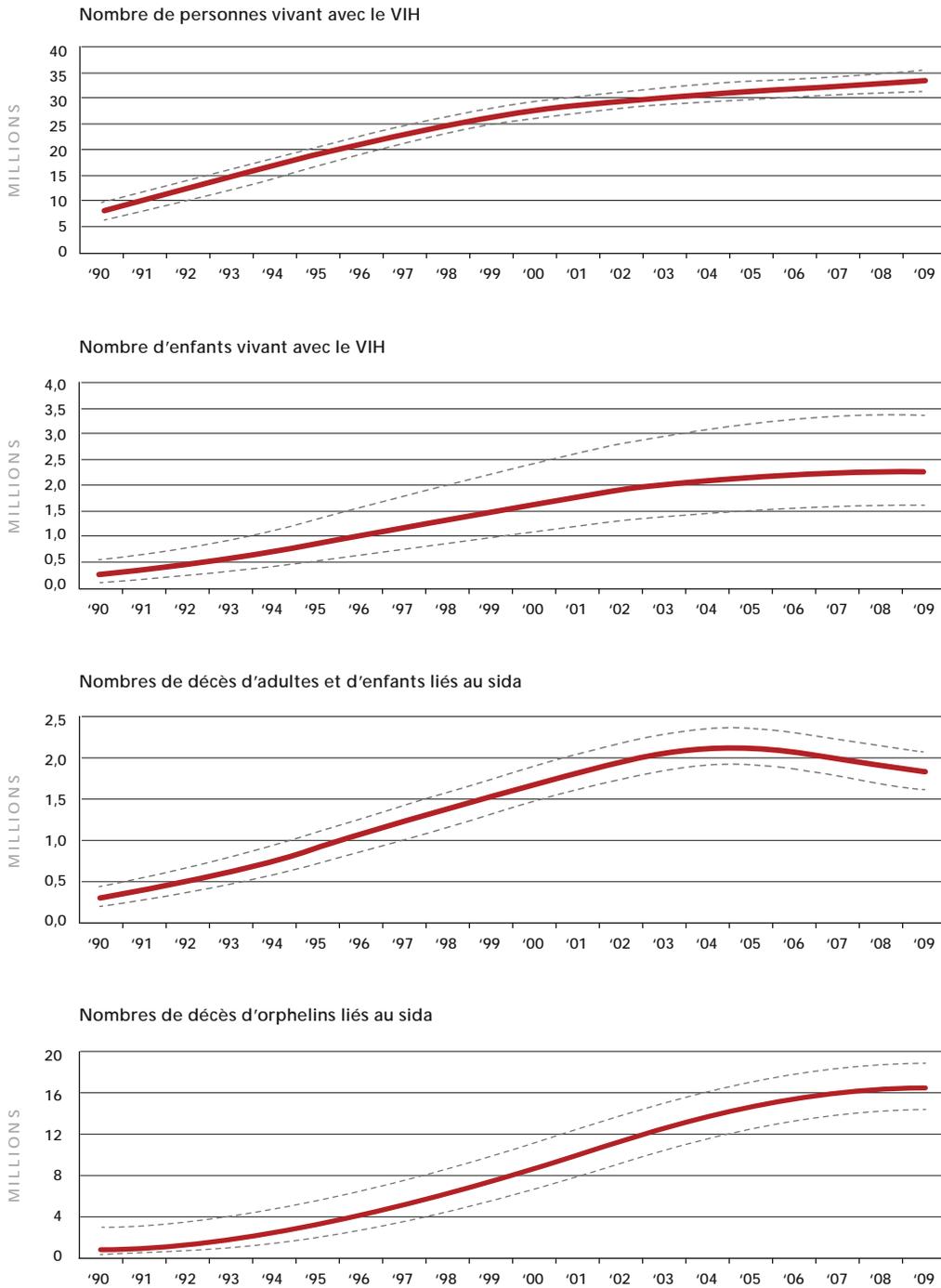


Figure 2.5
Tendances mondiales du VIH, 1990 à 2009

Source : ONUSIDA



L'Afrique subsaharienne supporte encore une part démesurée du poids de l'épidémie mondiale de VIH. Bien que le nombre des nouvelles infections ait été réduit, le nombre total de personnes vivant avec le virus continue d'augmenter. En 2009, ce nombre a atteint 22,5 millions [20,9 millions–24,2 millions], soit 68 % du total mondial. En Afrique subsaharienne, le nombre de femmes séropositives est plus élevé que le nombre d'hommes vivant avec le VIH.

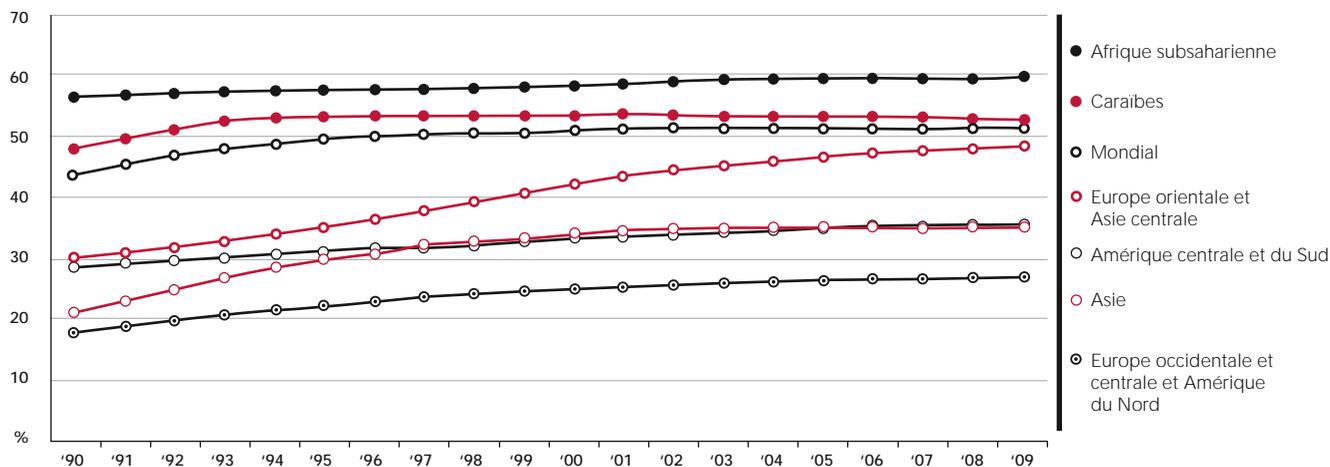
Les plus importantes épidémies d'Afrique subsaharienne – qui affectent l'Éthiopie, le Nigéria, l'Afrique du Sud, la Zambie et le Zimbabwe – se sont stabilisées ou montrent des signes de recul. On estime à 1,3 million [1,1 million–1,5 million] le nombre de personnes décédées de maladies liées au sida en Afrique subsaharienne en 2009, ce qui représente 72 % du nombre total de décès imputables à l'épidémie au niveau mondial de 1,8 million [1,6 million–2,0 millions].

Figure 2.6

Tendances relatives aux femmes vivant avec le VIH

Proportion de personnes vivant avec le VIH de 15 ans et plus qui sont des femmes, 1990–2009.

Source : ONUSIDA



AFRIQUE SUBSAHARIENNE

Tableau 2.3

Statistiques du sida pour l'Afrique subsaharienne, 2001 et 2009

Source : ONUSIDA

		Personnes vivant avec le VIH	Personnes nouvellement infectées par le VIH	Enfants vivant avec le VIH	Décès liés au sida
AFRIQUE SUBSAHARIENNE	2009	22,5 millions [20,9–24,2 millions]	1,8 million [1,6–2,0 millions]	2,3 millions [1,4–3,1 millions]	1,3 million [1,1–1,5 million]
	2001	20,3 millions [18,9–21,7 millions]	2,2 millions [1,9–2,4 millions]	1,8 million [1,1–2,5 millions]	1,4 million [1,2–1,6 million]

Figure 2.7

Prévalence du VIH en Afrique subsaharienne

Prévalence du VIH parmi les adultes âgés de 15 à 49 ans en Afrique subsaharienne, 1990 à 2009.

Source : ONUSIDA

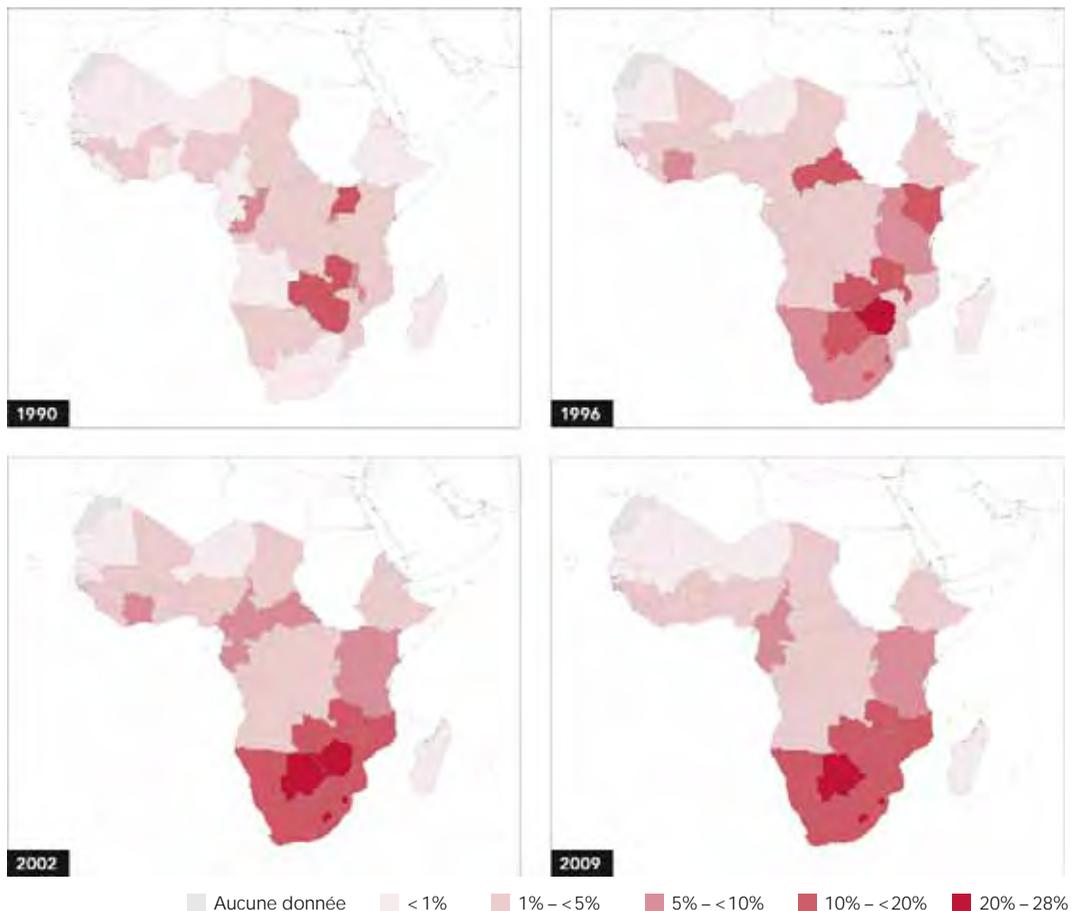
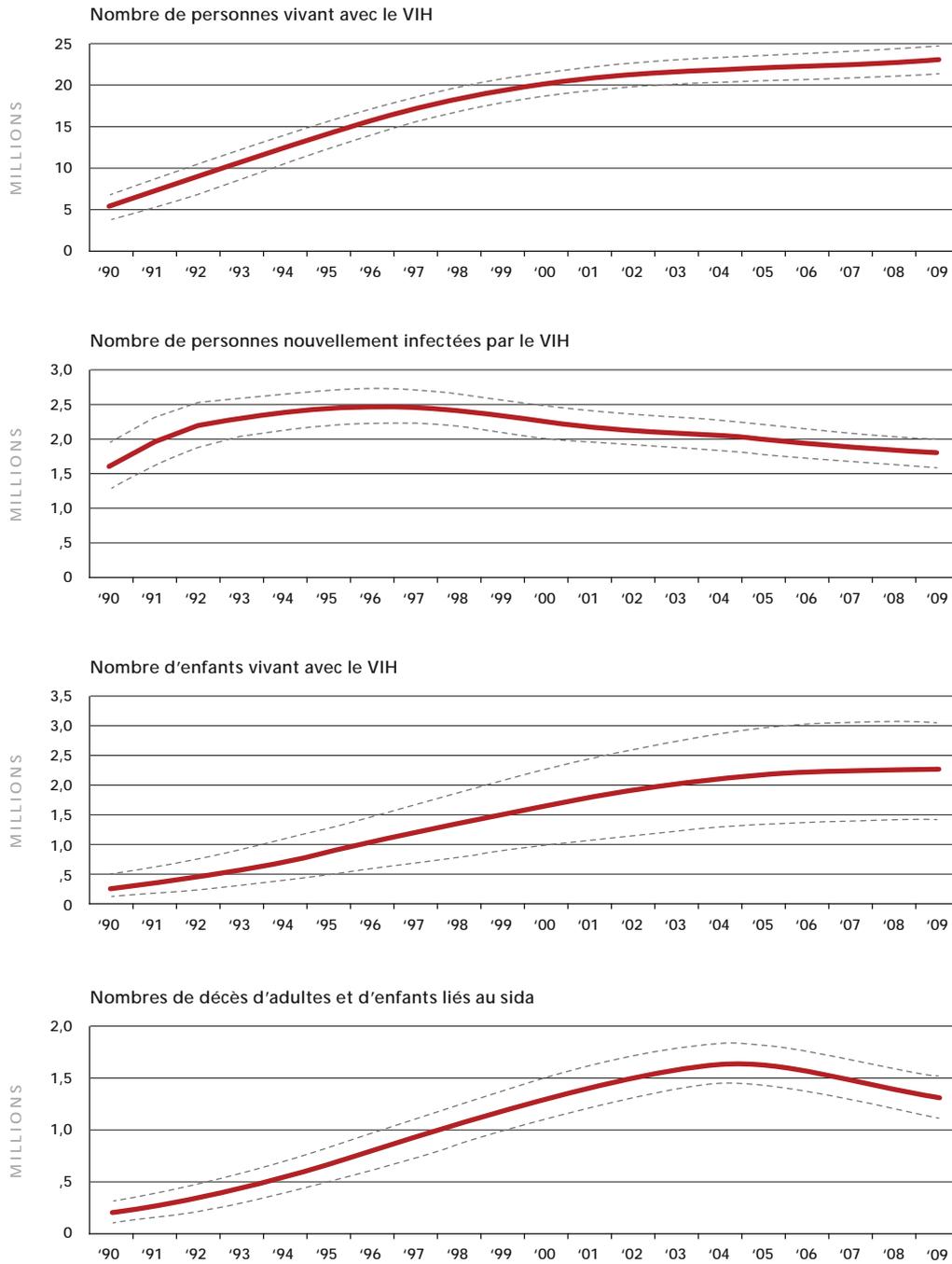


Figure 2.8
Tendances du VIH en Afrique subsaharienne

Source : ONUSIDA



L'Afrique subsaharienne supporte encore une part démesurée du poids de l'épidémie mondiale de VIH

Les épidémies qui frappent l'Afrique subsaharienne varient considérablement et l'Afrique australe¹ reste la plus durement touchée (Tableau 2.2 et Figure 2.8). On estime que 11,3 millions [10,6 millions–11,9 millions] de personnes vivaient avec le VIH en Afrique australe en 2009, ce qui est près d'un tiers (31 %) de plus que les 8,6 millions [8,2 millions–9,1 millions] de séropositifs recensés dix ans plus tôt dans la région.

Au niveau mondial, 34 % des personnes vivant avec le VIH en 2009 habitaient dans les 10 pays d'Afrique australe ; 31 % des nouvelles infections enregistrées la même année l'ont été dans ces 10 pays, tout comme 34 % de l'ensemble des décès liés au sida. Environ 40 % de l'ensemble des femmes adultes séropositives vivent en Afrique australe.

Recul de l'incidence du VIH dans 22 pays d'Afrique subsaharienne

L'incidence du VIH (nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH) semble avoir atteint un pic au milieu des années 1990 et l'on note des signes de diminution de l'incidence dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne. Entre 2001 et 2009, l'incidence de l'infection à VIH a baissé de plus de 25 % dans un nombre estimé de 22 pays.

5,6 M

Avec un nombre estimé de personnes vivant avec le VIH de 5,6 millions en 2009, l'épidémie de l'Afrique du Sud est la plus importante du monde.

Au Zimbabwe, le principal changement de comportement semble avoir été une diminution du pourcentage d'hommes ayant des partenaires occasionnels, alors que le taux d'utilisation des préservatifs avec des partenaires non réguliers reste élevé depuis la fin des années 1990 (1, 2).

Avec un nombre estimé de personnes vivant avec le VIH de 5,6 millions [5,4 millions–5,8 millions] en 2009, l'épidémie de l'Afrique du Sud est la plus importante du monde. Les dernières statistiques révèlent un recul de l'incidence du VIH dans un contexte marqué par une évolution des comportements vers des rapports sexuels à moindre risque chez les jeunes (3). L'incidence annuelle du VIH chez les 18 ans a fortement diminué de 1,8 % en 2005 à 0,8 % en 2008 ainsi que chez les femmes de 15 à 24 ans de 5,5 % en 2003–2005 à 2,2 % en 2005–2008 (4).

D'autres épidémies se sont aussi stabilisées en Afrique australe, à des niveaux très élevés toutefois. À un niveau estimé de 25,9 % [24,9 %–27,0 %] en 2009, la prévalence du VIH chez les adultes du Swaziland est la plus élevée du monde.

Les épidémies qui frappent l'Afrique orientale ont reculé depuis 2000 mais se stabilisent dans de nombreux pays. L'incidence du VIH a baissé dans la République-Unie de Tanzanie à environ 3,4 pour 1 000 personnes/an entre 2004 et 2008 (5). La prévalence nationale du VIH au Kenya est tombée d'environ 14 % au milieu des années 1990 à 5 % en 2006 (6). En Ouganda, la prévalence du virus s'est stabilisée entre 6,5 % et 7 % depuis 2001, et au Rwanda, elle se situe aux alentours de 3 % depuis 2005.

En Afrique occidentale et centrale, la prévalence du VIH demeure comparativement faible, avec un niveau estimé parmi les adultes de 2 % ou inférieur dans 12 pays en 2009 (Bénin, Burkina Faso, République démocratique du Congo, Gambie, Ghana, Guinée, Libéria, Mali, Mauritanie, Niger, Sénégal et Sierra Leone). Le Cameroun affiche la prévalence du VIH la plus élevée à 5,3 % [4,9 %–5,8 %] devant la République centrafricaine à 4,7 % [4,2 %–5,2 %], la Côte d'Ivoire à 3,4 % [3,1 %–3,9 %], le Gabon à 5,2 % [4,2 %–6,2 %] et le Nigéria à 3,6 % [3,3 %–4,0 %].

¹ Angola, Botswana, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibie, Afrique du Sud, Swaziland, Zambie, et Zimbabwe.

Une petite diminution de la prévalence a été recensée lors d'enquêtes menées auprès des ménages au Mali et au Niger ainsi que parmi les personnes fréquentant des dispensaires prénatals au Bénin, au Burkina Faso, en Côte d'Ivoire et au Togo (7).

Réduire les nouvelles infections à VIH parmi les enfants

Des progrès significatifs ont été enregistrés au niveau de la réduction de l'incidence et de l'impact du VIH chez les enfants de moins de 15 ans en Afrique australe. Le nombre de nouvelles infections d'enfants a reculé de 32 % à 130 000 [90 000–160 000] (estimation), contre 190 000 [140 000–230 000], et le nombre de décès d'enfants liés au sida a été réduit de 26 % à 90 000 [61 000–110 000], contre 120 000 [88 000–150 000], en 2009 par rapport à 2004. Environ 890 enfants ont été nouvellement infectés par le VIH au Botswana en 2007, contre 4 600 en 1999 (information NACA).

L'Afrique du Sud est l'un des rares pays du monde où la mortalité maternelle et infantile a augmenté depuis les années 1990 (8). Le sida est la principale cause de mortalité maternelle dans ce pays et à l'origine de 35 % des décès d'enfants de moins de cinq ans (3).

Diminution de la mortalité liée au sida

L'élargissement et l'intensification de l'accès au traitement ont un impact profond sur l'Afrique subsaharienne. À la fin 2009, 37 % des adultes et des enfants répondant aux critères de mise sous traitement antirétroviral recevaient celui-ci dans l'ensemble de la région (41 % en Afrique orientale et australe, et 25 % en Afrique occidentale et centrale), contre 2 % seulement il y a sept ans (9). Le nombre de décès liés au sida a diminué de 18 % en Afrique australe – on estime à 610 000 [530 000–700 000] le nombre de personnes décédées de maladies liées au sida en Afrique australe en 2009, contre 740 000 [670 000–820 000] cinq ans plus tôt.

Au Botswana, où la couverture du traitement antirétroviral dépasse 90 %, l'estimation annuelle du nombre de décès liés au sida a été divisée par deux (de 18 000 [15 000–22 000] en 2002 à 9 100 [2 400–19 000] en 2009), alors que l'estimation du nombre d'enfants nouvellement rendus orphelins à cause du sida a chuté de 40 % (10). La fourniture élargie de traitements antirétroviraux a permis d'éviter 50 000 décès d'adultes (estimation) et si cette couverture est maintenue, le Botswana pourrait éviter quelque 130 000 décès supplémentaires (estimation) d'ici à 2016 (11).

Au Kenya, les décès liés au sida ont diminué de 29 % entre 2002 et 2007 (6). Dans des zones rurales du Malawi, la fourniture de traitements antirétroviraux est à l'origine d'une chute de 10 % du nombre de décès chez les adultes entre 2004 et 2008 (12). Le traitement antirétroviral et d'autres types de traitement ont été étendus depuis le début des années 2000, mais le nombre de décès liés au sida demeure élevé.

Les patients d'Afrique subsaharienne recevant des antirétroviraux sont pour la plupart mis tardivement sous traitement (13), ce qui limite l'impact global des programmes de traitement du VIH. L'infrastructure, les systèmes et les personnels nécessaires pour surveiller comme il convient l'adhérence au traitement et les abandons deviennent de plus en plus inadaptés avec l'élargissement et l'intensification des programmes. Parallèlement au développement des tests de dépistage du VIH, les systèmes sont renforcés pour suivre l'état de santé des personnes séropositives et permettre leur mise sous traitement au moment qui convient ; il est donc probable que la mortalité liée au sida diminuera encore à l'avenir.

25,9%

À un niveau estimé de 25,9% en 2009, la prévalence du VIH chez les adultes du Swaziland est la plus élevée du monde.

Faire évoluer les comportements sexuels pour prévenir la transmission sexuelle du virus

En Afrique subsaharienne, la très grande majorité des personnes nouvellement infectées par le VIH le sont lors de rapports hétérosexuels non protégés (y compris les rapports tarifés) et par la transmission du virus aux nouveaux nés et lors de l'allaitement au sein. Les rapports sexuels non protégés avec des partenaires multiples demeurent le facteur de transmission du VIH le plus important dans cette région. Des pourcentages élevés de personnes séropositives sont engagées dans des relations à long terme – 62 % au Kenya et 78 % au Malawi, par exemple (14).

Avec l'évolution des épidémies principalement transmises lors des rapports hétérosexuels, le nombre de couples sérodiscordants (dans lesquels un partenaire seulement est séropositif au VIH) s'accroît et la transmission du VIH augmente au sein de relations à long terme (15). Des recherches menées dans 12 pays d'Afrique orientale et australe révèlent que la prévalence est élevée chez les couples sérodiscordants, allant de 36 % à 85 % (16).

Une analyse des données relevées dans des zones urbaines de Zambie incite à penser que 60 % des personnes nouvellement infectées lors de rapports hétérosexuels l'ont été dans le cadre du mariage ou d'une cohabitation (17), contre plus de la moitié (50–65 %) au Swaziland (18), 35–62 % au Lesotho (19) et 44 % (estimation) au Kenya (20).

Ces caractéristiques de transmission du virus ne sont cependant pas correctement prises en compte dans les stratégies de prévention. Les services de dépistage pour les couples et les autres services de prévention destinés aux couples sérodiscordants bénéficient d'un soutien insuffisant (20).

On note des signes croissants indiquant que les rapports sexuels tarifés non protégés, les rapports sexuels entre hommes et le partage concomitant de matériels d'injection de drogues contaminés par deux personnes (ou plus) sont des facteurs significatifs de transmission des épidémies de VIH dans plusieurs pays affectés par des épidémies généralisées. On estime que ces modes de transmission considérés ensemble sont, par exemple, à l'origine d'environ 33 % des nouvelles infections à VIH au Kenya et de près de 40 % au Ghana. Cependant, des financements comparativement réduits sont alloués aux services de prévention destinés à des populations plus exposées au risque d'infection (20).

Les rapports sexuels tarifés demeurent un facteur de transmission important dans de nombreuses épidémies de VIH en Afrique occidentale, centrale et orientale. On estime que près d'un tiers (32 %) des nouvelles infections au Ghana, 14 % de celles du Kenya et 10 % de celles d'Ouganda sont liées au commerce du sexe (le VIH contaminant les professionnel(le)s du sexe, leurs clients et leurs autres partenaires sexuels) (20, 21).

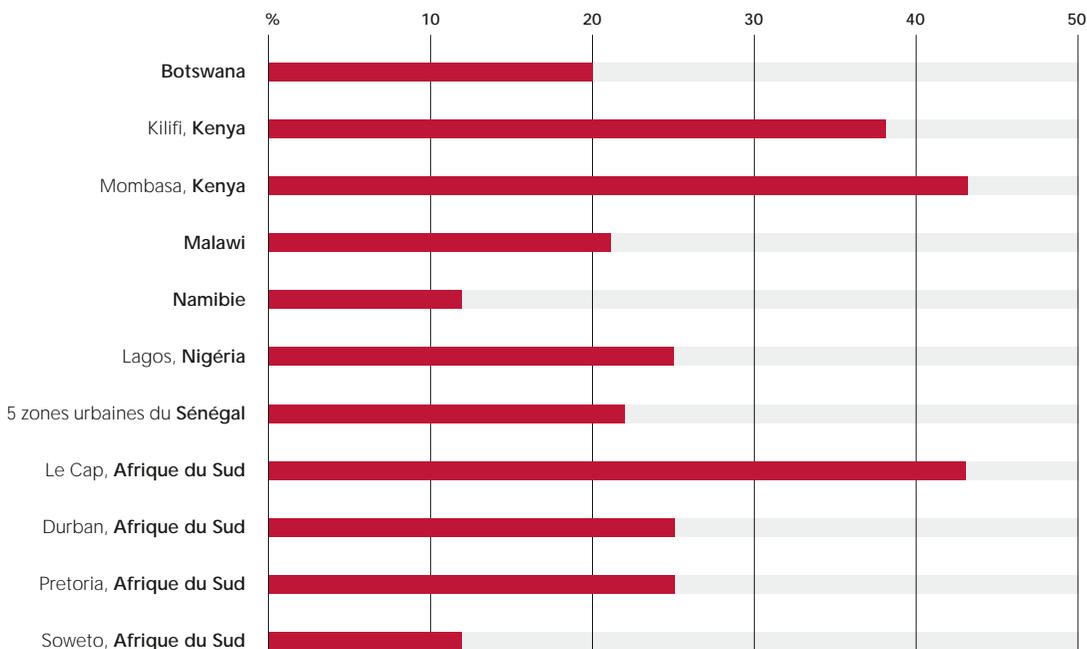
Les résultats d'études récentes menées en Afrique subsaharienne révèlent qu'il existe des groupes d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et des niveaux élevés d'infection à VIH parmi ceux-ci (Figure 2.9) (22). Jusqu'à 20 % des nouvelles infections à VIH recensées au Sénégal (23) et 15 % de celles du Kenya (20) et du Rwanda (24) pourraient être liées à des rapports sexuels non protégés entre hommes. Les données concrètes disponibles indiquent qu'en Afrique subsaharienne, comme ailleurs dans le monde, la majorité des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ont aussi des rapports sexuels avec des femmes. Au Sénégal, les quatre cinquièmes (82 %) des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes interrogés ont déclaré qu'ils avaient aussi des rapports sexuels avec des

Figure 2.9

VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en Afrique subsaharienne

Prévalence du VIH (%) chez les hommes adultes de 15 à 49 ans ayant des rapports sexuels avec des hommes dans sept pays d'Afrique subsaharienne, 2009 ou dernière année disponible.

Sources : Baral et al. (28), Ministère fédéral de la Santé du Nigéria (29), Lane et al. (30), Parry et al. (31), Sander et al. (32), Sander et al. (33) et Wade et al. (34).



femmes (25). Au Malawi, un tiers des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes étaient mariés ou cohabitaient avec une femme (26), de même que deux tiers des hommes interrogés dans l'état nigérian d'Enugu (27).

La consommation de drogues injectables apparaît comme un nouveau facteur de transmission du VIH en Afrique subsaharienne

La consommation de drogues injectables est un phénomène relativement récent en Afrique subsaharienne qui joue un rôle dans certaines épidémies de la région, notamment au Kenya, à Maurice, en Afrique du Sud et en République-Unie de Tanzanie. Fait unique en Afrique subsaharienne, la consommation de drogues injectables est le principal moteur de transmission de l'épidémie relativement limitée de VIH à Maurice (35). Les recherches disponibles révèlent une prévalence élevée du virus parmi les personnes qui consomment des drogues injectables : 36 % chez les personnes soumises à un dépistage à Nairobi (Kenya) (36), 26 % à Zanzibar (37) et 12 % (estimation) en Afrique du Sud (38). En 2007, 10 % des personnes consommant des drogues injectables interrogées dans la région de Kano au Nigéria ont été diagnostiquées séropositives à l'issue d'un dépistage du VIH (29). Globalement, la consommation de drogues injectables demeure toutefois un facteur de transmission mineur dans la plupart des épidémies de la région. Au Kenya, par exemple, il a été à l'origine de la contamination de 3,8% (estimation) des personnes nouvellement infectées par le virus en 2006 (20). ■

Tableau 2.4
Statistiques du sida pour l'Asie, 2001 et 2009

Source : ONUSIDA

		Personnes vivant avec le VIH	Personnes nouvellement infectées par le VIH	Enfants vivant avec le VIH	Décès liés au sida
ASIE	2009	4,9 millions [4,5–5,5 millions]	360 000 [300 000–430 000]	160 000 [110 000–210 000]	300 000 [260 000–340 000]
	2001	4,2 millions [3,8–4,6 millions]	450 000 [410 000–500 000]	100 000 [69 000–140 000]	250 000 [220 000–300 000]

Figure 2.10
Prévalence du VIH en Asie

Prévalence du VIH parmi les adultes de 15 à 49 ans en Asie, 1990 à 2009.

Source : ONUSIDA

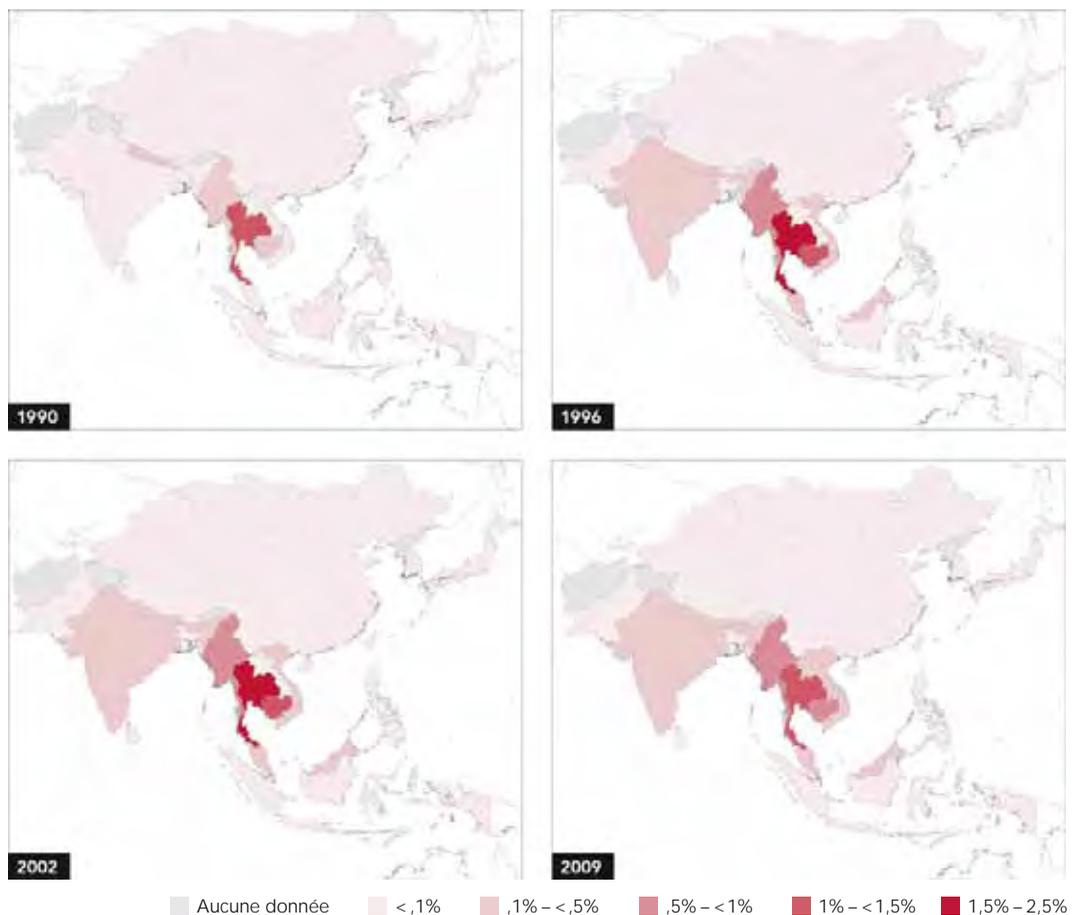
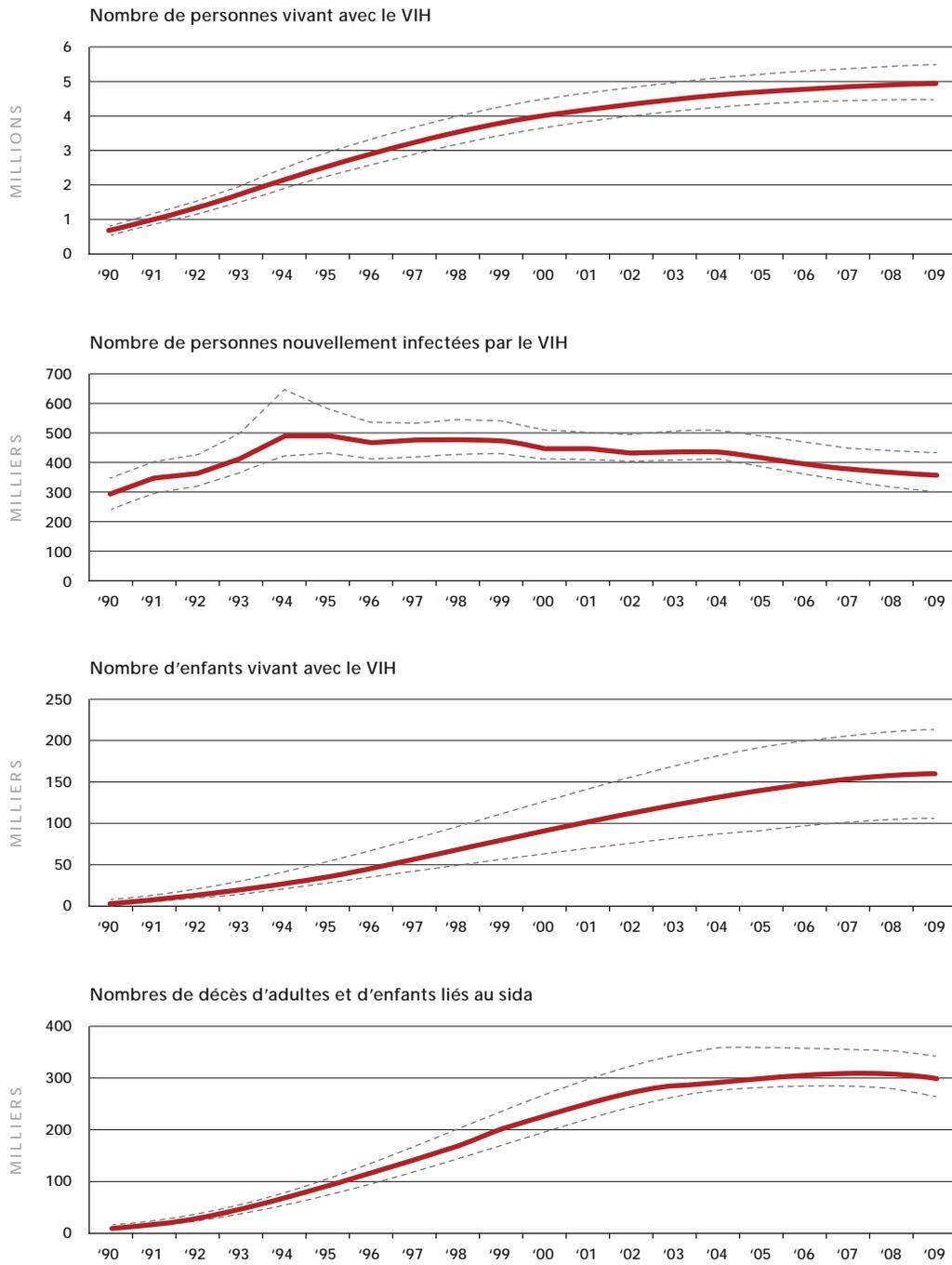


Figure 2.11
Tendances du VIH en Asie

Source : ONUSIDA



« LA PRÉVALENCE DU VIH AUGMENTE DANS DES PAYS OÙ ELLE EST ACTUELLEMENT FAIBLE, TELS QUE LE PAKISTAN, OÙ LA CONSOMMATION DE DROGUES INJECTABLES EST LE PRINCIPAL MODE DE TRANSMISSION DU VIRUS. »

L'épidémie asiatique est largement stabilisée

En Asie, on estime à 4,9 millions [4,5 millions–5,5 millions] le nombre de personnes vivant avec le VIH en 2009, soit un nombre à peu près équivalent à celui d'il y a cinq ans (Tableau 2.4, Figure 2.11). Les épidémies nationales de VIH semblent pour la plupart s'être stabilisées. Aucun pays de la région n'est affecté par une épidémie généralisée. La Thaïlande est le seul pays d'Asie dans lequel la prévalence est proche de 1 % et son épidémie semble globalement stable. L'épidémie qui a redémarré à la fin des années 1990 (où l'on dénombrait jusqu'à 60 000 nouvelles infections chaque année) a perdu du terrain depuis. En 2009, la prévalence du VIH chez les adultes s'est établie à 1,3 % [0,8 %–1,4 %] et l'incidence du virus est tombée à 0,1 % (39). Au Cambodge, la prévalence du VIH chez les adultes a baissé à 0,5 % [0,4 %–0,8 %] en 2009 après avoir atteint 1,2 % [0,8 %–1,6 %] en 2001. Mais la prévalence du VIH augmente dans des pays où elle est actuellement faible tels que le Bangladesh, le Pakistan (où la consommation de drogues injectables est le principal mode de transmission du virus) et les Philippines.

Nouvelles infections à VIH – des progrès contrastés

En 2009, 360 000 [300 000–430 000] personnes ont été nouvellement infectées par le VIH, chiffre inférieur de 20 % à celui de 450 000 [410 000–500 000] comptabilisé en 2001. L'incidence a reculé de plus de 25 % en Inde, au Népal et en Thaïlande entre 2001 et 2009. L'épidémie est restée parallèlement stable en Malaisie et au Sri Lanka.

L'incidence a augmenté de 25 % au Bangladesh et aux Philippines entre 2001 et 2009 même si ces pays continuent d'afficher des niveaux épidémiques relativement faibles.

Les caractéristiques épidémiques varient entre et au sein des pays

Les tendances globales constatées dans cette région cachent d'importantes variations au niveau des épidémies, tant entre qu'au sein des pays. Dans la plupart d'entre eux, les épidémies semblent stabilisées. Dans de nombreux pays de la région, les épidémies nationales sont concentrées dans un nombre relativement limité de provinces. En Chine, cinq provinces abritent un peu plus de la moitié (53 %) des personnes vivant avec le VIH (40) et les niveaux d'infection à VIH dans la province indonésienne de Papouasie sont 15 fois plus élevés que la moyenne nationale (41).

En Asie, les épidémies restent essentiellement concentrées parmi les personnes qui consomment des drogues injectables, les professionnel(le)s du sexe et leurs clients, et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Les caractéristiques d'incidence peuvent varier considérablement dans de grands pays tels que l'Inde. On considère qu'environ 90 % des personnes nouvellement infectées par le VIH en Inde l'ont été lors de rapports sexuels non protégés, mais le partage concomitant de matériels d'injection contaminés par deux personnes (ou plus) est le principal mode de transmission du VIH dans les États du Nord-Est du pays (42).

Le commerce du sexe est au centre des épidémies de la région

Le commerce du sexe joue un rôle central dans les épidémies de la région. Dans certains pays, tels que le Viet Nam, l'utilisation de préservatifs pendant des rapports sexuels tarifés est peu fréquente. En outre, les personnes qui consomment des drogues injectables dans certains pays se prostituent ou fréquentent des professionnel(le)s du sexe. Près d'une professionnelle du sexe sur cinq (18 %) interrogée au Myanmar a été diagnostiquée séropositive à l'issue d'un dépistage du VIH au milieu des années 2000. Dans le sud de l'Inde, jusqu'à 15 % des professionnelles du sexe étaient séropositives (43). L'État indien du Karnataka a communiqué des éléments concrets indiquant que des efforts de prévention du VIH intensifs parmi les professionnelles du sexe pouvaient être très efficaces. Un programme de prévention de quatre ans dans 18 des 27 districts de l'État a en effet permis de réduire presque de moitié la prévalence du VIH chez les jeunes fréquentant des dispensaires prénatals (de 1,4 % à 0,8 %) (44).

La consommation de drogues injectables dynamise de nouvelles épidémies

On estime que pas moins de 4,5 millions de personnes vivant en Asie consomment des drogues injectables, dont plus de la moitié habitent en Chine (38). Il existe également un grand nombre de personnes qui consomment des drogues injectables (CDI) en Inde, au Pakistan et au Viet Nam. On considère en moyenne que quelque 16 % des personnes qui consomment des drogues injectables sont séropositives en Asie, et ce, bien que la prévalence soit beaucoup plus élevée dans certains pays. Selon des études sur le Myanmar, jusqu'à 38 % des consommateurs de drogues injectables ont été diagnostiqués séropositifs au VIH alors que 30 %–50 % des CDI thaïlandais seraient contaminés, de même que plus de la moitié des personnes consommant des drogues injectables dans certaines régions d'Indonésie (41, 45, 46). Au Viet Nam, des niveaux d'infection d'entre 32 % et 58 % ont été recensés parmi les personnes qui consomment des drogues injectables dans différentes provinces (47–49). En Chine, on estime à 7 %–13 % le pourcentage de CDI vivant avec le VIH (40).

Les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes sont marginalisés mais jouent un rôle important dans la progression de l'épidémie

Plusieurs pays ont déclaré des niveaux élevés de prévalence du VIH parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) : 29 % au Myanmar (50), 5 % au niveau national en Indonésie (41), 6 % dans la capitale laotienne de Vientiane (51), entre 7 % et 18 % dans certaines zones du sud de l'Inde (52) et 9 % dans des zones rurales de l'État du Tamil Nadu en Inde (53). En Thaïlande, l'épidémie qui frappe les HSH a été largement ignorée jusqu'à ce qu'une étude révèle une prévalence de 17 % à Bangkok en 2005. Des études ultérieures réalisées en 2005 et 2007 ont montré que les niveaux d'infection avaient progressé à 28 % et 31 % (54), et l'on a enregistré une incidence annuelle du VIH de 5,5 % en 2008 (55).

Des enquêtes ont aussi révélé une hausse de la prévalence du VIH parmi les hommes ayant des rapports sexuels dans les provinces du Shandong (56) et du Jiangsu (57) en Chine, ainsi qu'à Beijing (58). Bien que les études suggèrent qu'une proportion importante de HSH asiatiques ont aussi des rapports sexuels avec des femmes (51), le risque d'être contaminé par le VIH semble beaucoup plus élevé pour les hommes qui ont seulement des rapports sexuels avec des hommes (56,59).

Avec l'arrivée à maturité des épidémies en Asie, le VIH se propage plus largement dans les populations, en particulier chez les partenaires féminines des personnes qui consomment des drogues injectables, les clients des professionnel(le)s du sexe et leurs autres partenaires sexuels. Dans toute l'Asie, la proportion de femmes infectées par le VIH ne cesse d'augmenter ; elle est passée de 21 % en 1990 à 35 % en 2009.

Nouvelles infections parmi les enfants

L'estimation du nombre d'enfants de moins de 15 ans vivant avec le VIH a légèrement augmenté de 140 000 [92 000–190 000] en 2005 à 160 000 [110 000–210 000] en 2009. Mais la diminution de l'incidence du VIH et l'élargissement progressif de l'accès aux services de prévention de la transmission mère-enfant du virus ont conduit à une forte chute du nombre de nouvelles infections parmi les enfants. On estime à 22 000 [15 000–31 000] le nombre d'enfants de 0 à 14 ans qui ont été infectés en 2009, ce qui correspond à une diminution de 15 % par rapport à 1999, année où 26 000 [18 000–38 000] enfants avaient été contaminés. Les décès liés au sida dans ce groupe d'âge ont reculé de 15 % depuis 2004, revenant de 18 000 [11 000–25 000] à 15 000 [9 000–22 000].

Stabilité du taux de mortalité liée au sida

Le nombre de décès s'est stabilisé en Asie, mais rien n'indique toutefois qu'il diminue. On estime à 300 000 [260 000–340 000] le nombre de décès liés au sida en 2009, contre 250 000 [220 000–300 000] en 2001. ■

EUROPE ORIENTALE ET ASIE CENTRALE

Tableau 2.5

Statistiques du sida pour l'Europe orientale et l'Asie centrale, 2001 et 2009

Source : ONUSIDA

		Personnes vivant avec le VIH	Personnes nouvellement infectées par le VIH	Enfants vivant avec le VIH	Décès liés au sida
EUROPE ORIENTALE ET ASIE CENTRALE	2009	1,4 million [1,3–1,6 million]	130 000 [110 000–160 000]	18 000 [8 600–29 000]	76 000 [60 000–95 000]
	2001	760 000 [670 000–890 000]	240 000 [210 000–300 000]	4 000 [2 000–6 100]	18 000 [14 000–23 000]

Figure 2.12

Prévalence du VIH en Europe orientale et Asie centrale

Prévalence du VIH parmi les adultes de 15 à 49 ans en Europe orientale et Asie centrale, 1990 à 2009.

Source : ONUSIDA

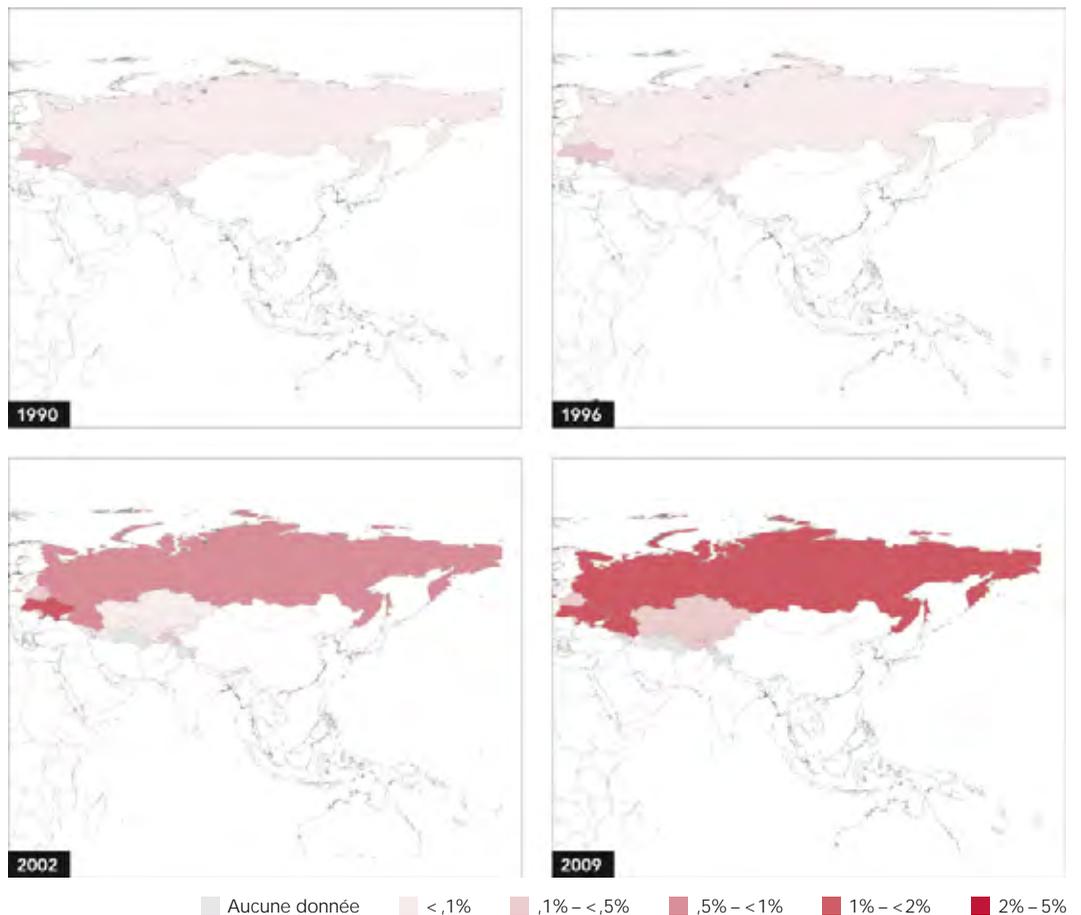


Figure 2.13
Tendances du VIH en Europe orientale et Asie centrale

Source : ONUSIDA



200%

Le nombre de personnes vivant avec le VIH en Europe orientale et Asie centrale a presque triplé depuis 2000.

L'augmentation de la prévalence du VIH est la plus forte au niveau régional

En Europe orientale et Asie centrale, le nombre de personnes vivant avec le VIH a presque triplé depuis 2000 et atteint un total estimé à 1,4 million [1,3 million–1,6 million] en 2009, contre 760 000 [670 000–890 000] en 2001 (Tableau 2.5 et Figure 2.13). L'augmentation rapide du nombre d'infections à VIH parmi les personnes qui consomment des drogues injectables au début des années 2000 a entraîné une flambée de l'épidémie dans la région.

Globalement, la prévalence du VIH est de 1 % ou supérieure dans deux pays de la région, la Fédération de Russie et l'Ukraine, dans lesquels près de 90 % des nouveaux cas de VIH ont été diagnostiqués.

À 1,1 % [1,0 %–1,3 %], la prévalence du VIH parmi les adultes en Ukraine est plus élevée que dans les autres pays d'Europe orientale et d'Asie centrale (60). Les diagnostics annuels de cas de VIH en Ukraine ont plus que doublé depuis 2001.

Dans la Fédération de Russie, l'épidémie continue également de se propager, à un rythme toutefois plus lent qu'à la fin des années 1990. Les cas de VIH nouvellement diagnostiqués ont augmenté dans plusieurs des républiques d'Asie centrale, notamment en Ouzbékistan où l'épidémie est la plus importante de cette région (61).

Épidémies concentrées – le commerce du sexe, la consommation de drogues et les rapports sexuels entre hommes sont liés

En Europe orientale et en Asie centrale, les épidémies de VIH sont principalement concentrées parmi les personnes qui consomment des drogues injectables, les professionnel(le)s du sexe et leurs partenaires sexuels, et, dans une moindre mesure, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. On estime qu'un quart environ des 3,7 millions de personnes (en majorité des hommes) qui consomment des drogues injectables sont infectées par le VIH (38). Dans la Fédération de Russie, on considère que plus d'un tiers (37 %) du nombre estimé de personnes qui consomment des drogues injectables dans le pays (1,8 million) vivent avec le virus (38). À titre comparatif, les taux de contamination des CDI sont d'entre 39 % et 50 % en Ukraine (60). Les enquêtes réalisées parmi les personnes consommant des drogues injectables en 2007 révèlent une prévalence du VIH de pas moins de 88 % (dans la ville de Krivoy Rog) (62).

La prévalence du VIH est également élevée parmi les populations carcérales, en particulier parmi les CDI incarcérés (63). On estime à 10 000 le nombre de prisonniers vivant avec le VIH en Ukraine (60).

La relation mutuelle entre le commerce du sexe et la consommation de drogues injectables favorise une accélération de la propagation du VIH dans la région. Au moins 30 % des professionnel(le)s du sexe de la Fédération de Russie ont par exemple consommé des drogues injectables (64), et les niveaux élevés d'infections à VIH constatés parmi les professionnel(le)s du sexe en Ukraine (14 % à 31 % selon différentes études) (60) sont très vraisemblablement imputables à des pratiques mutuelles de commerce du sexe et de consommation de drogues injectables.

Dans la mesure où la plupart des personnes qui consomment des drogues injectables sont sexuellement actives, la transmission sexuelle du VIH a augmenté dans les épidémies plus anciennes, comme en Ukraine, ce qui les rend encore plus difficiles à combattre (65). Le pourcentage de femmes vivant avec le VIH augmente aussi du fait de la transmission de l'épidémie des consommateurs de drogues injectables (qui sont principalement des hommes) à leurs partenaires sexuels. En

2009, on estimait que 45 % des séropositifs d'Ukraine étaient de sexe féminin, contre 41 % en 2004 et 37 % en 1999. Mais le partage concomitant entre plusieurs personnes des mêmes matériels d'injection contaminés reste le principal mode de transmission de ces épidémies. On estime que 35 % environ des femmes infectées par le virus l'ont probablement été en consommant des drogues injectables, alors que 50 % de plus ont probablement été contaminées par des partenaires consommant des drogues injectables (61, 66).

Les rapports sexuels non protégés entre hommes sont responsables d'une proportion réduite des nouvelles infections – moins de 1 % des personnes nouvellement diagnostiquées comme séropositives pour lesquelles le mode de transmission a été identifié (67). Il est toutefois possible que les chiffres officiels sous-estiment l'ampleur réelle de l'infection parmi ces populations hautement stigmatisées (68). Selon certaines enquêtes de portée limitée, la prévalence du VIH parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes s'est située dans une fourchette de 0 % au Bélarus, en Lituanie et dans certaines zones d'Asie centrale à 5 % en Géorgie (69), 6 % dans la Fédération de Russie (70) et entre 4 % (à Kyev) et 23 % (à Odessa) en Ukraine (60).

Mortalité liée au sida

Le nombre de décès liés au sida continue d'augmenter dans la région. On estimait à 76 000 [60 000–95 000] le nombre de décès liés au sida en 2009, contre 18 000 [14 000–23 000] en 2001, ce qui correspond à une multiplication par quatre sur la période. ■

« LE POURCENTAGE DE FEMMES VIVANT AVEC LE VIH AUGMENTE DU FAIT DE LA TRANSMISSION DE L'ÉPIDÉMIE DES CONSOMMATEURS DE DROGUES INJECTABLES, QUI SONT PRINCIPALEMENT DES HOMMES, À LEURS PARTENAIRES SEXUELS. »

Tableau 2.6
Statistiques du sida dans les Caraïbes, 2001 et 2009

Source : ONUSIDA

		Personnes vivant avec le VIH	Personnes nouvellement infectées par le VIH	Enfants vivant avec le VIH	Décès liés au sida
CARAÏBES	2009	240 000 [220 000–270 000]	17 000 [13 000–21 000]	17 000 [8500–26 000]	12 000 [8500–15 000]
	2001	240 000 [210 000–270 000]	20 000 [17 000–23 000]	18 000 [9100–27 000]	19 000 [16 000–23 000]

Figure 2.14
Prévalence du VIH dans les Caraïbes

Prévalence du VIH parmi les adultes âgés de 15 à 49 ans dans les Caraïbes, 1990 à 2009.

Source : ONUSIDA

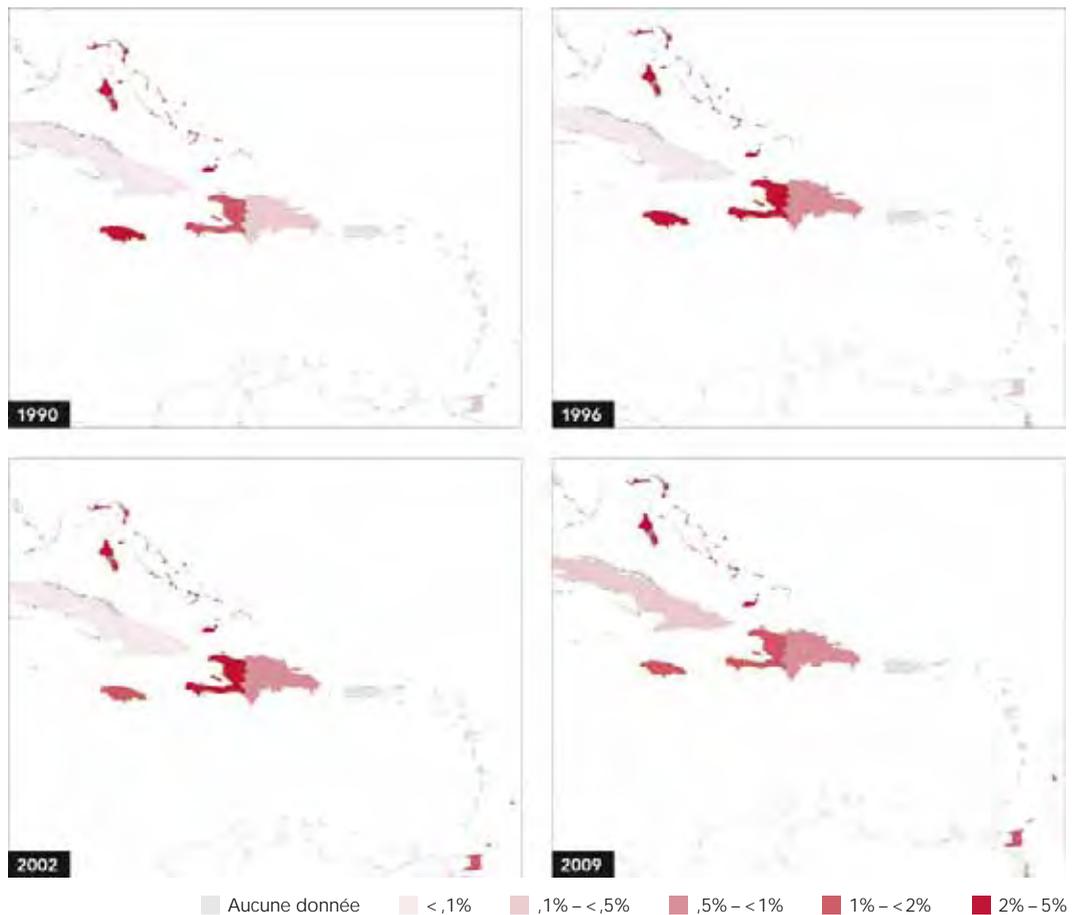
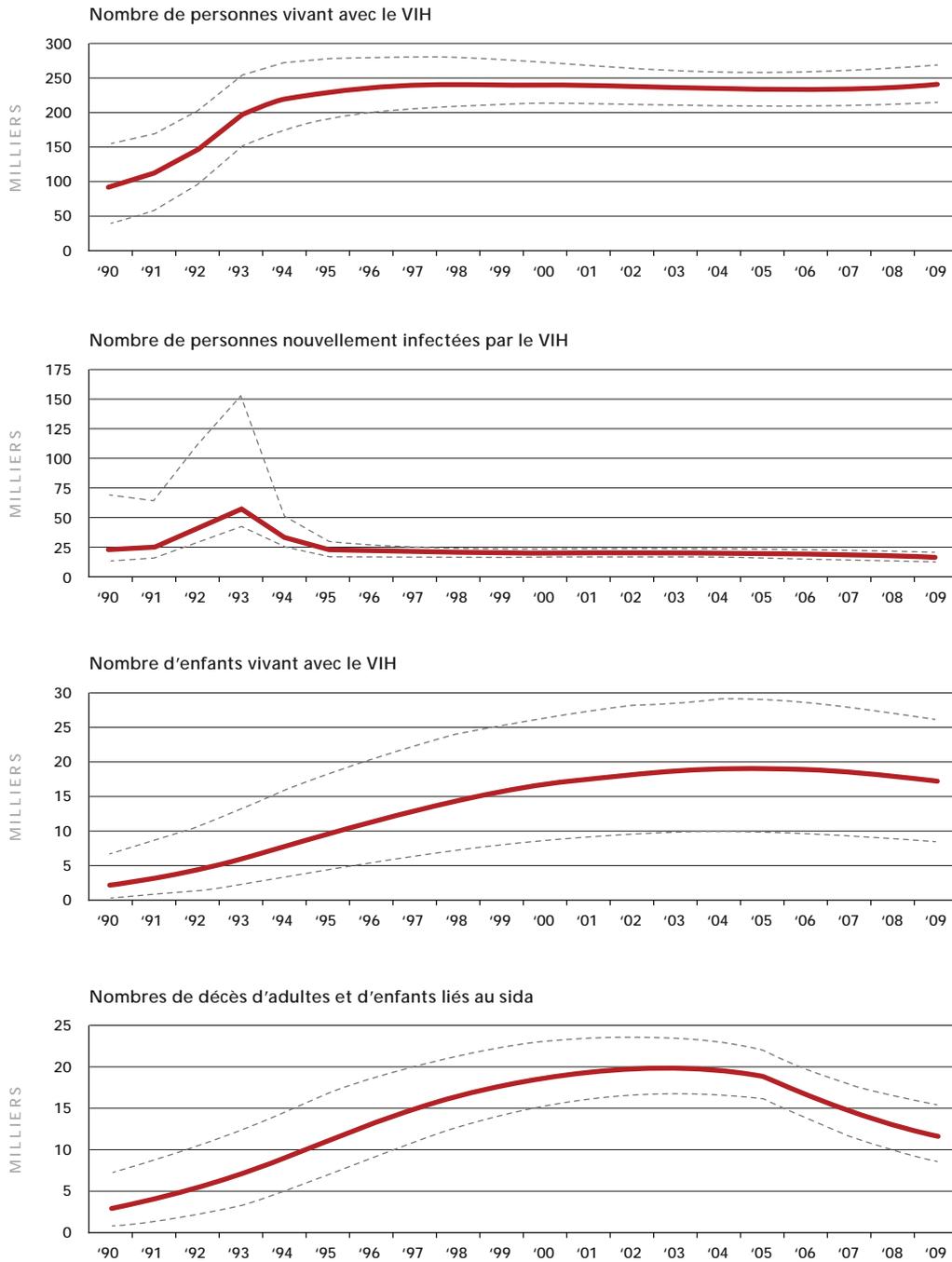


Figure 2.15
Tendances du VIH dans les Caraïbes

Source : ONUSIDA



0,1%

Estimation de la prévalence du VIH à Cuba, qui est exceptionnellement faible.

La prévalence du VIH est élevée, mais le nombre de personnes vivant avec le virus diminue

La prévalence du VIH parmi les adultes dans les Caraïbes s'établit à environ 1,0 % [0,9 %–1,1 %], ce qui est plus élevé que dans toutes les autres régions à l'exception de l'Afrique subsaharienne (Tableau 2.5, Figure 2.13). Toutefois, le nombre de personnes vivant avec le VIH dans les Caraïbes est relativement faible – 240 000 [220 000–270 000] en 2009 – et a peu varié depuis la fin des années 1990.

Le poids du VIH varie considérablement entre les pays et au sein de ceux-ci. La prévalence exceptionnellement faible à Cuba (0,1 % [0,08 %–0,13 %]) contraste, par exemple, avec la prévalence parmi les adultes des Bahamas de 3,1 % [1,2 %–5,4 %] (64). Parallèlement, 12 % des femmes enceintes fréquentant les centres de soins prénatals dans l'une des villes de Haïti ont été diagnostiquées séropositives au VIH, contre moins de 1 % de leurs homologues dans l'ouest du pays (71). Dans la République dominicaine voisine, les niveaux d'infection à VIH varient aussi considérablement, avec une prévalence parmi les communautés proches des plantations de canne à sucre (les *bateyes*) près de quatre fois plus élevée que la moyenne nationale (72).

Léger recul du nombre de nouvelles infections à VIH

Le nombre de nouvelles infections à VIH a légèrement reculé entre 2001 et 2009. On estime que 17 000 [13 000–21 000] personnes ont été nouvellement infectées par le virus en 2009, soit 3 000 de moins qu'en 2001 (20 000 [17 000–23 000]).

Les rapports sexuels non protégés entre hommes et femmes – en particulier les rapports tarifés – sont considérés comme le principal mode de transmission du virus dans cette région (73, 74). Les Caraïbes demeurent la seule région, outre l'Afrique subsaharienne, où les femmes et les filles sont plus nombreuses que les hommes et les garçons à vivre avec le VIH. En 2009, on estimait que 53 % des personnes vivant avec le virus étaient de sexe féminin.

Des niveaux d'infection élevés ont aussi été constatés chez les professionnelles du sexe, notamment 4 % en République dominicaine (72, 76), 9 % en Jamaïque (77) et 27 % au Guyana (78). Les pays de la région ont pour la plupart axé leurs efforts de prévention du VIH sur le commerce du sexe.

Les rapports sexuels non protégés entre hommes sont un mode significatif (mais largement passé sous silence) de transmission des épidémies dans cette région où plusieurs pays criminalisent toujours les relations sexuelles entre hommes (79). Une enquête a, par exemple, révélé qu'un homme ayant des rapports sexuels avec des hommes sur cinq était séropositif à Trinité et Tobago et qu'un sur quatre déclarait aussi avoir régulièrement des rapports sexuels avec des femmes (69). En Jamaïque, une étude a révélé une prévalence du VIH de 32 % parmi les HSH (73). Il existe des éléments concrets attestant d'une augmentation des infections à VIH parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes à Cuba (80) et en République dominicaine (81).

Aux Bermudes et à Porto Rico, la consommation de drogues injectables sans respect de l'hygiène contribue de manière significative à la propagation du VIH. À Porto Rico, le partage de matériels d'injection contaminés était à l'origine d'environ 40 % des nouvelles infections à VIH recensées chez les hommes en 2006 et de 27 % des nouvelles infections constatées chez les femmes (82).

Diminution de la mortalité liée au sida

Le nombre de décès liés au sida diminue dans les Caraïbes. On estime que 12 000 [8 500–15 000] personnes ont perdu la vie à cause du sida en 2009, contre 19 000 [16 000–23 000] en 2001. ■

**« LES CARAÏBES
DEMEURENT LA SEULE
RÉGION, OUTRE L'AFRIQUE
SUBSAHARIENNE, OÙ LES
FEMMES ET LES FILLES
SONT PLUS NOMBREUSES
QUE LES HOMMES ET LES
GARÇONS À VIVRE AVEC
LE VIH. »**

AMÉRIQUE CENTRALE ET DU SUD

Tableau 2.7

Statistiques du sida pour l'Amérique centrale et du Sud, 2001 et 2009

Source : ONUSIDA

		Personnes vivant avec le VIH	Personnes nouvellement infectées par le VIH	Enfants vivant avec le VIH	Décès liés au sida
AMÉRIQUE CENTRALE ET DU SUD	2009	1,4 million [1,2–1,6 million]	92 000 [70 000–120 000]	36 000 [25 000–50 000]	58 000 [43 000–70 000]
	2001	1,1 million [1,0–1,3 million]	99 000 [85 000–120 000]	30 000 [20 000–42 000]	53 000 [44 000–65 000]

Figure 2.16

Prévalence du VIH en Amérique centrale et du Sud

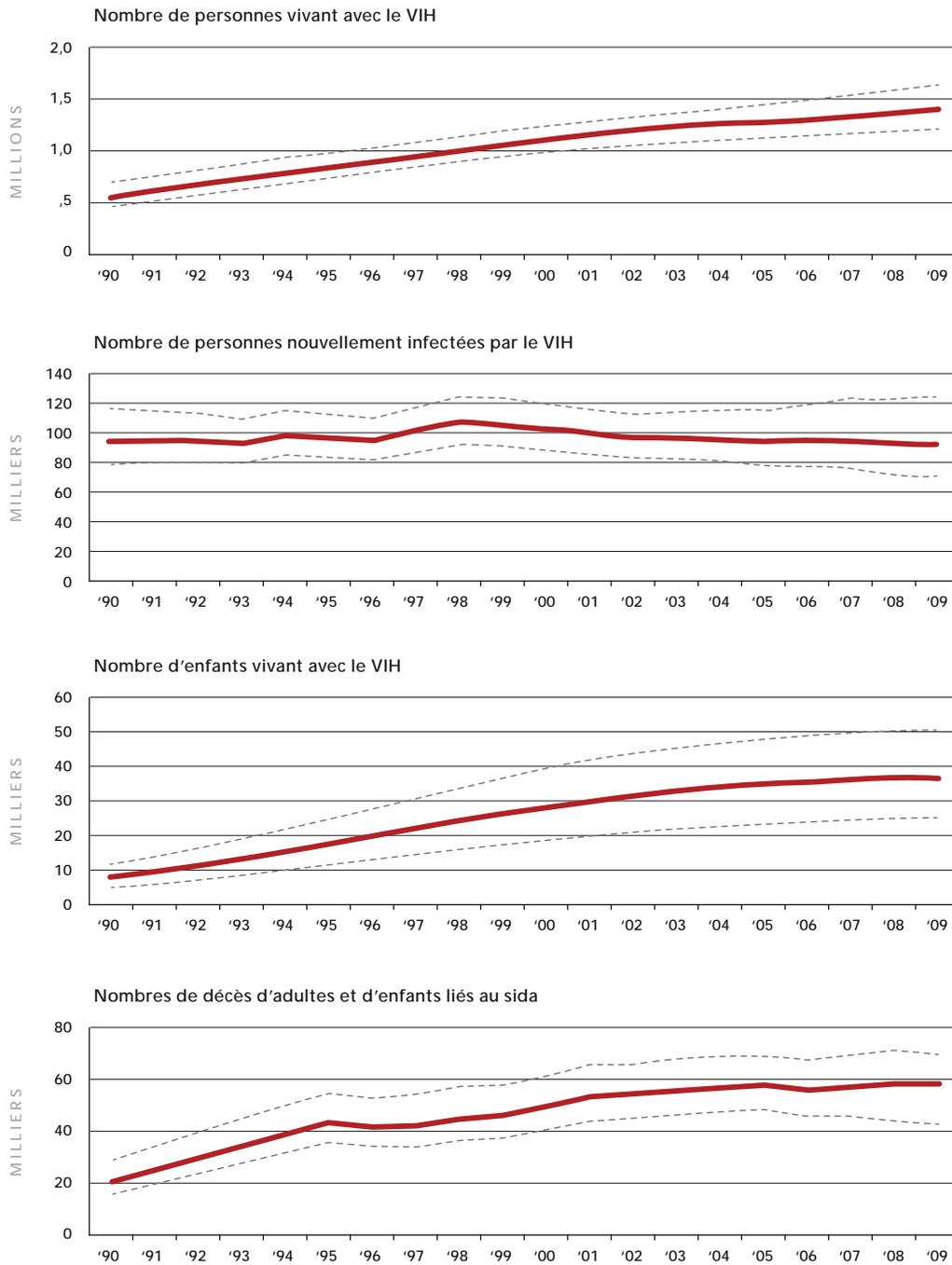
Prévalence du VIH parmi les adultes âgés de 15 à 49 ans en Amérique centrale et du Sud, 1990 à 2009.

Source : ONUSIDA



Figure 2.17
Tendances du VIH en Amérique centrale et du Sud

Source : ONUSIDA



L'épidémie est stable, mais la prévalence du VIH augmente parallèlement à l'élargissement de l'accès au traitement antirétroviral

Les épidémies de VIH qui affectent l'Amérique centrale et du Sud ont peu évolué au cours des dernières années (Tableau 2.6, Figure 2.14). Le nombre total de personnes vivant avec le VIH continue d'augmenter, à 1,4 million [1,2 million–1,6 million] (estimation) en 2009, contre 1,1 million [1,0 million–1,3 million] en 2001, surtout en raison de la disponibilité de traitements antirétroviraux.

Le tiers environ des personnes vivant avec le VIH en Amérique centrale et du Sud habitent au Brésil, pays très peuplé où des efforts de prévention et de traitement précoces et résolus ont permis de contenir l'épidémie. La prévalence du VIH parmi les adultes au Brésil est restée très inférieure à 1 %, tout du moins sur les dix dernières années.

Des épidémies concentrées, principalement parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

Dans cette région, les épidémies de VIH sont pour la plupart concentrées dans et autour des réseaux d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH). Des enquêtes réalisées dans des groupes de HSH vivant dans des zones urbaines ont révélé une prévalence du VIH d'au moins 10 % dans 12 des 14 pays de la région (69), notamment au Costa Rica (83). Des taux anormalement élevés d'infection à VIH ont été constatés dans des réseaux d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Dans cinq pays d'Amérique centrale, l'incidence annuelle du VIH s'est établie à 5,1 % parmi les HSH (84) ; parallèlement, une incidence de 3,5 % parmi les groupes de HSH plus exposés au risque d'infection fréquentant des dispensaires de santé publique a été recensée à Lima, Pérou. Ces taux sont plus élevés que la plupart de ceux observés parmi les groupes de pairs plus exposés au risque d'infection d'Europe et d'Amérique du Nord (85).

La stigmatisation sociale a cependant contribué à maintenir bon nombre de ces épidémies frappant les HSH dans l'ombre et sous silence. Plusieurs pays, en particulier en Amérique centrale et dans la région andine, continuent d'avoir un nombre limité de programmes qui luttent contre le rôle déterminant des rapports sexuels non protégés entre hommes dans leurs épidémies de VIH (64).

La peur de la stigmatisation peut inciter de nombreux HSH à avoir également des rapports sexuels avec des femmes. En Amérique centrale, par exemple, plus d'un homme sur cinq ayant déclaré avoir des rapports sexuels avec d'autres hommes a aussi indiqué avoir eu des rapports sexuels avec une femme au moins au cours des six mois précédents (84).

Les investissements engagés pour arrêter la propagation du VIH parmi les professionnel(le)s du sexe portent leurs fruits

Les pays ont pour la plupart accordé leur attention à la prévention de la transmission du VIH lors des rapports sexuels tarifés et certains signes indiquent que ces efforts portent leurs fruits. Des taux élevés d'utilisation des préservatifs et une prévalence faible du VIH ont été recensés parmi les professionnelles du sexe à Santiago, Chili (86), au Salvador (87) et au Guatemala (88).

1/3

Proportion des personnes vivant avec le VIH en Amérique centrale et du Sud qui habitent au Brésil.

La consommation de drogues injectables est l'autre principal mode de transmission du VIH dans cette région, en particulier dans le cône sud de l'Amérique du Sud. On estime à pas moins de deux millions le nombre d'habitants d'Amérique centrale et du Sud qui consomment des drogues injectables et on considère que plus d'un quart d'entre eux pourraient être infectés par le VIH (38).

Comme dans d'autres régions abritant une importante population de personnes qui consomment des drogues injectables, la prévalence du VIH est également élevée parmi les prisonniers et les personnes incarcérées. Près de 6 % des détenus de sexe masculin ayant fait l'objet d'un dépistage dans le pénitencier de São Paulo (Brésil) ont, par exemple, été diagnostiqués séropositifs au VIH (89). De telles données concrètes ont incité certains pays à décider d'introduire des services de prévention du VIH dans les prisons

Parallèlement, dans les épidémies plus anciennes d'Amérique du Sud, la transmission hétérosexuelle du VIH se développe. Alors que la consommation de drogues injectables diminue comme mode de transmission de l'épidémie de VIH en Argentine par exemple, on estime que quatre sur cinq des nouveaux diagnostics de séropositivité au milieu des années 2000 étaient imputables à des rapports sexuels non protégés (principalement hétérosexuels) (90). Près de la moitié (43 %) des nouvelles infections à VIH enregistrées au Pérou sont maintenant imputables à une transmission lors de rapports hétérosexuels (91), même si l'on considère que la majorité de ces infections ont lieu lors de rapports tarifés et d'autres pratiques sexuelles induisant un risque plus élevé d'infection.

Le VIH chez les enfants

Le nombre d'enfant (de moins de 15 ans) vivant avec le VIH demeure cependant faible en Amérique centrale et du Sud (environ 4 000 nouvellement infectés en 2009) et semble se réduire. Cette tendance perdure malgré une couverture comparativement faible des services susceptibles de prévenir la transmission du VIH aux nourrissons. À la fin 2009, 54 % [39 %–83 %] des femmes enceintes séropositives de la région recevaient des médicaments antirétroviraux destinés à prévenir la transmission du virus à leurs nouveaux nés, c'est-à-dire un niveau un peu supérieur au taux global de couverture de 53 % [40 %–79 %] dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (9). ■

« LE NOMBRE D'ENFANT VIVANT AVEC LE VIH DEMEURE CEPENDANT FAIBLE EN AMÉRIQUE CENTRALE ET DU SUD ET SEMBLE SE RÉDUIRE. »

AMÉRIQUE DU NORD ET EUROPE OCCIDENTALE ET CENTRALE

Tableau 2.8

Statistiques du sida pour l'Amérique du Nord et l'Europe occidentale et centrale, 2001 et 2009

Source : ONUSIDA

		Personnes vivant avec le VIH	Personnes nouvellement infectées par le VIH	Enfants vivant avec le VIH	Décès liés au sida par le VIH
AMÉRIQUE DU NORD ET EUROPE OCCIDENTALE ET CENTRALE	2009	2,3 millions [2,0–2,7 millions]	100 000 [73 000–150 000]	6000 [3500–8000]	35 000 [29 000–56 000]
	2001	1,8 million [1,6–2,0 millions]	97 000 [82 000–110 000]	7400 [4500–10 000]	37 000 [32 000–44 000]

Figure 2.18

Prévalence du VIH en Amérique du Nord et Europe occidentale et centrale

Prévalence du VIH parmi les adultes âgés de 15 à 49 ans en Amérique du Nord et Europe occidentale et centrale, 1990 à 2009.

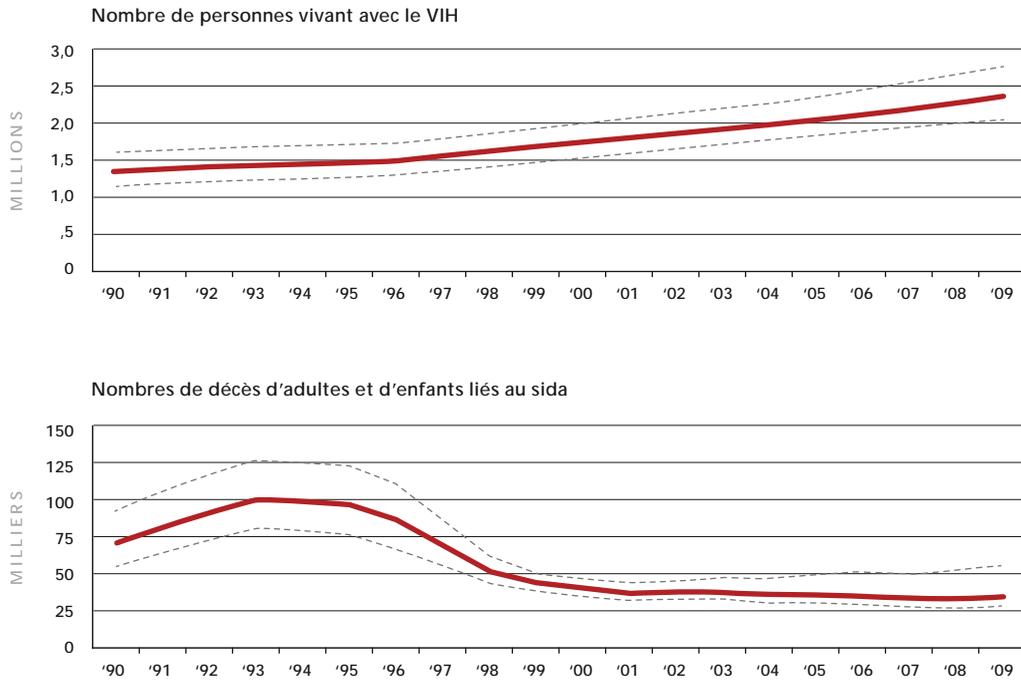
Source : ONUSIDA



Figure 2.19

Tendances du VIH en Amérique du Nord et Europe occidentale et centrale

Source : ONUSIDA



3160

Nombre de nouveaux cas de VIH diagnostiqués chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en 2007 au Royaume-Uni – les plus nombreux jamais déclarés jusqu'à présent.

Le sida n'est pas mort dans les pays à revenu élevé

Le nombre total de personnes vivant avec le VIH en Amérique du Nord et Europe occidentale et centrale continue d'augmenter et a atteint un niveau estimé à 2,3 millions [2,0 millions – 2,7 millions] en 2009, supérieur de 30 % à ce qu'il était en 2001 (Tableau 2.8, Figure 2.18).

Les rapports sexuels non protégés entre hommes restent le principal mode de transmission des épidémies de VIH en Amérique du Nord et en Europe occidentale et centrale, et ce, même si la consommation de drogues injectables et les rapports sexuels tarifés non protégés véhiculent aussi le virus (en particulier au Mexique et dans certaines zones d'Europe méridionale).

En France, par exemple, plus de la moitié des nouveaux cas de VIH diagnostiqués chez les hommes le sont parmi les HSH et ceux-ci ne représentent pourtant que 1,6 % de la population du pays (92, 93). Cette caractéristique épidémique signifie que les hommes sont plus nombreux que les femmes à être séropositifs. En 2009, 26 % environ des personnes vivant avec le VIH étaient des femmes en Amérique du Nord et 29 % en Europe occidentale et centrale.

Reprise des épidémies parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

On note des signes tangibles significatifs indiquant une reprise des épidémies de VIH parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en Amérique du Nord et en Europe occidentale (94). Les données fournies par 23 pays européens révèlent que le nombre annuel de diagnostics du VIH chez les HSH a augmenté de 86 % entre 2000 et 2006 (95).

Les 3 160 nouveaux cas de VIH diagnostiqués au Royaume-Uni chez les HSH en 2007 ont été les plus nombreux jamais déclarés jusqu'à présent (96). Les données de surveillance nationale révèlent également une augmentation importante du nombre de nouveaux diagnostics de VIH entre 2000 et 2005 parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes au Canada, en Allemagne, aux Pays-Bas, en Espagne et aux États-Unis d'Amérique (97). Dans ce dernier pays, les nouvelles infections à VIH imputées à des rapports sexuels non protégés entre hommes ont augmenté de plus de 50 % entre 1991-1993 et 2003-2006 (98). Le Canada a déclaré des tendances similaires (99).

Cette évolution est liée à la multiplication des comportements sexuels à risque. En Catalogne (Espagne), des chercheurs ont, par exemple, indiqué qu'un tiers (32 %) des HSH avaient récemment eu des rapports sexuels annaux non protégés avec un partenaire occasionnel (100) et des enquêtes réalisées au Danemark et à Amsterdam (Pays-Bas) font état d'observations similaires (101, 102).

Les épidémies de VIH sont concentrées de manière disproportionnée dans des minorités raciales et ethniques dans certains pays. Aux États-Unis d'Amérique, par exemple, les Afro-Américains constituent 12 % de la population mais représentaient 45 % des personnes nouvellement infectées par le VIH en 2006 (98). Les hommes afro-américains ont 6,5 fois plus de risques et les femmes afro-américaines ont 19 fois plus de risques d'être contaminés par le VIH que leurs homologues d'origine caucasienne (103).

Au Canada au milieu des années 2000, les groupes autochtones constituaient 3,8 % de la population mais représentaient 8 % de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH (et 13 % des personnes nouvellement infectées annuellement). Deux tiers (66 %) des personnes nouvellement infectées par le virus consommaient des drogues injectables (99).

Les taux de nouvelles infections parmi les personnes qui consomment des drogues injectables ont globalement diminué – ce qui est essentiellement dû aux services de réduction des risques. Aux Pays-Bas (67) et en Suisse (98), par exemple, les infections à VIH imputables au partage entre plusieurs personnes de matériels d'injection contaminés ont pratiquement disparu : 5 % maximum des nouvelles infections (en 2008 et 2007, respectivement) étaient imputables à la consommation de drogues injectables.

Parmi les CDI en Amérique du Nord, l'épidémie perd également du terrain. Moins de 10 000 personnes consommant des drogues injectables ont contracté le VIH en 2006 aux États-Unis d'Amérique, ce qui correspond à un tiers seulement de leur nombre en 1984-86.

Mais l'utilisation par de multiples personnes de matériels d'injection contaminés peut favoriser une accélération spectaculaire de la propagation de l'épidémie de VIH, comme cela a été le cas en Estonie. Il y a dix ans, on ne recensait pratiquement aucune personne nouvellement infectée par le VIH dans ce pays ; en quelques années, une majorité des personnes qui consomment des drogues injectables interrogées (72 % dans une étude) avaient été infectées par le VIH (38).

Il y a également des endroits critiques le long de la frontière entre les États-Unis d'Amérique et le Mexique où le croisement de réseaux de consommation de drogues et de commerce du sexe favorise la propagation du VIH. Des études ont révélé une prévalence du VIH de 12 % parmi les professionnelles du sexe qui consomment des drogues injectables dans les villes de Ciudad Juarez et Tijuana (104) et de 3 % parmi d'autres CDI (105) à Tijuana. Ces épidémies localisées recèlent un potentiel de propagation considérable. Dans une étude importante sur les femmes enceintes de Tijuana, par exemple, la prévalence du VIH se situait à 1 %, mais elle s'établissait à 6 % parmi les femmes enceintes qui consommaient des drogues (106).

Les infections à VIH parmi les immigrants sont devenues une caractéristique de plus en plus importante des épidémies dans plusieurs pays d'Europe. La transmission lors de rapports hétérosexuels représente environ la moitié des nouvelles infections à VIH en Europe centrale (67), mais un pourcentage considérable des personnes nouvellement infectées ont été contaminées à l'étranger (principalement en Afrique subsaharienne, dans les Caraïbes et en Asie).

Au Royaume-Uni, environ 44 % des personnes nouvellement infectées par le VIH en 2007 avaient contracté le virus à l'étranger (principalement en Afrique subsaharienne) (96). Pour l'Europe considérée globalement, près d'une personne nouvellement diagnostiquée sur cinq (17 %) en 2007 venait de pays frappés par des épidémies généralisées (107). ■

19x

Aux États-Unis d'Amérique, les femmes afro-américaines ont 19 fois plus de risques d'être contaminées par le VIH que leurs homologues d'origine caucasienne.

Tableau 2.9

Statistiques du sida pour le Moyen-Orient et l’Afrique du Nord, 2001 et 2009

Source : ONUSIDA

		Personnes vivant avec le VIH	Personnes nouvellement infectées par le VIH	Enfants vivant avec le VIH	Décès liés au sida
MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD	2009	460 000 [400 000–530 000]	75 000 [61 000–92 000]	21 000 [13 000–28 000]	24 000 [20 000–27 000]
	2001	180 000 [150 000–210 000]	36 000 [32 000–42 000]	7100 [3800–13 000]	8300 [6300–11 000]

Figure 2.20

Prévalence du VIH au Moyen-Orient et Afrique du Nord

Prévalence du VIH parmi les adultes âgés de 15 à 49 ans au Moyen-Orient et Afrique du Nord, 1990 à 2009.

Source : ONUSIDA

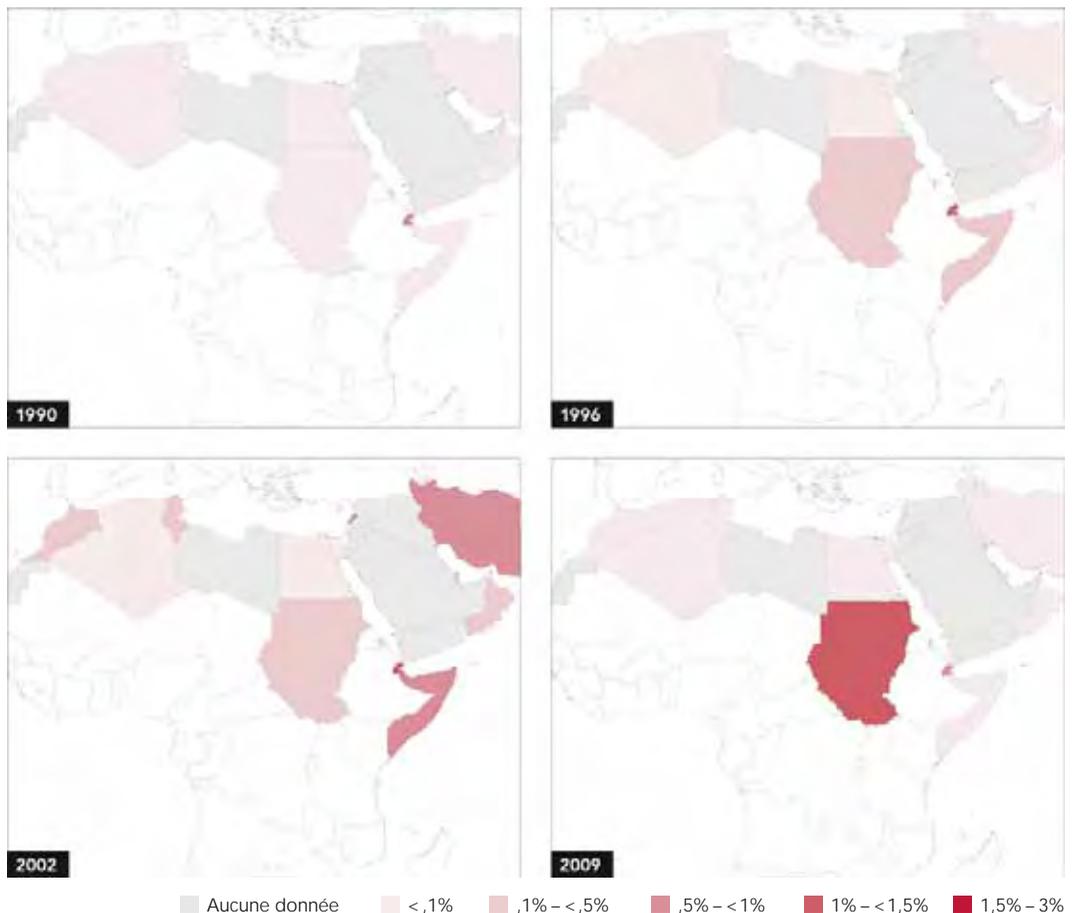
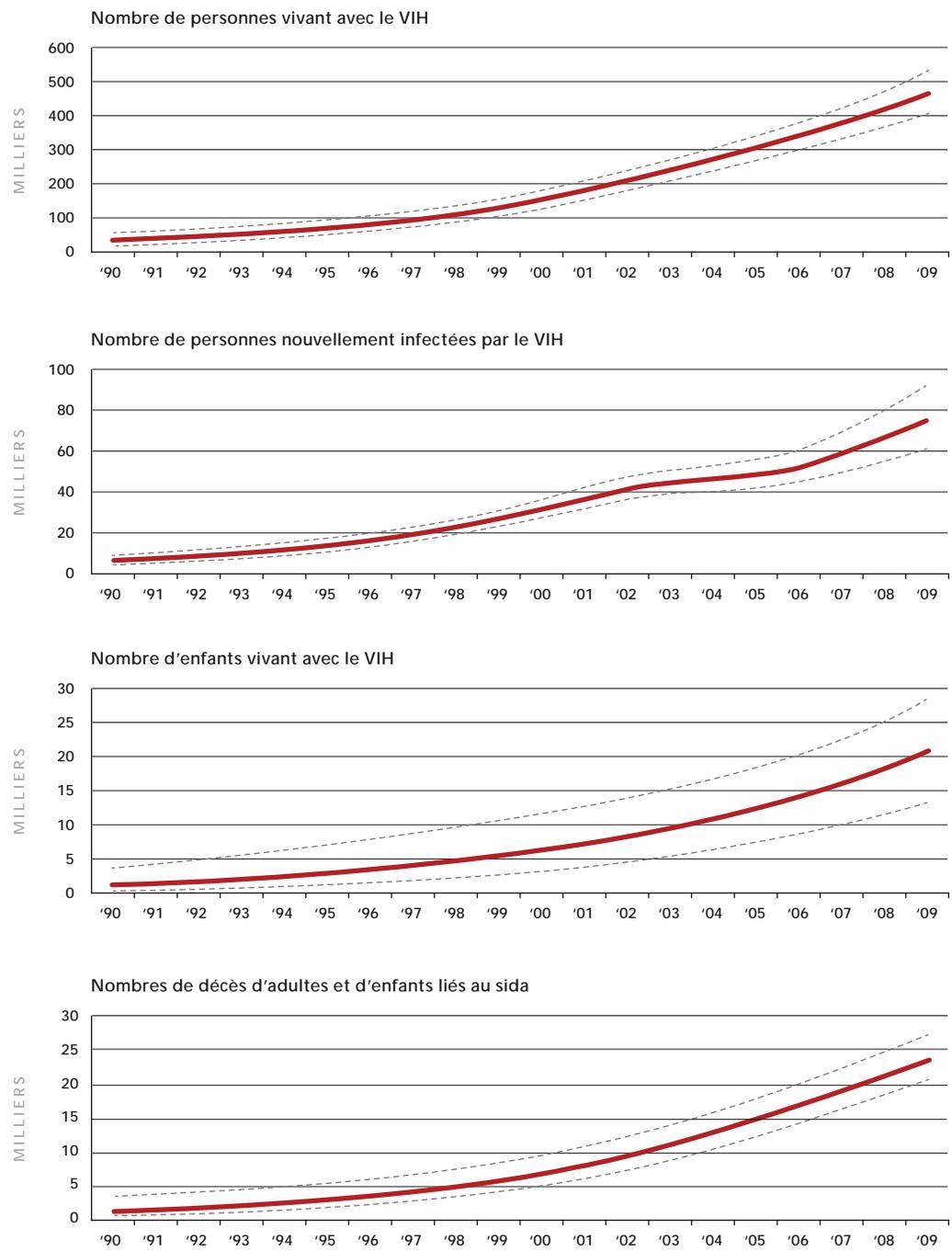


Figure 2.21
Tendances du VIH au Moyen-Orient et Afrique du Nord

Source : ONUSIDA



Hausse de la prévalence du virus, des nouvelles infections à VIH et des décès liés au sida

On estime à 460 000 [400 000–530 000] le nombre de personnes vivant avec le VIH au Moyen-Orient et en Afrique du Nord à la fin 2009, chiffre en hausse par rapport à celui de 180 000 [150 000–200 000] de 2001 (Tableau 2.9 et Figure 2.20). Le nombre de personnes nouvellement infectées a également augmenté au cours de la dernière décennie. On dénombrait 75 000 [61 000–92 000] personnes nouvellement infectées en 2009, c'est-à-dire plus de deux fois plus qu'en 2001 (36 000 [32 000–42 000]). Les décès liés au sida ont pratiquement triplé, passant de 8 300 [6 300–11 000] en 2001 à 23 000 [20 000–27 000] à la fin 2009.

On dispose toujours de données fiables limitées sur les épidémies qui affectent le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord, d'où il est difficile d'avoir confiance dans le suivi des tendances récentes. Les éléments concrets disponibles militent cependant en faveur d'une hausse de la prévalence du virus, du nombre de nouvelles infections à VIH et des décès liés au sida.

La prévalence du VIH est faible – sauf à Djibouti et dans le sud du Soudan où le virus se propage parmi la population générale et où l'on a détecté une prévalence du VIH supérieure à 1 % parmi les femmes enceintes fréquentant les services prénatals.

Il semble que la République islamique d'Iran abrite la plus importante population de personnes qui consomment des drogues injectables de la région et que son épidémie de VIH soit principalement concentrée dans ce groupe de population. On estime que 14 % des CDI vivant dans le pays étaient séropositifs en 2007 (108).

80%

Prévalence du virus de l'hépatite C parmi les consommateurs de drogues injectables détenus à Téhéran.

La prévalence extrêmement élevée du virus de l'hépatite C (80 %) constatée parmi les consommateurs de drogues injectables détenus à Téhéran (109) indique un potentiel de propagation du virus considérable parmi les personnes qui consomment des drogues injectables et au-delà de celles-ci. On a estimé que près de la moitié (45 %) de la population carcérale iranienne était en prison pour des délits liés aux drogues (110,111). L'exposition à des matériels d'injection contaminés est une caractéristique des épidémies en Algérie, en Égypte, en Jamahiriya arabe libyenne, au Maroc, dans le Sultanat d'Oman, en République arabe syrienne et en Tunisie.

Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sont affectés de manière disproportionnée

Les rapports sexuels entre hommes sont très fortement stigmatisés dans cette région et constituent un délit passible de sanctions dans de nombreux pays. Les services de prise en charge du VIH destinés aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ont tendance à être limités (112). Pourtant, il existe des données concrètes indiquant que les HSH supportent un poids disproportionné de l'épidémie de VIH dans certains de ces pays tout du moins.

Dans des enquêtes réalisées au Soudan, 8 %-9 % des HSH ont été diagnostiqués séropositifs au VIH (70), tout comme 6 % de leurs homologues en Égypte (113). À l'image de ce qui se passe dans d'autres régions, bon nombre des HSH du Moyen-Orient et d'Afrique du Nord ont aussi des rapports sexuels avec des femmes (114).

Il existe des réseaux de commerce du sexe dans lesquels la prévalence est faible

Les éléments concrets dont nous disposons donnent à penser que la transmission du VIH reste limitée dans les réseaux de prostitution. Une enquête réalisée en 2006 a révélé qu'environ 1 % des professionnelles du sexe d'Égypte étaient infectées par le VIH (113), comme c'était le cas pour 2 %-4 % (estimation) de leurs homologues en Algérie, au Maroc et au Yémen (112). Les données sont insuffisantes pour déterminer dans quelles proportions le VIH est transmis aux clients masculins des professionnelles du sexe et aux autres partenaires sexuels, ainsi qu'à leurs partenaires respectifs. ■

« LES RAPPORTS SEXUELS ENTRE HOMMES SONT TRÈS FORTEMENT STIGMATISÉS AU MOYEN-ORIENT ET EN AFRIQUE DU NORD ET CONSTITUENT UN DÉLIT PASSIBLE DE SANCTIONS DANS DE NOMBREUX PAYS. »

Tableau 2.10

Statistiques du sida pour l’Océanie, 2001 et 2009

Source : ONUSIDA

		Personnes vivant avec le VIH	Personnes nouvellement infectées par le VIH	Enfants vivant avec le VIH	Décès liés au sida
OCÉANIE	2009	57 000 [50 000–64 000]	4500 [3400–6000]	3100 [1500–4800]	1400 [<1000–2400]
	2001	28 000 [23 000–35 000]	4700 [3800–5600]	<1000 [<500–1600]	<1000 [<500–1100]

Figure 2.22

Prévalence du VIH en Océanie

Prévalence du VIH parmi les adultes âgés de 15 à 49 ans en Océanie, 1990 à 2009.

Source : ONUSIDA

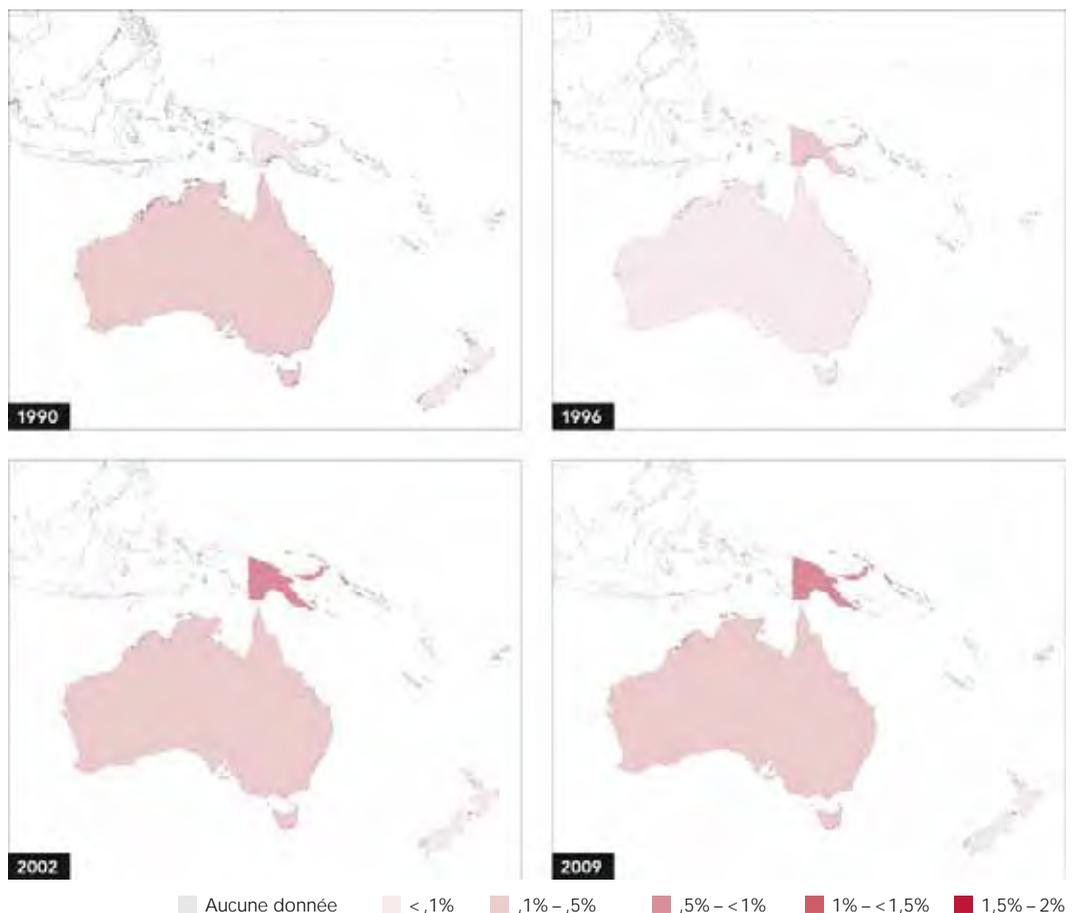
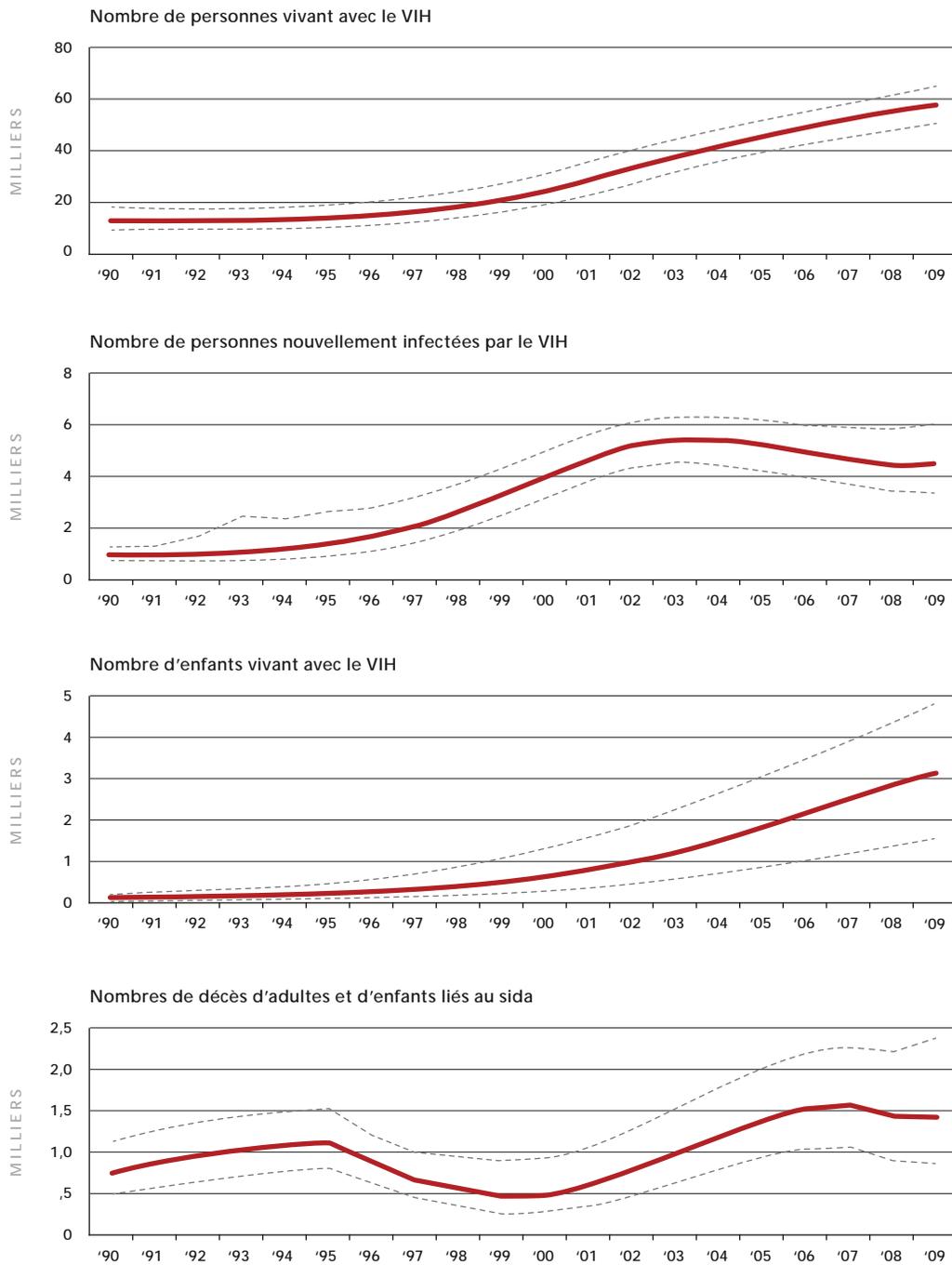


Figure 2.23
Tendances du VIH en Océanie

Source : ONUSIDA



« EN PAPOUASIE-NOUVELLE-GUINÉE, L'ÉPIDÉMIE DE VIH EST LA PLUS IMPORTANTE ET LA SEULE ÉPIDÉMIE GÉNÉRALISÉE DE LA RÉGION. »

161

Entre 2005 et 2009, nombre de sites supplémentaires fournissant des services de dépistage aux femmes dans le cadre des programmes qui visent à prévenir la transmission mère-enfant du VIH.

L'épidémie de VIH commence à se stabiliser

En Océanie, l'épidémie de VIH est de faible ampleur mais le nombre de personnes vivant avec le VIH dans la région a pratiquement doublé entre 2001 et 2009, passant de 28 000 [23 000–35 000] à 57 000 [50 000–64 000] (Table 2.10 et Figure 2.22). Toutefois, le nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH a commencé à diminuer pour revenir de 4 700 [3 800–5 600] en 2001 à 4 500 [3 400–6 000] en 2009.

En Papouasie-Nouvelle-Guinée, l'épidémie de VIH est la plus importante et la seule épidémie généralisée de la région. Une analyse récente des données disponibles dans le pays révèle que l'épidémie commence à se stabiliser. La prévalence nationale du VIH parmi les adultes en 2009 est évaluée à 0,9 % [0,8 – 1,0 %] avec nombre estimé de personnes vivant avec le VIH de 34 000 [30 000–39 000]. Les estimations ont été calculées à partir de données fournies par des dispensaires prénatals dans toutes les zones de Papouasie-Nouvelle-Guinée qui proposent un dépistage du virus aux femmes enceintes dans le cadre des soins courants. Du fait du développement des programmes qui visent à prévenir la transmission mère-enfant du VIH, le nombre de sites fournissant des services de dépistage aux femmes a très fortement augmenté ces dernières années, passant de 17 en 2005 à 178 en 2009, ce qui s'est aussi traduit par un volume plus important d'informations susceptibles d'être exploitées pour établir des estimations.

La transmission sexuelle dynamise les épidémies de VIH

En Océanie, les épidémies sont principalement dynamisées par une transmission sexuelle du virus. Les rapports hétérosexuels non protégés sont le principal mode de transmission en Papouasie-Nouvelle-Guinée alors que les rapports sexuels non protégés entre hommes sont le principal moteur des épidémies des plus petites nations du Pacifique, de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande (115).

Comme dans de nombreux autres pays à revenu élevé ayant des épidémies de VIH plus anciennes, on a noté une augmentation des cas de VIH diagnostiqués parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en Australie et en Nouvelle-Zélande au cours des dix dernières années. La tendance pourrait signaler une augmentation des comportements sexuels induisant des risques plus élevés d'infection dans ce groupe de population (116, 117).

Du fait de l'insuffisance des données tirées d'enquêtes, il est difficile de déterminer le rôle du commerce du sexe dans l'épidémie de Papouasie-Nouvelle-Guinée, mais les rapports sexuels tarifés semblent une pratique courante parmi les populations mobiles, notamment les travailleurs migrants, les travailleurs du secteur du transport et les personnels des forces armées (118).

La consommation de drogues injectables est un facteur mineur mais significatif de transmission

La consommation de drogues injectables est un facteur mineur de propagation des épidémies dans cette région. Toutefois, dans certaines parties d'Australie, c'est un moteur important de l'épidémie de VIH parmi la population aborigène. Les infections à VIH parmi les Aborigènes et les habitants des Îles du Détroit de Torres ont été imputables à la consommation de drogues injectables dans 22 % des cas sur les cinq dernières années (117). Cependant, en Polynésie française et en Mélanésie (hors Papouasie-Nouvelle-Guinée), les personnes qui consomment des drogues injectables représentent 12 % et 6 %, respectivement, du total des cas de VIH déclarés (115).

Enfants nouvellement infectés : la Papouasie-Nouvelle-Guinée paye le plus lourd tribut

La transmission mère-enfant du VIH n'est un facteur significatif que dans l'épidémie de la Papouasie-Nouvelle-Guinée dans laquelle près de 10 % de l'ensemble des personnes nouvellement diagnostiquées séropositives à ce jour ont été contaminées pendant les périodes d'exposition périnatale (115). ■

FEUILLE DE RÉSULTATS : INCIDENCE

Variations du taux d'incidence de l'infection à VIH, 2001 à 2009, pays sélectionnés



Incidence en augmentation >25%

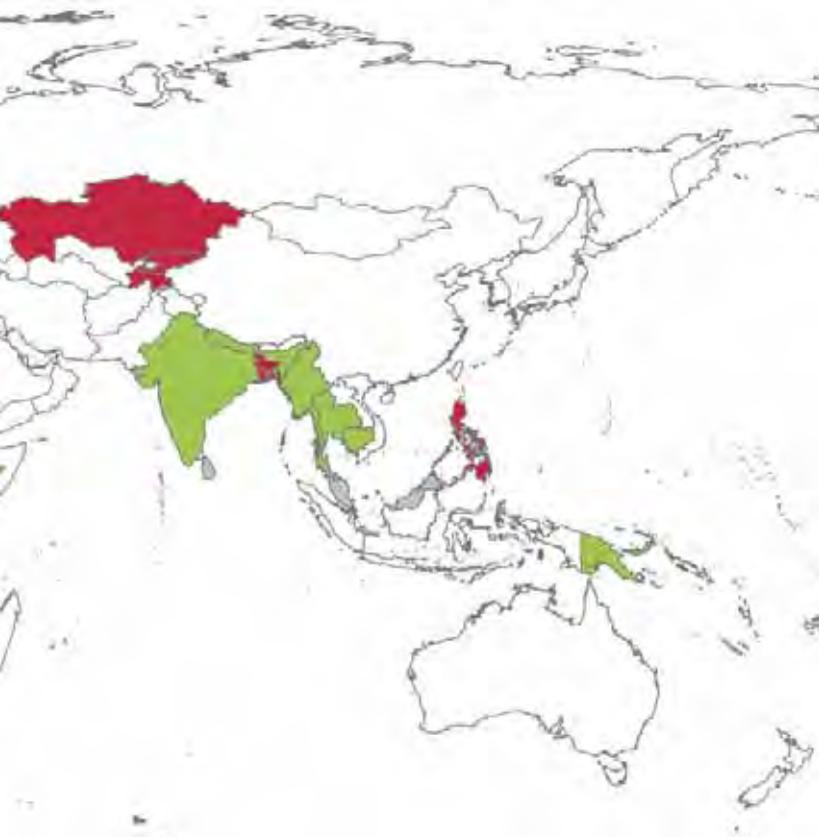
Arménie
Bangladesh
Géorgie
Kazakhstan
Kirghizistan
Philippines
Tadjikistan

Incidence stable

Angola
Argentine
Biélarus
Bénin
Cameroun
République démocratique
du Congo
Djibouti
France
Allemagne
Ghana
Haïti
Kenya
Lesotho
Lituanie
Malaisie
Niger
Nigéria
Panama
République de Moldavie
Sénégal
Sri Lanka
Ouganda
États-Unis d'Amérique

Incidence en diminution >25%

Belize
Botswana
Burkina Faso
Cambodge
République centrafricaine
Congo
Côte d'Ivoire
République dominicaine
Érythrée
Éthiopie
Gabon
Guinée
Guinée Bissau
Inde
Jamaïque
Lettonie
Malawi
Mali
Mozambique
Myanmar
Namibie
Népal
Papouasie-Nouvelle-Guinée
Rwanda
Sierra Leone
Afrique du Sud
Suriname
Swaziland
Thaïlande
Togo
République-Unie de
Tanzanie
Zambie
Zimbabwe



En l'absence d'épreuve diagnostique fiable pouvant mesurer directement le nombre de nouvelles infections à VIH au sein d'une population donnée, les estimations de l'incidence du VIH ont été obtenues par modélisation. La carte présente 60 pays pour lesquels des estimations fiables du nombre de nouvelles infections à VIH au cours du temps ont été obtenues dans le cadre du cycle 2010 des estimations par pays élaborées à l'aide des outils EPP/Spectrum, et 3 pays pour lesquels on disposait de documents évalués par des pairs contenant des données sur les tendances de l'incidence. Les méthodes EPP/Spectrum permettent d'estimer des tendances de l'incidence du VIH à partir de la prévalence du VIH au cours du temps en combinaison avec le niveau fluctuant du traitement antirétroviral. Les critères d'inclusion des pays dans cette analyse étaient les suivants : des fichiers EPP étaient disponibles et les tendances dans l'EPP n'étaient pas tirées d'estimations de prévalence de Workbook ; des données de prévalence étaient disponibles jusqu'à 2007 au moins ; il y avait au moins quatre dates entre 2001 et 2009 pour lesquelles des données de prévalence étaient disponibles pour les épidémies concentrées et au moins trois dates sur la même période pour les épidémies généralisées ; pour la majorité des courbes épidémiques d'un pays donné, l'EPP n'a pas produit d'augmentation artificielle de la prévalence du VIH ces dernières années en raison de la rareté des données de prévalence ; les données étaient représentatives du pays ; la tendance de l'incidence tirée du modèle EPP/Spectrum n'était pas en contradiction avec la tendance décrite dans les rapports de cas de nouveaux diagnostics du VIH ; et la tendance de l'incidence tirée du modèle EPP/Spectrum n'était pas en contradiction avec les tendances d'incidence modélisées à partir de la prévalence par âge calculée dans les enquêtes nationales. Pour certains pays où l'épidémie complexe implique de multiples groupes de population ayant différents comportements à risque, et où il existe des disparités géographiques – comme le Brésil, la Chine et la Fédération de Russie –, il s'agit d'une évaluation très complexe, qui n'a pas pu être finalisée dans le cadre du cycle 2010 des estimations. L'ONUSIDA continuera de collaborer avec les pays et les partenaires pour améliorer la qualité des informations disponibles et des méthodes de modélisation afin d'inclure les données relatives à l'incidence du VIH pour d'autres pays dans de futurs rapports.

CHAPITRE 3



PRÉVENTION DU VIH

PRINCIPALES CONSTATATIONS

- L'incidence de l'infection à VIH dans le monde a baissé de 19% entre 1999 (pic de l'incidence) et 2009 ; ce recul est supérieur à 25% dans 33 pays dont 22 en Afrique subsaharienne.
 - En 2009, 370 000 [230 000-510 000] enfants ont été infectés par le VIH lors d'une transmission de la mère à l'enfant, soit une baisse de 24% en cinq ans. Toutefois, un accès inadapté aux services prénatals et postnatals freine l'expansion rapide de la mise en place de moyens efficaces pour prévenir cette transmission.
 - Les investissements dans la prévention du VIH représentent 22% environ de l'ensemble des dépenses liées au sida de 106 pays à revenu faible ou intermédiaire.
 - Le nombre de jeunes hommes et femmes ayant une connaissance approfondie et correcte du VIH a légèrement augmenté au niveau mondial depuis 2008 mais ne représente que 34% de cette population, soit à peine un tiers de l'objectif de 95% fixé par l'UNGASS.
 - L'analyse des tendances montre un recul général du pourcentage de personnes ayant eu plusieurs partenaires sexuels lors des 12 derniers mois en Afrique subsaharienne.
 - La disponibilité de préservatifs là où il y a des besoins augmente considérablement, des organisations internationales et non gouvernementales ayant financé l'achat de 25,8 millions de préservatifs féminins en 2009. Entre 2008 et 2009, 10 millions de préservatifs féminins supplémentaires ont été distribués.
 - Les récents résultats prometteurs d'un gel à base de ténofovir permettent d'espérer qu'un nouveau mode de prévention efficace contrôlé par les femmes sera bientôt opérationnel.
-

» **Recul des nouvelles infections à VIH dans le monde**

Les efforts visant à promouvoir et appuyer l'association de mesures de prévention du VIH donnent des résultats concrets et impressionnants. L'incidence de l'infection à VIH dans le monde a baissé de 19 % entre 1999 et 2009 ; ce recul est supérieur à 25 % dans 33 pays dont 22 en Afrique subsaharienne. Entre 2001 et 2009, si certaines régions du monde ont constaté des baisses notables et encourageantes de l'incidence du VIH, cette dernière a augmenté de plus de 25 % dans sept pays dont cinq d'Europe de l'Est et d'Asie centrale et elle est restée stable dans 23 autres pays. Le changement de comportement est la principale cause du recul prometteur du nombre de nouvelles infections à VIH dans de nombreux pays. Chez les jeunes, la baisse sensible de l'incidence du VIH est associée à une tendance positive très nette (pour les deux sexes) d'indicateurs de comportement importants, notamment l'augmentation de l'utilisation du préservatif, le recul de l'âge du premier rapport sexuel et la baisse du nombre de personnes ayant plusieurs partenaires (1).

L'utilisation correcte et systématique du préservatif s'avère efficace à plus de 90 % pour prévenir la transmission du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles. Onze pays indiquaient qu'au moins 75 % des hommes ou des femmes avaient utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel à haut risque. La prévention du VIH a enregistré ses plus beaux succès dans les pays à épidémies concentrées ayant consacré de nombreux programmes et financements à la prévention chez les personnes les plus exposées au VIH. Mais trop souvent encore, les réponses de la prévention ne se concentrent pas sur ces populations clés.

En 2009, 370 000 [230 000 – 510 000] enfants avaient été infectés par le VIH par une transmission de la mère à l'enfant (au lieu de 500 000 [320 000–680 000] en 2001). Bien qu'il s'agisse là d'une nette amélioration pour la santé des mères et des nourrissons, un accès inadapté aux services prénatals et postnatals freine une expansion plus rapide de la prévention de la transmission de la mère à l'enfant.

Cibler de manière adaptée les investissements pour la prévention du VIH

Les investissements dans la prévention du VIH représentent 22 % environ de l'ensemble des dépenses liées au sida de 106 pays à revenu faible ou intermédiaire. Même avec les ressources existantes, l'un des principaux freins au renforcement des effets de la riposte à l'épidémie tient à la réticence des planificateurs et des exécutants à axer les efforts de prévention là où leur impact est maximal. Les investissements consacrés à la prévention ne suivent pas toujours les schémas épidémiques. En Europe de l'Est et en Asie centrale, régions touchées essentiellement par des épidémies concentrées, 89 % des investissements pour la prévention du VIH ne sont pas concentrés sur les personnes à plus haut risque comme les consommateurs de drogues injectables, les professionnel(le)s du sexe

et leurs clients et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Ces groupes de population rassemblent une proportion notable des nouvelles infections, même dans les pays où l'épidémie est généralisée, et pourtant les dépenses de prévention reflètent rarement cette réalité. Par exemple, la part des dépenses pour la prévention du VIH consacrée aux programmes ciblant les professionnel(le)s du sexe et leurs clients, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les consommateurs de drogues injectables n'est que de 1,7 % au Burkina Faso, 0,4 % en Côte d'Ivoire et 0,24 % au Ghana, alors que le pourcentage des nouvelles infections dans ces groupes s'établit à 30 %, 28 % et 43 %, respectivement (2).

Au Kenya et au Mozambique, un quart à un tiers des nouvelles infections à VIH touchent les consommateurs de drogues injectables, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ainsi que les professionnel(le)s du sexe et leurs clients (3). Ces pays consacrent respectivement 0,35 % et 0,25 % de leurs dépenses en matière de sida à la prévention du VIH dans ces populations clés, et les financements proviennent presque exclusivement de sources internationales. Les dépenses allouées spécifiquement à l'appui de ces populations pour la riposte au VIH ne représentent qu'un pour cent de leur poids respectif dans l'épidémie nationale (4).

De même, les investissements ciblant les jeunes trouvent rarement l'équilibre approprié entre la nécessité d'un investissement continu dans la prévention du VIH dans cette population et celle d'une attention particulière aux besoins propres aux jeunes plus exposés au VIH du fait de la consommation de drogues, du travail du sexe et des rapports sexuels non protégés entre hommes. En Asie, par exemple, 90 % des ressources consacrées aux jeunes vont à ceux qui sont peu exposés au risque de VIH et qui ne représentent que 5 % des personnes infectées par le virus (5).

L'association de mesures de prévention du VIH donne des résultats

Lorsque les principaux indicateurs de comportement liés au risque d'infection à VIH — utilisation du préservatif, précocité du premier rapport sexuel (avant l'âge de 15 ans) et partenaires multiples — affichent tous une tendance positive, l'incidence de l'infection à VIH baisse sensiblement (1). Des éléments probants toujours plus nombreux attestent que l'association de mesures de prévention pour lutter contre les risques majeurs de VIH infléchit de façon décisive le cours de l'épidémie. En Namibie, l'amélioration des principaux indicateurs de connaissance et de comportement, notamment la connaissance approfondie du VIH, l'âge du premier rapport sexuel, l'adoption de comportements sexuels à haut risque et l'utilisation du préservatif chez les hommes et les femmes de 15 à 24 ans, s'est accompagnée d'un recul de la prévalence du VIH chez les jeunes, passée d'un peu plus de 10 % en 2007 à 5 % environ en 2009.

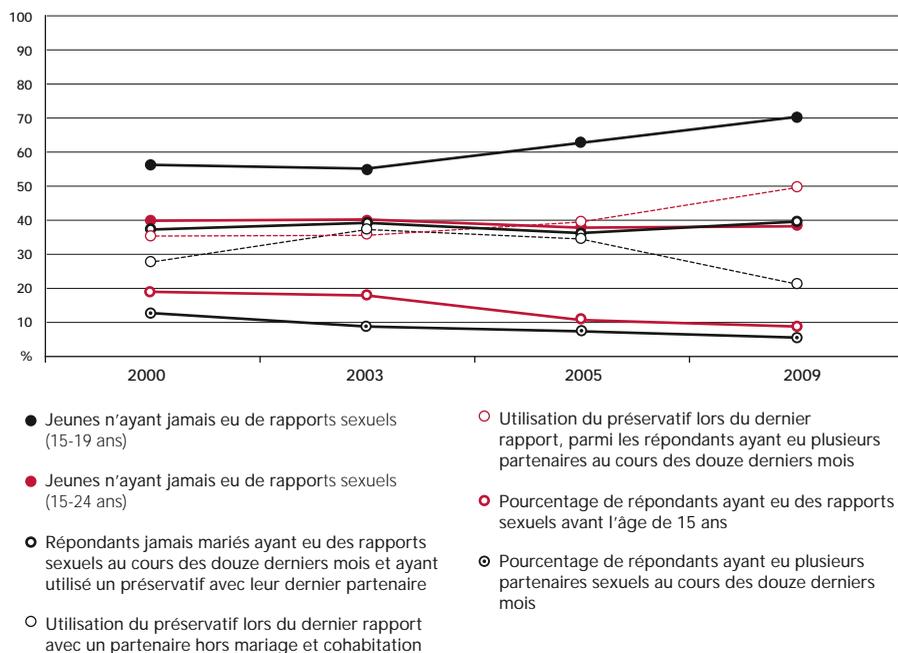
370 000

En 2009, 370 000 enfants avaient été infectés par le VIH par une transmission de la mère à l'enfant (au lieu de 500 000 en 2001).

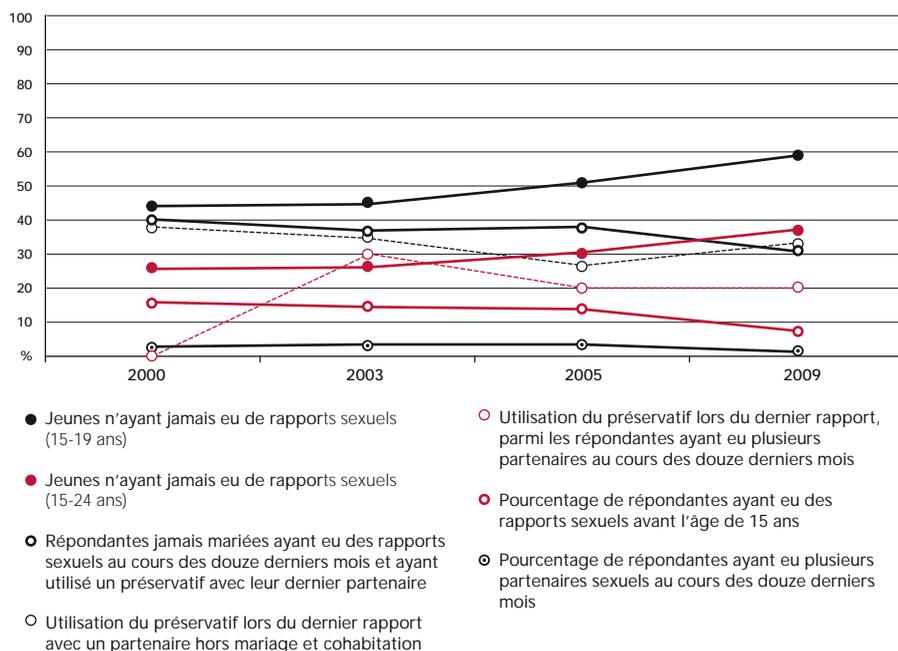
Figure 3.1
Prévention du VIH en Zambie, 2000-2009

Source : Enquête sur le comportement sexuel en Zambie.

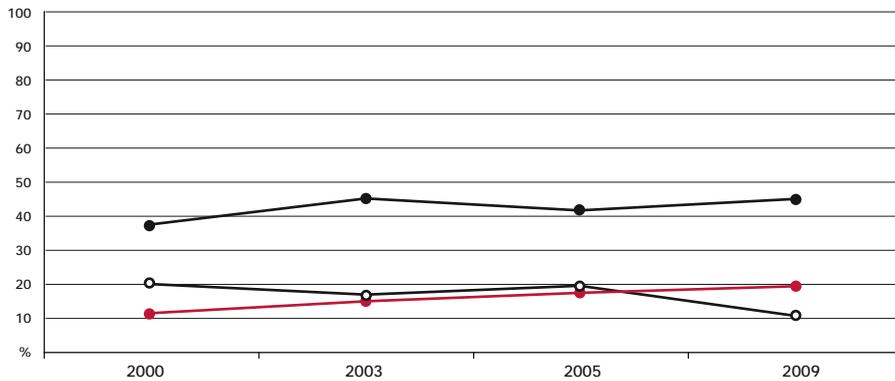
Hommes de 15 à 24 ans



Femmes de 15 à 24 ans

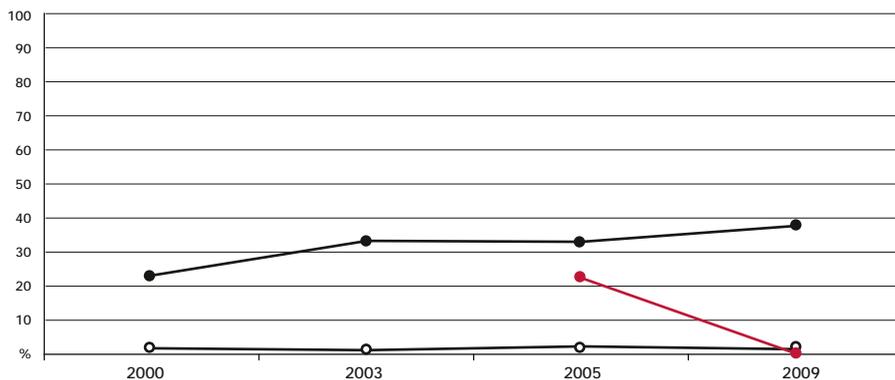


Hommes de 25 à 49 ans



- Utilisation du préservatif lors du dernier rapport avec un partenaire hors mariage et cohabitation
- Utilisation du préservatif lors du dernier rapport, parmi les répondants ayant eu plusieurs partenaires au cours des douze derniers mois
- Pourcentage de répondants ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans

Femmes de 25 à 49 ans



- Utilisation du préservatif lors du dernier rapport avec un partenaire hors mariage et cohabitation
- Utilisation du préservatif lors du dernier rapport, parmi les répondantes ayant eu plusieurs partenaires au cours des douze derniers mois
- Pourcentage de répondantes ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans

¹ Les données sur les pays d'Europe occidentale et centrale (neuf pays sur 41) sont peu nombreuses comme, dans une moindre mesure, pour les pays du Moyen-Orient et d'Afrique du Nord (huit pays sur 20). L'Afrique subsaharienne est la région qui fournit les données les plus complètes sur la connaissance approfondie du VIH, essentiellement grâce aux enquêtes démographiques et de santé menées dans 85 pays avec le soutien appuyé du gouvernement des Etats-Unis, des pays participants et d'autres bailleurs de fonds.

Entre 2001 et 2009, l'incidence du VIH dans ce pays a baissé de plus de 25 %. Des tendances similaires ont été observées au Zimbabwe. Mais lorsque plusieurs types de comportement varient, par exemple quand l'utilisation du préservatif augmente ainsi que le nombre de personnes ayant plusieurs partenaires, ou inversement, les effets des changements sur la réduction de l'incidence sont moins faciles à identifier avec précision.

En Zambie, l'incidence du VIH a reculé de plus de 25 % entre 2001 et 2009. Le pays a réussi à repousser l'âge du premier rapport sexuel et à étendre l'abstinence chez les jeunes (6). Le nombre de jeunes et d'adultes ayant plusieurs partenaires a diminué également. Toutefois, la proportion d'hommes et de femmes de 15 à 24 ans ayant eu plusieurs partenaires pendant la dernière année écoulée et ayant utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel a sensiblement baissé.

Bien que moins de jeunes hommes et femmes soient sexuellement actifs en Zambie et aient eu plusieurs partenaires au cours des douze derniers mois, l'utilisation du préservatif dans cette population a baissé. Pour obtenir des résultats optimaux, il convient de mettre en œuvre simultanément tous les moyens permettant de réduire le risque d'exposition sexuelle au VIH (Figure 3.1).

Le changement de comportement et une meilleure connaissance réduisent l'incidence et la prévalence du VIH dans la plupart des pays où cette prévalence est élevée

Le nombre de jeunes hommes et femmes ayant une connaissance approfondie et correcte du VIH a légèrement augmenté au niveau mondial depuis 2008 mais ne représente que 34 % de cette population, soit un peu plus du tiers de l'objectif de 95 % fixé par l'UNGASS¹. Dix pays ont atteint un niveau de connaissance approfondie et correcte supérieur à 60 % chez les hommes ou les femmes de 15 à 24 ans (Figure 3.2).

Les occasions d'améliorer le comportement et la connaissance dans le cadre de la prévention du VIH restent très nombreuses. Moins d'un jeune sur deux dans 15 des 25 pays où la prévalence du VIH est la plus élevée (Botswana, Burundi, Cameroun, République centrafricaine, Tchad, Congo, Côte d'Ivoire, Guinée-Bissau, Kenya, Malawi, Nigéria, Afrique du Sud, Togo, République-Unie de Tanzanie et Zambie) est capable de répondre correctement à cinq questions de base sur le VIH et sa transmission. La connaissance du VIH chez les jeunes de 15 à 24 ans de ces 25 pays s'améliore progressivement mais les objectifs mondiaux fixés en la matière en 2001 restent encore hors d'atteinte.

Partenaires sexuels multiples : des relations complexes et changeantes

Il est indispensable de comprendre la variété et les schémas des relations sexuelles pour mettre en œuvre des programmes de prévention efficaces. Dans la plupart des pays, une minorité d'hommes et de femmes déclaraient avoir eu plusieurs partenaires sexuels au cours des douze derniers mois. L'analyse des tendances confirme le recul général du pourcentage de personnes dans ce cas pendant cette période en Afrique subsaharienne, avec quelques exceptions comme au Botswana, au Congo, en Afrique du Sud et en Ouganda. Dans ce dernier pays, un nombre croissant d'hommes de plus de 25 ans indiquaient avoir eu plusieurs partenaires, tandis que chez les femmes, cette valeur restait relativement stable (Figure 3.3).

Figure 3.2

Connaissance du VIH chez les jeunes

Pays où plus de 60 % des jeunes de 15 à 24 ans ont une connaissance approfondie et correcte du VIH.

Source : Rapports d'activité des pays 2010.

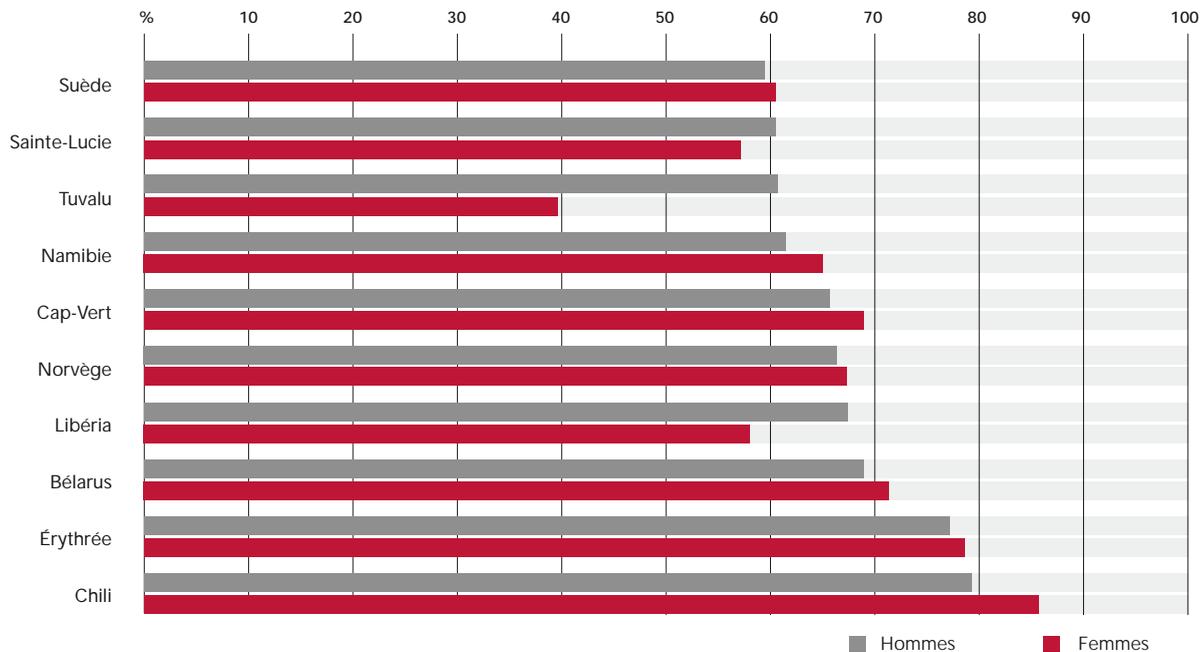
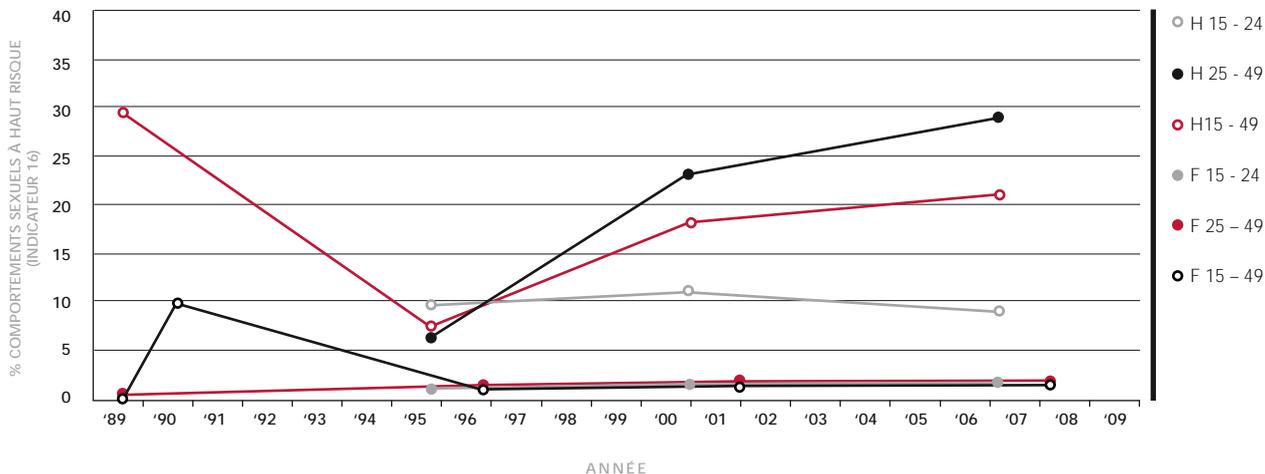


Figure 3.3

Ougandais ayant eu plusieurs partenaires sexuels ces douze derniers mois

Pourcentage de la population (15 à 49 ans) ayant eu plusieurs partenaires sexuels ces douze derniers mois en Ouganda, par sexe et groupe d'âge, 1989 – 2006.

Source : Enquêtes démographiques et de santé et données d'autres enquêtes sur le comportement des populations.



75%

Taux d'utilisation du préservatif par les hommes et les femmes lors d'un rapport sexuel à risque, rapporté par 11 pays.

Dans 59 des 93 pays fournissant ces données, y compris 18 des 25 pays du monde où la prévalence du VIH est la plus élevée, moins de 25 % des hommes indiquaient avoir eu plusieurs partenaires sexuels au cours des douze derniers mois. Dans 84 pays, moins de 25 % des femmes déclaraient être dans ce cas. En moyenne, le pourcentage d'hommes mentionnant plusieurs partenaires sexuels au cours des douze derniers mois était supérieur de 16 points au pourcentage de femmes. Dans dix pays, 26 à 50 % des hommes avaient eu plusieurs partenaires sexuels l'année dernière et dans deux pays, c'était le cas pour 26 à 50 % des femmes.

Le nombre de préservatifs mis à disposition et le taux d'adoption augmentent

Onze pays faisaient état d'un taux d'utilisation du préservatif d'au moins 75 % chez les hommes ou les femmes les plus exposés par leur comportement sexuel, notamment le Botswana, l'Inde et l'Afrique du Sud. Les rapports d'activité des pays indiquent que le pourcentage médian d'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel chez les hommes ayant eu plusieurs partenaires au cours des douze derniers mois s'établissait à 48 %, contre 38 % pour les femmes. Sur les 83 pays fournissant ces données, 32 indiquaient un taux d'au moins 60 % lors du dernier rapport sexuel, pour les hommes ayant eu plusieurs partenaires au cours des douze derniers mois. Pour les femmes, ce même pourcentage était observé dans 20 des 80 pays considérés.

Les tendances des enquêtes démographiques et de santé montrent que l'utilisation du préservatif augmente en Afrique subsaharienne. Selon les données disponibles pour le Botswana, 80 % des hommes avaient utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque ; aucun pays ne rapporte ce niveau d'utilisation pour les femmes. Au contraire, 14 pays mentionnaient des taux d'utilisation de 20 % ou moins lors du dernier rapport sexuel des hommes et femmes ayant eu plusieurs partenaires l'année dernière, notamment dans des pays à forte prévalence comme la République démocratique du Congo, l'Éthiopie, le Malawi, le Rwanda, l'Ouganda et la République-Unie de Tanzanie.

En Asie, les taux d'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque étaient inférieurs à 25 % chez les femmes (Cambodge, Myanmar et Thaïlande) et chez les hommes (Timor-Leste). Dans les autres pays d'Asie, ils étaient plus élevés ou n'avaient pas été communiqués. Concernant les pays d'Europe de l'Est et d'Asie centrale publiant cet indicateur, la plupart donnaient des taux compris entre 51 et 80 %.

Les informations disponibles sur l'utilisation du préservatif par les professionnel(e)s du sexe lors du dernier rapport sexuel avec un client sont encourageantes. Dans 26 des 86 pays fournissant ces données, 90 % ou plus de ces professionnel(le)s indiquaient avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client, et dans 13 autres pays, le niveau d'utilisation se situait entre 80 et 90 %. Quarante-sept pays, soit plus de la moitié de ceux publiant des données, communiquaient des taux d'utilisation du préservatif par les professionnel(le)s du sexe avec leur dernier client inférieurs à 80 %, et même à 60 % dans 17 pays. Il faut intensifier les efforts de promotion du préservatif pour augmenter son utilisation en vue de protéger du VIH les professionnel(le)s du sexe et leurs clients.

La disponibilité de préservatifs féminins là où il y a des besoins augmente considérablement, des organisations internationales et non gouvernementales ayant financé l'achat de 25,8 millions d'unités en 2009, au lieu de 10,7 millions en 2006. Dix millions de préservatifs féminins supplémentaires ont été distribués entre 2008 et 2009. Toutefois, la distribution de préservatifs féminins dans le monde reste très nettement inférieure à celle de préservatifs masculins.

Ukraine : des progrès notables pour protéger les consommateurs de drogues de l'infection à VIH

Depuis de nombreuses années, l'Ukraine est frappée par l'épidémie de VIH la plus sévère qui touche les consommateurs de drogues injectables en Europe de l'Est et en Asie centrale. Cependant, quatre années de financement complet et soutenu de programmes de réduction des risques basés sur du concret et de leur mise en œuvre ont contribué à faire baisser l'incidence du VIH dans cette population. Des données de sources diverses (surveillance comportementale, études de surveillance sentinelle et programmes de services ciblant les consommateurs de drogues injectables) indiquent toutes que la transmission du VIH chez les consommateurs de drogues injectables en Ukraine serait très nettement en baisse. Les infections à VIH chez les personnes ayant commencé à consommer de telles drogues depuis deux ans (et donc plus susceptibles de présenter des infections incidentes plutôt que des infections acquises beaucoup plus tôt) ont diminué, passant d'un pic de 30 % en 2004 à 11 % en 2008 (14).

La surveillance comportementale en Ukraine montre que de plus en plus de consommateurs de drogues injectables adhèrent aux mesures clés de réduction des risques de VIH. Le pourcentage de cette population indiquant utiliser du matériel stérile lors de la dernière injection est passé de 80 % en 2006 à 86 % en 2008. En 2009, près de 4 600 consommateurs de drogues injectables avaient accès à un traitement de remplacement aux opiacés (15). Bien que l'épidémie se soit stabilisée, cette population reste très exposée au VIH, en raison du partage de matériel d'injection contaminé ou de la transmission par voie sexuelle qui touche les partenaires des consommateurs de drogues injectables (Figure 3.4).

Figure 3.4

Programmes de réduction des risques et prévalence du VIH en Ukraine

Association entre programmes de réduction des risques et prévalence du VIH en Ukraine, 2004–2009.

Sources : *Rapports d'activité des pays, 2010*. M. Mahy, C. Chhea, T. Saliuk, O. Varetska, R. Lyerla (2010). A proxy measure for HIV incidence among populations at increased risk to HIV Vol 2(1):8, *Journal of HIV/AIDS Surveillance and Epidemiology*.

- CDI depuis peu
- Prévalence du VIH chez les jeunes CDI (15-24 ans)
- Prévalence du VIH chez les CDI (15 villes, moyenne)
- Couverture des sites de réduction des risques (axe droit)
- Couverture des sites de réduction des risques (15-24 ans) (axe droit)

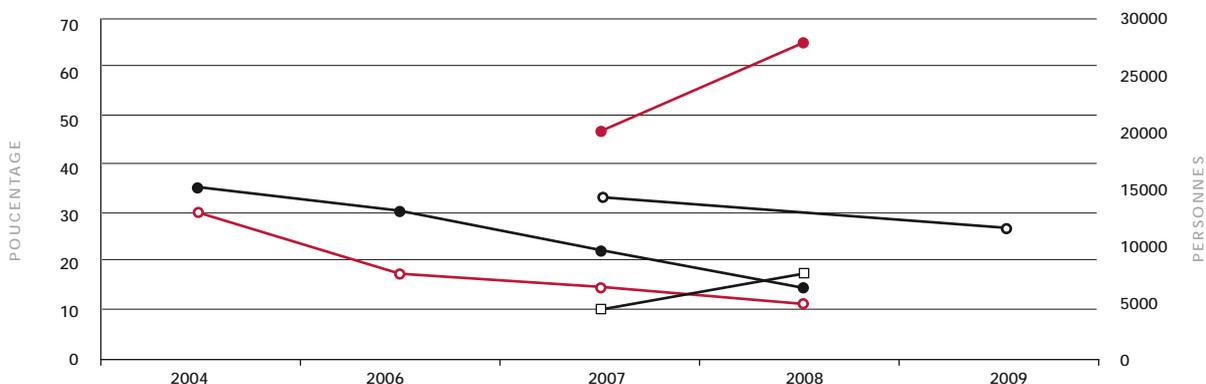
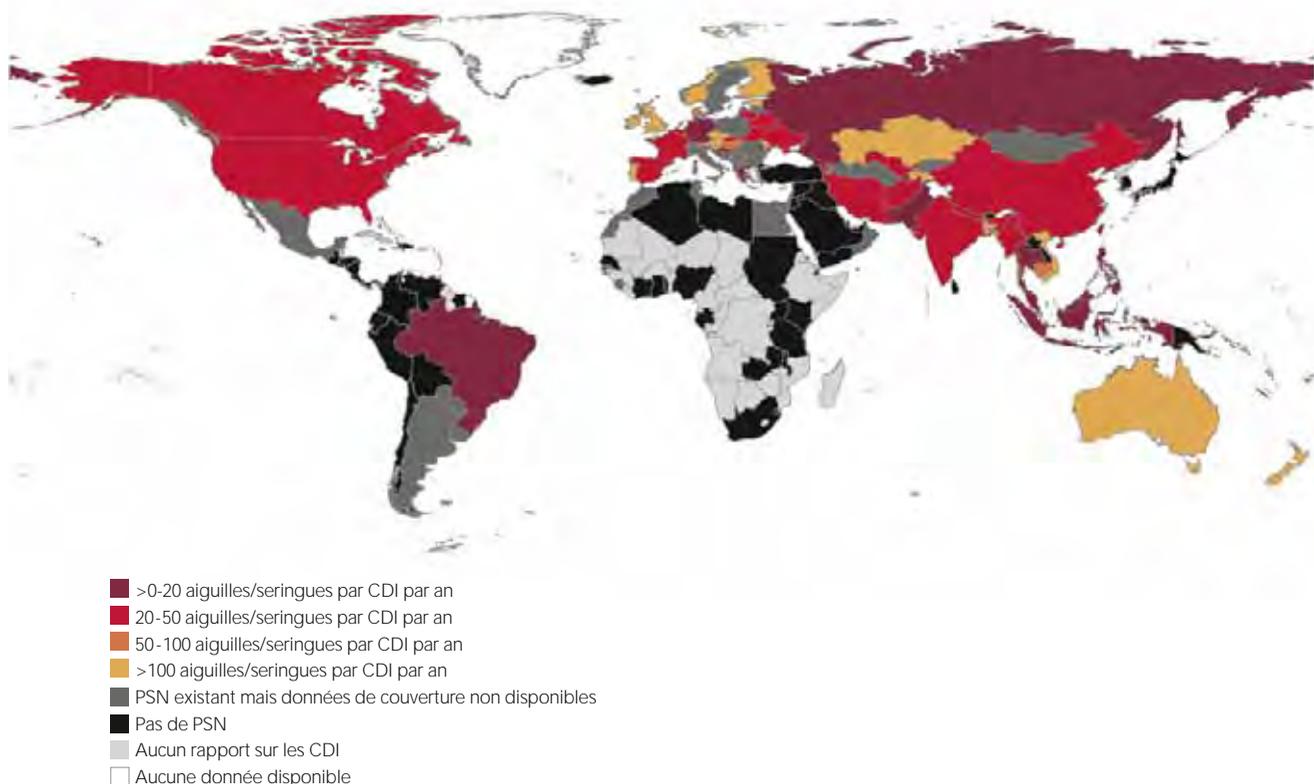


Figure 3.5

Matériel d'injection stérile disponible, 2010

Estimations mondiales du matériel d'injection stérile disponible par consommateur de drogues et par an, 2010.

Source : Mathers B.M., Degenhardt L., Ali H., Wiessing L., Hickman M., Mattick R., et al. HIV prevention, treatment and care for people who inject drugs: A systematic review of global, regional and national coverage. *The Lancet* 2010;375:1014-28.



Prévention du VIH axée sur les consommateurs de drogues injectables

Le nombre de consommateurs de drogues injectables dans le monde est estimé à 15,9 millions [11 millions – 21,2 millions] dont près de 20 %, soit 3 millions [0,5 million – 5,5 millions] vivant avec le VIH (12). L'accès aux services de prévention du VIH, notamment aux programmes de réduction des risques assistant les consommateurs de drogues, a augmenté mais pas dans des proportions suffisantes. Globalement, la couverture médiane des services de prévention du VIH était de 32 %. Si les hommes comme les femmes consommateurs de drogues injectables sont très touchés par le VIH, l'infection par d'autres virus véhiculés par le sang et des maladies menaçant le pronostic vital comme la tuberculose, les femmes sont encore plus exposées. Les études indiquent qu'elles ont plus de risques d'être confrontées à la violence, d'être stigmatisées et de décéder prématurément (13).

Rendre les injections plus sûres pour les consommateurs de drogues en leur fournissant un matériel stérile est relativement aisé et peu onéreux et peut réduire sensiblement les niveaux de transmission du VIH. La moitié des 50 pays publiant des données sur l'utilisation de matériel d'injection sûr estiment que 80 % ou plus des consommateurs de drogues injectables avaient utilisé une aiguille stérile lors de la dernière injection. En Europe de l'Est et en Asie centrale, où l'épidémie de VIH est principalement imputable à la consommation de drogues injectables, cinq pays sur neuf (Biélorus, République de Moldavie, Fédération de Russie, Ukraine et Ouzbékistan) indiquaient en 2009 que plus de 80 % des consommateurs de drogues injectables avaient utilisé un matériel stérile lors de la dernière injection. Huit des 12 pays d'Asie du Sud et du Sud-Est fournissant des données rapportaient des taux d'utilisation d'aiguilles stériles de plus de 80 % lors de la dernière injection. Un taux identique était observé en Argentine (la plupart des autres pays d'Amérique centrale et du Sud n'ayant pas communiqué cet indicateur) et en Australie (les autres pays d'Océanie n'ayant pas fourni de données sur ce point).

En Amérique du Nord et en Europe, dix pays indiquaient un taux d'utilisation de matériel stérile de plus de 80 % et neuf un taux inférieur à cette valeur. Au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, ce taux était inférieur à 80 % dans les trois pays fournissant des données. Dans les autres régions, une grande majorité des pays n'avaient pas communiqué cet indicateur.

Selon les directives de l'OMS, de l'UNODC et de l'ONUSIDA pour la définition d'objectifs (16), moins de 100 seringues mises à la disposition d'un consommateur de drogues injectables chaque année est considéré comme une valeur faible ; 100 à 200 constitue une valeur moyenne et plus de 200 une valeur élevée. Complétant les données des études sur le pourcentage d'aiguilles stériles utilisées lors de la dernière injection, la figure 3.5 montre que le nombre estimé d'aiguilles mises à la disposition de chaque consommateur de drogues injectables est très faible.

Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, une population clé qu'il faut continuer à soutenir

L'accès aux programmes et aux services de prévention du VIH ciblant les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes a quelque peu augmenté ces deux dernières années mais reste globalement inadéquat (Figure 3.6). Un comportement sexuel plus sûr, impliquant notamment d'éviter les rapports avec pénétration non protégés, est efficace pour protéger les personnes et les communautés d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles. Les données de 78 pays montrent que l'utilisation du préservatif par les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes était inférieure à 50 % dans 24 pays, comprise entre 50 et 60 % dans 16 pays, entre 60 et 80 % dans 28 pays et supérieure à 80 % dans sept pays seulement : Andorre, Cambodge, Guyana, Myanmar, Panama, Surinam et Ouzbékistan. La figure 3.7 indique la médiane et la fourchette d'utilisation du préservatif (en pourcentage) lors du dernier rapport sexuel pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, par région.

Parmi les pays ayant publié des rapports UNGASS en 2010, une médiane globale de 42 % d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes indiquaient avoir fait un test VIH et en avoir obtenu les résultats ces douze derniers mois. Un homme qui connaît sa séropositivité peut préserver sa santé en recevant au plus tôt un traitement approprié et être encouragé par le conseil et l'appui à diminuer le risque de transmission du virus à ses partenaires futurs. Un homme dépisté et séronégatif peut être soutenu pour continuer à éviter l'infection. Certaines régions mention-

Tableau 3.1

Pays où les infections à VIH chez les consommateurs de drogues injectables représentent 20 % ou plus du nombre total de personnes vivant avec le VIH

Source : Mathers et al. (12), ONUSIDA, Centre européen de prévention et de contrôle des maladies/Bureau régional de l'OMS pour l'Europe : HIV/AIDS surveillance in Europe 2009.

Azerbaïdjan
Arménie
Biélorus
Canada
Chine
Espagne
Estonie
États-Unis d'Amérique
Fédération de Russie
Géorgie
Indonésie
Italie
Kazakhstan
Kirghizstan
Lettonie
Lituanie
Malaisie
Moldavie
Ouzbékistan
Pakistan
Portugal
République islamique d'Iran
Tadjikistan
Ukraine

ment des taux de test nettement supérieurs à la valeur médiane, par exemple en Amérique centrale et du Sud où l'Argentine, le Salvador, le Guyana et le Paraguay indiquent que plus de 80 % des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes avaient fait un test VIH et avaient été informés des résultats au cours des douze derniers mois.

80%

L'Argentine, le Salvador, le Guyana et le Paraguay indiquent que plus de 80 % des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes avaient fait un test VIH et avaient été informés des résultats au cours des douze derniers mois.

Une récente enquête du Forum mondial sur les HSH et le VIH a évalué la disponibilité des services de test et de prévention pour les infections sexuellement transmissibles et le VIH ainsi que l'accès à ces services, pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, dans huit régions (18). Sur les 17 services évalués (test et conseil en matière d'infections sexuellement transmissibles et de VIH, traitement du VIH, préservatifs gratuits, services de santé mentale, circoncision, campagnes dans les médias pour combattre le VIH et l'homophobie...), deux seulement (test des infections sexuellement transmissibles et circoncision) étaient jugés faciles d'accès par une majorité de répondants (51 % seulement dans les deux cas). Les répondants faisaient également état des nombreux obstacles gênant l'accès aux services, notamment l'homophobie, la stigmatisation, la criminalisation des rapports sexuels entre personnes de même sexe, les obstacles politiques et l'indifférence ou l'absence de sensibilisation des prestataires de soins de santé.

Commerce du sexe et rapports sexuels transactionnels

Les programmes de prévention du VIH chez les professionnel(le)s du sexe ont donné de très bons résultats à la fois pour augmenter l'utilisation du préservatif lors du travail du sexe et réduire les infections à VIH associées. Il reste toutefois beaucoup à faire pour améliorer la disponibilité et l'utilisation des préservatifs chez ces professionnel(le)s et leurs clients. Dans 27 des 87 pays soumettant des rapports, 90 % ou plus des professionnel(le)s du sexe indiquaient avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client. Dix-sept autres pays rapportaient des taux d'utilisation du préservatif compris entre 80 et 90 % et dix-sept autres des taux inférieurs à 60 %.

Dans les pays à épidémies concentrées, les tendances de la prévalence du VIH chez les professionnel(le)s du sexe exerçant depuis peu illustrent de façon précise la trajectoire de l'épidémie de VIH et fournissent une mesure indirecte de l'incidence du VIH. La figure 3.8 illustre le cas des professionnel(le)s du sexe au Cambodge : la prévalence du VIH chez ceux exerçant depuis moins d'un an avait décliné régulièrement entre 2002 et 2006, en phase avec le recul de l'incidence estimée. La prévalence du VIH avait également baissé chez les professionnel(le)s du sexe exerçant depuis plus de deux ans mais restait considérablement plus élevée parmi ceux travaillant dans ce secteur depuis peu.

En Inde, le programme Avahan en cours depuis 2003 a donné des résultats significatifs chez les professionnel(le)s du sexe (19). Son approche de la prévention associant plusieurs mesures (programmes extra-institutionnels et communautaires, responsabilisation, programmes liés aux préservatifs et services de test des infections sexuellement transmissibles et du VIH) vise explicitement les personnes très vulnérables à l'infection à VIH dans six Etats à forte prévalence : professionnel(le)s du sexe, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, consommateurs de drogues injectables et hommes plus exposés sur les principaux itinéraires empruntés par les chauffeurs routiers. Les récents résultats d'une étude Avahan sur les professionnel(le)s du sexe dans le Karnataka, dans le sud de l'Inde, ont montré que depuis la mise en œuvre initiale du programme, la prévalence du VIH dans cette population avait baissé, passant de 20 à 16 %, et que l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un client était passée de 66 à 84 % (20).

Figure 3.6
Programmes de prévention du VIH ciblant certaines populations

Couverture médiane des programmes de prévention du VIH ciblant certains groupes de population, 2008 et 2010.

Source : Rapports d'activité des pays 2010.

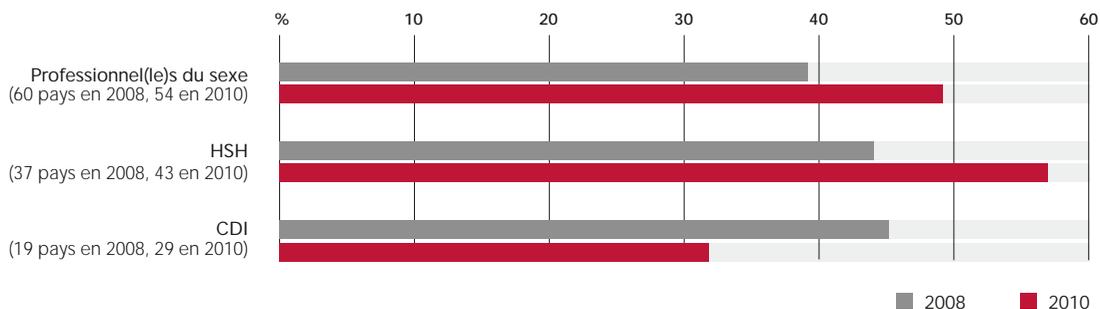
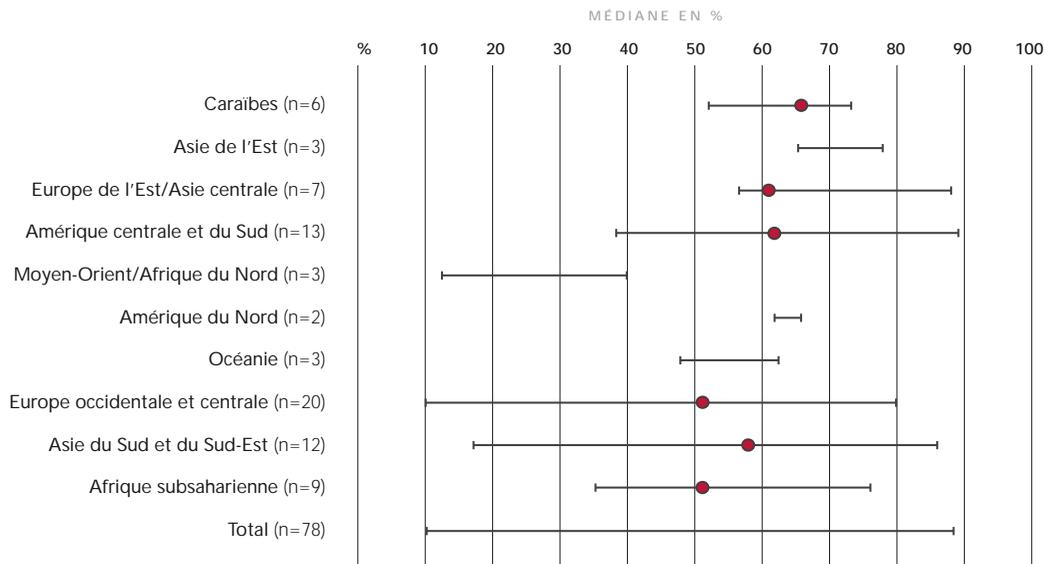


Figure 3.7
Utilisation du préservatif chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

Pourcentage (médiane et fourchette) d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et ayant utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel, par région, 2010.

Source : Rapports d'activité des pays 2010.

● Médiane
 Les médianes n'ont pas été calculées lorsque le nombre de pays était inférieur ou égal à 5.



Approches structurelles de la prévention du VIH

S'attaquer aux facteurs sociaux et économiques de risque et de vulnérabilité face au VIH peut avoir une influence considérable sur l'épidémie si les approches retenues sont mises en œuvre de façon systématique.

Ainsi, réduire la violence à laquelle sont confrontés les consommateurs de drogues injectables est un changement social susceptible de faire baisser directement le nombre de nouvelles infections à VIH. Ne pas se limiter à proposer des aiguilles et des seringues stériles ainsi que des programmes de traitement pour réduire le VIH dans cette population, mais aussi modifier l'environnement social, économique et politique peut avoir des effets notables. Par exemple, une association a été observée entre la violence policière à l'encontre des consommateurs de drogues injectables et certains types de comportements à plus haut risque comme l'utilisation d'ampoules seringues. S'appuyant sur cette constatation, de récentes modélisations estiment le nombre d'infections à VIH qui pourraient être évitées si cette violence policière disparaissait (Figure 3.9).

Le programme IMAGE en Afrique du Sud constitue une autre approche combinant microfinance pour les femmes, formation à la sexospécificité et mobilisation communautaire. Il a été évalué en tant qu'essai aléatoire et a montré ses effets positifs : amélioration du bien-être économique des ménages et responsabilisation accrue des femmes, réduction de 50 % de la violence entre partenaires intimes et réduction des comportements à risque de VIH chez les jeunes participantes au programme. Il a été intensifié pour toucher plus de 12 000 femmes sud-africaines.

La scolarisation des filles peut potentiellement réduire le risque de VIH. Les effets positifs de la participation des écoles et des programmes dans les écoles axés sur les risques liés au VIH ont été mis en évidence (22). Les relations intimes entre de jeunes femmes et des hommes ayant au moins cinq ans de plus entraînent un risque élevé d'infection à VIH (23). Les transferts monétaires pourraient atténuer certains facteurs sociaux ou économiques de vulnérabilité au VIH.

Plusieurs études récentes témoignent de l'efficacité des transferts monétaires sur l'assiduité scolaire et la prévention du VIH. A Zomba au Malawi, par exemple, des transferts monétaires conditionnels et inconditionnels pour les adolescentes ont augmenté la fréquentation scolaire chez les bénéficiaires (24). Les mariages, les grossesses et l'activité sexuelle précoces ont considérablement baissé parmi les bénéficiaires de ces deux types de transferts. Les changements observés dans le comportement sexuel auto-déclaré représentent moins de la moitié des effets du programme sur le VIH, les autres étant imputables à une évolution du profil de risque des partenaires sexuels des jeunes filles (25). Ces résultats suggèrent que des interventions structurelles comme des transferts monétaires pourraient se révéler prometteuses pour réduire l'écart d'âge entre les partenaires sexuels, facteur clé de l'épidémie dans plusieurs pays.

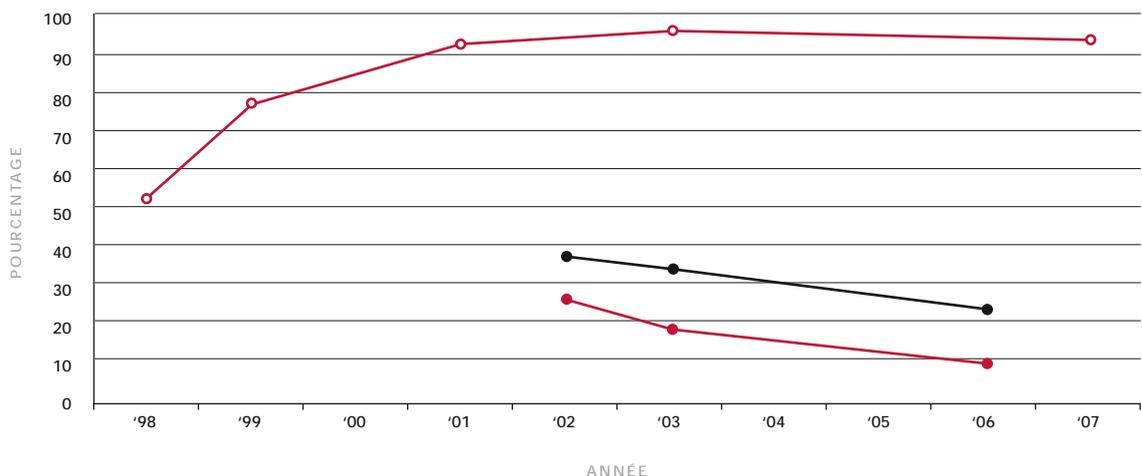
En outre, les approches structurelles qui renforcent la solidarité et l'action collective peuvent jouer un rôle stratégique pour améliorer la résilience au VIH dans des groupes marginalisés, notamment les professionnel(le)s du sexe. Avahan, le programme contre le sida en Inde financé par la Fondation Bill et Melinda Gates (19), a établi qu'il était possible et peu onéreux de mener des activités structurelles et que ces dernières pouvaient contribuer à une prévention du VIH plus durable lorsqu'elles étaient intégrées à un ensemble d'activités de prévention. Pathfinder International, partenaire clé du programme Avahan, et son partenaire local à Kolhapur, une organisation non gouvernementale chargée de l'exécution, mettent en œuvre une intervention structurelle associant des services de proximité fournis par des pairs pour répondre aux situations de crise et une mobilisation communautaire pour les professionnel(le)s du sexe travaillant dans la rue où ils sont exposés aux arrestations et aux violences de la police, des clients et des gangs (26).

L'insécurité alimentaire (plus d'un milliard de personnes dans le monde sont malnutries) amène les populations à adopter des comportements dont certains augmentent le risque de rapports sexuels non protégés, notamment chez les femmes qui accepteront des rapports sexuels transactionnels pour se nourrir, elles et leurs enfants. Une étude menée au Botswana et au Swaziland a montré que l'insécurité alimentaire était associée à une utilisation non systématique du préservatif avec un partenaire non stable : les femmes faisant état d'une insuffisance alimentaire au cours des douze derniers mois avaient 80 % de risques en plus de devoir accepter des rapports sexuels en échange d'argent, de biens ou de services, 70 % de risques en plus de rapports sexuels non protégés dans des situations qu'elles ne contrôlaient pas et 50 % de risques en plus de rapports sexuels intergénérationnels (27). De même, une étude en Ouganda s'intéressant au lien entre insécurité alimentaire et commerce du sexe avait mis en évidence les effets négatifs de l'insécurité alimentaire sur le contrôle de l'utilisation du préservatif et le risque de relations abusives prolongées (28). L'inégalité entre les sexes, souvent renforcée par les rapports sexuels intergénérationnels, limite encore plus le pouvoir de négociation des femmes. Dans une étude menée au Nigéria, 35 % des professionnelles du sexe affirmaient que la pauvreté et le manque de moyens pour se procurer de la nourriture les avaient obligées à recourir au commerce du sexe et à avoir des rapports non protégés avec des clients (29). Ces associations persistaient même lorsque d'autres marqueurs du statut socioéconomique étaient maîtrisés.

Figure 3.8
Utilisation du préservatif et prévalence du VIH chez les professionnel(le)s du sexe au Cambodge

Pourcentage de professionnel(le)s du sexe utilisant des préservatifs et prévalence du VIH chez les professionnel(le)s du sexe des maisons de passe au Cambodge en fonction de la durée d'exercice, 1998 – 2007.

Source : M. Mahy, C. Chhea, T. Saliuk, O. Varetka, R. Lyerla (2010). A proxy measure for HIV incidence among populations at increased risk to HIV Vol 2(1):8, Journal of HIV/AIDS Surveillance and Epidemiology.

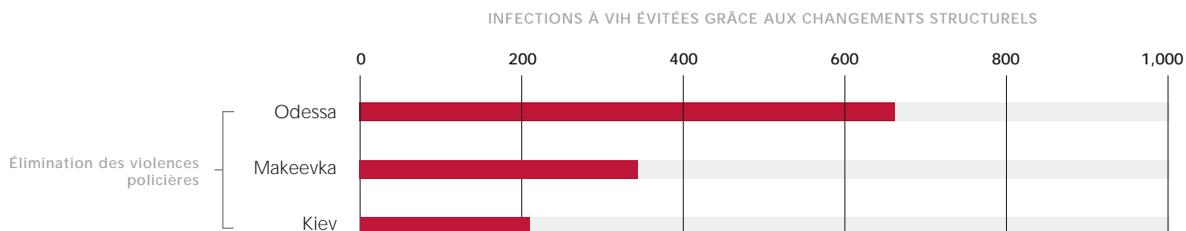


- Pourcentage de professionnel(le)s du sexe indiquant avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel
- Prévalence du VIH chez les femmes travaillant dans une maison de passe depuis moins de deux ans
- Prévalence du VIH chez les femmes travaillant dans une maison de passe depuis moins d'un an

Figure 3.9
Éviter l'infection à VIH en éliminant les violences policières à l'encontre des consommateurs de drogues injectables, Ukraine

Infections à VIH qui pourraient être évitées en éliminant les violences policières à l'encontre des consommateurs de drogues injectables dans trois villes d'Ukraine.

Source : Strathdee et al., 2010.



² Pays comptant le plus grand nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH en 2009 : Angola, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Tchad, Côte d'Ivoire, République démocratique du Congo, Éthiopie, Ghana, Inde, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibie, Nigéria, Rwanda, Afrique du Sud, Soudan, Swaziland, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Zambie, Zimbabwe.

Des progrès notables dans la prévention de la transmission de la mère à l'enfant

La prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant marque un progrès fondamental de la riposte au sida depuis ces dix dernières années. Les taux d'infection chez les enfants de mères vivant avec le VIH ont chuté, passant de 500 000 [320 000 – 680 000] enfants infectés par le VIH en 2001 à 370 000 [230 000 – 510 000] en 2009.

Plusieurs pays ont mis en place des moyens avancés pour prévenir cette transmission. Le Botswana, la Namibie, l'Afrique du Sud et le Swaziland ont atteint un taux de couverture de la prophylaxie antirétrovirale supérieur à 80 % pour prévenir cette transmission. Dans sept autres pays d'Afrique subsaharienne, ce taux est compris entre 50 et 80 %, tandis que l'Afrique subsaharienne dans son ensemble a un niveau de couverture de 54 % [40 % – 84 %]. En Afrique orientale et australe, 68 % [53 % – 95 %] des femmes enceintes vivant avec le VIH avaient reçu en 2009 un traitement antirétroviral pour prévenir la transmission du VIH à leurs enfants (une augmentation substantielle puisque le taux s'établissait à 15 % en 2005). En Afrique occidentale et centrale toutefois, la couverture n'est que de 23 % [16 % – 44 %] (30).

Au niveau mondial, 53 % [40 % – 79 %] des femmes enceintes vivant avec le VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire avaient reçu un traitement antirétroviral pour prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant en 2009, au lieu de 45 % [37 % – 57 %] en 2008 et 15 % en 2005 (31). La difficulté à atteindre l'objectif d'un taux de couverture de la prophylaxie antirétrovirale de 80 % se concentre de plus en plus dans quelques pays : l'écart total est imputable à plus de 80 % à 14 pays dont 32 % pour le seul Nigéria, suivi par la République démocratique du Congo à 7 % (Figure 3.10, Figure 3.11).

La proportion de femmes enceintes des pays à revenu faible ou intermédiaire ayant fait un test VIH se situait à 26 % au lieu de 21 % en 2008 et 7 % en 2005 (31), un progrès encore très insuffisant pour atteindre l'objectif de l'ONUSIDA de quasi-élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant d'ici 2015. Dans les 25 pays comptant le plus de femmes enceintes vivant avec le VIH², le pourcentage de celles qui bénéficient d'un test et de conseils est très variable : de plus de 95 % en Afrique du Sud et en Zambie à 9 % en République démocratique du Congo et à 6 % au Tchad (31).

La couverture des services de prévention de la transmission de la mère à l'enfant est à la traîne derrière l'accès aux soins prénatals (Figure 3.12). De surcroît, les besoins en matière de planification familiale des femmes vivant avec le VIH restent largement insatisfaits : dans certains pays, plus d'un quart de ces femmes déclarent que leur grossesse actuelle n'est pas désirée ou aimeraient retarder la prochaine de deux ans. Renforcer les services de planification familiale et la fourniture de soins aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants produirait de meilleurs résultats pour les mères et leurs bébés.

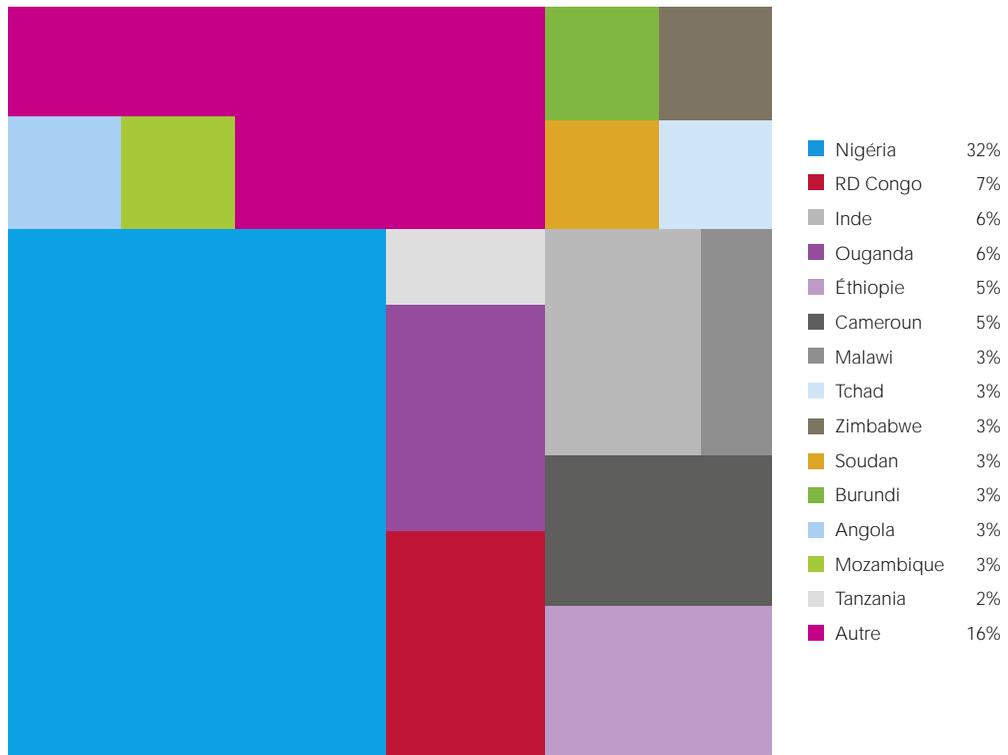
L'efficacité des antirétroviraux pour prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant varie en fonction du type et de la durée du traitement. Les associations d'antirétroviraux donnent de meilleurs résultats que les monothérapies. En outre, ces dernières sont de nature à favoriser la résistance du virus aux antirétroviraux, ce qui pourrait limiter les options thérapeutiques futures en cas de nécessité de traitement. Les directives OMS pour 2010 en matière de traitement recommandent que les femmes enceintes vivant avec le VIH et leurs nourrissons exposés reçoivent une association d'antirétroviraux plutôt qu'une dose unique de névirapine. La prophylaxie antirétrovirale est également recommandée pendant l'allaitement

Figure 3.10

Écarts en matière de thérapie antirétrovirale pour prévenir la transmission de la mère à l'enfant

Écarts mondiaux dans la fourniture d'un traitement antirétroviral à 80 % des mères pour prévenir la transmission à l'enfant dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

Source : Vers un accès universel, OMS 2010.



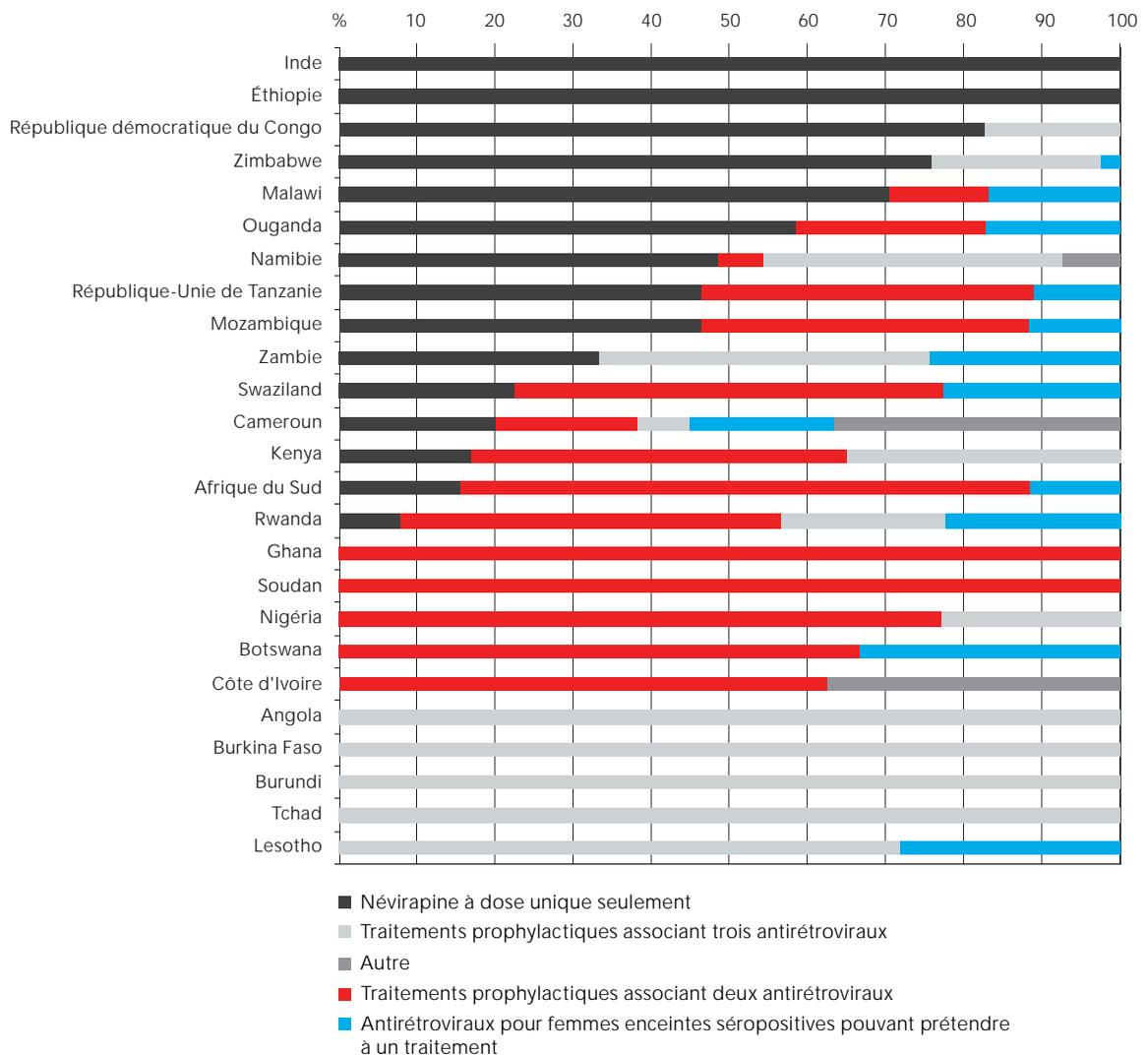
lorsque celui-ci est considéré comme l'option la plus sûre pour l'alimentation des nourrissons. De surcroît, toutes les femmes pouvant prétendre à un traitement selon les directives OMS devraient recevoir une association d'antirétroviraux appropriée pour préserver leur santé.

Dans les 59 pays à revenu faible ou intermédiaire ayant fourni des données sur leurs traitements préventifs de la transmission de la mère à l'enfant, près de 30 % des femmes enceintes avaient reçu une dose unique de névirapine, tandis que 54 % avaient bénéficié d'une association d'antirétroviraux. Près de 15 % des mères avaient bénéficié d'un traitement antirétroviral suivi fondé sur les critères d'admissibilité. La figure 3.11 montre la répartition des traitements préventifs de la transmission de la mère à l'enfant en 2009 dans les 25 pays comptant le plus grand nombre de femmes enceintes séropositives. Dix de ces pays étaient passés de l'administration de doses uniques de névirapine à des associations d'antirétroviraux plus efficaces. Toutefois, en Inde, en Éthiopie, en République démocratique du Congo, au Zimbabwe et au Malawi, des doses uniques de névirapine étaient encore proposées à plus des deux tiers des femmes ayant reçu des antirétroviraux. Il est urgent dans ces pays d'adapter les traitements aux normes mondiales.

Figure 3.11

Traitements prophylactiques pour prévenir la transmission de la mère à l'enfant

Source : Rapports d'activité des pays 2010.



De nouveaux outils pour intensifier une prévention du VIH efficace

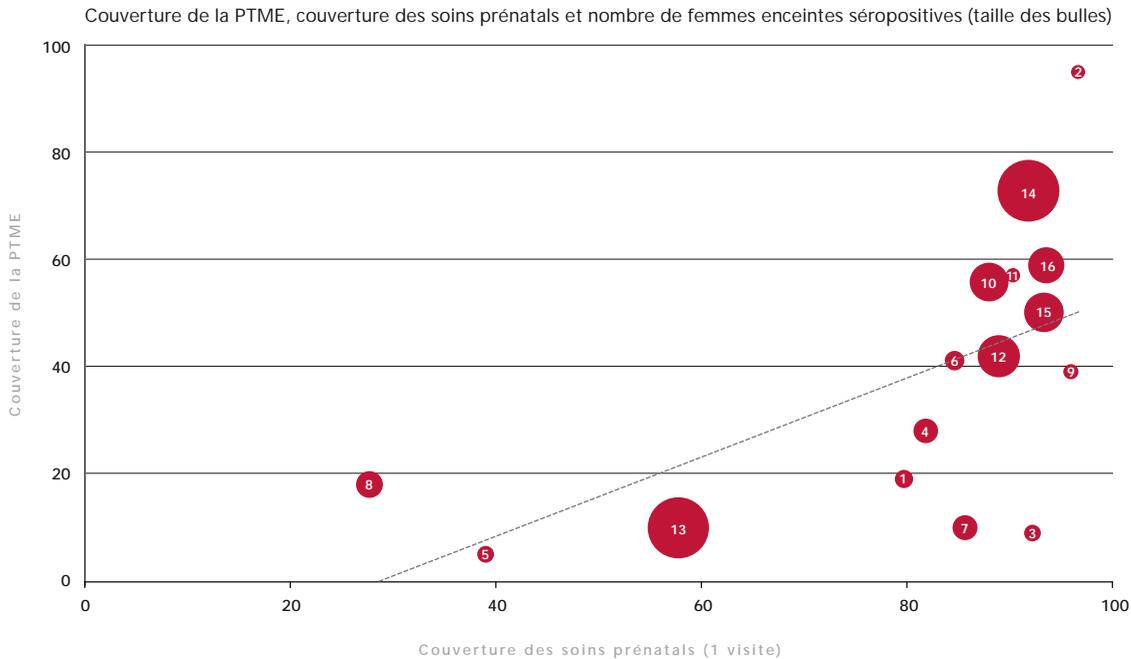
Les objectifs fixés lors de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida (UNGASS) en 2001, qui mettent l'accent sur une meilleure information et sur le changement de comportement, restent au cœur des actions de prévention du VIH. Depuis 2001, des progrès majeurs touchant les outils et les méthodes de prévention du VIH ont été intégrés progressivement à des programmes de prévention toujours plus efficaces, notamment pour prévenir la transmission de la mère à l'enfant et promouvoir la circoncision. Et les efforts accrus pour étendre l'accès au traitement antirétroviral, l'utilisation de médicaments antirétroviraux dans les microbicides et, potentiellement, les traitements antirétroviraux à visée prophylaxique avant toute exposition au VIH devraient porter leurs fruits à l'avenir.

Figure 3.12

Prévention de la transmission de la mère à l'enfant

Couverture des services de soins prénatals et des services de prévention de la transmission de la mère à l'enfant chez les femmes vivant avec le VIH dans les pays à forte prévalence, 2010.

Source : Division de la statistique de l'OMS et de l'ONU.



- | | | | |
|------------|-----------------|---------------|-------------------|
| 1 Angola | 5 Tchad | 9 Ghana | 13 Nigéria |
| 2 Botswana | 6 Côte d'Ivoire | 10 Kenya | 14 Afrique du Sud |
| 3 Burundi | 7 RD Congo | 11 Lesotho | 15 Ouganda |
| 4 Cameroun | 8 Éthiopie | 12 Mozambique | 16 Zambie |

Circoncision

Trois essais cliniques ont montré que la circoncision des hommes adultes réduisait sensiblement le risque, chez les hommes séronégatifs, d'acquérir le VIH auprès d'une partenaire sexuelle infectée. L'ONUSIDA et l'ONU ont recommandé l'intensification de la circoncision dans les régions où la prévalence du VIH est élevée et la circoncision peu répandue. L'examen de l'intensification de la circoncision des hommes adultes dans neuf pays d'Afrique australe et orientale témoigne d'un déploiement notable dans la province de Nyanza au Kenya et d'un apport très enrichissant en termes d'expérience dans d'autres zones (Tableau 3.2).

Microbicides

Les récents résultats prometteurs d'un gel à base de ténofovir ont suscité l'espoir d'une nouvelle option de prévention contrôlée par les femmes qui serait bientôt opérationnelle. Une étude de preuve de concept de référence du Centre sud-africain pour la recherche sur le sida (CAPRISA) (34) a établi que ce gel microbicide réduisait l'infec-

Tableau 3.2

Intensification de la circoncision

Récente intensification de la circoncision des hommes adultes dans neuf pays.

Source : Rapports et présentations sur les réunions [site web]. Durham, NC, Clearinghouse on Male Circumcision for HIV Prevention, 2010.

	Nombre d'hommes circoncis	Période	Nombre de sites mis en place
BOTSWANA	6 180	avril 2009 – mars 2010	35
KENYA	91 300 (90 000 dans la seule province de Nyanza)	2009 – juin 2010	
NAMIBIE	350	septembre 2009 – juin 2010	3
RWANDA	542	octobre 2009 – avril 2010	9
SWAZILAND	10 000	2008 – juin 2010	
UGANDA	5 340	octobre 2008 – mars 2010	
RÉPUBLIQUE-UNIE DE TANZANIE	4 700	septembre 2009 – mai 2010	3
ZAMBIE	9 906 10 000 9 179	janvier – juin 2010 2009 2007 – 2008	56
ZIMBABWE	6 070	mai 2009 – avril 2010	5

tion à VIH de 39 % et l'infection par le virus herpes simplex de type 2 de 51 %, et qu'il était à la fois sûr et adapté lorsqu'il était utilisé une fois par les femmes de 18 à 40 ans dans les 12 heures précédant un rapport sexuel et une fois dans les 12 heures suivant ce rapport.

Poursuivre dans cette voie, en se fondant sur ces données, et mettre un gel à base de ténofovir sûr et efficace à la disposition des femmes qui le souhaitent nécessitera de procéder rapidement à de nouveaux essais pour confirmer les résultats, d'identifier les conditions à remplir pour obtenir l'approbation, par les autorités de réglementation pharmaceutique, de cette nouvelle indication pour le ténofovir, de conduire les recherches nécessaires pour déterminer comment fournir durablement les produits à utiliser avec les programmes de prévention associés, de déterminer la fréquence de dépistage du VIH nécessaire pour garantir une utilisation sûre de ce gel microbicide et d'accélérer les études pour établir si le produit est sûr et efficace pour les femmes de moins de 18 ans et les femmes enceintes. ■

« LES RÉCENTS RÉSULTATS PROMETTEURS D'UN GEL À BASE DE TÉNOFOVIR ONT SUSCITÉ L'ESPOIR D'UNE NOUVELLE OPTION DE PRÉVENTION CONTRÔLÉE PAR LES FEMMES QUI SERAIT BIENTÔT OPÉRATIONNELLE. »

3

CONTINUUM DU TRAITEMENT ET DE LA PRÉVENTION DU VIH

Lors de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida en 2001, l'accès au traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou intermédiaire en était à ses débuts. Cinq ans plus tard, tous les Etats Membres soutenaient les objectifs d'un accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en matière de VIH. Cet engagement s'appuyait sur les expériences concluantes de divers pays pour accélérer l'accès au traitement du VIH.

Le traitement antirétroviral remplit à l'évidence plusieurs fonctions cruciales dans la riposte au VIH. Cela est d'autant plus vrai lorsque la prévention et le traitement interagissent en synergie, par exemple dans la prévention de la transmission de la mère à l'enfant, la prophylaxie post-exposition et les bénéfices d'une réduction de la charge virale au niveau des personnes et de la population pour réduire la transmission ultérieure du VIH. Des essais sont également en cours pour étudier le rôle des ARV dans la prophylaxie post-exposition.

Des efforts concertés pour réduire l'écart entre les besoins de traitement et l'accès au traitement en matière de VIH maximiseront le potentiel de la thérapie antirétrovirale pour contribuer aux bénéfices secondaires de la prévention du VIH au niveau des individus, des familles et des populations. Ces bénéfices seront atteints lorsque le traitement antirétroviral touchera chaque personne en attente de traitement et que les personnes vivant avec le VIH seront en mesure d'élaborer des programmes de prévention du VIH dans un cadre de santé, de dignité et de prévention positives.

Le traitement n'est pas une solution miracle qui stopperait l'épidémie (35) mais la thérapie antirétrovirale en tant qu'élément d'une association de programmes de prévention du VIH pourrait avoir des bénéfices secondaires considérables et supérieurs à ceux des programmes de prévention n'incluant pas un accès élargi au traitement (Figure 3.12). Le plan d'action pour élaborer des ripostes plus percutantes en matière de prévention et de traitement requiert :

- des services de santé non stigmatisants ;
- des systèmes d'orientation-recours efficaces couvrant les services d'appui social et comportemental pour le VIH, la tuberculose et les infections sexuellement transmissibles ;
- un investissement accru dans les capacités des personnes vivant avec le VIH et les principales communautés affectées pour qu'elles s'organisent et se responsabilisent ; et
- la communication sur le changement social et comportemental à l'égard des risques et du traitement.

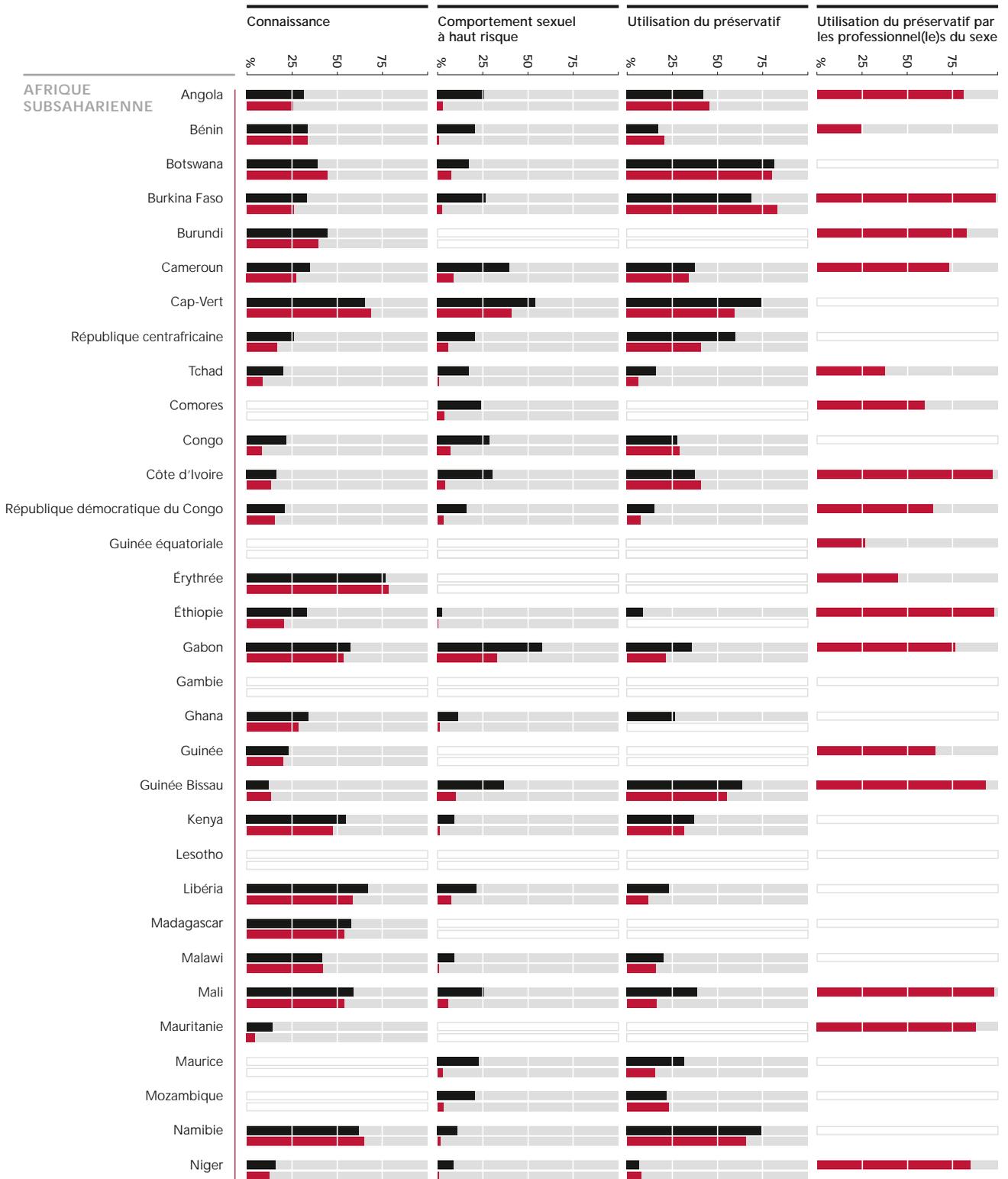


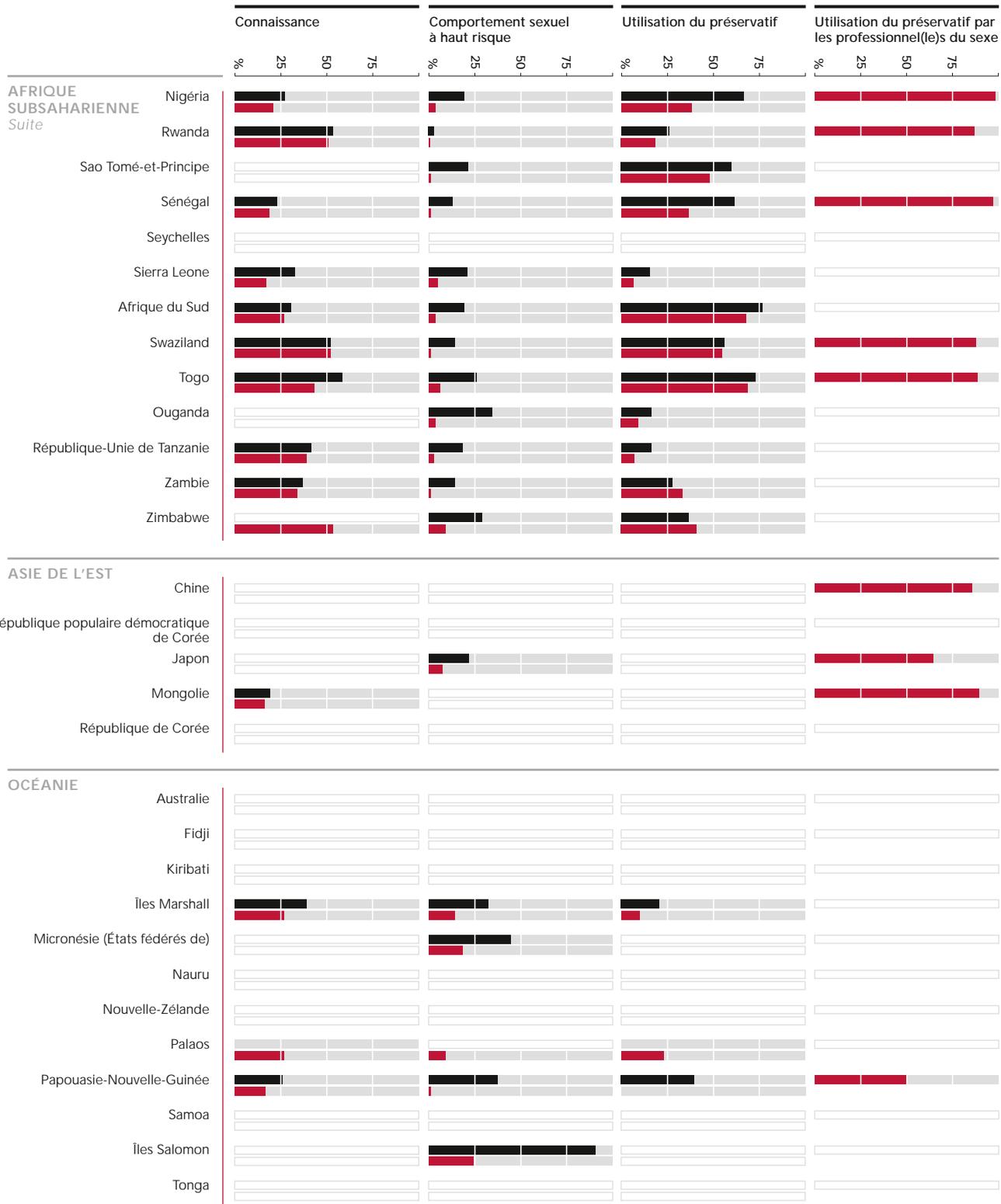
MESURES À PRENDRE

- Il convient d'intensifier rapidement les programmes de prévention du VIH afin de modifier la trajectoire de l'épidémie.
 - Les investissements dans les programmes de prévention du VIH sont insuffisants et devraient augmenter. Les programmes nationaux devraient s'assurer que les investissements tiennent compte des schémas épidémiques pour toucher en priorité les populations qui en ont le plus besoin.
 - Les programmes de prévention du VIH doivent inclure une combinaison d'actions comportementales, biomédicales et structurelles, qu'il conviendrait de mener en synergie.
 - Les programmes de prévention du VIH devraient atteindre les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les professionnel(le)s du sexe et leurs clients, les personnes transsexuelles et les consommateurs de drogues injectables. Il convient également de coordonner les activités de changement de comportement et de promotion du préservatif.
 - La quasi-élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant est possible. Les progrès réalisés actuellement pour stopper les nouvelles infections chez les enfants doivent être accélérés en intégrant des services sur les lieux de soins prénatals.
 - Les nouvelles méthodes de prévention du VIH comme la circoncision doivent être intensifiées dans les pays à épidémie généralisée.
 - Les résultats de l'essai d'un gel microbicide par le centre CAPRISA suscitent l'espoir d'une option de prévention du VIH initiée et contrôlée par les femmes. La communauté internationale doit s'impliquer inconditionnellement dans les prochaines étapes qui permettront de confirmer ces résultats au plus tôt.
-

FEUILLE DE RÉSULTATS : PRÉVENTION DU VIH

■ Hommes
■ Femmes
□ Aucune donnée disponible

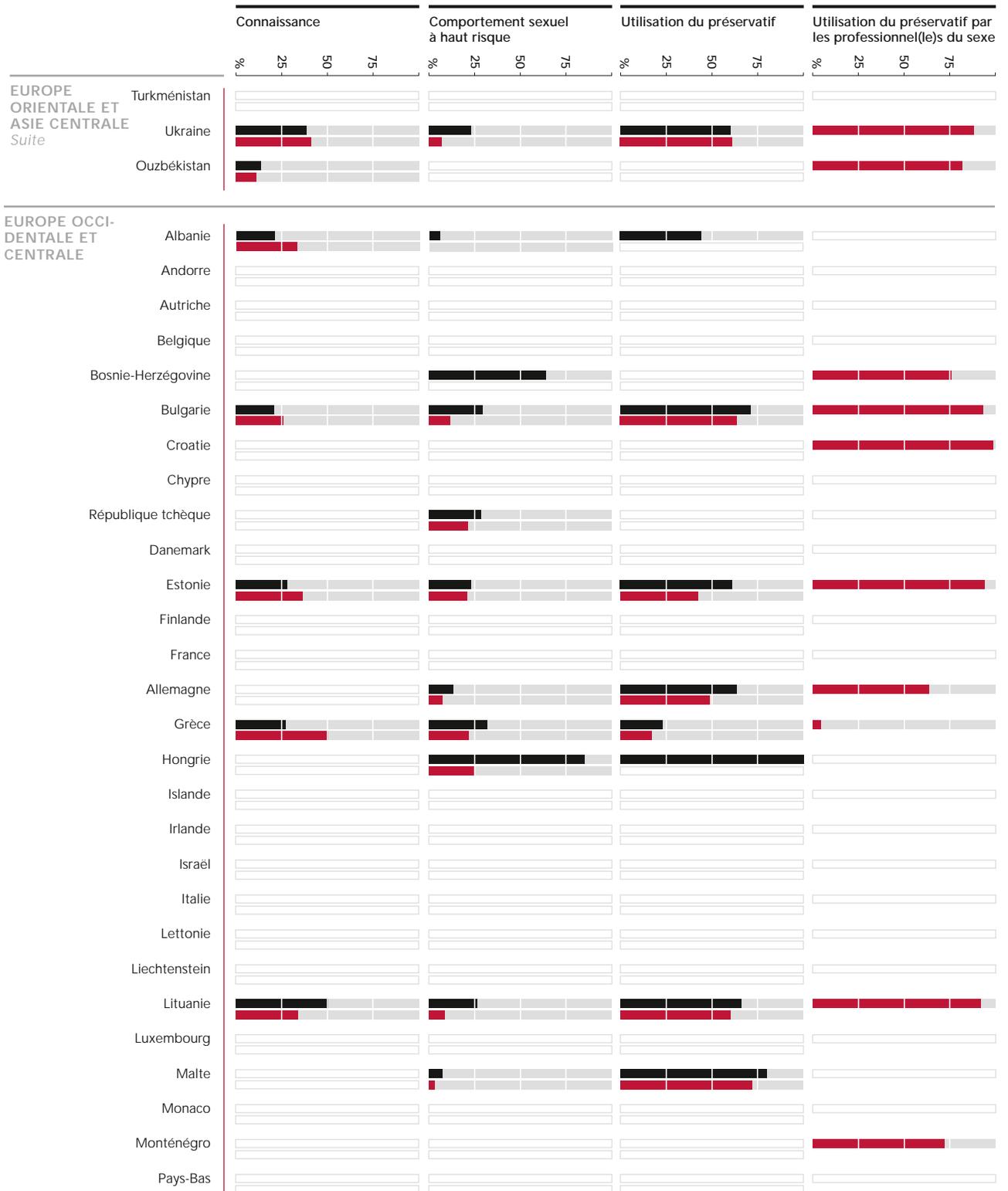




FEUILLE DE RÉSULTATS : PRÉVENTION DU VIH

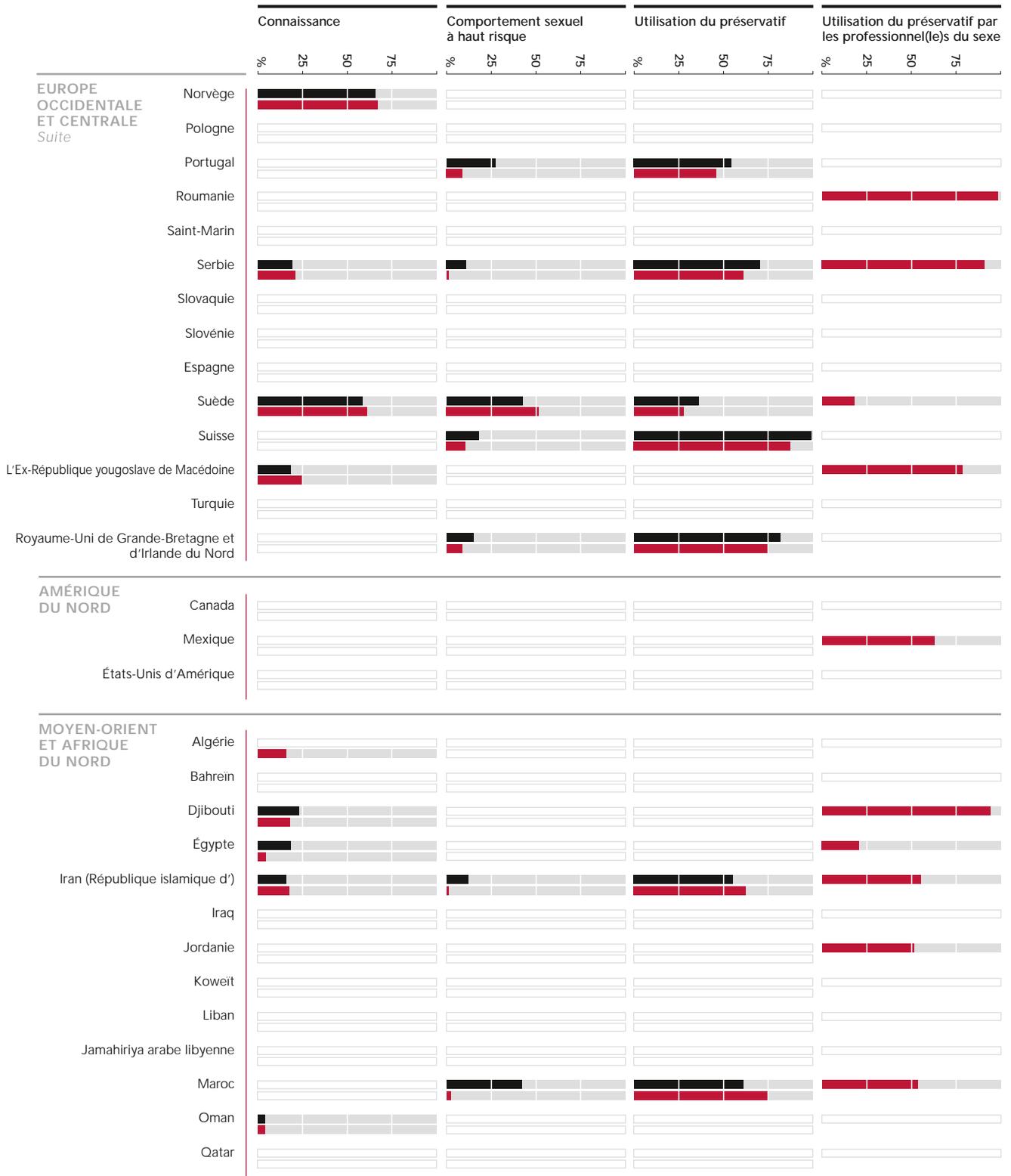
■ Hommes
■ Femmes
□ Aucune donnée disponible

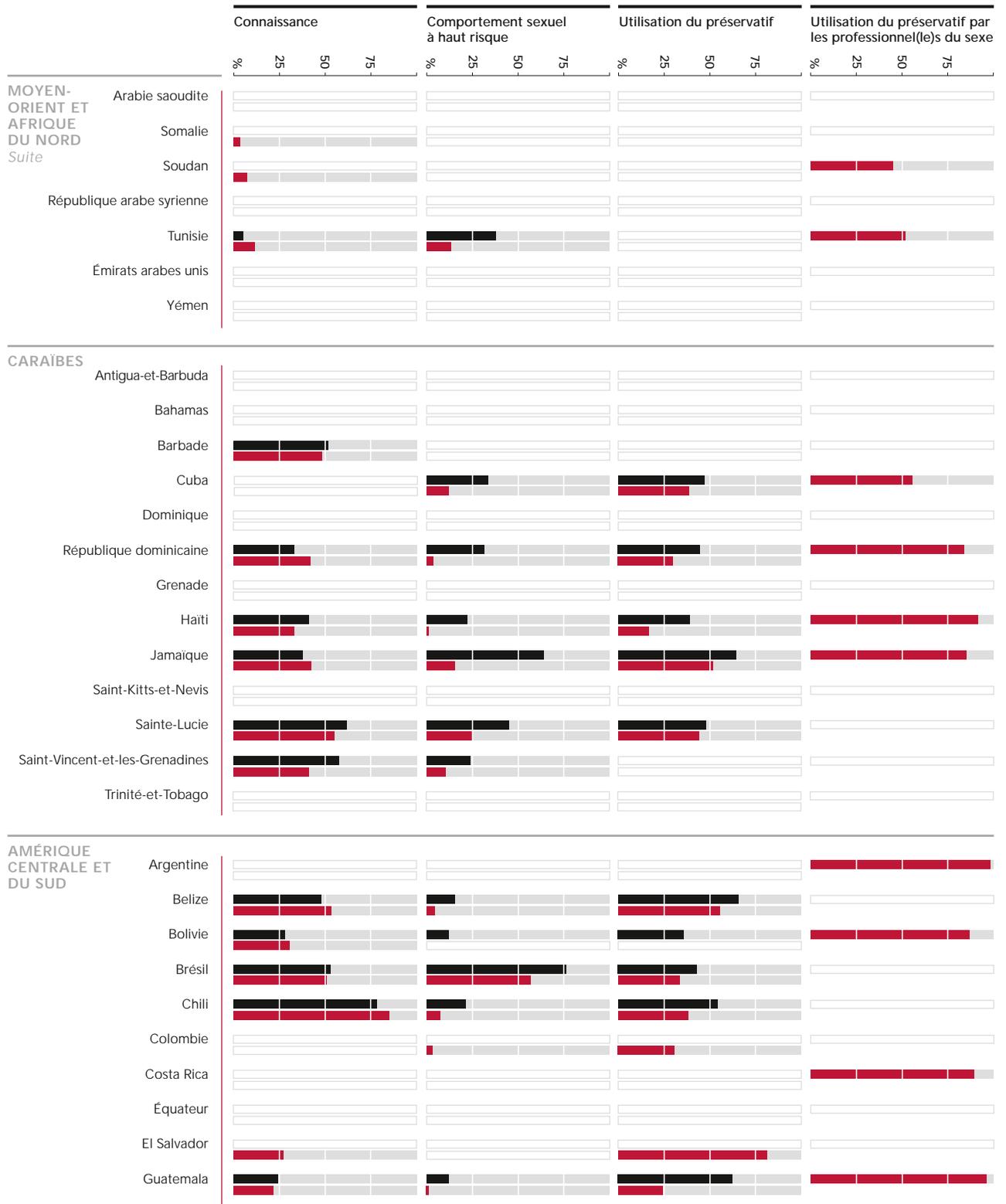




FEUILLE DE RÉSULTATS : PRÉVENTION DU VIH

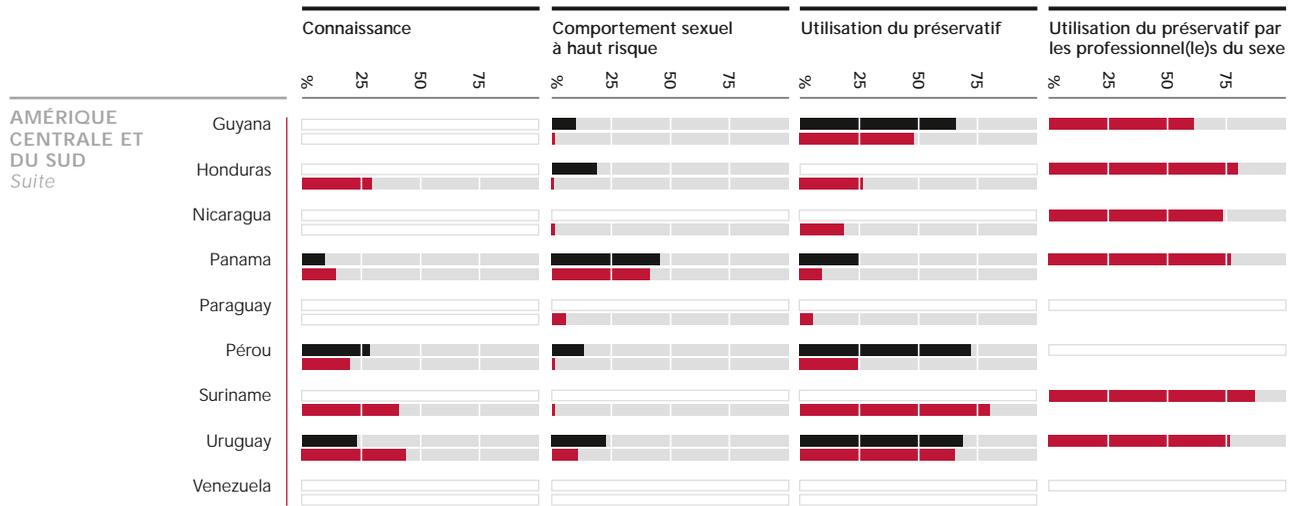
■ Hommes
■ Femmes
□ Aucune donnée disponible





FEUILLE DE RÉSULTATS : PRÉVENTION DU VIH

■ Hommes
 ■ Femmes
 □ Aucune donnée disponible





TRAITEMENT DU VIH

PRINCIPALES CONSTATATIONS

- 1,2 million de personnes supplémentaires ont reçu une thérapie antirétrovirale en 2009, ce qui a porté le nombre total de personnes sous traitement dans les pays à revenu faible ou intermédiaire à 5,2 millions, soit une augmentation de 30% par rapport à 2008.
 - À la fin de 2009, 36% (environ 5,2 millions) des 15 millions de personnes qui en avaient besoin dans les pays à revenu faible ou intermédiaire recevaient une thérapie antirétrovirale.
 - Moins de personnes meurent de causes liées au sida. Environ 14,4 millions d'années de vie ont été gagnées par la thérapie antirétrovirale depuis 1996.
 - Environ 50% des femmes enceintes séropositives ont subi un examen permettant de savoir si elles remplissaient les critères pour recevoir une thérapie antirétrovirale pour leur propre santé.
 - Les enfants et les populations marginalisées (comme les consommateurs de drogues injectables) sont moins susceptibles de recevoir une thérapie antirétrovirale que la population générale.
 - Tandis que des progrès ininterrompus sont accomplis dans l'élargissement de l'accès aux services liés au VIH pour les personnes atteintes de tuberculose, le pourcentage de ces personnes ayant subi un test VIH en 2009 restait bas, à 26%. Les progrès en matière d'élargissement des services contre la tuberculose pour les personnes vivant avec le VIH sont aussi très lents.
 - Les enfants rendus orphelins par le sida étaient presque aussi susceptibles d'être scolarisés que les autres enfants.
 - L'accès à des services de soins palliatifs et de soins à domicile pour les personnes vivant avec le VIH reste inégal.
-

» **Plus de personnes recevaient une thérapie antirétrovirale dans toutes les régions en 2009.**

Des avancées vers l'accès universel aux services de traitement, de soins et d'appui ont été une réalisation importante en 2009, surtout si l'on considère les problèmes considérables qui accompagnaient la stagnation du financement mondial pour les programmes de VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Dans toutes les régions du monde, plus de personnes reçoivent une thérapie antirétrovirale que jamais auparavant. Les progrès vers les objectifs d'accès universel restent toutefois nuancés, avec des gains plus substantiels dans certains environnements et pour certains aspects de traitement, de soins et d'appui que d'autres.

En décembre 2009, on estimait que 5,2 millions de personnes dans les pays à revenu faible ou intermédiaire bénéficiaient d'une thérapie antirétrovirale (1). Cela représentait une augmentation de 1,2 million de personnes, ou 30 %, par rapport au nombre de personnes traitées un an auparavant.

En Afrique subsaharienne, près de 37 % [34 % – 40 %] des personnes qui remplissaient les critères pour recevoir un traitement avaient accès à des médicaments assurant la survie en 2009. Pareillement, 42 % [35 % – 47 %] en Amérique centrale et du Sud, 51 % [40 % – 60 %] en Océanie, 48 % [42 % – 55 %] aux Caraïbes et 19 % [15 % – 21 %] en Europe orientale et en Asie centrale avaient accès à ce traitement. L'augmentation du nombre de personnes recevant une thérapie antirétrovirale en 2009 était presque la même en Europe orientale (34 %), en Afrique subsaharienne (33 %), en Asie (29 %) et aux Caraïbes (30 %). Seules l'Amérique centrale et du Sud (6 %), où la couverture de thérapie antirétrovirale était déjà élevée, avaient un taux d'augmentation de l'accès nettement plus bas en 2009. La couverture de la thérapie antirétrovirale pour les enfants est plus basse que pour les adultes ; peu de femmes enceintes étaient évaluées en vue de recevoir une thérapie antirétrovirale pour leur propre santé ; des données limitées montrent une couverture basse pour les populations clés plus exposées au risque d'infection. La couverture doit être plus équitable.

Le nombre d'établissements de santé offrant une thérapie antirétrovirale a augmenté de 36 % en 2009, et selon les données fournies par 99 pays, le nombre moyen de personnes recevant une thérapie antirétrovirale par établissement est passé de 260 en 2008 à 274 en 2009.

En 2010, l'OMS a publié une révision des directives de traitement (2), recommandant une initiation plus précoce de la thérapie antirétrovirale à une numération de CD4 de moins de 350 cellules/mm³. Ces nouveaux critères ont augmenté le nombre total de personnes pouvant recevoir une thérapie antirétrovirale d'environ 50 % – de 10 millions à 15 millions en 2009.

Au moins la moitié de tous les adultes qui répondaient aux critères pour recevoir un traitement (CD4 <350 cellules/mm³) recevaient une thérapie antirétrovirale

dans 29 des 109 pays à revenu faible ou intermédiaire pour lesquels on possédait des données en décembre 2009. Huit pays – le Botswana, le Cambodge, la Croatie, Cuba, la Guyane, la Namibie, la Roumanie et le Rwanda – ont réalisé une couverture de thérapie antirétrovirale de 80 % ou plus.

Parmi les 19 des 25 pays à revenu faible ou intermédiaire ayant le plus grand nombre de personnes vivant avec le VIH, le Rwanda a réalisé une couverture de 88 % des adultes, le Botswana de 83 % et la Namibie de 76 %. Onze pays (le Cameroun, la Côte d'Ivoire, le Ghana, l'Inde, l'Indonésie, le Mozambique, l'Afrique du Sud, la République-Unie de Tanzanie, le Viet Nam et le Zimbabwe) ont une couverture inférieure à 40 %. L'Indonésie et l'Ukraine ont indiqué que moins de 20 % des adultes qui répondaient aux critères pour recevoir une thérapie antirétrovirale en bénéficiaient (Tableau 4.1).

Les enfants ont moins accès à la couverture de thérapie antirétrovirale que les adultes

Le nombre d'enfants âgés de moins de 15 ans recevant une thérapie antirétrovirale a augmenté d'environ 80 000 (ou 29 %) en 2009, passant de 275 000 à 354 000. Les

37%

En Afrique subsaharienne, proportion des personnes remplissant les critères pour recevoir un traitement et qui avaient accès à des médicaments assurant la survie en 2009.

ÉLÉMENTS CLÉS DE LA RÉVISION DE 2010 DES DIRECTIVES DE TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL DE L'OMS

Un début plus précoce de la thérapie antirétrovirale : démarrer une thérapie antirétrovirale quand le seuil de CD4 est inférieur à 350 cellules/mm³.

Une utilisation d'options moins toxiques et plus proches des patients : réduire le risque d'événements indésirables et améliorer l'adhérence par l'utilisation de médicaments moins toxiques et de combinaisons de thérapie antirétrovirale de dose fixe.

Une amélioration de la gestion des coinfections entre le VIH et la tuberculose ou l'hépatite B : démarrer la thérapie antirétrovirale chez toutes les personnes vivant avec le VIH, qui sont atteintes de tuberculose active et d'une hépatite chronique active, quelle que soit la numération des CD4.

La promotion d'une utilisation stratégique du suivi en laboratoire : utiliser le suivi en laboratoire des numérations de CD4 et de la charge virale pour améliorer l'efficacité et la qualité du traitement du VIH et des soins.

Tableau 4.1

Couverture de traitement pour les adultes et les enfants, 2009 (directives de l'OMS 2006 et 2010)

Couverture de la thérapie antirétrovirale parmi les adultes et les enfants dans 25 pays qui ont le plus de personnes vivant avec le VIH, 2009, basée sur les directives de l'OMS de 2006 et 2010.

Source : Rapports de progrès nationaux 2010.

	Enfants ^d			Couverture parmi les adultes, Directives 2010 (CD4 350) ^c			Couverture parmi les adultes, Directives 2006 (CD4 200) ^c		
	Estimations ponctuelles ^a	Basse	Haute	Estimations ponctuelles	Basse	Haute	Estimations ponctuelles	Basse	Haute
Botswana	90%	76%	>95%	83%	77%	>95%	>95%	>95%	>95%
Brésil ^b		65%	>95%		50%	89%		65%	>95%
Cameroun ^b	11%	8%	20%	30%	27%	34%	46%	40%	54%
Chine ^b		21%	74%		19%	38%		31%	67%
Côte d'Ivoire ^b	15%	10%	30%	29%	26%	32%	44%	38%	49%
République démocratique du Congo		9%	23%		15%	20%		22%	32%
Éthiopie ^b		14%	38%		52%	65%		72%	94%
Ghana	12%	8%	24%	25%	23%	29%	40%	34%	46%
Inde ^b		24%	59%		23%	27%		37%	45%
Indonésie		14%	48%	21%	14%	30%	34%	24%	58%
Kenya	32%	22%	59%	50%	46%	55%	72%	64%	81%
Lesotho	23%	17%	39%	50%	45%	54%	75%	65%	86%
Malawi	29%	21%	51%	48%	44%	54%	72%	62%	81%
Mozambique	14%	10%	26%	32%	29%	35%	51%	43%	59%
Nigéria	10%	7%	19%	23%	21%	25%	35%	30%	41%
Fédération de Russie ^b		17%	60%		16%	23%		27%	42%
Afrique du Sud	54%	41%	94%	36%	35%	37%	56%	49%	63%
Soudan ^{b,e}	2%	1%	4%						
Thaïlande		73%	>95%	61%	49%	77%	75%	61%	95%
Ouganda	18%	12%	33%	43%	38%	48%	62%	54%	72%
Ukraine		69%	>95%	9%	8%	10%	15%	13%	17%
République-Unie de Tanzanie	17%	11%	34%	32%	29%	35%	49%	43%	55%
Viet Nam		54%	>95%	33%	25%	44%	44%	35%	55%
Zambie	36%	26%	65%	68%	62%	76%	>95%	84%	>95%
Zimbabwe	30%	23%	50%	34%	32%	37%	52%	47%	57%

^a Estimations ponctuelles publiées par les pays qui ont des épidémies généralisées seulement.

^b Les estimations du nombre de personnes qui ont besoin d'une thérapie antirétrovirale, sont en cours de révision et seront ajustées, au besoin, selon la collecte et l'analyse courantes de données.

^c Les estimations de couverture sont basées sur les nombres estimés non arrondis du nombre d'adultes recevant une thérapie antirétrovirale et le besoin estimé non arrondi de thérapie antirétrovirale (selon les méthodes de l'ONUSIDA/OMS). L'étendue des estimations de couverture est basée sur les limites de plausibilité dans le dénominateur : c'est-à-dire, les estimations hautes et basses des besoins. Les estimations sont standardisées pour la comparabilité conformément aux méthodes de l'ONUSIDA/OMS.

^d Les estimations de couverture sont basées sur les nombres estimés non arrondis du nombre d'adultes recevant une thérapie antirétrovirale et le besoin estimé non arrondi de thérapie antirétrovirale (selon les méthodes de l'ONUSIDA/OMS). L'étendue des estimations de couverture est basée sur les limites de plausibilité dans le dénominateur : c'est-à-dire, les estimations hautes et basses des besoins.

^e Les données de couverture de thérapie antirétrovirale pour les adultes au Soudan ne sont pas disponibles pour 2009.

enfants continuaient à avoir moins un accès à la thérapie antirétrovirale que les adultes (couverture de 28 % pour les enfants par rapport à 37 % pour les adultes).

90 % (estimation) des enfants vivant avec le VIH dans le monde résident en Afrique subsaharienne. La couverture de thérapie antirétrovirale des enfants dans la région est légèrement inférieure à la moyenne mondiale, à seulement 26 %. Parmi les 25 pays qui ont le plus grand nombre de personnes vivant avec le VIH, seul le Botswana indiquait une couverture des enfants par thérapie antirétrovirale supérieure à 80 % (Tableau 4.1).

Un certain nombre de pays signalait une couverture nettement plus basse de thérapie antirétrovirale pour les enfants que pour les adultes. La couverture des adultes est supérieure dans 12 des 14 pays à forte charge pour lesquels on possède des estimations de couverture pour adultes et enfants. Dans six pays, la couverture de la thérapie antirétrovirale des enfants est inférieure à celle de la moitié des adultes, avec des différences très grandes dans les pays comme le Cameroun (30 % des adultes contre 11 % des enfants), le Mozambique (32 % contre 12 %) et en Ouganda (43 % contre 18 %). Par contre, deux des 12 pays (l'Afrique du Sud et le Botswana) signalent une couverture de thérapie antirétrovirale plus grande pour les enfants que pour les adultes.

Très peu de femmes enceintes vivant avec le VIH reçoivent une thérapie antirétrovirale pour leur propre santé

L'accès aux services de prévention de la transmission mère-enfant du VIH a augmenté entre 2008 et 2009, mais toujours peu de femmes enceintes vivant avec le VIH sont testées pour leur propre santé. La proportion de femmes enceintes séropositives qui ont été évaluées en vue de recevoir une thérapie antirétrovirale pour leur propre santé a augmenté, passant de 34 % à 51 %. Seulement 15 % des femmes enceintes vivant avec le VIH dont le statut séropositif est détecté lors de services de santé maternelle ont aussi reçu une thérapie antirétrovirale pour leur propre santé au même moment.

Dans les 12 pays à prévalence élevée qui indiquaient un accès à la thérapie antirétrovirale pour les femmes enceintes en 2007 et en 2009, le nombre total de femmes enrôlées dans un traitement a plus que doublé, passant de 18 000 à 37 000. Au Swaziland, un effort important pour offrir une thérapie antirétrovirale dans le cadre de santé maternelle et infantile a fait passer le nombre de femmes commençant une thérapie de 259 en 2007 à 1844 en 2009.

L'accès à la thérapie antirétrovirale échappe aux populations marginalisées

Peu de données sont disponibles en ce qui concerne l'accès à la thérapie antirétrovirale par les professionnels du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les consommateurs de drogue injectable. La plupart des pays ne collectent pas ce genre de données. Par exemple, en Europe orientale et en Asie centrale, seuls quatre des douze pays collectent ces données. De nombreux pays d'Asie, d'Amérique centrale et du Sud, et d'autres régions indiquent que les attitudes négatives de la part des agents de santé dissuadent souvent les personnes exposées à un risque élevé d'infection à VIH de demander des services de traitement (4). D'autres obstacles à l'accès à la thérapie antirétrovirale comprennent, dans de nombreux pays qui ont de grandes populations de personnes nées hors des frontières nationales, des lois qui limitent l'accès à la thérapie antirétrovirale à leurs citoyens (5). Selon les rapports nationaux à l'ONUSIDA (6), de nombreux systèmes pénitentiaires limitent l'accès à la thérapie antirétrovirale.

15%

15 % des femmes enceintes vivant avec le VIH dont le statut séropositif est détecté lors de services de santé maternelle et infantile ont aussi reçu une thérapie antirétrovirale pour leur propre santé au même moment.

Des 21 pays qui ont des données de couverture de thérapie antirétrovirale pour les personnes vivant avec le VIH qui consomment des drogues injectables, 14 pays traitent 5 % ou moins de ces personnes (7). Dans seulement neuf pays, le traitement atteint plus de 10 % des personnes vivant avec le VIH qui consomment des drogues injectables.

La rétention du traitement est possible et peut être réalisée

De nouvelles données apportent des preuves solides que des taux élevés de rétention de la thérapie antirétrovirale sont possibles. Parmi les pays pour lesquels des données sont disponibles, 26 indiquent qu'au moins 95 % des personnes reçoivent toujours un traitement un an après avoir commencé une thérapie antirétrovirale. Parmi les 25 pays qui ont le nombre le plus élevé de personnes vivant avec le VIH, le Botswana, le Brésil et le Cameroun indiquent que 90 % ou plus restaient en traitement un an après son début. Le Ghana, l'Inde, le Kenya, le Lesotho, la Thaïlande, l'Ouganda, l'Ukraine et le Viet Nam indiquent tous retenir au moins 80 % des personnes en traitement pendant un an au moins. Le Soudan indique un taux de rétention de 12 mois de 56 % et le Tchad de seulement 47 %.

« DE NOUVELLES DONNÉES APPORTENT DES PREUVES SOLIDES QUE DES TAUX ÉLEVÉS DE RÉTENTION DE LA THÉRAPIE ANTIRÉTROVIRALE SONT POSSIBLES. PARMI LES PAYS POUR LESQUELS DES DONNÉES SONT DISPONIBLES, 26 INDIQUENT QU'AU MOINS 95 % DES PERSONNES REÇOIVENT TOUJOURS UN TRAITEMENT UN AN APRÈS AVOIR COMMENCÉ UNE THÉRAPIE ANTIRÉTROVIRALE. »

Une des raisons possibles pour les taux de rétention de traitement inférieurs est le début du traitement à un stade plus avancé de la maladie à VIH et la mort prématurée de la personne recevant le traitement. Des témoignages montrent que les taux de rétention doivent être améliorés, au moins en partie, par des efforts continus de début plus précoce du traitement du VIH. La rétention à long terme en traitement est cruciale pour le bilan de santé et de nombreuses personnes sont perdues de vue pendant la première année. La perte de vue dans les programmes de thérapie antirétrovirale a tendance à augmenter dans le temps.

Au Malawi, pays qui a rapidement élargi sa thérapie antirétrovirale ces dernières années, les données suggèrent que 70 % des personnes qui ont commencé un traitement sont toujours enregistrées comme étant « en traitement » après 24 mois, passant à environ 55 % après 48 mois (Figure 4.1). Au Burundi et en République centrafricaine, le taux de rétention de 48 mois va de 60 à 70 %, tandis qu'au Botswana, il dépasse 80 %. Cependant, les taux de rétention peuvent ne pas toujours être comparables, car certains pays peuvent donner les données des hôpitaux tertiaires seulement, indiquer la survie plutôt que la rétention ou indiquer par erreur comme perdus de vue des patients transférés vers d'autres sites de traitement.

Il faut une meilleure compréhension des facteurs qui diminuent la rétention à long terme, et de nouvelles stratégies sont nécessaires pour améliorer la rétention dans les programmes de thérapie antirétrovirale. Les facteurs possibles qui limitent la rétention du traitement comprennent les contraintes dans les systèmes de santé et de communauté, comme des programmes de traitement trop centralisés qui limitent l'accessibilité géographique, le manque d'agents de santé, la pénurie de médicaments, et le peu de connaissances de traitement par la communauté.

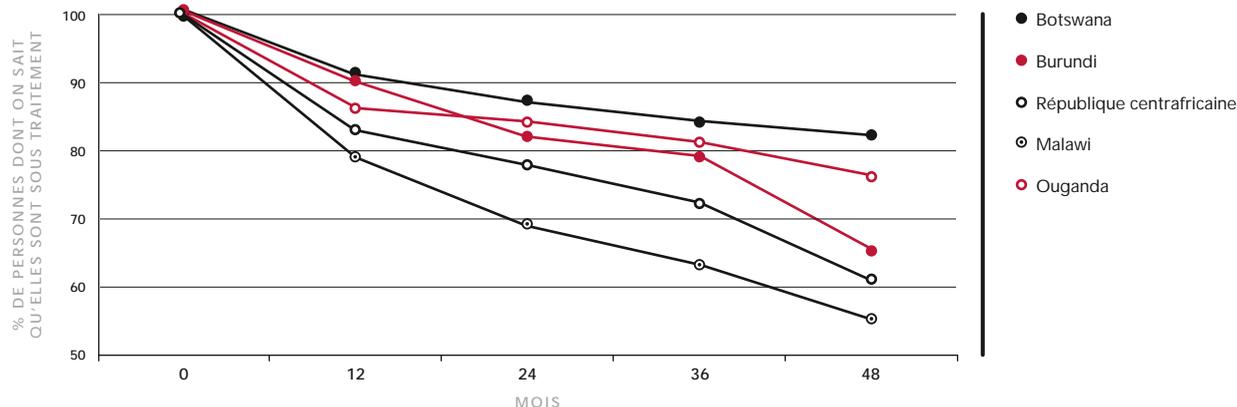
Les systèmes de santé sont mis à l'épreuve par le traitement, les soins et l'appui en matière de VIH, et en bénéficient

Dans beaucoup de pays, les systèmes de santé surchargés luttent vaillamment pour répondre aux difficultés posées par le VIH, y compris le manque d'agents de santé, des programmes centralisés, des prestations de services fragmentées plutôt qu'intégrées et holistiques, et des systèmes d'achat et approvisionnement faibles. Cela est particulièrement vrai pour les systèmes en Afrique subsaharienne qui doivent prendre en charge deux tiers des personnes vivant avec le VIH, mais n'ont que 3 % des prestataires de soins de santé dans le monde (8). Les difficultés associées avec la capacité du système de santé ne sont toutefois pas limitées à l'Afrique subsa-

Figure 4.1

Rétention d'adultes dans la thérapie antirétrovirale dans certains pays, 0–48 mois, 2009

Source : Sur la voie de l'accès universel, OMS 2010.



harienne. Des pays d'Asie, du Moyen-Orient et d'Afrique du Nord indiquent qu'un nombre inadéquat d'agents de santé capables de fournir une thérapie antirétrovirale empêche l'élargissement de traitement.

En réaction, plusieurs pays ont mis en place des stratégies novatrices pour élargir la capacité des systèmes de santé pour aborder le VIH et autres difficultés. Elles incluent l'accroissement de l'utilisation de partenaires de la société civile pour gérer les établissements de soins de santé, d'autres formes de transfert de tâches dans des cadres cliniques et des arrangements de jumelage institutionnel entre des cliniques locales et des institutions dans des pays à revenu élevé. Le manque de ressources humaines pour la santé a gravement entravé la mise en œuvre de la thérapie antirétrovirale en Afrique subsaharienne. Les modèles actuels de mise en œuvre sont exigeants en hôpitaux et médecins. Une étude récente (9) a montré que le transfert de tâches, ou la délégation des tâches effectuées par des médecins au personnel de moindres qualifications, y compris les travailleurs non-professionnels et communautaires, est une stratégie efficace pour répondre aux manques de ressources humaines du domaine de la santé pour le traitement et la prise en charge du VIH.

L'Afrique du Sud utilise un modèle basé sur les infirmiers pour décentraliser la prestation de thérapie antirétrovirale et accélérer l'élargissement du traitement. Un essai clinique comparatif aléatoire qui a évalué l'efficacité du transfert de tâches pour la diffusion de la thérapie antirétrovirale dans les cliniques urbaines de Johannesburg et du Cap a montré que la thérapie antirétrovirale gérée par des infirmiers n'était pas inférieure à la thérapie antirétrovirale gérée par des médecins : les deux services de traitement avaient des résultats semblables de suppression virale, d'adhérence, de toxicité et de mort (10). De même, au Rwanda, les infirmiers déterminaient correctement l'admissibilité pour une thérapie antirétrovirale pour plus de 99 % des personnes

INNOVATION ET SOUPLESSE POUR ACCROÎTRE L'ACCÈS AUX ANTIRÉTROVIRAUX

LA COMMUNAUTÉ DES BREVETS DE MÉDICAMENTS

C'est en juillet 2008 qu'UNITAID, un mécanisme financier international pour la santé, a mis en place la Communauté de brevets sur les médicaments afin d'améliorer l'accès aux médicaments antirétroviraux plus récents par le biais de la création d'un « pot commun » de brevets et d'informations sur les antirétroviraux offerts par les entreprises productrices de médicaments.

La Communauté de brevets sur les médicaments cherche à améliorer l'accès au traitement en favorisant la réduction du prix des antirétroviraux existant, en stimulant la production de médicaments plus récents de première et de deuxième intention, et en augmentant le nombre d'entreprises génériques capables de produire ces médicaments.

Les National Institutes of Health (États-Unis d'Amérique) ont récemment annoncé qu'ils allaient partager les brevets avec la Communauté de brevets sur les médicaments. C'est la première fois qu'un détenteur de brevets partage une propriété intellectuelle sur les antirétroviraux avec la Communauté de brevets sur les médicaments créée il y a peu.

PROFITER LE PLUS DE L'ACCORD SUR LES ADPIC

La Déclaration sur l'accord sur les ADPIC et la santé publique adoptée par l'Organisation mondiale du commerce (la déclaration de Doha) souligne que l'Accord sur les ADPIC n'empêche pas et ne devrait pas empêcher les états de prendre des mesures pour protéger la santé publique et réaffirme leur droit d'utiliser complètement les dispositions de l'accord sur les ADPIC qui donnent la flexibilité dans un but de protection de la santé publique et, en particulier, de promouvoir l'accès de tous aux médicaments. La déclaration de Doha éclaire aussi certaines des flexibilités contenues dans l'accord sur les ADPIC, y compris que les autorités nationales sont libres de déterminer les motifs pour lesquels les licences sont accordées pour permettre l'achat et l'utilisation de produits qui sont protégés, corrigeant l'idée fautive qu'une urgence est nécessaire pour l'accord de licence obligatoire.

Bien que certains pays à revenu faible ou intermédiaire comme le Brésil, la Thaïlande et plus récemment l'Équateur ont utilisé la flexibilité mise à leur disposition selon l'accord sur les ADPIC et la Déclaration de Doha pour rendre les médicaments contre le VIH plus abordables, moins de pays ont profité de ces opportunités ces dernières années.

Certains pays à revenu faible ou intermédiaire passent toutefois des accords commerciaux bilatéraux et régionaux avec des pays à revenu élevé qui imposent une protection de propriété intellectuelle plus stricte que nécessaire selon l'accord sur les ADPIC et qui peuvent limiter leurs droits à promouvoir l'accès à des médicaments abordables contre le VIH et à d'autres produits pharmaceutiques dans leurs pays.

auscultées (11). Au Mozambique, les personnes vues par des agents de santé de niveau intermédiaire (après une formation de 2 ans et demi) étaient 30 % plus susceptibles d'obtenir une numération des CD4 six mois après le début de la thérapie antirétrovirale que ceux vus par des médecins, et étaient 44 % moins susceptibles d'être perdus de vue. Il n'y avait pas de différences notables de mortalité, de numération des CD4 faite à 12 mois ou de taux d'adhérence (12). Une étude au Malawi a montré que la formation de travailleurs non professionnels comme aides-pharmaciens réduisait les erreurs de prescription de 25 % en diminuant le poids sur le système (13). Dans la République démocratique du Congo, une étude (14) a examiné la concordance entre les décisions

des docteurs et des infirmiers pour commencer une thérapie antirétrovirale et a trouvé qu'ils étaient d'accord dans 95 % des cas.

Le transfert de tâches offre des soins de haute qualité et rentables pour plus de personnes qu'un modèle centré sur les médecins. Les difficultés principales dans la mise en œuvre comprennent une formation adéquate et durable, le soutien et la rémunération du personnel dans ses nouveaux rôles, l'intégration de nouveaux membres dans les équipes de soins de santé et le respect des réglementations. La mise en œuvre prudente du transfert de tâches doit être considérée quand les pénuries de ressources humaines sont une menace pour les programmes de déploiement.

Les déficiences systémiques dans l'achat des produits et la gestion des approvisionnements nuisent aux efforts de traitement dans beaucoup de pays. Parmi 94 pays répondant aux enquêtes, 38 % indiquent au moins une rupture de stock en médicaments en 2009 (1). La République islamique d'Iran, la Tunisie, le Yémen et plusieurs pays d'Amérique centrale et du Sud citent les interruptions d'approvisionnement comme obstacles importants à l'accès à la thérapie antirétrovirale (6). Dans le but d'empêcher les ruptures de stock, le Rwanda a proposé de convoquer un Système d'achats et de distribution coordonnés qui unisse le gouvernement national, les donateurs, les organisations internationales et d'autres partenaires à l'échelon national dans un effort commun pour assurer une fourniture ininterrompue de médicaments contre le VIH et autres produits (1).

Dans tous les systèmes de santé, l'élargissement de la prestation de thérapie antirétrovirale présente non seulement des difficultés, mais aussi des opportunités et des avantages qui s'étendent bien au-delà du VIH. Dans les milieux hyperendémiques où les personnes vivant avec le VIH représentent la majorité des patients hospitalisés ces dernières années, l'élargissement de la thérapie permet aux systèmes de santé d'aborder d'autres priorités sanitaires et réduit l'absentéisme et les morts parmi les agents de santé vivant avec le VIH. En outre, les améliorations d'infrastructure permises par le financement en matière de VIH – y compris la rénovation des cliniques, une meilleure capacité de laboratoires et des systèmes renforcés d'achat de produits et de gestion de l'approvisionnement – augmentent la disponibilité et la qualité des services de santé pour chacun, quel que soit son statut sérologique.

La réduction de la charge de VIH parmi les patients atteints de tuberculose

La tuberculose est une des principales causes de décès parmi les personnes vivant avec le VIH. En 2009, l'estimation était de 380 000 morts dues à la tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH. En Afrique subsaharienne, région qui compte 78 % des personnes atteintes de tuberculose liée au VIH (1), la prévalence du VIH parmi les personnes atteintes de tuberculose pouvait atteindre 80 % dans certains pays. Toutefois, seulement 79 000 (0,2 %) des personnes vivant avec le VIH recevaient une thérapie isoniazide préventive, un traitement qui peut fortement réduire le risque de contracter la tuberculose.

Selon les nouvelles directives publiées par l'OMS, les personnes atteintes de tuberculose vivant avec le VIH doivent recevoir une thérapie antirétrovirale, quelle que soit leur numération en CD4. En 2009, 1,6 million de personnes atteintes de la tuberculose (26 % du total) avaient reçu un test VIH, comparé à 22 % en 2008 et 4 % en 2003. Parmi les personnes testées, 450 000 étaient séropositives, 75 % de celles-ci recevaient du triméthoprime-sulfaméthoxazole et 37 % bénéficiaient d'une thérapie antirétrovirale. Deux des 21 pays les plus atteints par la tuberculose liée au VIH apportaient un traitement pour les deux maladies pour plus de la moitié des personnes qui en avaient besoin (Figure 4.2 et Figure 4.3).

« LA TUBERCULOSE EST UNE DES PRINCIPALES CAUSES DE DÉCÈS PARMI LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH. EN 2009, L'ESTIMATION ÉTAIT DE 380 000 MORTS DUES À LA TUBERCULOSE PARMI LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH. »

Figure 4.2

Couverture des services de lutte contre la tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH, 2009

Les services de couverture avaient pour objectif de réduire la charge de tuberculose parmi 1000 personnes vivant avec le VIH dans le monde.

Source : estimations de l'ONUSIDA, *Sur la voie de l'accès universel*, OMS 2010 et *Rapport 2010 sur la lutte contre la tuberculose dans le monde*.

- Peuvent prétendre au traitement antirétroviral (441)
 - Connaissent leur statut VIH (333)
 - Sous traitement antirétroviral (158)
 - Nouveaux cas de tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH (33)
 - Ont subi un dépistage de la tuberculose (50)
 - Traitements antirétroviral et antituberculeux (5)
 - TPI (2)
- Le carré extérieur représente 1000 nouveaux cas de VIH

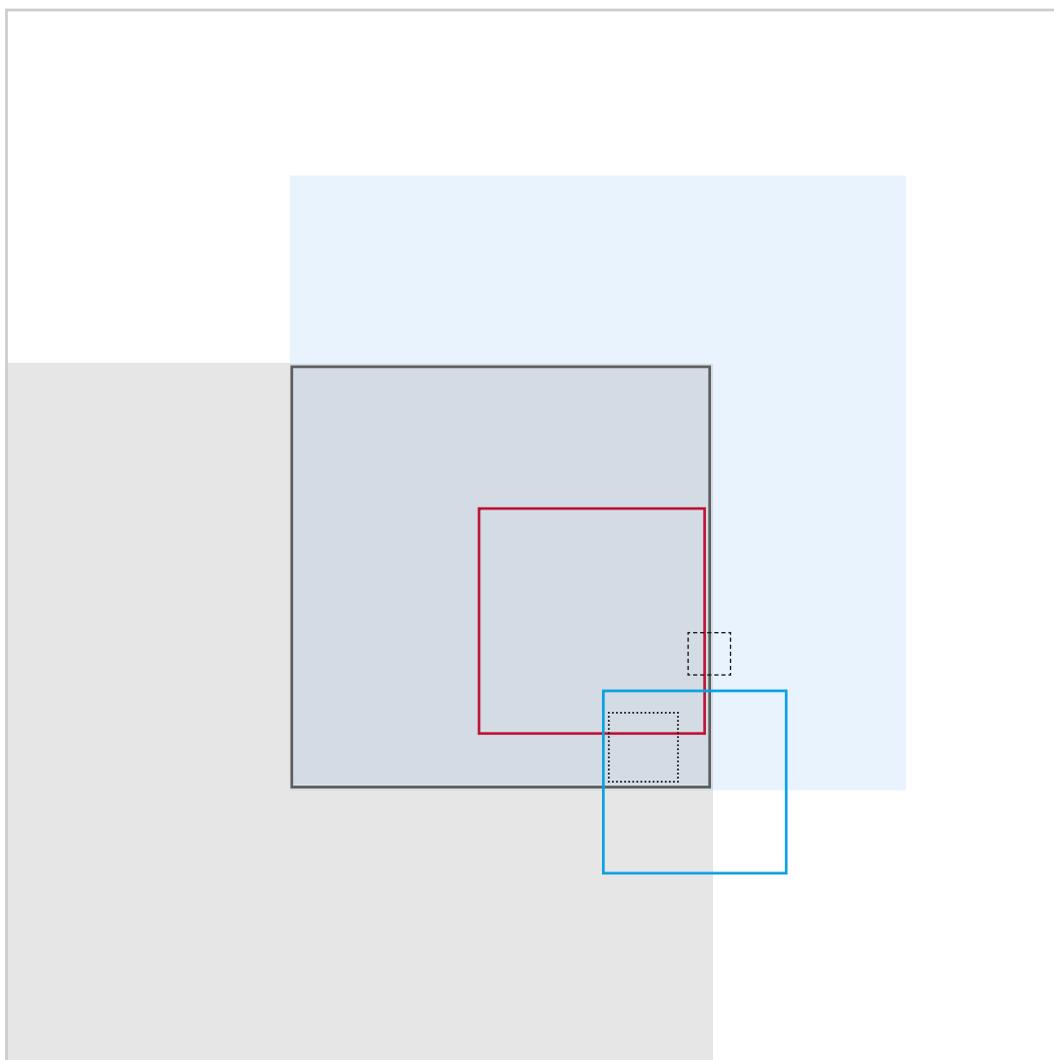


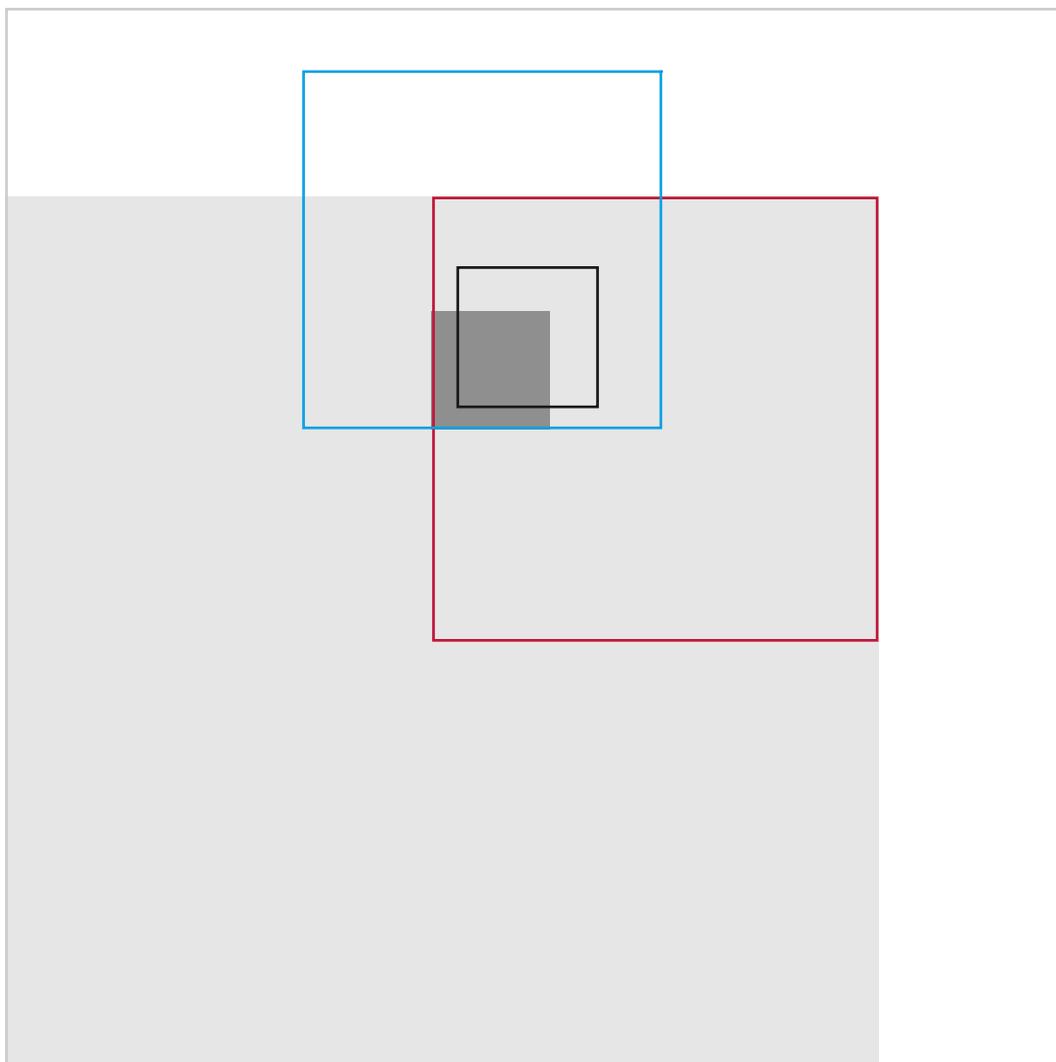
Figure 4.3

Couverture des services de lutte contre le VIH parmi les personnes atteintes de tuberculose, 2009

Les services de couverture avaient pour objectif de réduire la charge du VIH parmi 1000 personnes atteintes de la tuberculose dans le monde.

Source : Rapport 2010 sur la lutte contre la tuberculose dans le monde de l'OMS.

- Personnes chez qui la tuberculose a été diagnostiquée et qui sont inscrites dans un programme de lutte contre la tuberculose (656)
 - Personnes à qui on a proposé un test VIH (174)
 - Nouveaux cas de tuberculose positifs pour le VIH (117)
 - Personnes atteintes de la tuberculose séropositives au VIH sous traitement antirétroviral (15)
 - Personnes atteintes de la tuberculose séropositives au VIH sous cotrimoxazole (20)
- Le carré extérieur représente 1000 nouveaux cas de tuberculose



TRAITEMENT 2.0

Le Traitement 2.0 est une nouvelle approche qui vise à simplifier la procédure actuelle de fourniture des traitements contre le VIH et à élargir l'accès à des médicaments salvateurs. En associant différentes actions, cette approche pourrait permettre de diminuer les coûts liés aux traitements, de simplifier et d'améliorer les posologies thérapeutiques, d'atténuer la charge pesant sur les systèmes de santé, et d'améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH et de leur famille. Les modélisations indiquent que, grâce au Traitement 2.0, il serait possible d'éviter 10 millions de décès supplémentaires à l'horizon 2025 par rapport aux approches existantes en matière de traitement (Figure 4.4).

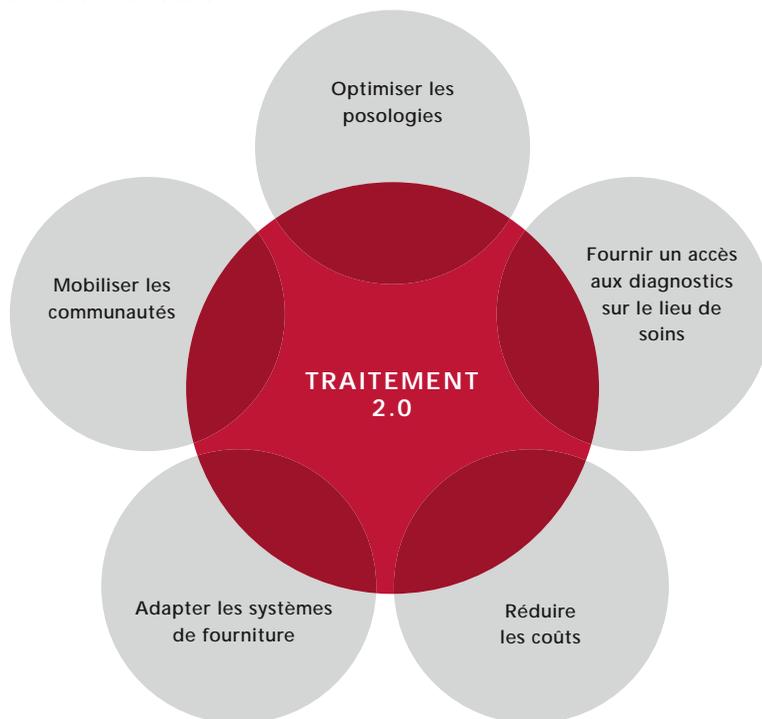
En outre, la nouvelle plateforme peut entraîner une réduction allant jusqu'à un million chaque année du nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH, si les pays fournissent un traitement antirétroviral à toutes les personnes qui en ont besoin, suivant les directives révisées de l'OMS en matière de traitement. Aujourd'hui, sur les 15 millions de personnes qui en ont besoin, 5 millions ont accès à ces médicaments assurant leur survie.

Pour tirer pleinement parti du Traitement 2.0, il faut accomplir des progrès dans cinq domaines.

- 1. Optimiser les posologies :** L'ONUSIDA appelle au développement de nouveaux composés pharmaceutiques pour aboutir à un comprimé amélioré, plus intelligent, moins toxique, à effet plus prolongé et plus facile d'emploi. En association avec l'optimisation des doses et l'amélioration de l'enchaînement des traitements de première et de deuxième intentions, cela simplifiera les protocoles de traitement et améliorera l'efficacité. L'optimisation du traitement du VIH entraînera également d'autres bénéfices pour la santé, notamment une forte réduction des cas de tuberculose et de paludisme chez les personnes vivant avec le VIH.
- 2. Fournir un accès aux diagnostics sur le lieu de soins :** Le suivi du traitement nécessite un équipement complexe et des techniciens de laboratoire spécialisés. La simplification des outils de diagnostic pour connaître la charge virale et la numération de CD4 sur le lieu de soins pourrait contribuer à réduire la charge qui pèse sur les systèmes de santé. Une plate-forme simplifiée pourrait faire baisser les coûts et élargir l'accès au traitement.
- 3. Réduire les coûts :** Malgré les baisses drastiques du prix des médicaments ces dix dernières années, les coûts des programmes de thérapie antirétrovirale ne cessent d'augmenter. S'il faut continuer à rendre les médicaments plus abordables, y compris les traitements de première et de deuxième intentions, les gains potentiels les plus élevés seront obtenus en réduisant les coûts hors médicaments liés à la fourniture du traitement : hospitalisation, suivi du traitement, dépenses non remboursées... Ces coûts sont actuellement deux fois plus élevés que celui des médicaments.
- 4. Adapter les systèmes de fourniture :** Des diagnostics et des traitements plus simples favoriseront aussi la décentralisation et l'intégration accrues des systèmes de fourniture de services, réduisant ainsi la redondance et la complexité, et renforçant l'efficacité du continuum de soins. La délégation des tâches et le renforcement des systèmes d'achat et d'approvisionnement seront des éléments importants de ce changement.
- 5. Mobiliser les communautés :** L'accès au traitement et l'observance peuvent être améliorés en impliquant la communauté dans la gestion des programmes de traitement. Le renforcement de la demande et le recours au test et au traitement amélioreront la couverture du traitement et contribueront à réduire le coût des activités de proximité à grande échelle. L'implication accrue des organisations à assise communautaire en termes de maintien de traitement, d'appui à l'observance et de suivi allégera la charge qui pèse sur les systèmes de santé.

Figure 4.4

Les cinq atouts du Traitement 2.0



L'élargissement de la prestation de thérapie antirétrovirale réduit l'incidence de tuberculose et de mortalité dues au sida. Plusieurs études de recherches ont montré que la thérapie antirétrovirale peut réduire l'incidence de tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH. Les données du Botswana (Figure 4.5) indiquent un déclin du nombre de cas de tuberculose dans tout le pays, déclin qui coïncide avec la mise en œuvre rapide de la thérapie antirétrovirale depuis 2002-2003. Des améliorations dans le programme national en matière de tuberculose au même moment, y compris la détection et la communication des cas, signifient que ce déclin reflète une réelle réduction des infections de tuberculose due à la thérapie antirétrovirale.

Effet de la thérapie antirétrovirale sur la mortalité

L'expansion de la thérapie antirétrovirale a rapporté de remarquables dividendes de santé dans les pays où, il y a seulement 10 ans, un diagnostic de VIH était considéré une sentence de mort. Des preuves émergentes montrent les associations entre la mise en œuvre du traitement et une mortalité plus basse de la population dans les zones à forte prévalence. Dans la province du Nord-Ouest de l'Afrique du Sud, la mise en œuvre de la thérapie antirétrovirale, un des efforts les plus précoces et les plus progressifs pour améliorer l'accès, coïncide et semble être associé avec un déclin de la mortalité dans les groupes d'âge les plus touchés (Figure 4.6). Les données suggèrent aussi des déclin de la mortalité initiale en 2007 dans les provinces du Cap-Occidental et de Kwazulu-Natal. Les conclusions préliminaires d'une étude sur l'enregistrement des morts entreprise par le Medical Research Council of South Africa apportent des preuves suffisantes de déclin continu de la mortalité.

Figure 4.5

Thérapie antirétrovirale et incidence de la tuberculose au Botswana

Légende : Incidence signalée de tuberculose et nombre de personnes recevant une thérapie antirétrovirale au Botswana 1990-2007.

Source : Ministère de la Santé, Botswana.

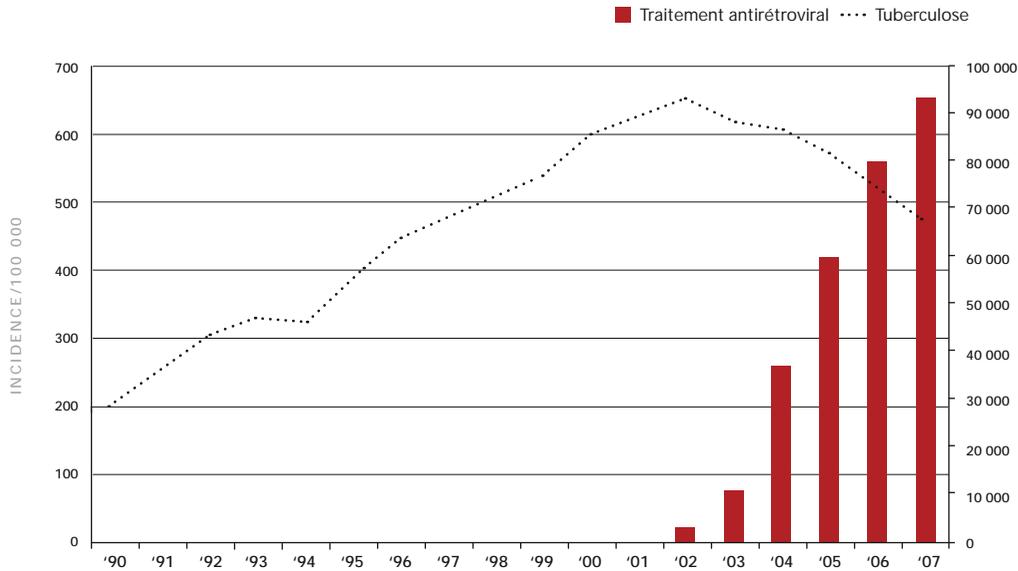
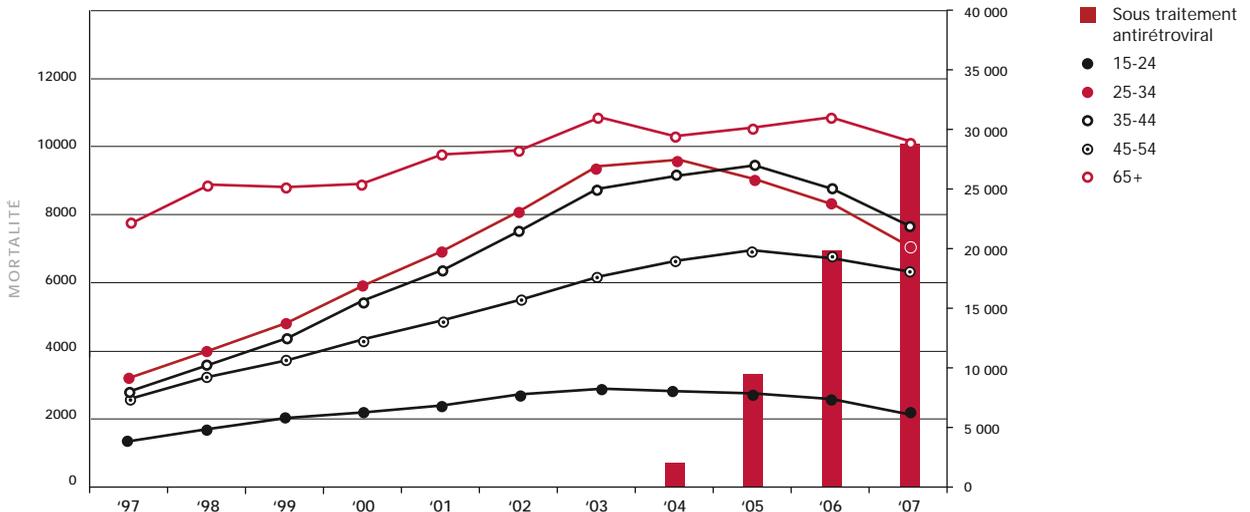


Figure 4.6

Thérapie antirétrovirale et mortalité, province du Nord-Ouest, Afrique du Sud

Légende : Nombre de personnes qui ont déjà reçu une thérapie antirétrovirale et nombre annuel de morts par groupe d'âge, province du Nord-Ouest, Afrique du Sud, 1997-2007.

Source : Ministère de la Santé, Afrique du Sud.



Des estimations suggèrent que dans le monde, environ 14,4 millions d'années de vie ont été gagnées par la thérapie antirétrovirale (Tableau 4.2). On estime que plus de 1,2 million d'années de vie ont été gagnées au Brésil entre 1996 et 2009, pays qui a, de longue date, une politique de couverture universelle de thérapie. En Afrique du Sud, plus de 970 000 personnes sont à présent enrôlées dans une thérapie antirétrovirale et plus de 700 000 années de vie ont déjà été gagnées. Le Kenya et le Nigéria ont tous deux enrôlé plus de 300 000 personnes au traitement, menant à près de 320 000 années de vie gagnées dans chaque pays. Une mise en œuvre plus tardive de la thérapie antirétrovirale ou une couverture basse signifie que des gains importants d'années de vie n'ont pas encore été documentés dans certains des pays à épidémie concentrée comme l'Indonésie, l'Ukraine et le Viet Nam.

L'accès aux soins palliatifs et à domicile reste inégal

Les personnes vivant avec le VIH, y compris les personnes enrôlées dans un traitement et les personnes dans l'attente d'un traitement, ont toute une série de besoins de soins et d'appui en plus de la thérapie antirétrovirale. Ceux-ci comprennent le besoin de prise en charge et d'appui psychosociaux, physiques, socioéconomiques et juridiques. Les soins à domicile qui comprennent la prise en charge des personnes confinées chez elles ou alitées, la distribution de produits de base, les soins palliatifs, et la prise en charge et l'appui aux enfants rendus orphelins par le sida sont des éléments essentiels des programmes de soins et de soutien.

La plupart des pays (162 parmi 171) indiquent avoir « une politique ou une stratégie qui promeut l'ensemble de traitement, de soins et d'appui en matière de VIH ». L'accès à ces services d'ensemble est toutefois loin d'être général. À cause d'un manque de clarté pour ce qui est d'un ensemble de soins et d'appui, les politiques ou stratégies nationales en matière de VIH peuvent ne pas aborder certains aspects principaux des soins et de l'appui.

Seulement 44 % des gouvernements (et 35 % des répondants de la société civile) indiquent que la plupart des personnes qui en ont besoin ont accès à des services à domicile (Figure 4.7). Comme l'Ouganda le remarque dans son rapport national de 2010 (6), une volonté politique inadéquate et des ressources insuffisantes sont des difficultés importantes à l'augmentation de l'accès à des services de soins et d'appui de haute qualité.

Tandis que 73 % des gouvernements qui ont répondu étaient d'accord avec l'énoncé que « la majorité des personnes qui en ont besoin ont accès à des soins palliatifs et au traitement des infections communément liées au VIH », seulement 57 % des répondants de la société civile pensaient que cet énoncé était correct (Figure 4.8).

En règle générale, des bénévoles plutôt que les gouvernements apportent la plus grande partie des services et de

LES COMMUNAUTÉS CONDUISENT L'EXPANSION DU TRAITEMENT DU VIH

Le leadership des communautés permet de conduire l'expansion de la thérapie antirétrovirale dans le monde entier. Par exemple, la République démocratique populaire lao a fait des efforts concertés pour mobiliser les personnes vivant avec le VIH pour soutenir les initiatives de thérapie antirétrovirale, avec des résultats de diagnostic plus précoce de l'infection à VIH et une amélioration des taux de survie (4). Grâce au soutien fourni par le Fonds collaboratif du VIH, environ 30 organisations basées sur la communauté, dirigées par des personnes vivant avec le VIH apportent des connaissances sur le traitement et des services d'appui à l'adhérence, des soins à domicile et l'éducation de prévention du VIH. En Chine, le suivi continu de plus de 14 000 personnes par AIDS Care China indique que les individus recevant ce type de services basés sur la communauté sont plus susceptibles d'adhérer aux régimes de traitement et sont mieux équipés pour gérer la toxicité des médicaments.

Au Kenya, l'Aids Law Project et l'East African Treatment Access Movement ont déposé une contestation judiciaire en 2008, demandant la suspension de la loi nationale interdisant l'importation ou la fabrication d'antirétroviraux génériques bon marché. En avril 2010, le tribunal saisi de l'action ordonna la suspension de la législation, estimant que cette loi ferait souffrir les personnes vivant avec le VIH de dommages irréparables.

Encore au Kenya, dans la région de Lurambi dans l'ouest du pays, une campagne massive pour mobiliser la population au dépistage et à l'orientation en matière de VIH a mené au test de plus de 47 000 résidents en sept jours, y compris 87 % du groupe d'âge ciblé de 15 à 49 ans. Les 4 % qui étaient séropositifs reçurent trois mois de triméthoprime-sulfaméthoxazole et furent référés pour traitement (18).

Les groupes communautaires entreprennent surtout ces efforts avec peu d'appui financier ou technique. Pour le moment, il existe relativement peu de canaux de financement pour construire la capacité des groupes communautaires de base et de nombreux programmes de thérapie antirétrovirale n'ont pas encore intégré les travailleurs communautaires. En mai 2010, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et la malaria a publié son premier guide sur le renforcement des systèmes communautaires dans le contexte de mise en place de programmes du Fonds mondial. Le guide a pour but d'encourager de nouveaux canaux de financement pour améliorer la capacité des communautés à participer à la conception, la prestation, le suivi et l'évaluation des initiatives destinées à améliorer les résultats de santé.

Tableau 4.2

Années de vie d'adulte gagnées par la thérapie antirétrovirale

Légende : Années de vie d'adulte gagnées par la thérapie antirétrovirale dans 25 pays qui ont le nombre le plus élevé de personnes vivant avec le VIH.

Source : estimations de l'ONUSIDA, Sur la voie de l'accès universel, OMS 2010 et Rapport 2010 sur la lutte contre la tuberculose de l'OMS.

	Nombre de personnes vivant avec le VIH, 2009	Nombre de personne sous traitement antirétroviral en décembre 2009	Couverture du traitement antirétroviral (Directives 2010 de l'OMS)			Années de vie gagnées chez les adultes grâce au traitement antirétroviral entre 1996 et 2009
			Estimations ponctuelles	Basse	Haute	
Botswana	320 000 [300 000 - 350 000]	145 190	83%	>95%	77%	271 000
Brésil	[460 000 - 810 000]			50%	89%	1 215 000
Cameroun	610 000 [540 000 - 670 000]	76 228	30%	34%	27%	97 000
Chine	740 000 [540 000 - 1 000 000]	12 762		38%	19%	84 000
Côte d'Ivoire	450 000 [390 000 - 510 000]	72 011	29%	32%	26%	80 000
RD Congo	[430 000 - 560 000]	34 967		20%	15%	42 000
Éthiopie		176 632		65%	52%	160 000
Ghana	260 000 [230 000 - 300 000]	30 265	25%	29%	23%	26 000
Inde	2 400 000 [2 100 000 - 2 800 000]	320 074		27%	23%	233 000
Indonésie	310 000 [200 000 - 460 000]	15 442	21%	30%	14%	13 000
Kenya	1 500 000 [1 300 000 - 1 600 000]	336 980	50%	55%	46%	326 000
Lesotho	290 000 [260 000 - 310 000]	61 736	50%	54%	45%	48 000
Malawi	920 000 [830 000 - 1 000 000]	198 846	48%	54%	44%	161 000
Mozambique	1 400 000 [1 200 000 - 1 500 000]	170 198	32%	35%	29%	139 000
Nigéria	3 300 000 [2 900 000 - 3 600 000]	302 973	23%	25%	21%	316 000

	Nombre de personnes vivant avec le VIH, 2009	Nombre de personne sous traitement antirétroviral en décembre 2009	Couverture du traitement antirétroviral (Directives 2010 de l'OMS)			Années de vie gagnées chez les adultes grâce au traitement antirétroviral entre 1996 et 2009
			Estimations ponctuelles	Basse	Haute	
Fédération de Russie	980 000 [840 000 - 1 200 000]	75 900		23%	16%	65 000
Afrique du Sud	5 600 000 [5 400 000 - 5 900 000]	971 556	36%	37%	35%	707 000
Soudan	260 000 [210 000 - 330 000]	3 825		0%	0%	3 000
Thaïlande	530 000 [420 000 - 660 000]	216 118	61%	77%	49%	389 000
Ouganda	1 200 000 [1 100 000 - 1 300 000]	200 413	43%	48%	38%	293 000
Ukraine	350 000 [300 000 - 410 000]	15 871	9%	10%	8%	16 000
République-Unie de Tanzanie	1 400 000 [1 300 000 - 1 500 000]	199 413	32%	35%	29%	150 000
Viet Nam	280 000 [220 000 - 350 000]	37 995	33%	44%	25%	27 000
Zambie	980 000 [890 000 - 1 100 000]	283 863	68%	76%	62%	270 000
Zimbabwe	1 200 000 [1 100 000 - 1 300 000]	218 589	34%	37%	32%	172 000

l'appui psychosociaux, physiques, socioéconomiques et juridiques. Les familles et les communautés — surtout les femmes dont la contribution à la riposte au VIH n'est pas assez souvent reconnue et soutenue — satisfont la plupart des responsabilités de soins et d'appui. Simultanément, ces familles et communautés ont souvent des difficultés d'accès aux ressources, à une formation et à un appui adéquat pour apporter ces réponses critiques (Figure 4.9).

Pas de déclin du nombre d'enfants rendus orphelins par le sida

Malgré le déclin modeste de la prévalence du VIH dans le monde et de l'augmentation de l'accès au traitement, le nombre total d'enfants âgés de 0 à 17 ans qui ont perdu leurs parents à cause du VIH n'a pas encore diminué. En fait, il a encore augmenté, passant de 14,6 millions [12,4 millions – 17,1 millions] en 2005 à 16,6 millions [14,4 millions – 18,8 millions] en 2009. Presque 90 % d'entre eux vivent en Afrique subsaharienne. Le nombre d'enfants rendus orphelins par le sida vivent dans six pays – Kenya, Nigéria, Afrique du Sud, Ouganda, République-Unie de Tanzanie et Zimbabwe – est de plus de 9 millions, dont 2,5 millions pour le Nigéria. Plus de 10 % des enfants âgés de 0 à 17 ans ont perdu un ou deux parents à cause du VIH au Zimbabwe (16 %), au Lesotho (13 %), au Botswana et au Swaziland (12 %).

Parmi les contributions les plus remarquables à la riposte globale au VIH se trouvent les systèmes et réseaux, à la fois formels et informels, qui ont été établis pour soutenir les enfants rendus orphelins par l'épidémie (Figure 4.10). La réduction de la différence de la scolarisation entre les orphelins et ceux qui ne le sont pas est une des réussites principales de cette réponse. La plupart des foyers qui prennent soin des enfants touchés par le VIH n'ont toujours pas accès à une prise en charge et un appui externes. ■

Figure 4.7

Accès aux soins à domicile

Évaluation par les gouvernements de l'accès aux soins à domicile pour les personnes qui en ont besoin

Source : Rapports de progrès nationaux 2010.

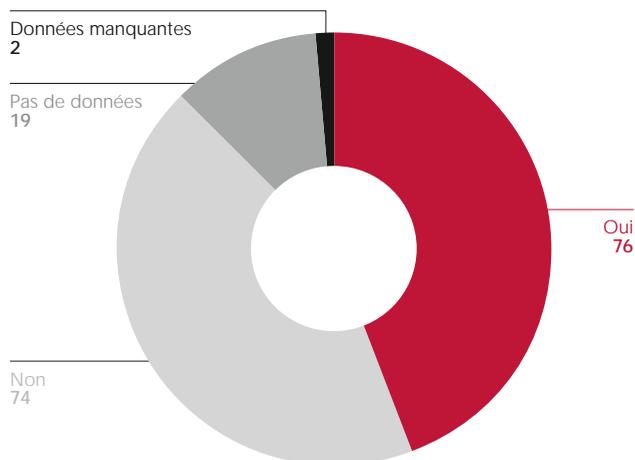


Figure 4.8

Disponibilité des soins palliatifs

Évaluation par les gouvernements de l'accès aux soins palliatifs pour les personnes qui en ont besoin

Source : Rapports de progrès nationaux 2010.

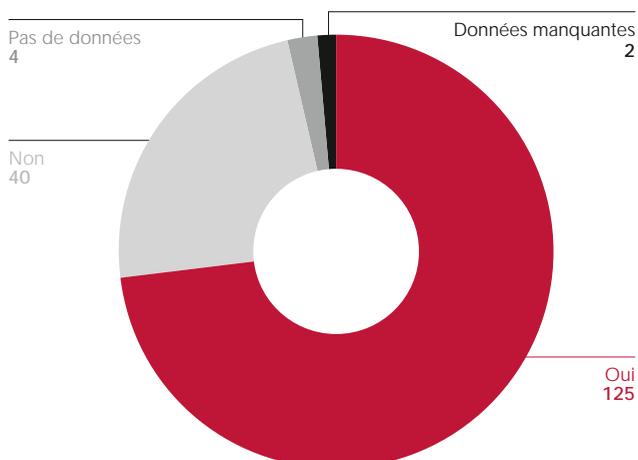


Figure 4.9

Types de soins et d'appui effectués par des bénévoles

Types de soins et d'appui pour les personnes vivant avec le VIH effectués par 1336 prestataires de soins bénévoles interrogés au Cameroun au Kenya, au Malawi, au Nigéria, en Afrique du Sud et en Ouganda.

Source : *Compensation pour contributions : rapport sur des entretiens avec des pourvoyeurs de soins dans six pays.* Huairu Commission et Community Agency for Social Enquiry, sept. 2009.

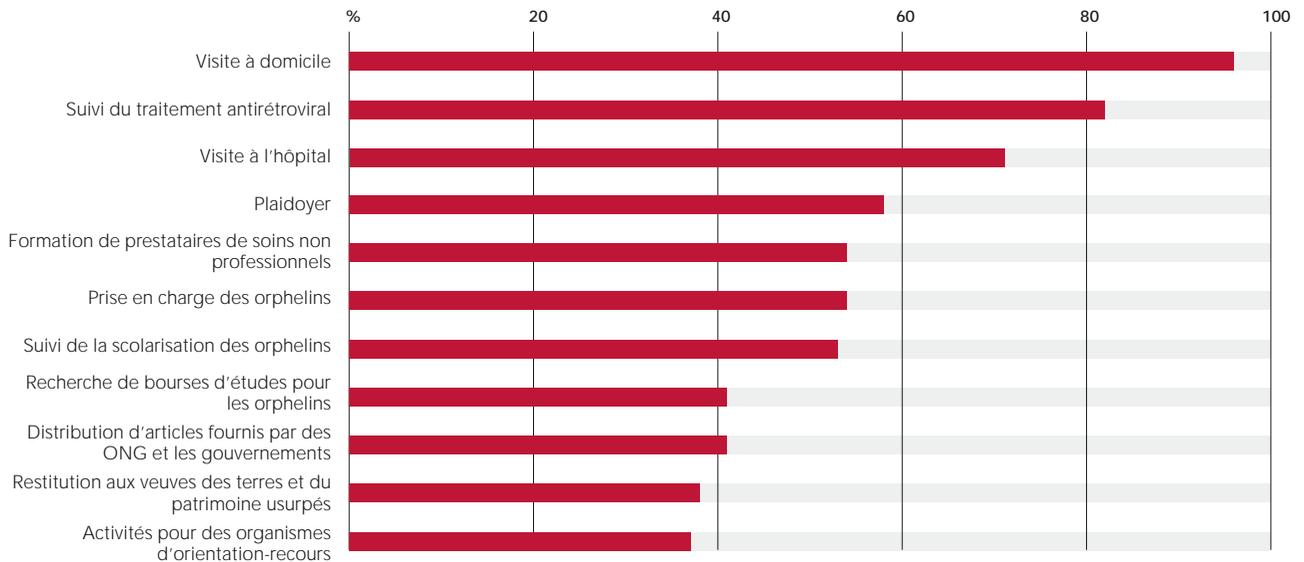


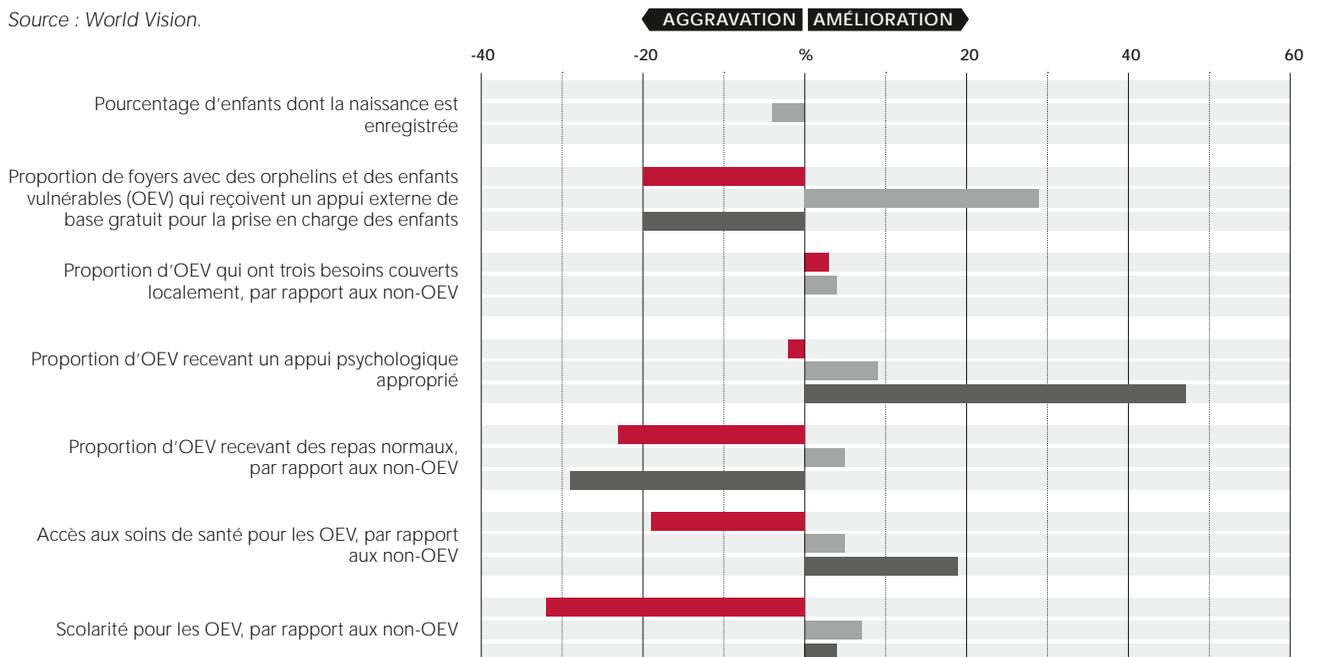
Figure 4.10

Tendances dans l'appui aux orphelins et enfants vulnérables, 2005 à 2010

Les changements dans la couverture des services d'appui pour les orphelins et les enfants vulnérables dans trois pays avec une prévalence haute de VIH, 2005 à 2010.

■ Zambie
■ Ouganda
■ Éthiopie

Source : World Vision.



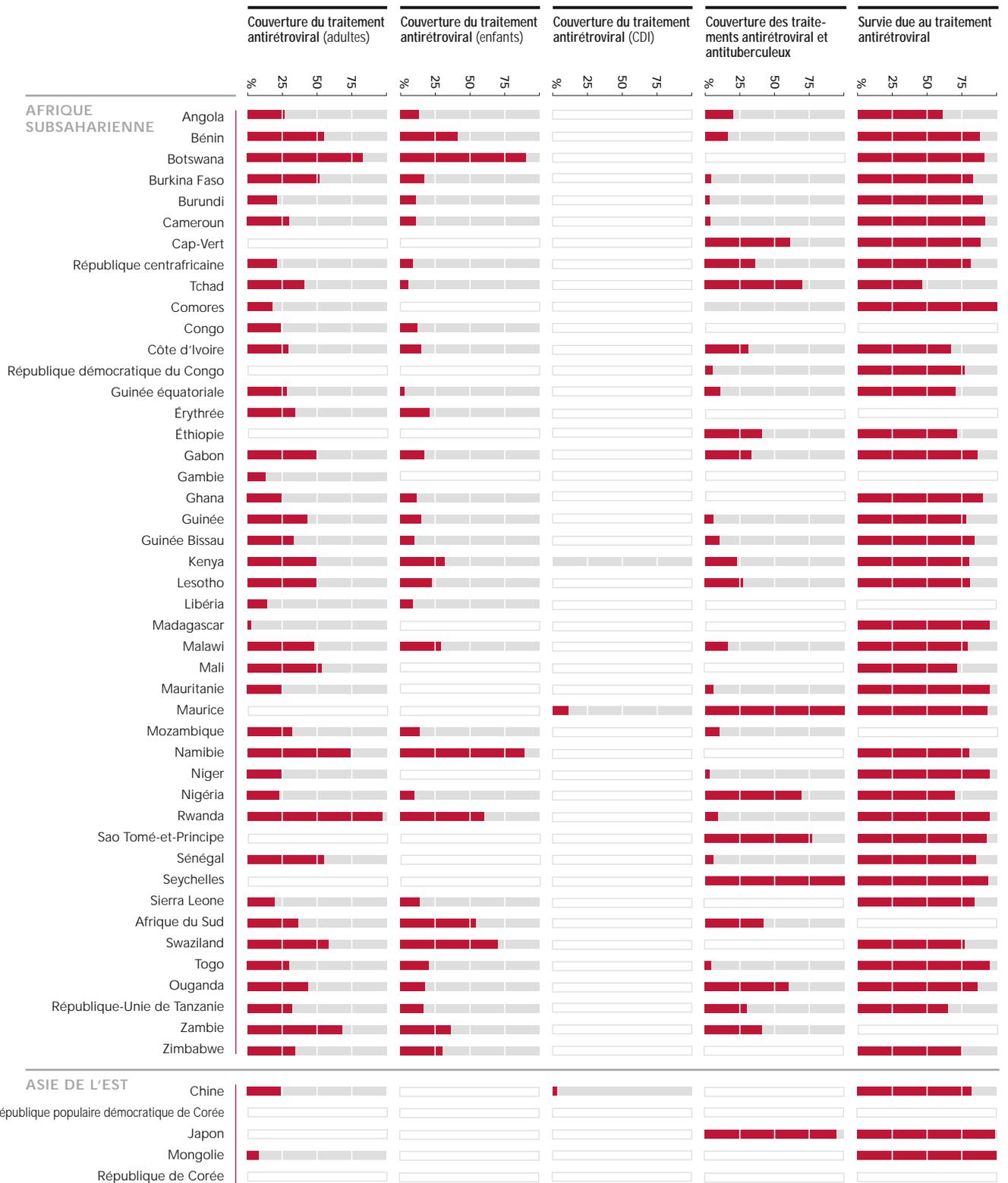


MESURES À PRENDRE

- Le traitement du VIH doit être intensifié pour suivre le rythme croissant de la demande.
 - Les services de conseil et de test VIH doivent être renforcés, car la plupart des personnes apprennent leur statut très tard et ont accès encore plus tard au traitement, ce qui réduit l'efficacité des programmes de traitement.
 - Un programme intégré de lutte contre le VIH et la tuberculose est crucial pour faire face aux difficultés posées par les épidémies doubles.
 - Les services de santé maternelle et infantile doivent être renforcés pour que toutes les femmes enceintes vivant avec le VIH aient accès à un ensemble de services visant à prévenir la mortalité maternelle et juvénile, empêcher l'infection des nouveau-nés et proposer une thérapie antirétrovirale aux mères.
 - Il faut améliorer l'accès des enfants à la thérapie antirétrovirale. Cela exigera une collaboration étroite des centres de santé maternelle et infantile et des centres de thérapie antirétrovirale. En outre, des outils de diagnostic plus performants et de meilleures formulations de médicaments antirétroviraux pour enfants sont toujours nécessaires.
 - Les approches actuelles en matière de traitement n'ont pas été optimales pour les 15 millions de personnes qui en ont besoin. Le Traitement 2.0 – une plateforme de traitement radicalement simplifiée – vise à simplifier le traitement et à proposer aux personnes qui en ont besoin un cachet perfectionné comportant moins de risques de pharmacorésistance, des diagnostics et un suivi plus simples, et un dépistage simplifié du VIH ; en outre, il permet une plus grande responsabilisation de la communauté. Toutes les parties prenantes doivent s'unir pour réaliser ces objectifs.
 - Le soutien social pour les orphelins doit continuer, et les bons résultats obtenus récemment dans le cadre de la mise en œuvre des programmes de soutien, comme les transferts d'argent, l'aide alimentaire et les bourses scolaires, doivent être multipliés et axés sur le long terme.
 - Les investissements dans le traitement ont eu une incidence sur la mortalité liée au sida et ont permis de réduire le nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH. Il faut maintenir ces investissements et les axer sur le long terme.
-

FEUILLE DE RÉSULTATS : TRAITEMENT DU VIH

□ Données non disponibles

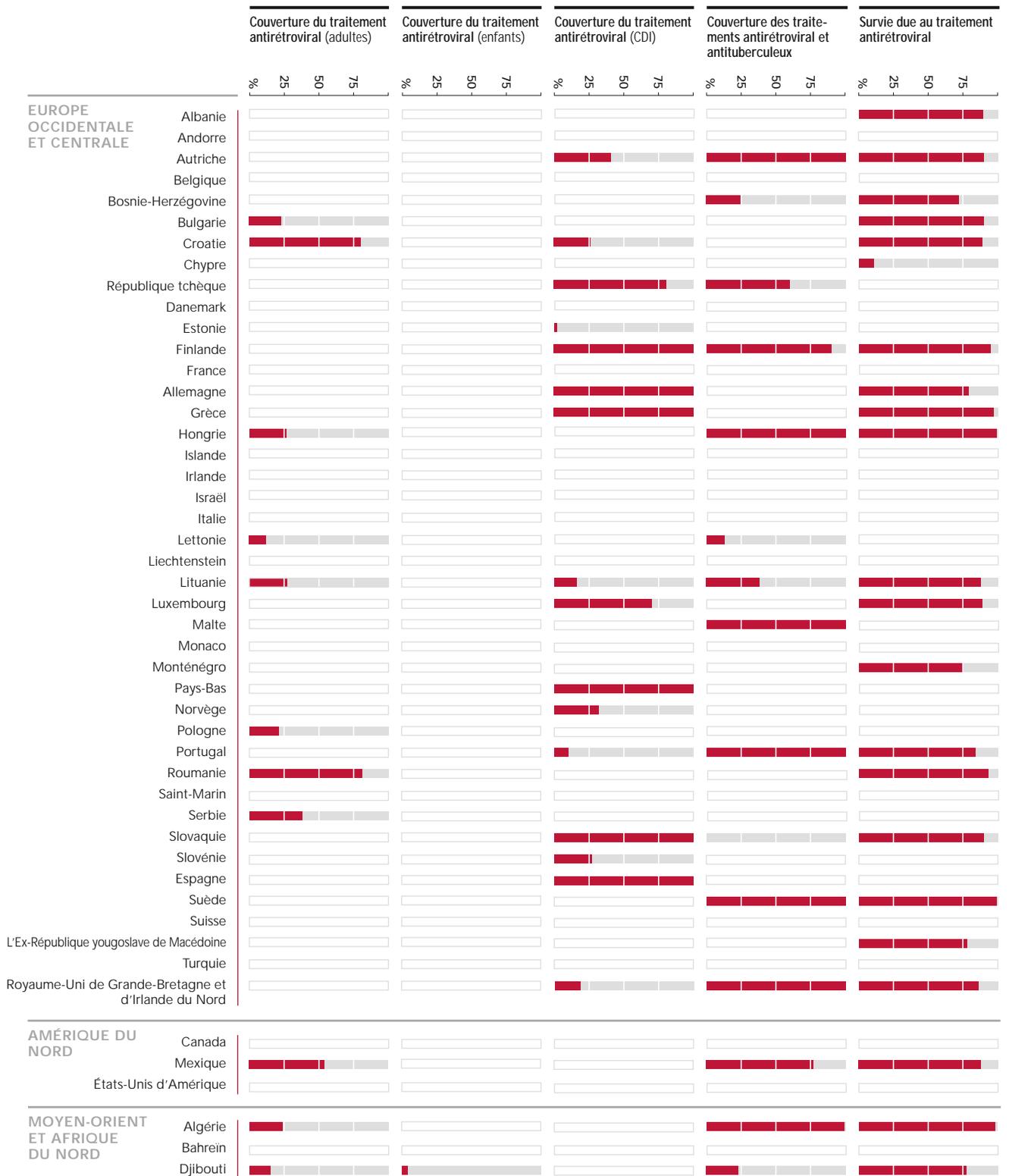


Afin de garantir la comparabilité des données, les estimations de la couverture du traitement antirétroviral sont basées sur le modèle épidémiologique normalisé Spectrum qui sert à estimer le nombre de personnes ayant besoin d'un traitement. Les estimations Spectrum ne sont disponibles que pour les pays à revenu faible ou intermédiaire. Pour prendre connaissance de l'ensemble des données fournies par les pays, prière de consulter le site AIDSInfo (www.AIDSInfoOnline.org).

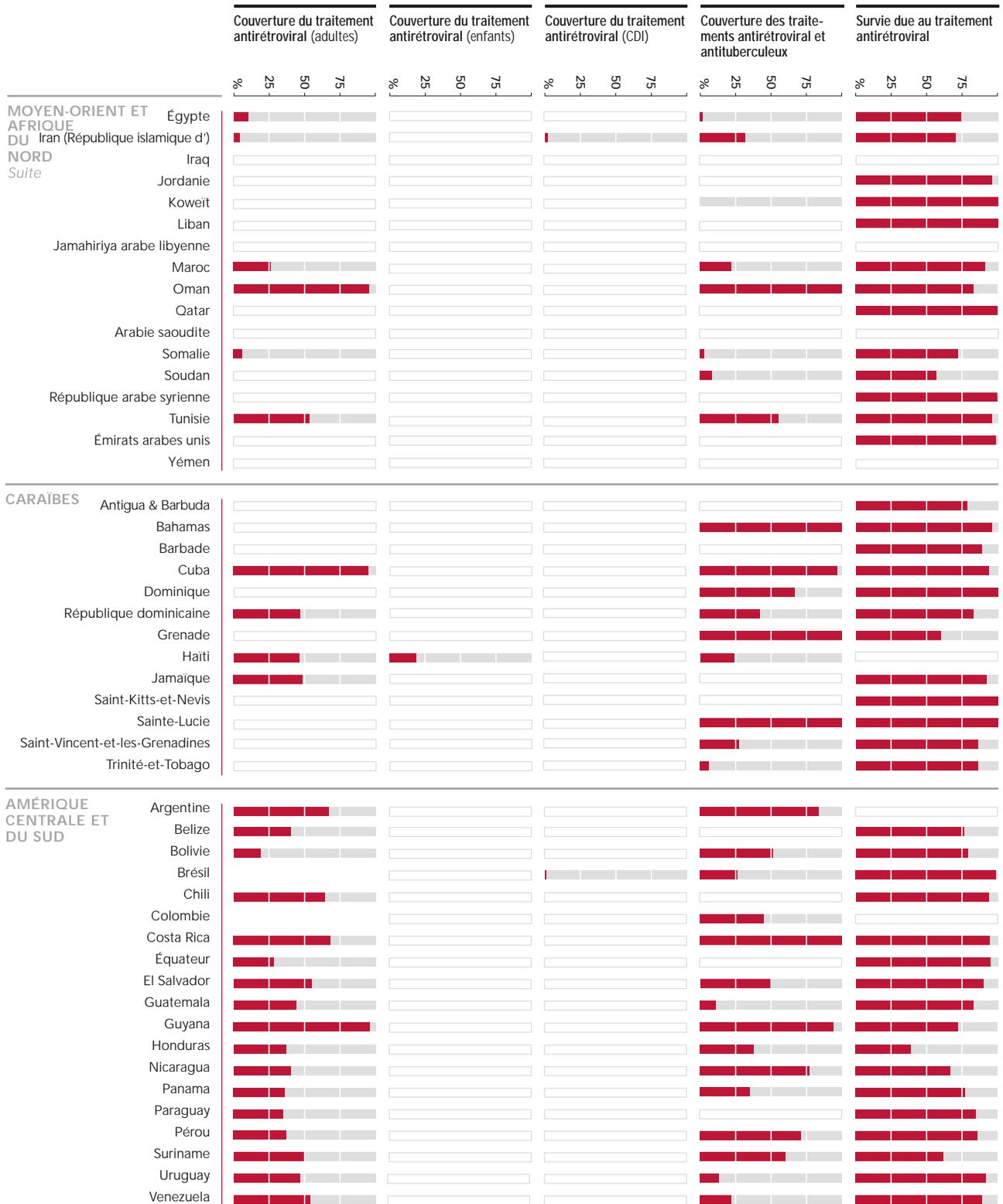


FEUILLE DE RÉSULTATS : TRAITEMENT DU VIH

□ Données non disponibles



Afin de garantir la comparabilité des données, les estimations de la couverture du traitement antirétroviral sont basées sur le modèle épidémiologique normalisé Spectrum qui sert à estimer le nombre de personnes ayant besoin d'un traitement. Les estimations Spectrum ne sont disponibles que pour les pays à revenu faible ou intermédiaire. Pour prendre connaissance de l'ensemble des données fournies par les pays, prière de consulter le site AIDSInfo (www.AIDSInfoOnline.org).



CHAPITRE 5



DROITS DE L'HOMME ET ÉGALITÉ DES SEXES

PRINCIPALES CONSTATATIONS

DROITS DE L'HOMME

- Ne pas tenir compte des droits de l'homme des populations clés plus exposées au risque d'infection à VIH favorise la propagation de l'épidémie et augmente ses effets dommageables sur le plan social.
- Les lois punitives qui touchent les personnes vivant avec le VIH ou d'autres personnes plus exposées au risque d'infection sont encore répandues. Les lois protégeant ces personnes existent dans de nombreux pays, mais on ne dispose pas de suffisamment de données pour montrer si elles sont activement ou amplement appliquées.
- La stigmatisation, la discrimination et la violence dont sont victimes les personnes transsexuelles et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes augmentent leur risque d'infection à VIH ainsi que celui de leurs partenaires hommes et femmes.

ÉGALITÉ DES SEXES

- La vulnérabilité des femmes et des filles au VIH reste très élevée en Afrique subsaharienne ; sur l'ensemble des femmes vivant avec le VIH dans le monde, 80% vivent dans cette région.
 - Les actions visant à promouvoir l'accès universel aux services de prévention, de traitement, de soins et d'appui en matière de VIH demandent une attention plus marquée envers les femmes et les filles. Moins de la moitié des pays font état d'un budget consacré spécifiquement aux programmes VIH destinés aux femmes et aux filles.
 - Bien que des données montrent qu'il est possible d'engendrer un changement de comportement bénéfique, peu de programmes VIH associent les hommes et les garçons.
-

» **Les droits de l'homme et l'égalité des sexes sont critiques pour des ripostes efficaces au VIH**

Dans le contexte du VIH, les protections comprennent des approches juridiques qui mettent en place les engagements internationaux aux droits de l'homme et s'efforcent de lutter contre les normes sociales offensives et sexistes qui exposent les femmes, les hommes et les enfants à un risque accru d'infection par le VIH et augmentent son impact. Une approche basée sur les droits contre le VIH demande : la réalisation et la protection des droits dont les personnes ont besoin pour éviter l'exposition au VIH ; la responsabilisation et la protection des personnes vivant avec le VIH pour qu'elles puissent mener une vie aussi normale que possible ; une attention aux plus marginalisés dans les sociétés ; et l'autonomisation des populations clés en encourageant la participation sociale, en incitant à l'inclusion et en améliorant la conscience des droits. Des avancées importantes ont été faites ces dernières années dans l'élargissement des services de prévention de traitement, de soins et d'appui en matière de VIH, mais certaines populations clés qui sont plus exposées au risque, comme les professionnels du sexe, les consommateurs de drogues injectables et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, restent souvent mal servis. Les ressources destinées aux besoins de ces populations, y compris celles pour les soutenir dans l'affirmation et l'exercice de leurs droits, sont rarement proportionnelles au degré de l'épidémie qui les frappe.

Stigmatisation et discrimination

En 2010, 91 % des gouvernements indiquaient qu'ils luttent contre la stigmatisation et la discrimination dans l'ensemble de leur riposte au sida. En outre, les sources non gouvernementales qui ont régulièrement fait des comptes-rendus sur l'Indice composite des politiques nationales (NCPI) depuis 2006, indiquent que les programmes qui luttent contre la stigmatisation et la discrimination ont doublé en moins de cinq ans (92 % en 2010 contre 46 % en 2006). Cette amélioration indique une meilleure reconnaissance de l'importance de l'élimination de la stigmatisation et de la discrimination contre les personnes vivant avec le VIH.

Ces rapports ne font toutefois référence qu'à l'existence de tels programmes. Ils ne confirment pas si des efforts sont mis en œuvre à une échelle suffisante et sont d'une qualité adéquate pour permettre des améliorations réelles et durables dans les vies des personnes vivant avec le VIH et autres membres des populations clés qui sont exposés à un risque plus élevé d'infection.

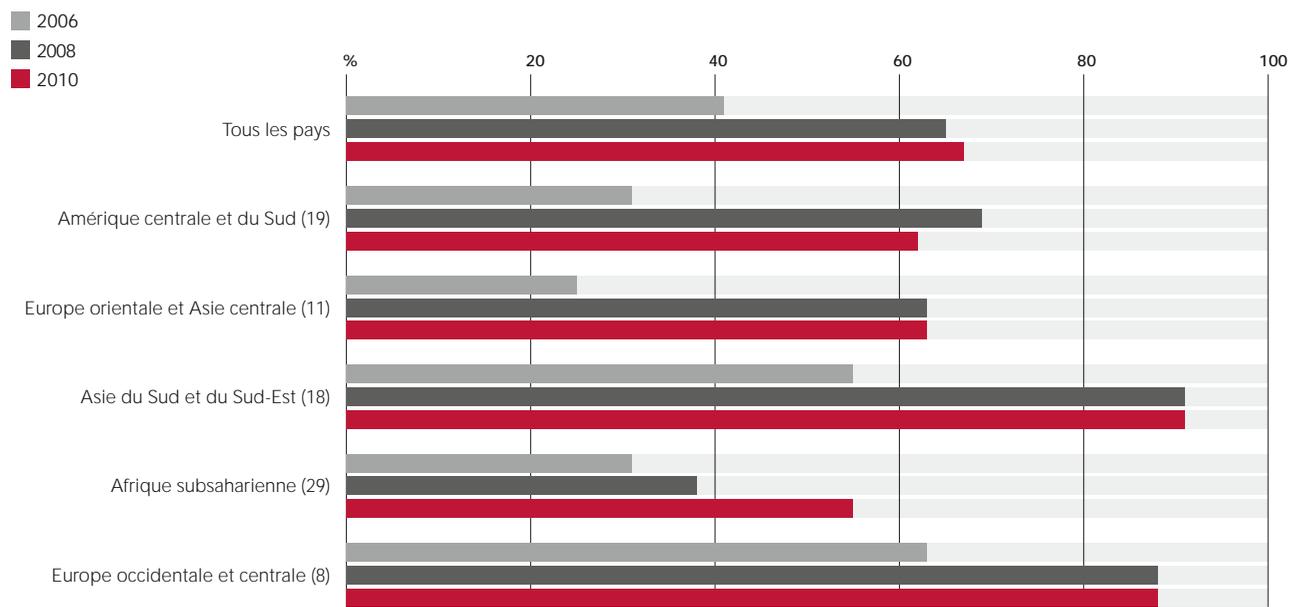
En 2008-2009, le secrétariat de l'ONUSIDA a chargé l'Alliance internationale contre le VIH/sida d'étudier les documents nationaux de planification contre le sida de 56 pays pour contrôler s'ils avaient inclus des programmes pour améliorer l'accès à la justice et réduire la stigmatisation et la discrimination (par ex., réforme juridique ; connaissances des droits juridiques ; formation en droits de l'homme pour les prestataires de service ; et programmes soutenant les femmes et les filles).

Figure 5.1

Pays qui ont des lois ou règlements qui créent des obstacles

Le pourcentage des pays dans lesquels les sources non gouvernementales signalent des lois ou des règlements qui créent des obstacles à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui efficaces en matière de VIH pour les groupes de populations plus exposées au risque et autres groupes de populations vulnérables.

Source : Rapports de progrès nationaux 2006, 2008, 2010.



Les régions suivantes ne sont pas indiquées à cause du manque de pays : Caraïbes, Moyen-Orient et Afrique du Nord, Asie de l'Est, Océanie et Amérique du Nord.

Cette étude (qui sera publiée en 2010) a découvert que, bien qu'environ 90 % des plans d'activité des pays aient inclus des programmes de réduction de la stigmatisation et de la discrimination, moins de 50 % des pays avaient chiffré ou inscrit ces programmes au budget. De plus, l'étude indiquait que les pays avaient rarement inclus un ensemble complet de programmes destinés à réduire la stigmatisation et la discrimination dans leurs stratégies nationales (1).

Le Programme des Nations Unies pour le développement, l'ONUSIDA et le Fonds mondial de lutte contre le sida la tuberculose et le paludisme ont étudié si des programmes de droits de l'homme étaient inclus dans le portefeuille de VIH du Fonds mondial pour les séries 6 et 7. Cette étude de 2009-2010 a montré qu'un tiers des programmes clés des droits de l'homme identifiés par les mécanismes de coordination nationaux comme étant nécessaires pour une riposte efficace au VIH n'étaient pas mis en œuvre. La même étude a aussi montré que moins d'un quart des programmes prévus étaient explicitement destinés aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, aux personnes transsexuelles, aux consommateurs de drogues injectables, aux professionnels du sexe et aux personnes incarcérées (2).

Les résultats de l'index de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH illustrent le besoin qu'il y a d'augmenter les efforts de réduction de stigmatisation et de discrimination dans les ripostes nationales au VIH. L'index, mis en place pour l'instant dans plus de 70 pays et avec déjà des résultats préliminaires pour 10 (le Bangladesh, la Chine, la République dominicaine, Fidji, le Myanmar, le Paraguay, le Rwanda, le Royaume-Uni – y compris un élément séparé pour l'Écosse – et la Zambie), fournit des preuves évidentes des façons multiples par lesquelles la stigmatisation et la discrimination se manifestent dans la vie des personnes vivant avec le VIH.

En Chine, par exemple, plus de 30 % des personnes vivant avec le VIH disent qu'elles ont été victimes d'agressions verbales, 9 % ont été harcelées physiquement, 14 % se sont vu refuser un emploi et 12 % ont été privées de soins de santé (2). Au Paraguay, 12 % étaient exclues des rencontres sociales, 11 % avaient été harcelées physiquement et 9 % victimes de violence physique (3). Au Rwanda, plus de 50 % avaient été insultées verbalement, 36 % harcelées physiquement et 20 % victimes de violence physique, 65 % avaient perdu leur emploi ou leur revenu et 88 % avaient été privées de l'accès aux services de planning familial à cause de leur statut séropositif (4). Au Royaume-Uni, 18 % ont signalé avoir été privées de soins de santé (5).

De hauts pourcentages de personnes interrogées dans tous les pays ont signalé une stigmatisation internalisée : sentiment de honte, de culpabilité, de faute et tendances suicidaires.

En 2010, une vaste enquête menée par les représentants des organisations non gouvernementales du Conseil de coordination du programme de l'ONUSIDA a montré que les personnes vivant avec le VIH et les populations exposées à un risque plus élevé continuent d'être victimes de hauts niveaux de stigmatisation et discrimination liées au VIH. Un peu moins de la moitié des personnes interrogées ont éprouvé des attitudes négatives ou l'exclusion de la part de membres de leur famille. D'autres expériences, pour au moins un tiers de l'échantillon, comprenaient la perte d'emploi, le refus de soin par des travailleurs de la santé, l'exclusion sociale ou vocationnelle, ou la divulgation involontaire (6). Plusieurs exemples des rapports narratifs de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida (UNGASS) (7) ont aussi montré que la stigmatisation et la discrimination continuent à entraver les ripostes efficaces au VIH. Des rapports narratifs du Cambodge, de la Malaisie, du Népal et du Pakistan incluaient la stigmatisation et la discrimination comme obstacles d'accès aux services de prévention, de traitement et de soins pour les groupes de populations clés, et de traitement et de soins pour les personnes vivant avec le VIH (8).

Plusieurs pays ont indiqué que la stigmatisation et la discrimination dans les établissements de soins de santé faisaient obstacle à l'accès aux soins et à leur prestation. Par exemple, en Amérique centrale et du Sud, plusieurs rapports remarquaient que certains agents sanitaires étaient enclins à discriminer les personnes vivant avec le VIH et à refuser des services aux groupes de populations plus exposées au risque comme les professionnels du sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ; au Mexique, les prestataires de services pouvaient traiter les consommateurs de drogues injectables comme des « délinquants » (8). Les rapports de progrès nationaux pour 2010 du Lesotho, de la Mozambique et du Sénégal (7) mentionnaient la stigmatisation et la discrimination envers les professionnels du sexe et les minorités sexuelles comme obstacles à leur accès aux services de santé, de dépistage et de traitement de VIH.

Des rapports continuent d'arriver des quatre coins du monde de violence et de meurtre de personnes basés sur leur orientation sexuelle perçue ou réelle (9-11). Par exemple, le rapport parallèle soumis sous l'UNGASS pour le Honduras décrivait plusieurs meurtres et un climat d'impunité pour les auteurs de violations de droits de l'homme qui affaiblissent sérieusement la riposte au VIH (12). Ces situations graves demandent une action concertée et une promotion de la part des parties prenantes des droits de l'homme et du VIH.

L'implication significative des personnes vivant avec le VIH et de celles qui sont vulnérables au VIH dans les ripostes nationales au VIH fait partie de la réalisation des droits de l'homme.

SOURCES D'ÉVALUATION DE STIGMATISATION ET DE DISCRIMINATION

Rapports narratifs nationaux à l'UNGASS

Les rapports de progrès nationaux soumis par les gouvernements (7) comprennent une narration sur les progrès faits en réponse au sida. Ils incluent souvent des récits qui donnent un contexte riche de l'impact de la stigmatisation et de la discrimination. Dans beaucoup de cas, les organisations non gouvernementales soumettent aussi des rapports parallèles qui donnent un point de vue différent de la version officielle. Ensemble, ils peuvent donner une image réaliste des efforts nationaux et communautaires pour éliminer la stigmatisation et la discrimination.

Index composite des politiques nationales

L'index composite des politiques nationales (NCPI) fait partie intégrante des indicateurs principaux de l'UNGASS, qui comprennent une série de questions sur le cadre juridique et politique de chaque pays en matière de VIH. Le NCPI est divisé en deux parties : (a) les réponses du gouvernement aux questions et (b) les réponses des organisations de société civile, des Nations Unies et des agences bilatérales (sources non gouvernementales). La plupart des réponses sont oui/non. Elles ne sont pas vérifiées indépendamment, mais donnent une vue de la manière dont différentes organisations estiment les diverses politiques nationales en matière de sida et leur mise en œuvre.

Index de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH

L'index de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH est une façon innovante de mesurer la stigmatisation et la discrimination liées au VIH par et pour les personnes vivant avec le VIH. Les réseaux nationaux des personnes vivant avec le VIH ont mené la mise en place de l'index. Cet index est soutenu en commun par le Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH, la Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH, la Fédération internationale pour le planning familial et l'ONUSIDA.

La plus grande implication des personnes vivant avec le VIH (GIPA) est une clé du principe des droits de l'homme dans la riposte au VIH depuis la déclaration de Paris de 1994. En 2010, les gouvernements de 96 % des pays indiquaient que leur stratégie nationale contre le VIH abordait explicitement l'implication des personnes vivant avec le VIH, pour 75 % en 2006. La société civile s'est efforcée d'évaluer la nature et la qualité de cette participation. Le Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH a mis en œuvre la fiche de rapport GIPA dans six pays et est en train de mettre en place des évaluations dans quatre autres pays. Au Kenya, 33 % des personnes interrogées ont indiqué qu'elles étaient « plutôt d'accord » ou « tout à fait d'accord » que les personnes vivant avec le VIH étaient impliquées significativement dans l'élaboration du plan national contre le sida ; au Nigéria, ce nombre est de 60 % contre 66 % en Zambie. La peur de stigmatisation était citée comme l'un des obstacles les plus importants à une implication plus grande dans la réponse nationale dans les trois pays (13).

Les lois, politiques et réglementations qui créent des obstacles aux ripostes efficaces contre le VIH sont de plus en plus reconnues, mais sont trop souvent conservées

Les pays reconnaissent de plus en plus les effets négatifs prouvés et potentiels d'une législation, de politiques et de réglementations punitives sur l'accès et l'application des services de prévention, de traitement, de soins et d'appui en matière de VIH, et sur les droits et la dignité des personnes vivant avec le VIH et de celles qui sont vulnérables au VIH (14). En 2006, des sources non gouvernementales dans 41 % des pays ont signalé que les pays possédaient des lois, politiques ou réglementations qui posaient des obstacles à la prestation efficace de services contre le VIH pour les populations clés exposées à un risque plus élevé. En 2010, des sources dans 67 % de ces pays ont indiqué l'existence de ces obstacles. En Asie et dans le Pacifique, près de 90 % des sources non gouvernementales ont signalé l'existence de lois qui bloquent l'exercice des droits de l'homme par les personnes séropositives au VIH contre 58 % au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, et 55 % dans l'Afrique subsaharienne.

Les réponses des gouvernements et de la société civile à l'index composite de politiques nationales (NCPI) dans ce domaine varient considérablement. En 2010, les gouvernements de 78 pays (46 % de ceux soumettant un rapport) reconnaissaient l'existence de lois, réglementations et politiques qui bloquaient l'accès aux services de prévention, traitement, soins et appui pour les populations exposées à un risque plus élevé ; par contre, la société civile de 106 pays (62 %) indiquait cet état de choses (Figure 5.1).

Ces rapports ne capturent pas la réalité totale des lois qui peuvent faire obstacle à la riposte contre le VIH. Par exemple, 79 pays criminalisent les relations sexuelles entre adultes consentants du même sexe tandis que six pays conservent la possibilité d'appliquer la peine de mort à de tels actes (15). Plus de 100 pays criminalisent certains aspects de la prostitution (16, 17). Cinquante et un pays, territoires et entités ont été décrits comme imposant quelque forme de restriction sur l'entrée, le séjour et la résidence de personnes vivant avec le VIH (Figure 5.2) (18,19).

Dans leurs rapports narratifs à l'UNGASS (7), plusieurs pays ont reconnu que la criminalisation des relations sexuelles avec des personnes du même sexe, de la prostitution ou de la fourniture de matériel d'injection stérile, et l'application de lois punitives sont des obstacles aux ripostes efficaces contre le VIH. Le Bangladesh, par exemple, signale que les lois existantes sont souvent utilisées pour harceler les personnes vulnérables, conduisant à l'affaiblissement de la mise en œuvre des programmes d'assistance aux personnes plus exposées au VIH. Le rapport de la Malaisie reconnaît les défis posés par les politiques contradictoires de

ABROGATIONS DES LOIS PUNITIVES ET DISCRIMINATOIRES : RESTRICTIONS LIÉES AU VIH SUR L'ENTRÉE, LE SÉJOUR ET LA RÉSIDENCE

En 2010, certains pays ont levé leurs restrictions liées au VIH sur l'entrée, le séjour et la résidence : les États-Unis d'Amérique (janvier) ; la Chine (avril) ; et la Namibie (juillet). Ces restrictions continuent toutefois dans 51 pays – un indicateur de la discrimination à laquelle font face les personnes vivant avec le VIH dans le monde très mobile d'aujourd'hui.

Figure 5.2

Restrictions à l'entrée, au séjour ou à la résidence liées au VIH

51 pays, territoires et zones imposent des restrictions sous une forme ou une autre à l'entrée, au séjour et à la résidence des personnes vivant avec le VIH au motif de leur séropositivité.

Source : Carte des restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence des personnes vivant avec le VIH (ONUSIDA, mai 2009), mise à jour à juillet 2010.

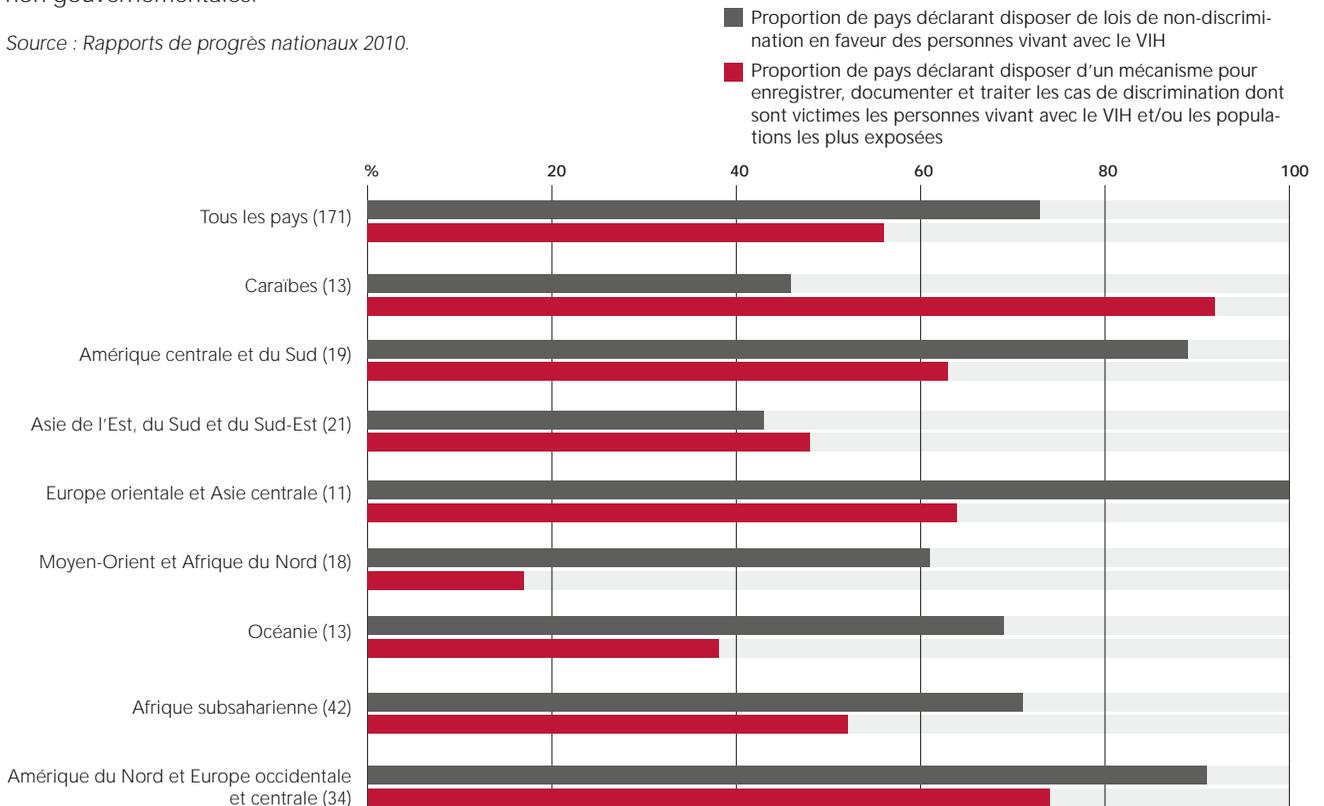


Figure 5.3

Protections juridiques sur la discrimination contre les personnes vivant avec le VIH

Pourcentage de pays qui ont des protections juridiques contre la discrimination contre les personnes vivant avec le VIH et des procédures de recours, comme indiqué par les sources non gouvernementales.

Source : Rapports de progrès nationaux 2010.



réduction des préjudices et de contrôle de la drogue. Des rapports du Botswana, du Ghana, du Malawi, du Mozambique et de Zambie reconnaissent que la criminalisation de l'homosexualité rend difficile la prestation de services aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Des rapports du Liban, de l'Arabie saoudite et de la République arabe syrienne remarquent aussi que les lois qui interdisent l'adultère, l'homosexualité et la prostitution peuvent entraver les efforts de prévention du VIH (7).

56%

Proportion de pays déclarant disposer d'un mécanisme pour enregistrer et traiter les cas de discrimination.

Des études confirment que les lois punitives ont des effets négatifs sur l'accès aux services en matière de VIH et sur l'affirmation et l'exercice des droits de l'homme par les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (20), les professionnels du sexe (21, 22) et les consommateurs de drogues injectables (14, 23, 24). Parmi ceux qui travaillent à la riposte contre le VIH, une autre préoccupation est l'apparente tendance croissante de passer des lois qui criminalisent la transmission du VIH ou l'omission de divulguer son statut séropositif. De telles lois contredisent l'engagement pris par les gouvernements dans la Déclaration politique sur le VIH/sida de 2006, « d'instaurer un cadre social et juridique qui favorise la divulgation sans risques et avec le consentement des personnes intéressées d'informations sur la sérologie VIH » (25). Les pays d'Amérique du Nord et d'Europe occidentale ont longtemps criminalisé la transmission du VIH et environ 20 pays de l'Afrique subsaharienne ont aussi choisi de le faire ces six dernières années (26).

Parallèlement à une reconnaissance accrue des lois qui posent des obstacles à la riposte contre le VIH, davantage de pays signalent l'existence de lois et réglementations qui protègent les personnes vivant avec le VIH et celles qui sont vulnérables au VIH de la discrimination, mais les données ne sont pas suffisantes pour indiquer si elles sont appliquées adéquatement. En 2010, les sources non gouvernementales dans 73 % des pays signalaient l'existence de lois protégeant les personnes vivant avec le VIH de la discrimination contre 67 % en 2008 et 56 % en 2006 (des mêmes 85 pays pour les trois années). Ce qui est inquiétant, cependant, est que les données de 2010 indiquent que presque un tiers des pays n'ont toujours pas de législation de protection. En outre, seuls 57 % des pays indiquent avoir un mécanisme pour enregistrer, documenter et traiter les cas de discrimination dont sont victimes les personnes vivant avec le VIH et autres personnes vulnérables au VIH (Figure 5.3).

En 2010, les gouvernements de 106 pays (62 %) ont signalé avoir des lois ou réglementations qui spécifient des protections pour les populations clés exposées à un risque plus élevé comme les femmes, les jeunes, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les consommateurs de drogues injectables, les professionnels du sexe, les prisonniers et les migrants. Les sources non gouvernementales dans 112 pays (65 %) indiquaient la même chose. En 2004, quand les premiers rapports de l'UNGASS ont été soumis, les sources non gouvernementales dans seulement 37 % des pays indiquaient l'existence de telles lois (des 52 pays pour les deux années). Cela suggère une meilleure compréhension parmi les responsables des politiques que les lois de protection sont importantes pour une riposte efficace au VIH (Figure 5.4).

Malgré ces rapports d'augmentation des lois de protection, il existe peu de preuves montrant si ces lois sont appliquées ou si les personnes vivant avec le VIH et autres personnes clés dans la riposte ont accès à la justice ou peuvent demander réparation des préjudices dont elles sont victimes. Par exemple, tandis que les sources non gouvernementales dans 61 % des pays d'Afrique du Nord et du Moyen-Orient signalent l'existence de lois de non-discrimination, seuls 17 % indiquent avoir des mécanismes pour enregistrer, documenter et traiter les cas de discrimination dont sont victimes les personnes vivant avec le VIH et celles qui sont vulnérables au VIH.

Figure 5.4

Lois de non-discrimination protégeant les populations clés exposées à un risque plus élevé d'infection

Pays dans lesquels des sources non gouvernementales signalent des lois de non-discrimination protégeant les populations clés exposées à un risque plus élevé

Source : Rapports de progrès nationaux 2010.

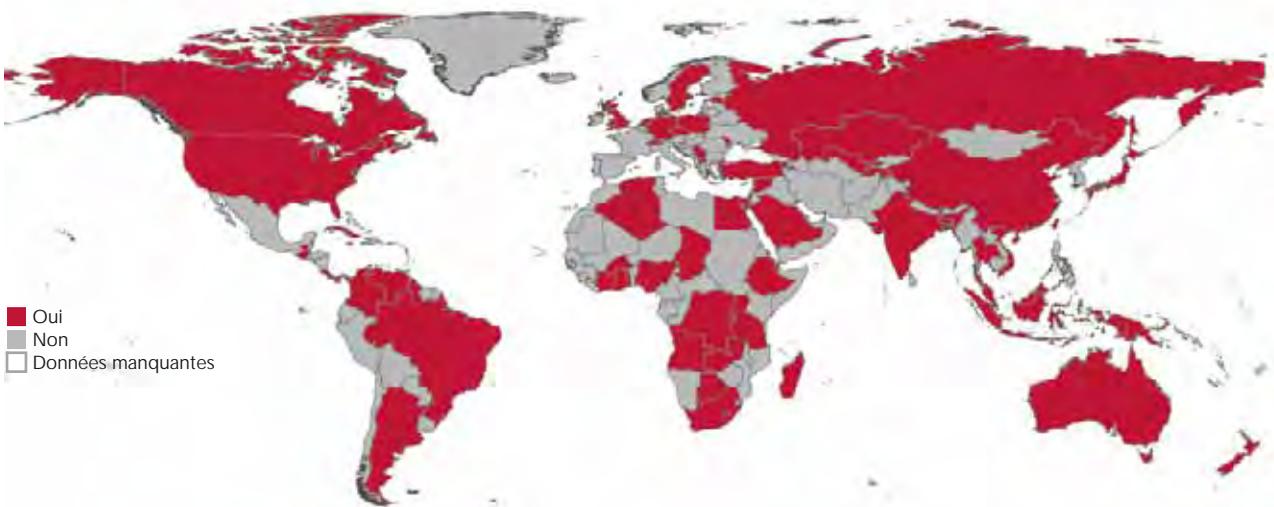


Figure 5.5

Aide juridique pour les cas liés au VIH

Pays dans lesquels les sources non gouvernementales signalent des systèmes d'aide juridique pour les cas liés au VIH, 2010.

Source : Rapports de progrès nationaux 2010.



LA COMMISSION MONDIALE SUR LE VIH ET LE DROIT

Le 24 juin 2010, le PNUD et l'ONUSIDA ont lancé la Commission mondiale sur le VIH et le droit composée de dirigeants mondiaux indépendants et réputés dans les domaines du droit, de la politique de la santé publique et de la gouvernance. L'établissement de la Commission est une étape cruciale pour appuyer les pays à abroger les lois, politiques et pratiques punitives, et réduire la stigmatisation et la discrimination qui bloquent les ripostes efficaces au VIH. La Commission est secondée par un Groupe consultatif technique composé d'experts en matière de droit, de droits de l'homme et de santé publique.

Comme résultat de sa première réunion en octobre 2010, la Commission sera axée sur les questions suivantes : la criminalisation de la prostitution, la consommation de la drogue et les personnes vivant avec le VIH, l'inégalité des sexes et la violence contre les femmes, et les obstacles juridiques au traitement. Par son travail, la Commission rassemblera les preuves de l'impact du droit sur la riposte au VIH, et fera des recommandations recevables sur la manière de créer des ripostes juridiques au VIH qui protègent, soient efficaces et responsabilisantes.

En 2011, la Commission tiendra plusieurs dialogues de politique régionale qui permettront des soumissions de parties prenantes nationales et régionales, y compris les gouvernements, la société civile, les personnes vivant avec le VIH et des représentants des populations clés. Ces soumissions formeront le rapport final et les recommandations de la Commission qui sont attendus en décembre 2011.

L'accès aux services juridiques liés au VIH est un des moyens efficaces pour protéger les droits de l'homme des personnes vivant avec le VIH et autres populations clés, ainsi que le sont les efforts pour sensibiliser les agents officiels engagés dans l'application de la justice. Toutefois, les sources non gouvernementales dans seulement 51 % des pays indiquent avoir des systèmes d'aide juridique pour les cas liés au VIH. Bien que cela représente une augmentation par rapport à 2006, quand 33 % des pays indiquaient avoir de tels systèmes, ce chiffre reste le même depuis 2008. Les systèmes d'aide juridique semblent être plus courants dans les pays à revenu élevé, avec 75 % indiquant avoir de tels systèmes (NCPI), tandis que seulement 48 % des pays à revenu bas et 40 % des pays à revenu intermédiaire indiquaient les avoir (Figure 5.5).

Égalité des sexes

Bien que les relations entre les sexes, les pratiques et les épidémies de VIH soient différentes à travers le monde, les inégalités des sexes, les normes sexuelles dangereuses ainsi que la violence et la marginalisation basées sur le sexe augmentent clairement la vulnérabilité des femmes et des hommes à l'infection par le VIH. Les conséquences des inégalités des sexes pour ce qui est du statut socioéconomique et politique, un accès inégal à l'éducation et la peur de la violence ajoutent à la vulnérabilité plus grande des femmes et des filles à être infectées par le VIH. Trop souvent, elles n'ont qu'une capacité réduite à négocier des pratiques sexuelles à moindre risque, à accéder aux services dont elles ont besoin et à utiliser les occasions de responsabilisation (27). Dans presque tous les pays de l'Afrique subsaharienne et certains pays des Caraïbes, la majorité des personnes vivant avec le VIH sont des femmes, surtout des filles et des femmes âgées de 15 à 24 ans (28, 29).

Dans l'Afrique subsaharienne, les femmes sont plus exposées au risque d'infection au VIH que les hommes (Figure 5.6). Les données de prévalence les plus récentes montrent que dans l'Afrique subsaharienne, 13 femmes seront infectées pour tous les 10 hommes qui le seront. La moitié des personnes vivant avec le VIH dans le monde sont des femmes et 76 % des femmes séropositives vivent en Afrique subsaharienne.

En revanche, les rôles traditionnels et les valeurs sociétales liés à la masculinité peuvent encourager les hommes et les garçons à adopter des comportements à risque, y compris la consommation excessive d'alcool et des relations sexuelles simultanées, augmentant par là leur risque d'infection et de transmission du VIH. De nombreuses normes dangereuses liées à la masculinité et à la féminité stigmatisent aussi les personnes transsexuelles, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et autres minorités sexuelles.

Les niveaux de nouvelles infections par le VIH en Afrique subsaharienne continuent à être plus élevés parmi les femmes (Figure 5.7), une caractéristique qui s'applique à toutes les sous-régions de l'Afrique subsaharienne. Le rapport femme-homme de nouvelles infections par le VIH va de 1,22/1 en Afrique occidentale et orientale à 1,33/1 en Afrique méridionale, malgré les différents types d'épidémie et les modes prédominants de transmission dans ces sous-régions.

Dans d'autres régions, les hommes sont plus exposés au risque d'infection par le VIH que les femmes, souvent dans des épidémies concentrées parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ou les consommateurs de drogue injectable. Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes continuent à porter un fardeau plus lourd d'infection par le VIH même dans les régions où les épidémies sont généralisées. Dans l'Afrique subsaharienne, les programmes en matière de VIH ont en grande partie négligé les comportements sexuels de même sexe à cause d'homophobie et de la criminalisation généralisée de l'homosexualité.

Figure 5.6

Personnes nouvellement séropositives, 2009

Nombre de personnes nouvellement séropositives par sexe et région géographique, 2009.

Source : ONUSIDA 2010.

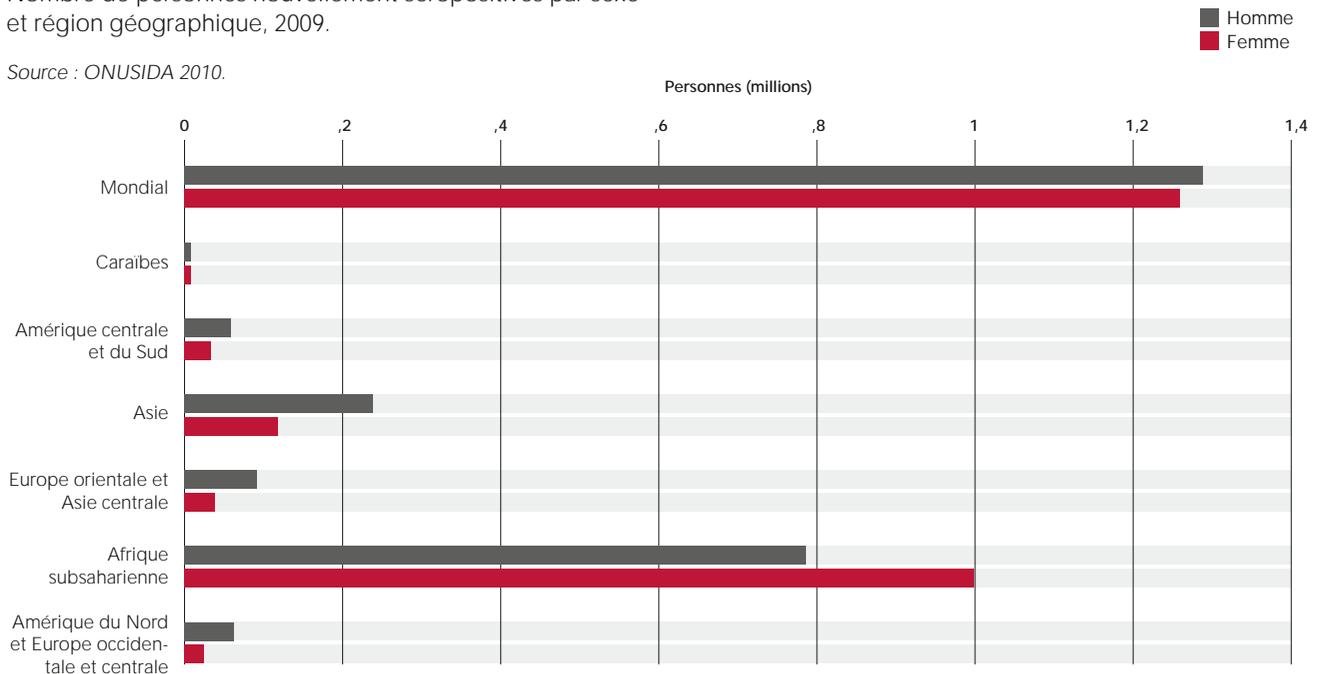
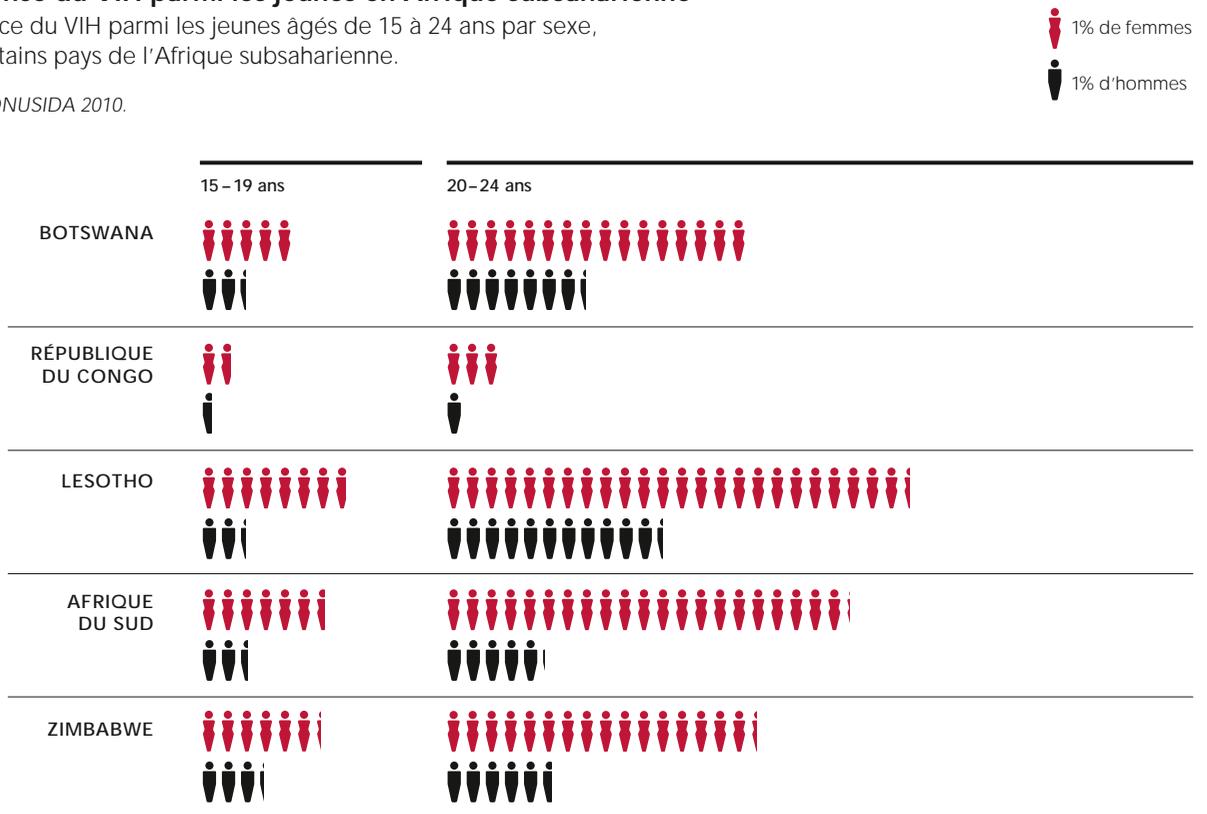


Figure 5.7

Prévalence du VIH parmi les jeunes en Afrique subsaharienne

Prévalence du VIH parmi les jeunes âgés de 15 à 24 ans par sexe, dans certains pays de l'Afrique subsaharienne.

Source : ONUSIDA 2010.



« LE NOMBRE DE PAYS QUI ONT UN BUDGET SPÉCIFIQUE POUR LES ACTIVITÉS EN RAPPORT AVEC LE VIH POUR LES FEMMES EST BAS : 46 % DES PAYS QUI SOUMETTENT UN RAPPORT. »

Les recherches ont montré des niveaux nettement plus élevés d'infection parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes que chez les hommes en général et ont aussi confirmé que beaucoup d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ont aussi des rapports sexuels avec des femmes (30). Dans les ripostes au VIH, il est important de comprendre la complexité des relations dans lesquelles sont engagés certains hommes mariés et partenaires à long terme. Une étude récente conduite au Botswana, au Malawi et en Namibie a découvert que 34 % des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes étaient mariés à des femmes et que 54 % d'entre eux avaient indiqué avoir des rapports sexuels avec des hommes et des femmes dans les 6 mois antérieurs (31). Le mariage est donc un moyen de se protéger de poursuites possibles et de stigmatisation parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (32,33). En Asie, les données obtenues par l'Étude de transmission entre partenaires intimes en Asie (34) indiquent que les femmes sont avant tout infectées par leur mari ou leur partenaire intime. Par exemple, les données récentes sur les caractéristiques d'infection par le VIH en Inde révèlent que 90 % des femmes qui ont été infectées vivaient dans des relations de long terme.

Les pratiques socioculturelles contribuent beaucoup au risque d'infection par le VIH, surtout chez les jeunes femmes

Les effets des concepts sexuels se reflètent dans les taux d'infection à VIH parmi les jeunes femmes en Afrique. Les enquêtes démographiques et de santé dans certains pays d'Afrique montrent que les jeunes femmes sont particulièrement exposées au risque d'infection par le VIH, avec des taux augmentant beaucoup parmi les femmes âgées de 20 à 24 ans par rapport à celles âgées de 15 à 19 ans (Figure 5.7). Cela est probablement dû au fait que les jeunes femmes qui sont biologiquement plus susceptibles au VIH que les hommes, ont aussi souvent des partenaires sexuels plus âgés qui sont plus susceptibles d'être séropositifs que les hommes plus jeunes. En conséquence, tandis que les niveaux d'infection du VIH parmi les hommes augmentent lentement et atteignent un sommet à un niveau plus bas que les taux d'infection chez les femmes quand les hommes sont au milieu ou à la fin de la trentaine, la prévalence parmi les femmes augmente rapidement à un jeune âge, avec des niveaux plus élevés chez elles quand elles approchent la trentaine (35).

Des données récentes de l'Afrique subsaharienne indiquent que les femmes ont aussi plusieurs partenaires simultanés (36). Une étude ethnographique récente conduite dans la République-Unie de Tanzanie a montré que les parents et les filles acceptaient largement les rapports sexuels transactionnels, y compris les rapports sexuels pour le pouvoir, le plaisir et le gain matériel. Les auteurs concluent que les programmes qui encouragent les jeunes femmes à incorporer des demandes pour des rapports sexuels à moindre risque dans les négociations pour cadeaux et argent peuvent en définitive être plus efficaces que ceux qui cherchent seulement à restreindre les rapports sexuels transactionnels ou mettent l'accent sur leurs risques pour la santé (37). Une autre étude a découvert que les femmes plus riches sont exposées à un risque plus élevé d'infection à VIH, car elles sont plus mobiles, sont plus susceptibles de vivre en zone urbaine et sont plus aptes à avoir un style de vie qui comprend plus de partenaires sexuels (38).

Une étude de 2009 au Brésil (39) montre que les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sont plus exposés au risque d'infection par le VIH que les hommes en général (10,5 % contre 0,8 %). L'étude a découvert que bien que les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes aient signalé avoir plus de partenaires sexuels occasionnels que les hommes en général, l'utilisation du préservatif n'était que d'environ 50 %, malgré un programme étendu pour augmenter l'utilisation du préserv-

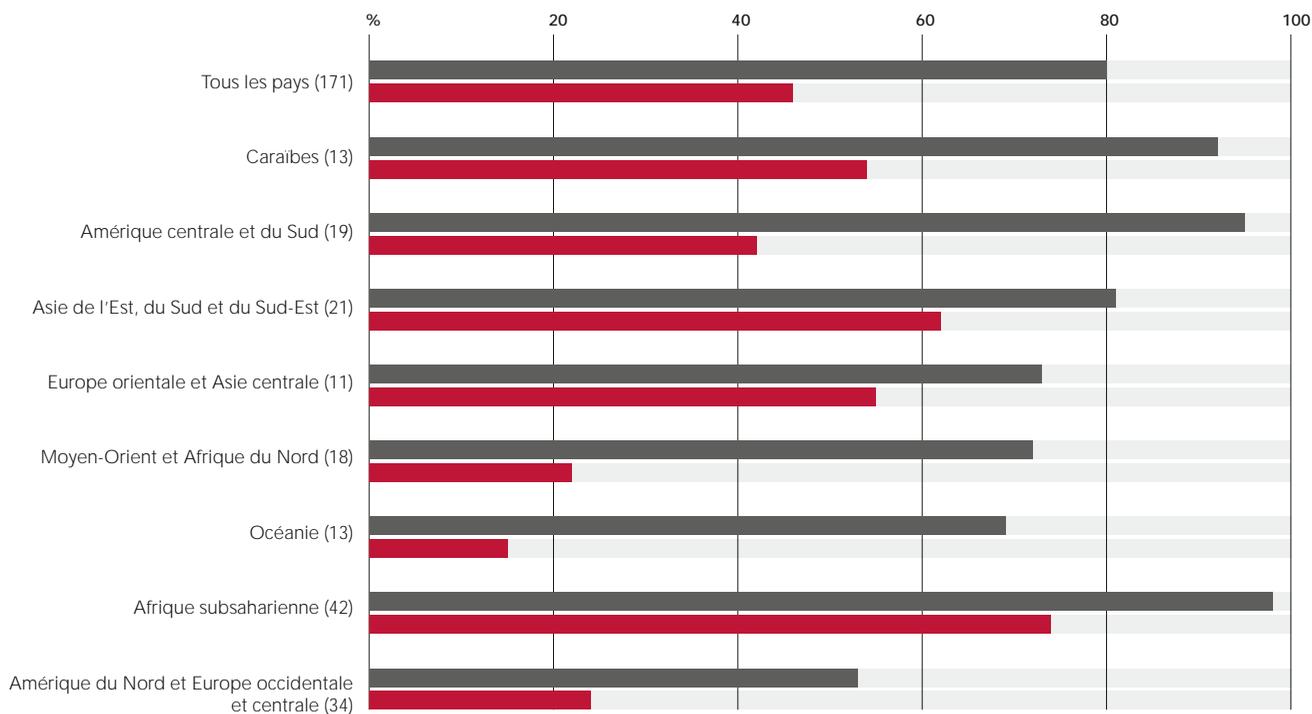
Figure 5.8

Stratégies multisectorielles de VIH incluant spécifiquement les femmes et disposant d'un budget dédié à leurs besoins

Pourcentage de pays dans lesquels les gouvernements indiquent que les stratégies multisectorielles contre le VIH incluent spécifiquement les femmes et disposant d'un budget dédié à leurs besoins.

■ Incluant les femmes
■ Disposant d'un budget

Source : Rapports de progrès nationaux 2010.



« LA VIOLENCE ET LA
MENACE DE VIOLENCE
PEUVENT ENTRAVER LA
CAPACITÉ DES FEMMES À SE
PROTÉGER ADÉQUATEMENT
DE L'INFECTION À VIH
OU À PRENDRE DES
DÉCISIONS SEXUELLES À
MOINDRE RISQUE. »

vatif parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. De plus, les jeunes hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes utilisaient des préservatifs un peu moins souvent que les hommes en général (54 % contre 57 %) (39).

Les femmes sont incluses dans les stratégies contre le VIH, mais les allocations budgétaires sont insuffisantes

Les gouvernements de 80 % des pays (137 sur 171) indiquent qu'ils ont inclus les femmes comme élément spécifique d'une stratégie multisectorielle contre le VIH, mais le taux d'inclusion des femmes diffère par régions géographiques (Figure 5.8). Le nombre de pays qui ont un budget spécifique pour les activités en rapport avec le VIH pour les femmes est nettement plus bas : 46 % (79 sur 171) des pays qui soumettent un rapport. Parmi les pays de l'Afrique subsaharienne, presque tous les plans stratégiques incluent des interventions au bénéfice des femmes, et trois quarts des pays y consacrent un budget, indiquant une plus grande conscience du besoin et des avantages des ripostes au sida centrées sur les femmes.

L'épidémie de VIH est étroitement liée à la santé sexuelle et procréative

Les données sur les besoins sexuels et procréatifs non satisfaits, surtout parmi les jeunes femmes, une population très touchée par le VIH et la violence, soulignent l'urgence d'aborder les Objectifs du Millénaire de développement 3, 4, 5 et 6 simultanément. Un rapport de l'OMS sur les femmes et la santé (40) met l'accent sur le rôle critique de l'inégalité des sexes dans une vulnérabilité croissante à l'infection à VIH et d'autres conditions, et les limites d'accès aux services et aux informations de soins de santé. Une étude des données de mortalité maternelle révèle que les causes liées au VIH ont contribué au moins à 20 % des morts maternelles (41).

Les pays avec des taux élevés de prévalence de VIH parmi les jeunes femmes ont aussi un problème de taux élevés de grossesse chez les adolescentes, et les conséquences de grossesses non voulues pour ce qui est des avortements à risque.

Selon l'OMS, chaque année, environ 16 millions de jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans dans le monde ont un enfant, la plupart vivant en Afrique subsaharienne. En outre, chaque année au moins 2,5 millions d'adolescentes ont des avortements à risque (42). De plus, des rapports isolés indiquent que les femmes vivant avec le VIH sont poussées, et même forcées, à subir une stérilisation ou à avorter.

Une étude récente effectuée par la société civile sur les politiques au sujet de la santé sexuelle dans 12 pays de l'Afrique subsaharienne, d'Amérique centrale et du Sud, des Caraïbes, d'Asie du Sud-est et d'Europe orientale par GESTOS, Brésil (43) confirme que les pays ont en place des politiques de santé sexuelle et procréative orientées vers les femmes, mais qu'elles ne se traduisent pas en services généralisés, laissant de nombreux besoins de santé sexuelle et procréative non satisfaits.

La violence et les infections de VIH sont souvent associées et demandent des réponses intégrées

La violence et la menace de violence peuvent entraver la capacité des femmes à se protéger adéquatement de l'infection à VIH ou à prendre des décisions sexuelles à moindre risque. En outre, les femmes vivant avec le VIH sont plus susceptibles d'être victimes de violence à cause de leur statut séropositif (44).

L'étude de l'OMS a aussi montré que beaucoup de femmes ont une expérience traumatique de leur première rencontre sexuelle, avec une prévalence de rapports forcés pour les adolescentes de moins de 15 ans allant de 11 à 45 % dans le monde. De plus, les jeunes femmes, surtout celles âgées de 15 à 19 ans, sont exposées à un risque plus élevé de violence physique ou sexuelle par un partenaire. Au Swaziland,

Figure 5.9

Violence contre les femmes

Proportion de femmes qui sont ou ont été mariées, âgées de 15 à 49 ans qui ont été victimes de violences physiques ou sexuelles de la part de leur dernier époux ou partenaire cohabitant, par pays, 2008 ou enquête la plus récente.

Source : Enquêtes de santé démographiques, 2002-2008, sauf Bangladesh, Éthiopie, Japon, Kenya, Samoa, Serbie, Tanzanie et Thaïlande (Étude multipays de l'OMS sur la santé des femmes et la violence domestique à l'égard des femmes, 2004).

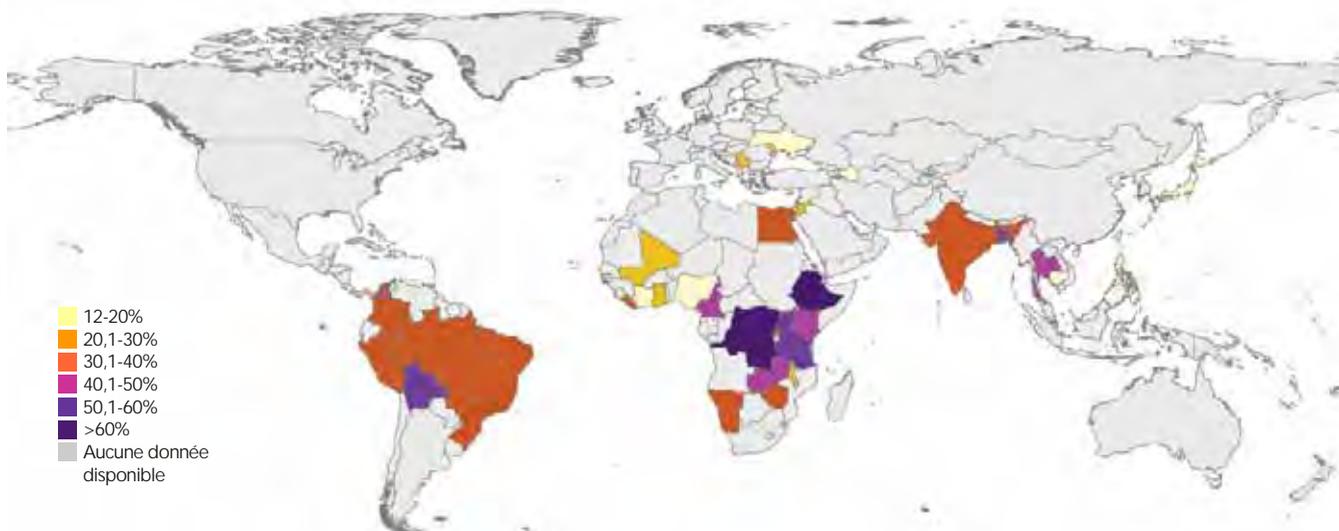
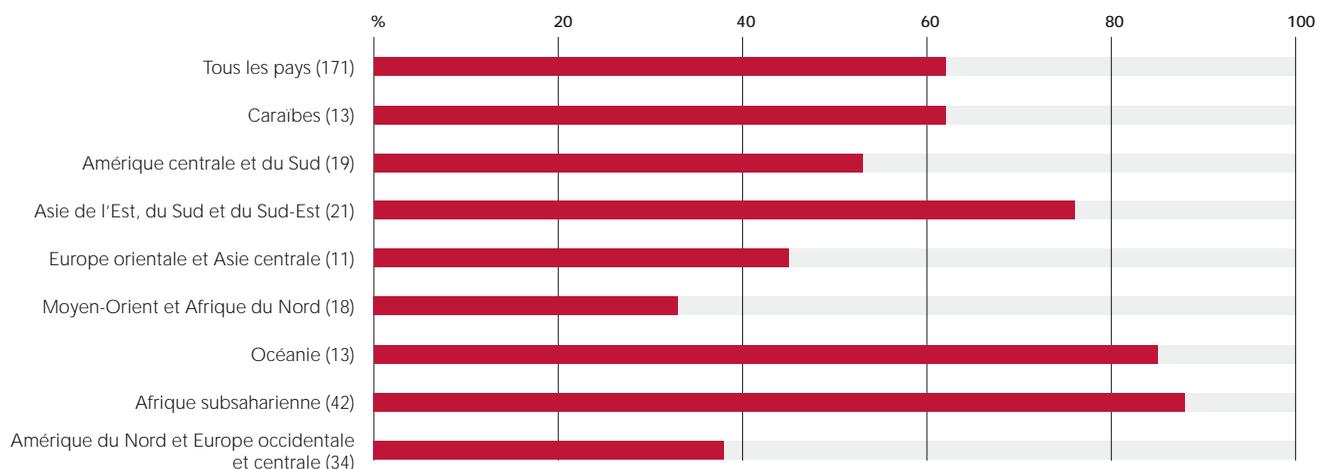


Figure 5.10

Gouvernements associant les hommes dans les programmes de santé procréative

Pourcentage de pays dans lesquels les gouvernements indiquent impliquer les hommes dans les programmes de santé procréative par informations, éducation et communications, 2010.

Source : Rapports de progrès nationaux 2010.



**« LES PERSONNES
TRANSSEXUELLES ET
LES HOMMES AYANT
DES RAPPORTS SEXUELS
AVEC DES HOMMES SONT
AUSSI EXPOSÉS À UNE
VULNÉRABILITÉ PLUS
ÉLEVÉE AU VIH À CAUSE
DE VIOLENCE ET DE
STIGMATISATION. »**

qui a l'un des taux de prévalence du VIH les plus élevés, une étude de 2007 (45) indiquait que 33 % des femmes âgées de 13 à 24 ans disaient avoir été victimes de quelque forme de violence sexuelle avant 18 ans.

Une étude de 2010 en Afrique du Sud (46) a confirmé l'association entre la violence et l'infection à VIH. L'inégalité de pouvoir dans les relations et la violence d'un partenaire intime augmentaient le risque d'incidence d'infection par le VIH parmi les jeunes femmes sud-africaines. La prévalence du risque attribuable à la population était de 14 % pour l'inégalité de pouvoir dans les relations et de 12 % pour la violence d'un partenaire intime. L'étude de GESTOS (43) a montré que peu de pays ont entrepris des actions ciblées pour empêcher la violence ou responsabiliser les femmes victimes de violence. Cette conclusion a été confirmée par la récente publication de l'OMS/ONUSIDA (44), indiquant que jusqu'à présent, des modèles programmatiques efficaces comme Stepping Stones, IMAGES et Sasa! n'ont été incorporés que d'une manière limitée dans la riposte au VIH. Il faut remarquer que les pays peuvent avoir des lois en place pour punir les violeurs, mais que peu ont une législation qui pénalise la violence domestique (43).

La figure 5.9 indique que la prévalence de la violence contre les femmes peut aller jusqu'à 50 % dans certains pays. La disponibilité limitée de données épidémiologiques sur la violence souligne le besoin urgent de preuves supplémentaires pour guider l'action politique et programmatique pour y faire face.

Les rapports de l'UNGASS pour plusieurs pays de l'Afrique subsaharienne (7) décrivent la vulnérabilité plus élevée au VIH des femmes à cause de violence et de sévices sexuels, et soulignent le lien avec un conflit armé, y compris la violence sexuelle contre les femmes dans les camps de réfugiés. D'autres pays soulignent que la violence contre les professionnels du sexe affecte leur capacité à insister sur l'utilisation de préservatifs. Les rapports sur la violence liée au sexe ne sont pas égaux. Hors de l'Afrique subsaharienne, les rapports de l'UNGASS sont muets sur la violence contre les femmes et les filles. En Afrique subsaharienne, les pays n'ont pas signalé de violence contre les personnes transsexuelles et les hommes qui ont des identités ou des pratiques non hétérosexuelles.

Les personnes transsexuelles et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sont aussi exposés à une vulnérabilité plus élevée au VIH à cause de violence et de stigmatisation. Par le passé, les organisations basées sur la communauté, plus que les programmes nationaux de VIH, ont conduit à un essai d'amélioration d'accès pour les personnes transsexuelles et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Ces efforts autonomes sont entravés là où l'homosexualité est criminalisée, comme en Afrique subsaharienne, où les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sont victimes de violence, vivent sous la menace de lois contre la sodomie et sont souvent exclus des ripostes au VIH (47).

La participation des hommes est cruciale pour une riposte efficace au VIH

Malgré les preuves de changements positifs dans le comportement et les attitudes des hommes et des garçons quand ils participent à des programmes qui portent sur le VIH, la santé sexuelle et procréative et la violence basée sur le sexe (48), peu de ces programmes sont en application (49). Les rapports de l'UNGASS confirment aussi que les gouvernements de seulement 60 % des états indiquent avoir encouragé une implication plus grande des hommes dans les programmes de santé procréative, par informations, éducation et communications sur la santé procréative (Figure 5.10). Ne pas faire participer les hommes peut aussi avoir un impact direct sur leur santé. Par exemple, moins d'hommes que de femmes accèdent à un traitement lié au VIH. ■

MESURES À PRENDRE

DROITS DE L'HOMME

- Les lois, politiques et réglementations qui créent des obstacles aux ripostes efficaces au VIH sont de plus en plus identifiées. Les pays devraient dès à présent prendre des mesures pour que les professionnel(le)s du sexe, les consommateurs de drogues, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les personnes transsexuelles ne fassent plus l'objet de criminalisation, et pour réformer d'autres lois qui entravent les ripostes efficaces au VIH.
- En dépit du nombre croissant de rapports sur les lois de protection, les pays et autres parties prenantes devraient établir des mécanismes d'application effective et permettre aux personnes vivant avec le VIH et autres populations clés d'avoir accès à la justice et au recours, par le biais de services juridiques liés au VIH et de programmes d'enseignement des notions élémentaires de droit.
- Bien que des progrès aient été remarqués, la stigmatisation et la discrimination liées au VIH sont toujours très répandues dans le monde, et les mesures prises pour les combattre ne sont pas encore suffisantes. Les pays et autres parties prenantes devraient instamment intensifier l'ensemble des programmes qui visent à renforcer les capacités des prestataires de services liés au VIH, à lutter contre la stigmatisation et la discrimination dans les lois, les institutions et les communautés, et à responsabiliser les personnes touchées par le VIH.
- Pour permettre l'application des droits de l'homme dans le contexte du VIH, les personnes vivant avec le VIH et celles qui sont vulnérables au VIH doivent être véritablement impliquées dans les ripostes nationales, et les populations touchées doivent bénéficier de services corrects. Les principes de la participation accrue des personnes vivant avec le VIH/sida doivent être complètement mis en pratique.

ÉGALITÉ DES SEXES

- Pour réaliser les objectifs d'accès à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en matière de VIH, la riposte au sida doit être axée sur les femmes et les filles et disposer d'un budget dédié à leurs besoins.
 - Étant donné que la violence est répandue et qu'il existe un lien clair entre violence à l'encontre des femmes et propagation du VIH, les ripostes nationales au VIH doivent comprendre des interventions spécifiques visant à lutter la violence.
 - Tous les pays doivent assurer aux femmes un accès aux services intégrés de lutte contre le VIH et de santé sexuelle et reproductive, qui leur permettent d'exercer leurs droits.
 - Les hommes et les garçons doivent participer à des actions novatrices visant à changer les pratiques et les normes sociales et culturelles néfastes, dans le cadre de la prévention du VIH.
 - Les pays doivent prendre en considération les besoins des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes par des interventions de prévention qui vont au-delà de la prestation de services de santé.
-

FEUILLE DE RÉSULTATS : DROITS DE L'HOMME ET ÉGALITÉ DES SEXES

- Oui/D'accord
- Non/Pas d'accord
- Données non disponibles
- Pas de rapport sur l'Indice composite des politiques nationales
- Pas de rapport à l'UNGASS

A Indice composite des politiques nationales – Partie A (gouvernement)

B Indice composite des politiques nationales – Partie B (société civile)

		Lois et règlements protégeant les personnes vivant avec le VIH contre la discrimination	Loi, règlements et politiques protégeant des groupes spécifiques	Loi, règlements et politiques entravant l'accès des groupes vulnérables aux services de prévention, de traitement, de soins et d'appui	Mécanismes visant à consigner, documenter et résoudre les cas de discrimination dont sont victimes les personnes vivant avec le VIH et les groupes vulnérables	Les femmes représentent une composante spécifique du plan stratégique national	La composante « Femmes » du plan stratégique national est prévue au budget	Activités IEC sur la lutte contre la violence à l'égard des femmes
		B	A | B	A | B	B	A	A	A
AFRIQUE SUBSAHARIENNE	Angola	■	■ ■	■ ■	■	■	□	■
	Bénin	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Botswana	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Burkina Faso	■	■ ■	■ ■	■	■	□	■
	Burundi	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Cameroun	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Cap-Vert	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	République centrafricaine	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Tchad	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Comores	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Congo	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Côte d'Ivoire	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	République démocratique du Congo	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Guinée équatoriale	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Érythrée	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Éthiopie	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Gabon	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Gambie	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Ghana	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Guinée	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Guinée Bissau	■	■ ■	■ ■	■	■	■	□
	Kenya	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Lesotho	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Libéria	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Madagascar	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Malawi	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Mali	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Mauritanie	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Maurice	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Mozambique	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Namibie	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Niger	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Nigéria	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Rwanda	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
Sao Tomé-et-Principe	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■	
Sénégal	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■	
Seychelles	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■	
Sierra Leone	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■	

		Lois et règlements protégeant les personnes vivant avec le VIH contre la discrimination	Loi, règlements et politiques protégeant des groupes spécifiques	Loi, règlements et politiques entravant l'accès des groupes vulnérables aux services de prévention, de traitement, de soins et d'appui	Mécanismes visant à consigner, documenter et résoudre les cas de discrimination dont sont victimes les personnes vivant avec le VIH et les groupes vulnérables	Les femmes représentent une composante spécifique du plan stratégique national	La composante « Femmes » du plan stratégique national est prévue au budget	Activités IEC sur la lutte contre la violence à l'égard des femmes
		B	A | B	A | B	B	A	A	A
AFRIQUE SUBSAHARIENNE <i>Suite</i>	Afrique du Sud	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Swaziland	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Togo	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Ouganda	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	République-Unie de Tanzanie	■	■ ■	■ ■	■	■	□	■
	Zambie	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Zimbabwe	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
ASIE DE L'EST	Chine	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	République populaire démocratique de Corée	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Japon	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Mongolie	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	République de Corée	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
OCÉANIE	Australie	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Fidji	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Kiribati	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Îles Marshall	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Micronésie (États fédérés de)	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Nauru	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Nouvelle-Zélande	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Palaos	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Papouasie-Nouvelle-Guinée	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Samoa	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Îles Salomon	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Tonga	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Tuvalu	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
Vanuatu	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■	
ASIE DU SUD ET DU SUD-EST	Afghanistan	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Bangladesh	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Bhoutan	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Brunei Darussalam	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Cambodge	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Inde	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Indonésie	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	République démocratique populaire lao	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Malaisie	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■

FEUILLE DE RÉSULTATS : DROITS DE L'HOMME ET ÉGALITÉ DES SEXES

- Oui/D'accord
- Non/Pas d'accord
- Données non disponibles
- Pas de rapport sur l'Indice composite des politiques nationales
- Pas de rapport à l'UNGASS

A Indice composite des politiques nationales – Partie A (gouvernement)

B Indice composite des politiques nationales – Partie B (société civile)

		Lois et règlements protégeant les personnes vivant avec le VIH contre la discrimination	Loi, règlements et politiques protégeant des groupes spécifiques	Loi, règlements et politiques entravant l'accès des groupes vulnérables aux services de prévention, de traitement, de soins et d'appui	Mécanismes visant à consigner, documenter et résoudre les cas de discrimination dont sont victimes les personnes vivant avec le VIH et les groupes vulnérables	Les femmes représentent une composante spécifique du plan stratégique national	La composante « Femmes » du plan stratégique national est prévue au budget	Activités IEC sur la lutte contre la violence à l'égard des femmes
		B	A | B	A | B	B	A	A	A
ASIE DU SUD ET DU SUD-EST								
	Maldives		■ 	■ ■		■		■
<i>Suite</i>	Myanmar		■ ■	 ■		■	■	■
	Népal		 	■ ■		■	■	
	Pakistan		 	■ ■		■	■	■
	Philippines	■	■ ■	■ ■		■	■	■
	Singapour		 	 ■	■	■		
	Sri Lanka		■ ■	■ ■				■
	Thaïlande	■	■ ■	■ ■	■	■		■
	Timor-Leste	■	■ ■	 	■	■		■
	Viet Nam	■	■ ■	 ■	■	■	■	■
EUROPE ORIENTALE ET ASIE CENTRALE								
	Arménie	■	■ ■	 ■				
	Azerbaïdjan	■	■ ■	■ ■	■	■		■
	Bélarus	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Géorgie	■	■ 	■ ■	■			
	Kazakhstan	■	 ■	 		■		■
	Kirghizistan	■	■ ■	 	■	■	■	■
	République de Moldavie	■	■ ■	 	■	■	■	■
	Fédération de Russie	■	■ ■	■ ■		■	■	■
	Tadjikistan	■	■ ■	 	■	■	■	■
	Turkménistan		 	 				
	Ukraine	■	■ ■	 ■				■
	Ouzbékistan	■	■ ■	 	■	■	■	■
EUROPE OCCIDENTALE ET CENTRALE								
	Albanie		 	 				
	Andorre		 	 				
	Autriche		 	 				
	Belgique	■	 ■	 ■	■			■
	Bosnie-Herzégovine	■	■ ■	 	■	■	■	■
	Bulgarie	■	■ ■	■ 	■			
	Croatie	■	■ ■	■ ■	■			
	Chypre		 	 				
	République tchèque	■	■ ■	 ■	■			
	Danemark		■ ■	■ 	■			
	Estonie	■	 	 		■		■
	Finlande	■	■ ■	■ ■				
	France		 	 				
	Allemagne	■	■ ■	■ ■	■	■		■

		Lois et règlements protégeant les personnes vivant avec le VIH contre la discrimination	Loi, règlements et politiques protégeant des groupes spécifiques	Loi, règlements et politiques entravant l'accès des groupes vulnérables aux services de prévention, de traitement, de soins et d'appui	Mécanismes visant à consigner, documenter et résoudre les cas de discrimination dont sont victimes les personnes vivant avec le VIH et les groupes vulnérables	Les femmes représentent une composante spécifique du plan stratégique national	La composante « Femmes » du plan stratégique national est prévue au budget	Activités IEC sur la lutte contre la violence à l'égard des femmes
		B	A | B	A | B	B	A	A	A
EUROPE OCCIDENTALE ET CENTRALE								
<i>Suite</i>								
	Grèce	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Hongrie	■	■ ■	■ ■	■	■	■	□
	Islande	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Irlande	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Israël	■	■ ■	■ ■	■	■	■	□
	Italie	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Lettonie	■	■ ■	■ ■	■	■	■	□
	Liechtenstein	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Lituanie	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Luxembourg	■	■ ■	■ ■	■	■	■	□
	Malte	■	■ ■	■ ■	■	■	■	□
	Monaco	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Monténégro	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Pays-Bas	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Norvège	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Pologne	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Portugal	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Roumanie	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Saint-Marin	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Serbie	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Slovaquie	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Slovénie	■	■ ■	■ ■	■	■	■	□
	Espagne	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Suède	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Suisse	■	■ ■	■ ■	■	■	■	□
	L'Ex-République yougoslave de Macédoine	■	■ ■	■ ■	■	■	■	□
	Turquie	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
AMÉRIQUE DU NORD								
	Canada	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Mexique	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	États-Unis d'Amérique	■	■ ■	■ ■	■	■	■	□
MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD								
	Algérie	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Bahrein	■	■ ■	■ ■	■	■	■	□
	Djibouti	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■

FEUILLE DE RÉSULTATS : DROITS DE L'HOMME ET ÉGALITÉ DES SEXES

- Oui/D'accord
- Non/Pas d'accord
- Données non disponibles
- Pas de rapport sur l'Indice composite des politiques nationales
- Pas de rapport à l'UNGASS

- A** Indice composite des politiques nationales – Partie A (gouvernement)
- B** Indice composite des politiques nationales – Partie B (société civile)

		Lois et règlements protégeant les personnes vivant avec le VIH contre la discrimination	Loi, règlements et politiques protégeant des groupes spécifiques	Loi, règlements et politiques entravant l'accès des groupes vulnérables aux services de prévention, de traitement, de soins et d'appui	Mécanismes visant à consigner, documenter et résoudre les cas de discrimination dont sont victimes les personnes vivant avec le VIH et les groupes vulnérables	Les femmes représentent une composante spécifique du plan stratégique national	La composante « Femmes » du plan stratégique national est prévue au budget	Activités IEC sur la lutte contre la violence à l'égard des femmes
		B	A | B	A | B	B	A	A	A
MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD								
	Égypte	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Iran (République islamique d')	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	<i>Suite</i>							
	Iraq	□	□ □	□ □	□	□	□	□
	Jordanie	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Koweït	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Liban	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Jamahiriya arabe libyenne	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Maroc	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Oman	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Qatar	□	□ □	□ □	□	□	□	□
	Arabie saoudite	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Somalie	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Soudan	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	République arabe syrienne	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Tunisie	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Émirats arabes unis	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Yémen	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
CARAÏBES								
	Antigua & Barbuda	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Bahamas	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Barbade	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Cuba	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Dominique	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	République dominicaine	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Grenade	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Haiti	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Jamaïque	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Saint-Kitts-et-Nevis	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Sainte-Lucie	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Saint-Vincent-et-les-Grenadines	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Trinité-et-Tobago	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
AMÉRIQUE CENTRALE ET DU SUD								
	Argentine	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Belize	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Bolivie	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Brésil	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Chili	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Colombie	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■

		B	A | B	A | B	B	A	A	A
AMÉRIQUE CENTRALE ET DU SUD								
<i>Suite</i>								
Costa Rica	Lois et règlements protégeant les personnes vivant avec le VIH contre la discrimination	■	■ ■	■ ■	■	■	■	□
Équateur	Loi, règlements et politiques protégeant des groupes spécifiques	■	■ ■	■ ■	■	■	■	□
El Salvador	Loi, règlements et politiques entravant l'accès des groupes vulnérables aux services de prévention, de traitement, de soins et d'appui	■	■ ■	■ ■	■	■	■	□
Guatemala	Mécanismes visant à consigner, documenter et résoudre les cas de discrimination dont sont victimes les personnes vivant avec le VIH et les groupes vulnérables	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
Guyana	Les femmes représentent une composante spécifique du plan stratégique national	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
Honduras	La composante « Femmes » du plan stratégique national est prévue au budget	■	■ ■	■ ■	■	■	■	□
Nicaragua	Activités IEC sur la lutte contre la violence à l'égard des femmes	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
Panama		■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
Paraguay		■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
Pérou		■	■ ■	■ ■	■	■	□	■
Suriname		■	■ ■	■ ■	■	■	■	□
Uruguay		■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
Venezuela		■	■ ■	■ ■	■	■	■	■

CHAPITRE 6



INVESTIR DANS LA LUTTE CONTRE LE VIH

PRINCIPALES CONSTATATIONS

- US\$ 15,9 milliards ont été mis à la disposition de la riposte au sida en 2009, montant auquel il manque US\$ 10 milliards pour couvrir les besoins en 2010.
 - Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, les ressources nationales couvrent un peu plus de la moitié de l'ensemble des investissements alloués à la riposte au sida. Dans les pays à revenu faible, 88% des dépenses liées au sida sont cependant couvertes par des financements internationaux.
 - Les financements internationaux alloués à la riposte au sida proviennent en majeure partie de donateurs bilatéraux. Les États-Unis d'Amérique sont le plus important donateur international.
 - Les investissements consacrés aux traitements et aux soins augmentent – mais de nombreux pays dépendent de l'aide internationale pour leurs programmes de traitement et de soins.
 - Les programmes de prévention du VIH sont largement tributaires des financements internationaux.
 - Un tiers des pays considère la riposte au sida comme une priorité budgétaire élevée, au vu du poids de la maladie et du revenu national.
-

» Investir dans la riposte au sida est de la responsabilité de tous

Investir dans la riposte au sida est une responsabilité mondiale commune qui donne des résultats visibles – cela sauve des vies aujourd’hui, améliore la qualité de vie des personnes séropositives et réduira le poids futur des coûts et de la maladie. En 2009, les donateurs internationaux et les gouvernements ont apporté ensemble US\$ 15,9 milliards pour financer la riposte mondiale au sida – dont plus de la moitié provenait de sources nationales dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

Grâce à cet investissement sans précédent dans le secteur de la santé, la prévalence du VIH diminue grâce aux programmes qui visent à réduire les comportements à risque, plus de 5 millions de personnes reçoivent un traitement antirétroviral qui leur sauve la vie, des millions d’orphelins ont bénéficié d’une éducation et de soins de base, et des environnements plus tolérants et habilitants ont été créés dans de nombreux pays par le biais de campagnes visant à réduire la stigmatisation et la discrimination liées au VIH. Rien de tout cela n’aurait été possible sans une mobilisation forte de la communauté mondiale et des niveaux sans précédents de financements collectivement fournis par les donateurs, les gouvernements, le secteur privé, les organisations philanthropiques et les particuliers en vue de lutter contre le VIH.

Toutefois, l’écart entre les besoins d’investissement et les ressources disponibles se creuse à une époque marquée par des politiques d’austérité budgétaire. En 2009, première année pendant laquelle l’aide internationale n’a pas augmenté par rapport à son niveau de 2008, cet écart a représenté US\$ 10 milliards.

Dans la plupart des pays, la riposte au sida est financée par un montage complexe de fonds publics nationaux, d’aides multilatérales et bilatérales, de soutiens du secteur privé et d’organisations philanthropiques et de dons de particuliers. Dans de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire, les fonds nationaux constituent la plus importante source de financement de la lutte contre le VIH (52 %). Les gouvernements donateurs fournissent par ailleurs 42 % des ressources et le secteur philanthropique international 5 % (1).

On a constaté une corrélation importante entre les niveaux de financement internationaux et la répartition des épidémies. En d’autres termes, les fonds alloués par les donateurs pour lutter contre le VIH sont plus conséquents dans les pays où la prévalence du virus est élevée. Le partage des responsabilités a dans une large mesure reflété les capacités financières de chaque pays et l’ampleur des épidémies nationales.

La contribution des pays à revenu intermédiaire aux ressources allouées à leur riposte nationale au sida a proportionnellement été beaucoup plus importante. La part des dépenses des pays à revenu faible dans la riposte nationale au sida a été beaucoup plus limitée.

INDICE DES PRIORITÉS EN MATIÈRE D'INVESTISSEMENTS INTÉRIEURS

Ce nouvel indice des priorités en matière d'investissements intérieurs de l'ONUSIDA est destiné à évaluer l'ampleur de la priorité accordée aux investissements par les gouvernements pour soutenir leur riposte nationale au sida. L'indice est calculé en divisant le pourcentage des recettes publiques allouées par chaque pays à la riposte au sida par la prévalence du VIH dans la population. Une valeur élevée indique un degré de priorité élevé.

$$\text{Indice des priorités en matière d'investissements intérieurs} = \frac{\text{Dépenses publiques allouées à la riposte au sida}}{\text{Recettes publiques}} \times \frac{\text{Population nationale}}{\text{Personnes vivant avec le VIH}}$$

En moyenne, le pourcentage des recettes publiques allouées à la riposte au sida représentait un cinquième de la prévalence du VIH dans la population. Cinquante-cinq pays ont consacré à la riposte plus de 0,5 % des recettes publiques totales. Les données de 121 pays révèlent qu'un tiers des pays réalisent des investissements d'un montant proportionné à leurs recettes nationales et à leur part dans le poids de l'épidémie au niveau mondial. Parmi les 104 pays déclarant, le niveau médian de priorité est de 0,35.

Huit des 14 pays d'Afrique occidentale et centrale, et six des 16 pays d'Afrique orientale et australe semblent allouer moins de fonds à la riposte au sida que ce à quoi on pourrait s'attendre au vu du poids de la maladie et des ressources publiques. La Fédération de Russie et l'Ukraine, les deux pays d'Europe orientale et d'Asie centrale qui affichent la prévalence du VIH la plus élevée, engagent des niveaux de dépenses relativement faibles compte tenu du poids de la maladie et de leur capacité à financer la riposte. D'après l'indice des priorités en matière d'investissements intérieurs, les deux pays devraient fournir une contribution plus importante aux ressources nationales allouées à la riposte au sida (Figure 6.1). La Figure 6.2 montre comment les dépenses sont allouées à différents aspects de la riposte à l'épidémie.

Figure 6.1

**Indice des priorités en matière
d'investissements intérieurs pour les pays
dont la prévalence est la plus élevée**

	Année	Priorités en matière d'investis- sements intérieurs	Au-dessus ou au-dessous de la moyenne
Botswana	2008	0,31	●
Brésil	2008	0,80	●
Cameroun	2008	0,06	●
Chine	2009	0,69	●
Colombie	2009	0,52	●
Congo	2009	0,68	●
Côte d'Ivoire	2008	0,05	●
République démocratique du Congo	2008	0,28	●
Ghana	2008	0,10	●
Inde	2009	0,07	●
Indonésie	2008	0,29	●
Kenya	2009	0,33	●
Lesotho	2008	0,33	●
Malawi	2009	0,03	●
Mozambique	2008	0,03	●
Nigéria	2008	0,13	●
Fédération de Russie	2008	0,19	●
Afrique du Sud	2009	0,18	●
Thaïlande	2009	0,37	●
Ouganda	2008	0,72	●
Ukraine	2008	0,09	●
Viet Nam	2009	0,05	●
Zimbabwe	2009	0,04	●

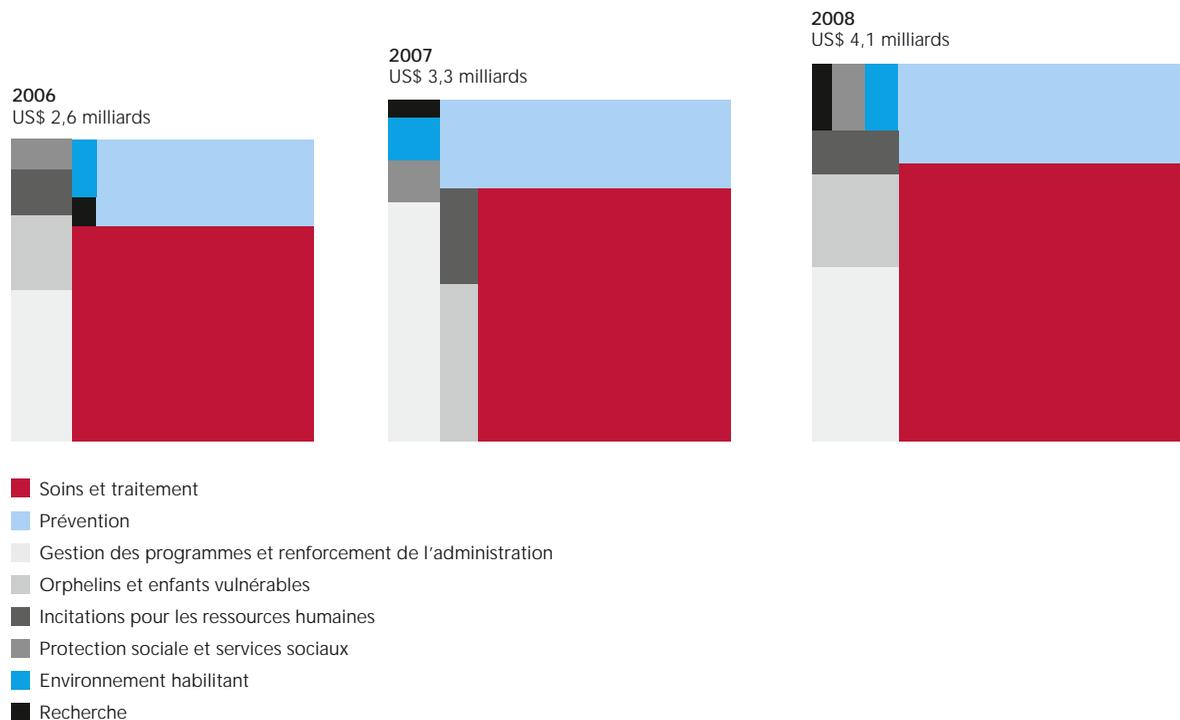
● Au-dessus de la moyenne ● Au-dessous de la moyenne

Figure 6.2

Dépenses allouées à la lutte contre le VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire

Dépenses allouées à la lutte contre le VIH en dollars courants des États-Unis par domaine programmatique dans 43 pays à revenu faible ou intermédiaire, 2006–2008.

Source : Rapports de progrès nationaux 2010.



La taille globale des carrés est proportionnelle au montant total dépensé chaque année.

Les investissements internationaux n'augmentent pas, les donateurs n'y apportant pas leur 'juste part'

Les décaissements réels des gouvernements donateurs au profit de la riposte au sida ont totalisé US\$ 7,6 milliards en 2009, soit un tout petit peu moins qu'en 2008 (US\$ 7,7 milliards). Ces décaissements incluent à la fois l'aide bilatérale (fonds directement versés par un pays donateur à un pays bénéficiaire) et les contributions à des organisations multilatérales, principalement par l'intermédiaire du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, et d'UNITAID (Figure 6.3). Ces ressources ont en majeure partie été adressées aux pays les plus durement touchés par l'épidémie. Les 20 premiers bénéficiaires de l'aide abritent 71 % des personnes vivant avec le VIH à travers le monde. Les pays à revenu faible ont reçu 78 % des fonds internationaux et 14 % de ceux-ci ont été versés à des pays à revenu intermédiaire inférieur.

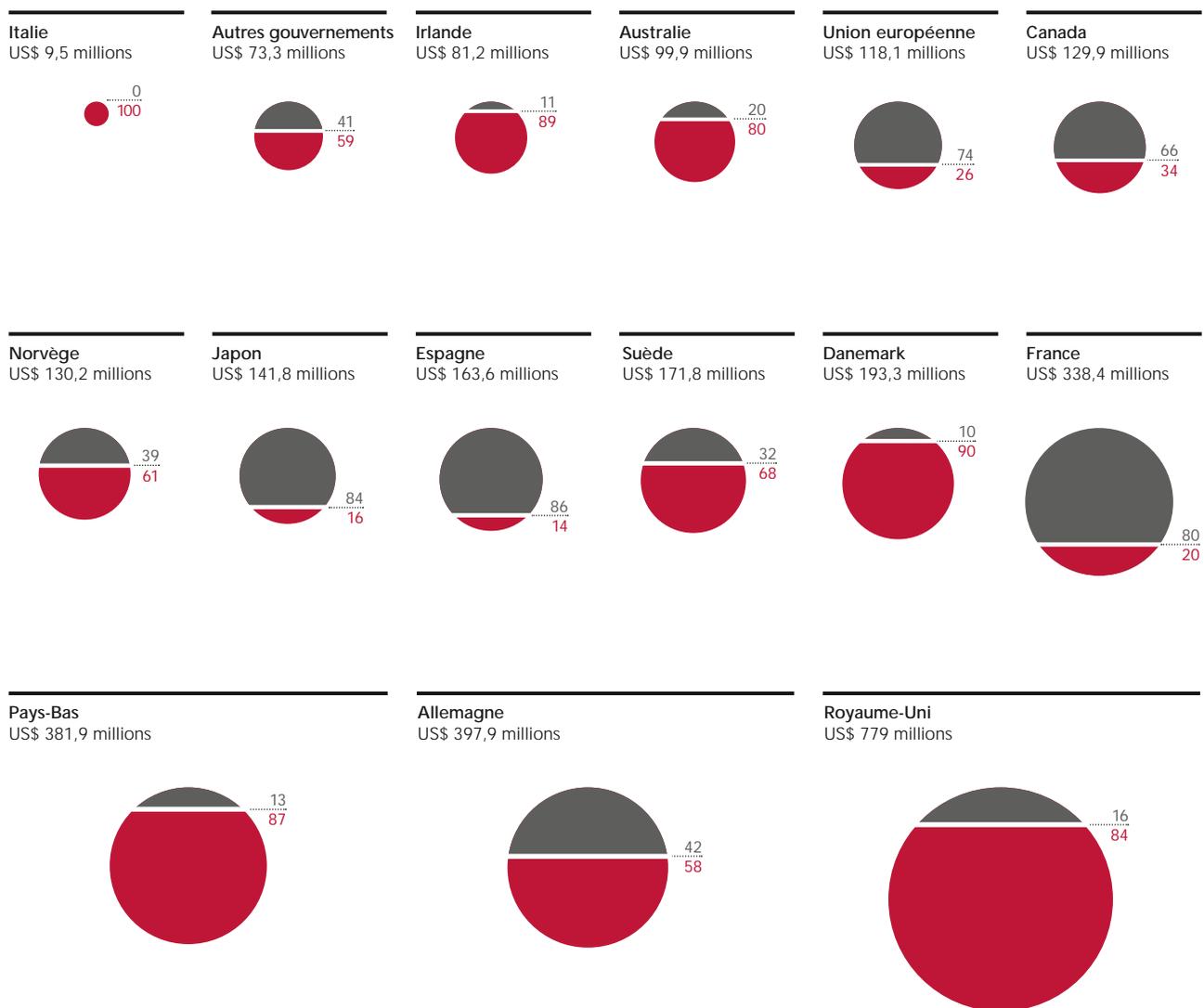
L'aide internationale est essentielle pour pérenniser la riposte au sida. Sur les 132 pays déclarant des dépenses liées au VIH par source de financement, 70 pays (53 %) comptent sur des fonds internationaux pour financer 50 % ou plus de leurs investissements dans ce domaine. En outre, pour la majorité des pays à revenu faible ou intermédiaire, augmenter les investissements intérieurs prioritaires aux

Figure 6.3

Circuits utilisés par les principaux pays donateurs pour décaisser les financements internationaux dédiés à la riposte au sida en 2009

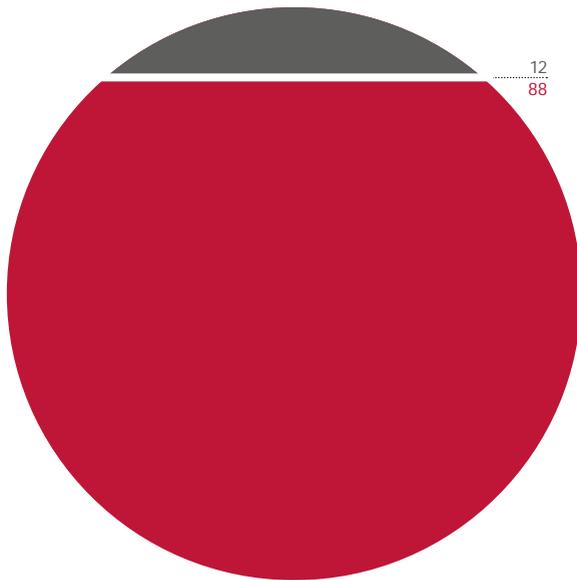
Source : Kates et al. 2010.

■ % de l'aide versée au Fonds mondial/à UNITAID
 ■ % de l'aide versée bilatéralement
 La taille du cercle est proportionnelle aux décaissements totaux.

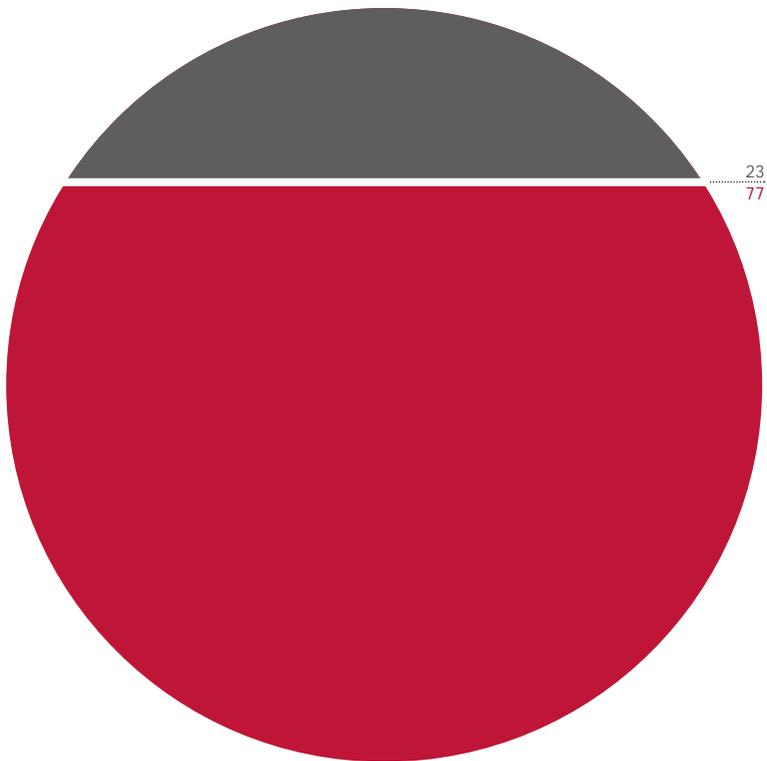


Les financements bilatéraux incluent les fonds multilatéraux affectés à des activités de lutte contre le VIH ; les financements multilatéraux incluent les contributions du Fonds mondial ajustées pour représenter l'estimation de la part consacrée au VIH établie sur la base de la répartition des subventions du Fonds mondial par maladie à ce jour (61 % pour le VIH) et les contributions UNITAID ajustées pour représenter l'estimation de la part consacrée au VIH établie sur la base de la répartition par maladie à ce jour (49 % pour le VIH).

États-Unis d'Amérique
US\$ 4,4 milliards



Total
US\$ 7,6 milliards



niveaux optimaux ne serait pas suffisant pour répondre aux besoins de la riposte au sida. Les États-Unis d'Amérique ont été le plus important donateur international, avec 58 % de l'ensemble des fonds décaissés par les gouvernements donateurs pour lutter contre le sida et 27 % des financements (toutes origines confondues) alloués à la riposte au sida (gouvernements donateurs, institutions multilatérales, dépenses publiques intérieures, dons du secteur privé et des particuliers). La contribution du Royaume-Uni a représenté 10 % du total des décaissements des gouvernements donateurs destinés à la lutte contre le sida, et l'Allemagne et les Pays-Bas ont chacun versé 5 % de ce total.

Circuits des financements internationaux

Les fonds bilatéraux demeurent la principale source des financements internationaux destinés à la riposte au sida pour les pays à revenu faible ou intermédiaire. Sur les US\$ 7,6 milliards mis à disposition par les gouvernements donateurs en 2009 pour lutter contre le sida, US\$ 5,9 milliards (77 %) ont été fournis au titre de l'aide bilatérale. Les États-Unis d'Amérique, plus important donateur, fournissent directement aux pays la plus grande partie de leurs ressources (88 %).

Toutefois, un pourcentage important (23 %) de l'ensemble de l'aide internationale est également mis à disposition par l'intermédiaire d'institutions multilatérales telles que le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, et UNITAID. Le Canada, l'Union européenne, la France, le Japon et l'Espagne ont chacun apporté plus des deux tiers de leur aide internationale liée au VIH par l'intermédiaire du Fonds mondial et d'UNITAID en 2009. Le Fonds mondial, qui est à l'origine de 72 % des décaissements des sources multilatérales, a été la principale source de financement de la riposte au sida dans 52 des 92 pays qui bénéficient de ses subventions.

Les donateurs n'apportent pas leur 'juste part' aux investissements internationaux de riposte contre le sida

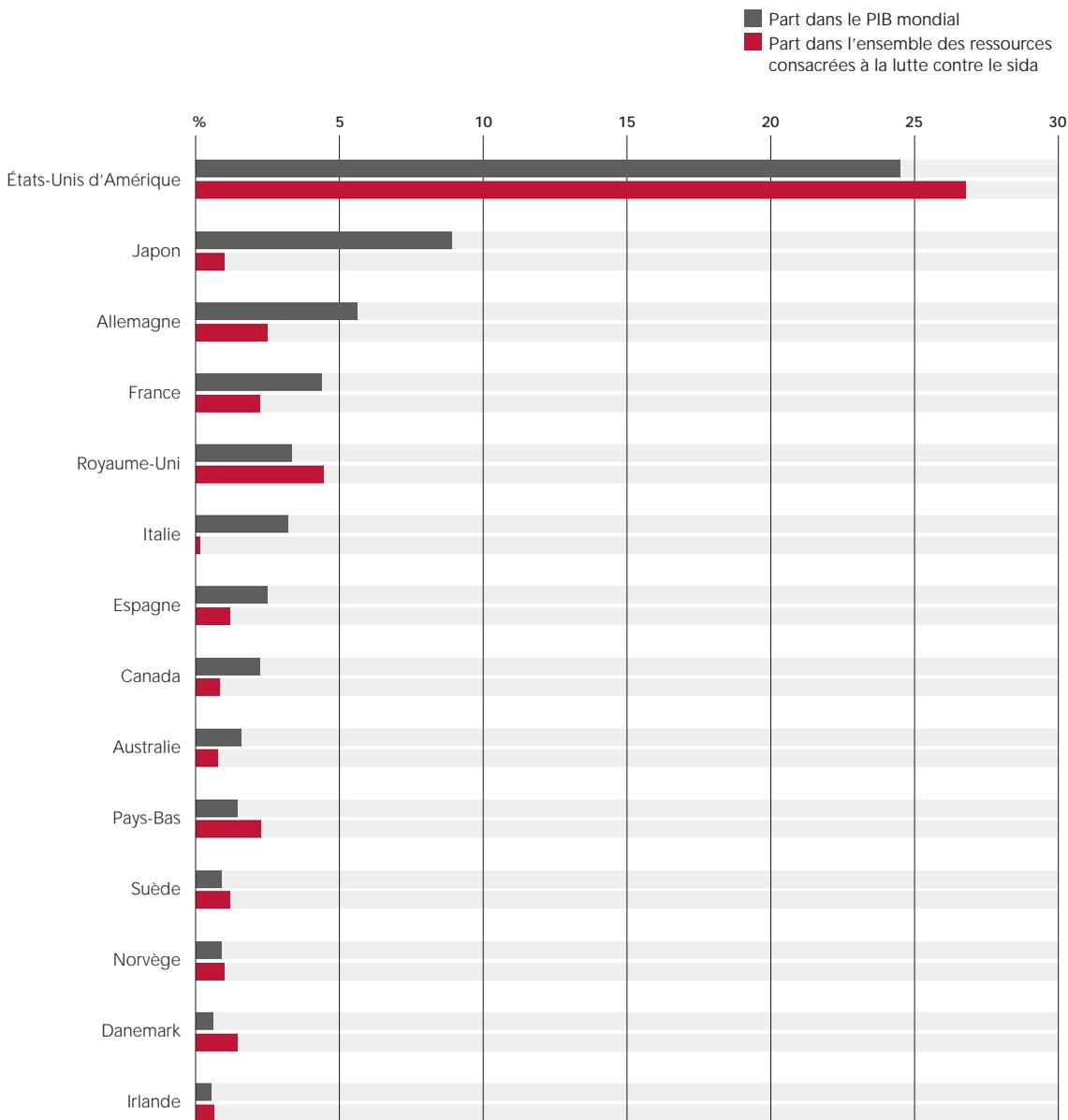
Pour savoir si la contribution d'un pays à la lutte contre le VIH représente la 'juste part' qu'il peut y consacrer, on peut évaluer les fonds qu'il alloue à la riposte au sida en pourcentage de son produit intérieur brut (PIB) (Figure 6.4). Certains donateurs versent moins en termes absolus que d'autres mais consacrent une part plus importante de leur PIB à l'aide internationale à la lutte contre le sida. La plupart des pays donateurs disposent du potentiel pour apporter beaucoup plus de ressources qu'ils ne le font actuellement.

Améliorer le rapport coût-efficacité peut aider à combler l'insuffisance des ressources

Les ressources disponibles pour la riposte au sida ont toujours été inférieures à ses besoins. Les programmes nationaux ont dû s'assurer que les choix programmatiques étaient efficaces et efficients afin d'avoir l'impact maximal pour éviter de nouvelles infections à VIH et des décès liés au sida. Les pays ont enregistré les meilleurs résultats lorsque les ressources sont adaptées en fonction des caractéristiques épidémiques et tiennent compte du concret comme, par exemple, les programmes de traitement qui utilisent les combinaisons de médicaments les plus efficaces et la circoncision comme composante prioritaire de prévention dans les épidémies généralisées. Dans de nombreux pays, les programmes promouvant l'abstinence ont reçu beaucoup plus de ressources que ceux visant à accroître l'utilisation du préservatif ou à réduire le nombre de partenaires. L'expérience concrète de la Zambie révèle que, sans la bonne combinaison d'interventions visant à faire changer les comportements, les progrès sont minimes.

Figure 6.4
Part des donateurs dans le PIB mondial et ensemble des ressources disponibles pour lutter contre le sida, 2009

Source : Kates J et al. 2010.



PIB = produit intérieur brut. Les financements bilatéraux incluent les fonds multilatéraux affectés à des activités de lutte contre le VIH, mais n'incluent pas la totalité des contributions du Fonds mondial ou d'UNITAID. Les contributions du Fonds mondial sont ajustées pour représenter l'estimation de la part consacrée au VIH établie sur la base de la répartition des subventions du Fonds mondial par maladie à ce jour (61 % pour le VIH). Les contributions UNITAID sont ajustées pour représenter l'estimation de la part consacrée au VIH établie sur la base de la répartition par maladie à ce jour (49 % pour le VIH). Les ressources disponibles sont estimées et représentent les montants décaissés à partir de toutes les sources.

Figure 6.5

Tendances des prix des traitements antirétroviraux couramment utilisés

Tendances des prix de quelques traitements antirétroviraux les plus couramment utilisés pour les patients adultes dans les pays à revenu faible, 2008-2010.

Source : Organisation mondiale de la Santé. Transaction prices for Antiretroviral Medicines and HIV Diagnostics from 2008 to March 2010. A summary report from the Global Price Reporting Mechanism. Genève, mai 2010.

■ 2008
■ 2009
■ 2010 (1^{er} trimestre)

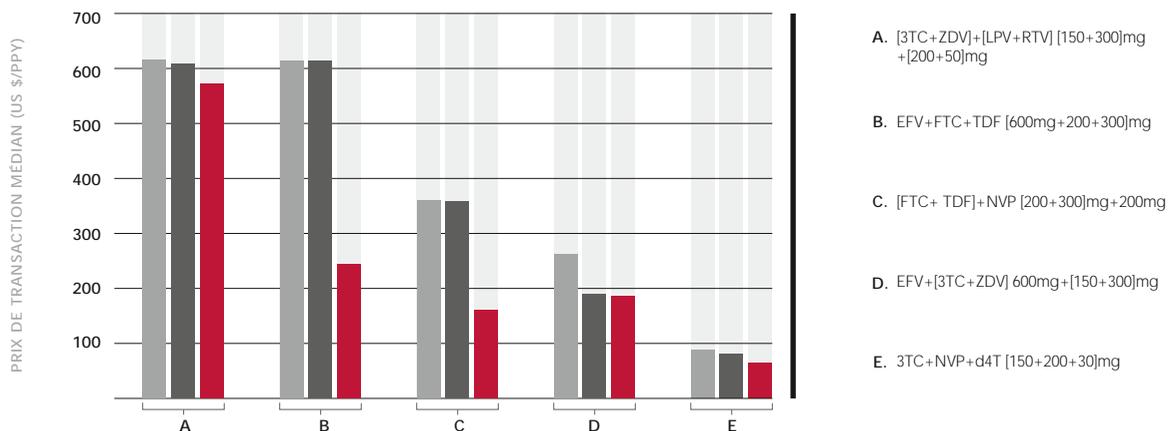
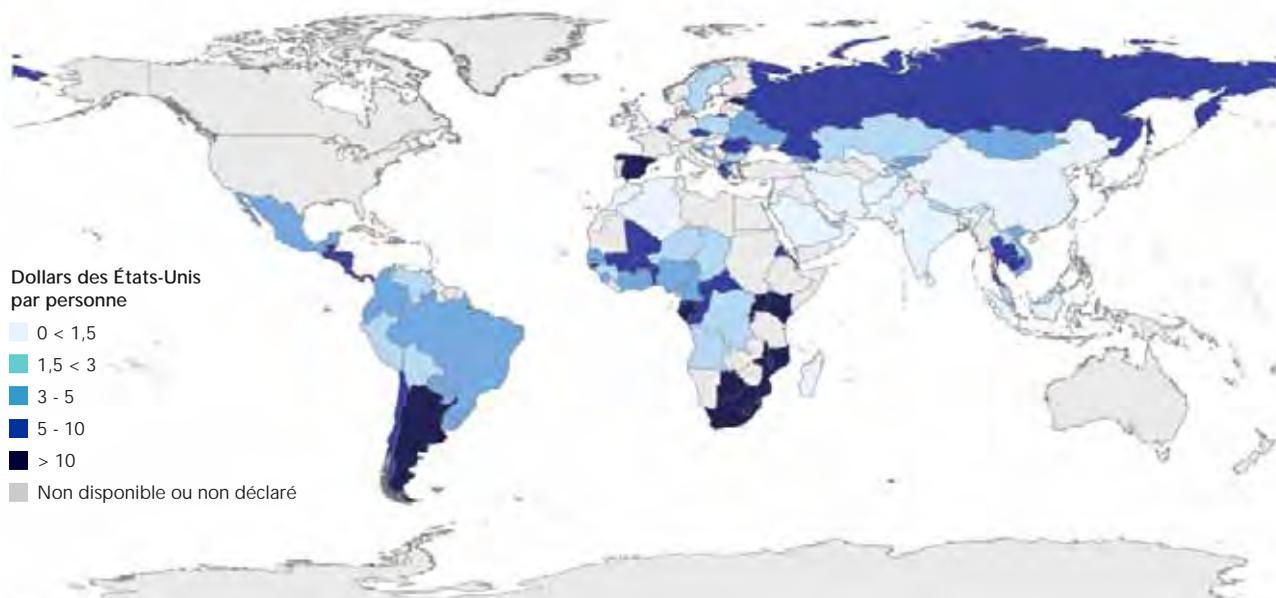


Figure 6.6

Dépenses intérieures et internationales allouées à la lutte contre le VIH par personne

Dépenses intérieures et internationales allouées à la lutte contre le VIH en dollars internationaux des États-Unis (parité de pouvoir d'achat) par personne et par pays, 2009 ou dernière année disponible.

Source : Rapports de progrès nationaux 2010.



L'utilisation de médicaments antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH semble avoir un coût de US\$ 34 par année de vie corrigée de l'incapacité sauvée ; toutefois, fournir un traitement complet aux femmes enceintes sauve la vie des mères et protège les nourrissons contre l'infection à VIH et le risque d'être orphelin.

On dispose également d'une marge de manœuvre pour innover en matière de promotion du rapport coût-efficacité. Le Malawi envisage de fournir à toutes les femmes enceintes séropositives un traitement antirétroviral complet (pour leur propre santé et pour prévenir la transmission verticale du VIH). Bien que cette stratégie risque d'être onéreuse au début, les avantages cumulés à long terme sont de meilleurs résultats en termes de prévention de la transmission mère-enfant, de réduction de la mortalité maternelle, de diminution du nombre d'orphelins et d'augmentation des taux de scolarisation.

Réduire le coût unitaire de l'approvisionnement ainsi que de la fourniture de services est un moyen d'obtenir un meilleur rapport qualité-prix. Actuellement, les coûts des traitements antirétroviraux représentent dans de nombreux cas une fraction de ce qu'ils étaient auparavant, grâce, essentiellement, à des gains d'efficacité au niveau de la fourniture des services et à des baisses des prix des biens (Figure 6.5). Le prix médian du traitement le plus couramment prescrit aux adultes est tombé à 0,17 dollar des États-Unis par jour environ. Les coûts de prévention ont aussi diminué. Stopper un cas unique d'infection parmi les nourrissons coûte aujourd'hui à peine 5 dollars contre des milliers il y a quelques années. Le coût des préservatifs a aussi été réduit à un niveau très bas de 0,04 dollar l'unité.

Les investissements au profit de la riposte au sida doivent être prévisibles et pérennes

Tout comme les ressources mises à la disposition de la lutte contre le VIH ont été accrues au cours de la dernière décennie, les dépenses de prévention, de traitement, de soins et d'appui en matière de VIH ont aussi augmenté. Globalement, les investissements consacrés à la riposte au sida ont progressé de 82 % entre 2006 et 2008. Les programmes de traitement et de soins ont bénéficié de 56 % des ressources disponibles totales et les programmes de prévention en ont reçu 20 %. Près de 71 pays sont dépendants de sources internationales pour financer plus de la moitié de leurs activités de prévention. À l'inverse, le coût des programmes de traitement et de soins semble en moyenne partagé à parts égales entre des sources nationales et internationales. Vingt-six pays ont cependant indiqué que près de 77 % (ou plus) de leurs dépenses de traitement et de soins étaient tributaires de sources de financement extérieures (Figure 6.6, Figure 6.7 et Figure 6.8).

À une époque où la demande d'accès universel à la prévention et au traitement augmente, le manque de ressources supplémentaires ralentit le rythme auquel on atteint des résultats au profit des personnes. Alors que les pays se démènent pour augmenter leurs investissements dans la riposte au sida, il est nécessaire de faire attention à améliorer la prévisibilité de la disponibilité des ressources à long terme. ■

Figure 6.7

Dépenses intérieures et internationales annuelles allouées à la lutte contre le VIH

Dépenses nationales publiques et internationales annuelles allouées à la lutte contre le VIH en dollars courants internationaux des États-Unis (parité de pouvoir d'achat), totales et par personne vivant avec le VIH, dans les 15 pays à revenu faible ou intermédiaire ayant les dépenses les plus élevées, 2009 ou dernière année disponible.

Source : Rapports de progrès nationaux 2010.

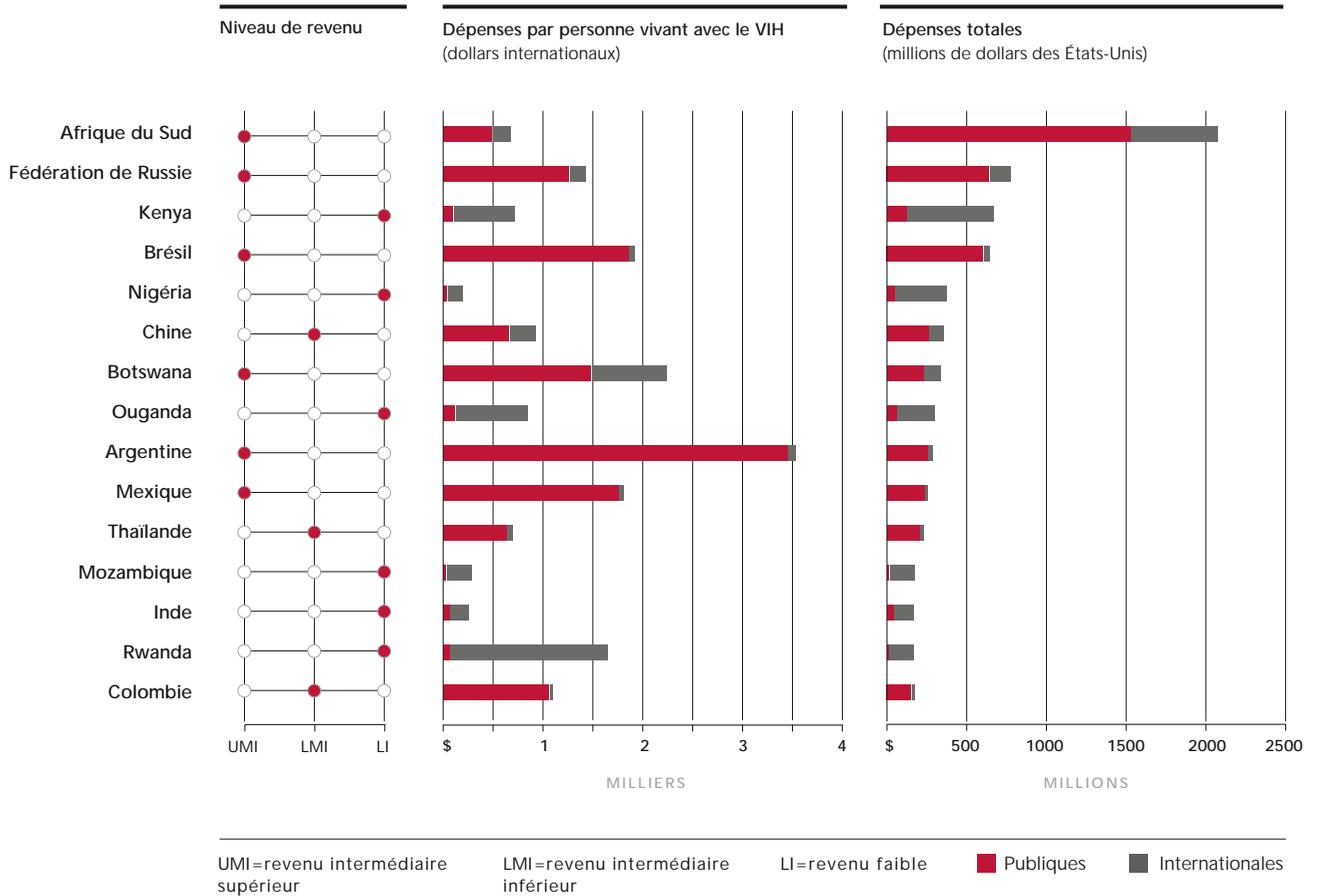
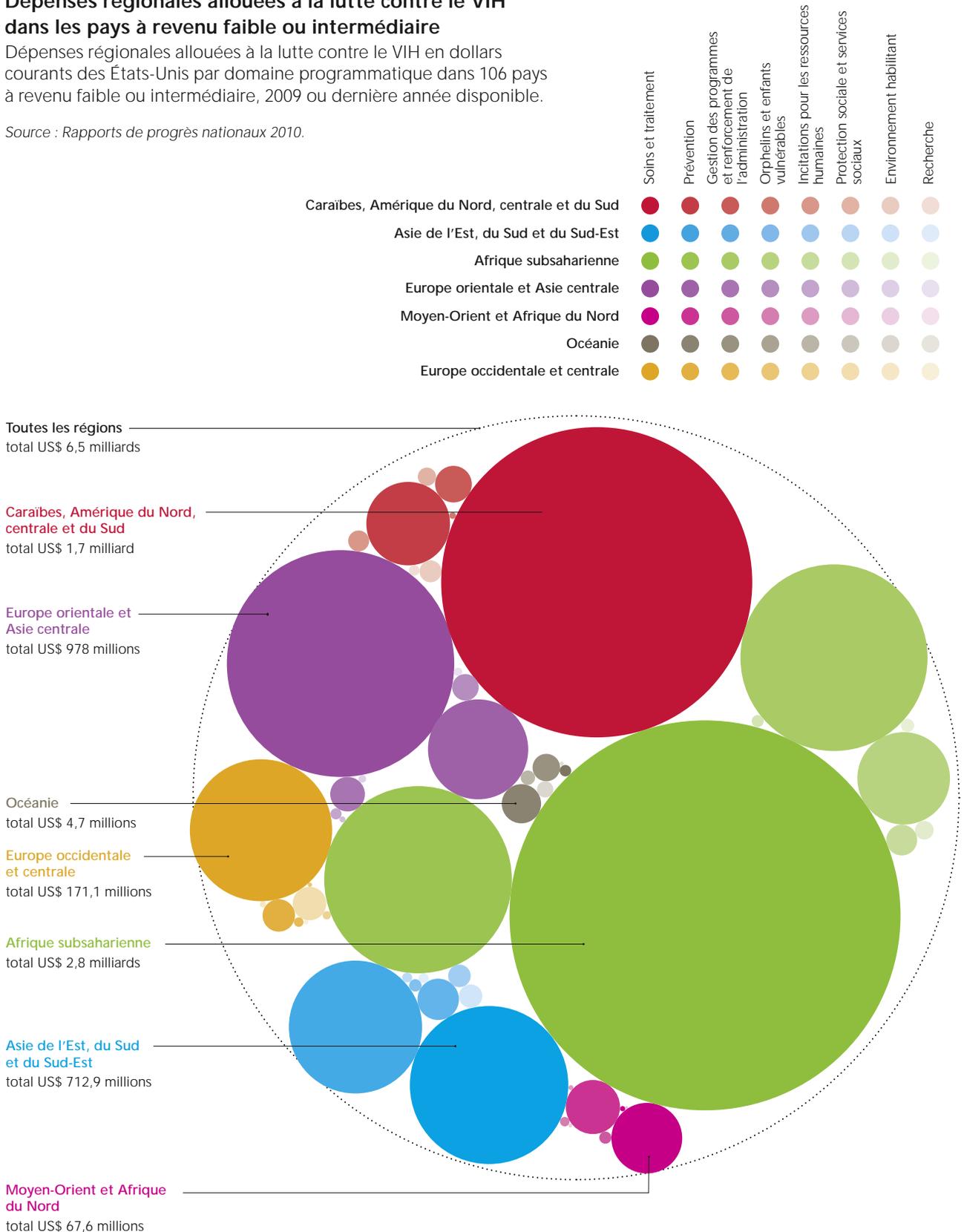


Figure 6.8

Dépenses régionales allouées à la lutte contre le VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire

Dépenses régionales allouées à la lutte contre le VIH en dollars courants des États-Unis par domaine programmatique dans 106 pays à revenu faible ou intermédiaire, 2009 ou dernière année disponible.

Source : Rapports de progrès nationaux 2010.





MESURES À PRENDRE

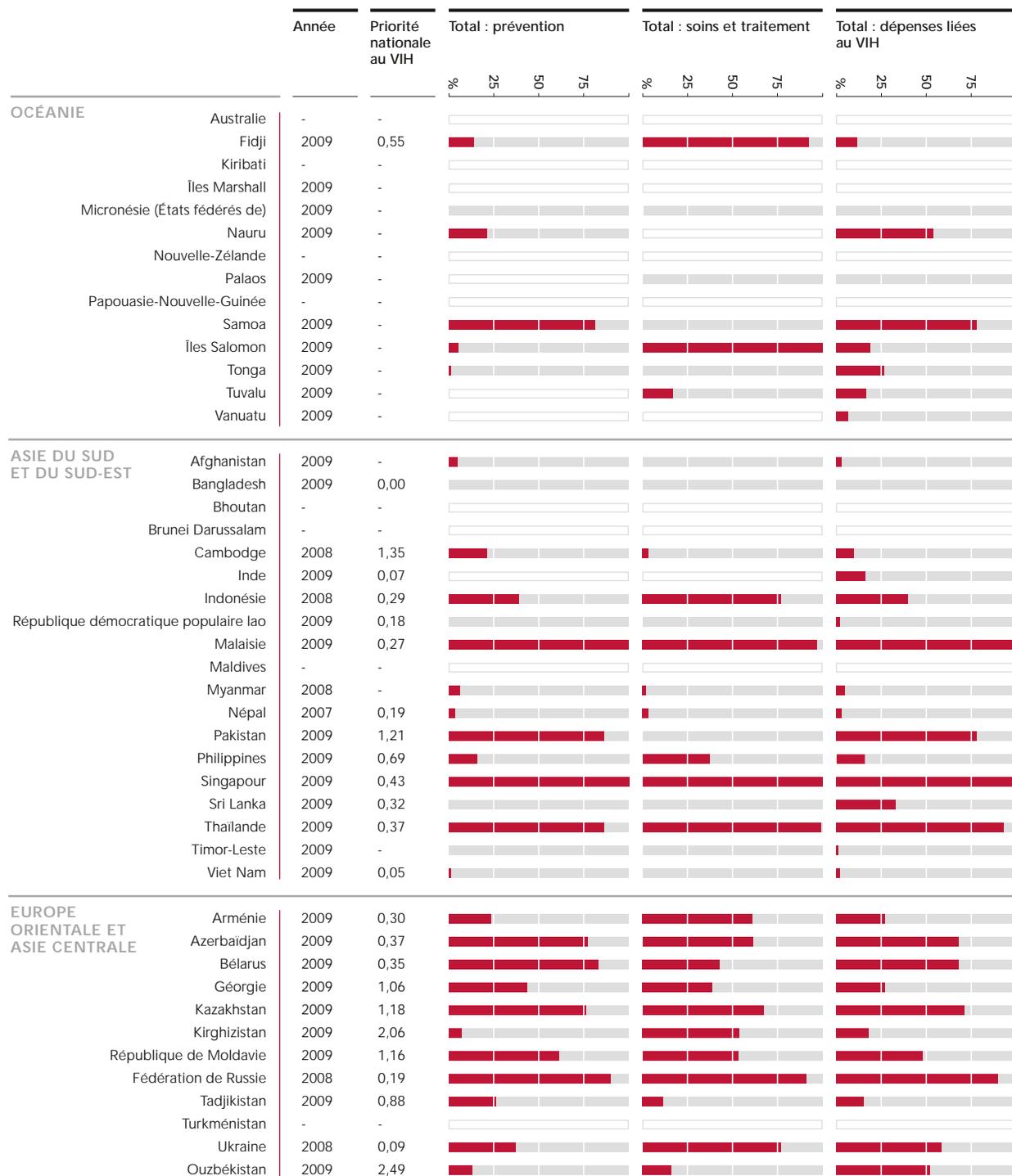
- La riposte au sida doit être totalement financée et cette responsabilité commune incombe aux gouvernements, aux pays donateurs, à la société civile et au secteur privé.
 - Les pays donateurs doivent continuer d'augmenter les montants qu'ils allouent à la riposte au sida.
 - Les pays qui peuvent accroître leurs investissements intérieurs doivent le faire pour accélérer les progrès en direction de l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en rapport avec le VIH.
 - Les ressources destinées aux programmes de lutte contre le sida doivent être prévisibles et les plans stratégiques nationaux réalistes.
 - Chaque programme national devrait fixer des priorités pour s'assurer que les ressources disponibles sont investies comme il convient dans des programmes présentant un bon rapport coût-efficacité.
 - Les investissements des donateurs doivent correspondre aux priorités nationales.
 - Les investissements doivent être éclairés par le concret et atteindre en premier les populations qui en ont le plus besoin de sorte à maximiser des performances respectueuses des normes en matière de droits de l'homme.
 - Les programmes de traitement du VIH devraient être élargis de toute urgence et utiliser des combinaisons optimales de médicaments de qualité supérieure et moins toxiques qui réduisent la mortalité sur le long terme.
 - Les investissements de prévention du VIH présentent un bon rapport coût-efficacité lorsqu'ils incluent des approches combinées qui maximisent les synergies plutôt que des interventions isolées.
-

FEUILLE DE RÉSULTATS : INVESTIR DANS LA LUTTE CONTRE LE VIH

■ Financements publics
■ Financements internationaux
□ Données non disponibles

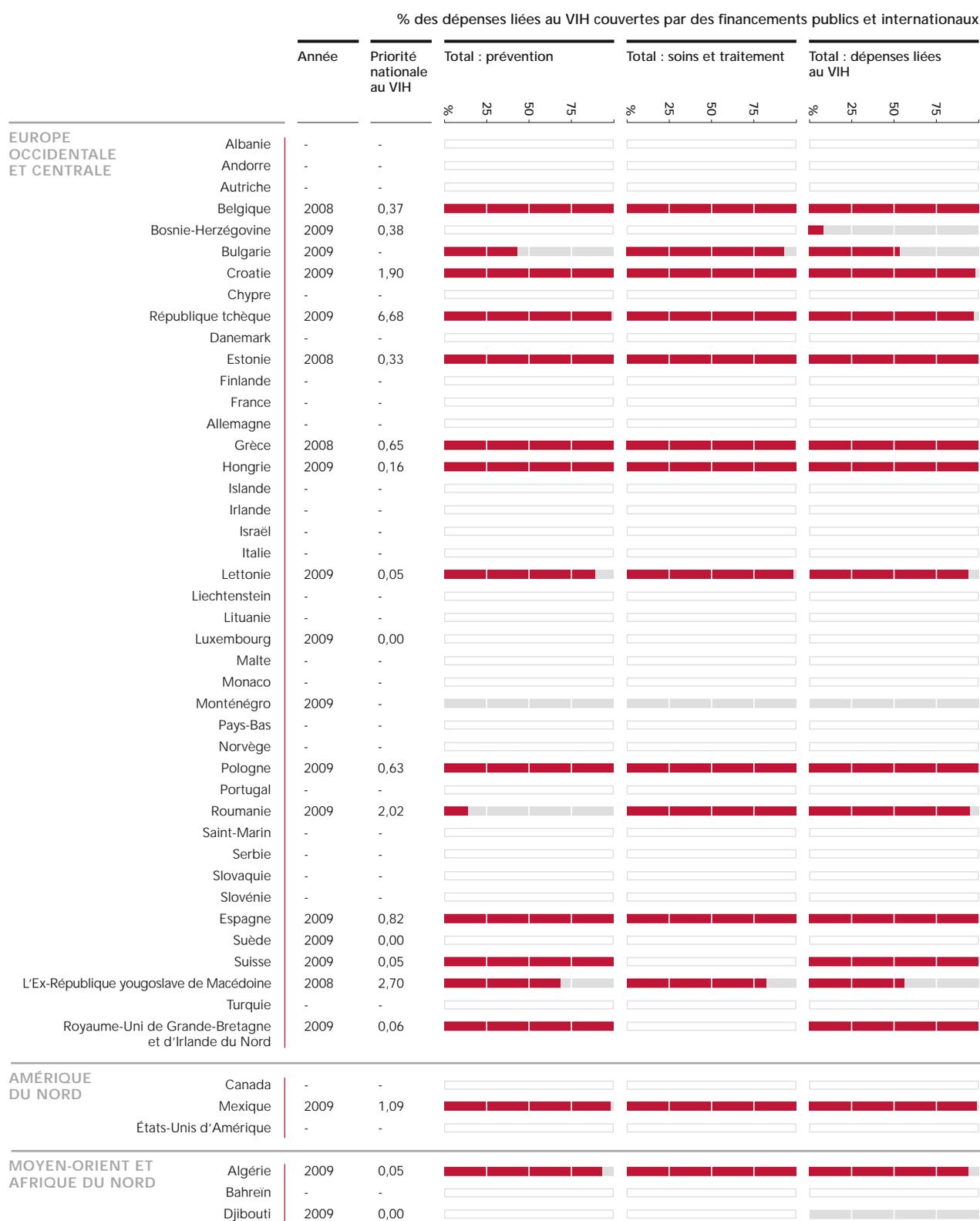


% des dépenses liées au VIH couvertes par des financements publics et internationaux



FEUILLE DE RÉSULTATS : INVESTIR DANS LA LUTTE CONTRE LE VIH

■ Financements publics
■ Financements internationaux
□ Données non disponibles



% des dépenses liées au VIH couvertes par des financements publics et internationaux



Chapitre 1

1. Demographic and Health Surveys [site Internet]. Calverton, MD, MEASURE DHS, ICF Macro, 2010 (<http://www.measuredhs.com>, consulté le 17 octobre 2010).
2. Division de la population [site Internet]. New York, Division de la population, Département des affaires économiques et sociales, Organisation des Nations Unies, 2010 (<http://www.un.org/esa/population>, consulté le 17 octobre 2010).
3. OMS, UNICEF et ONUSIDA. *Vers un accès universel: étendre les interventions prioritaires liées au VIH/sida dans le secteur de la santé. Rapport de situation 2010. (en anglais seulement)* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010 (<http://www.who.int/hiv/pub/2010progressreport/report/en/index.html>, consulté le 17 octobre 2010).

Chapitre 2

1. Gregson S *et al.* HIV decline in Zimbabwe due to reductions in risky sex? Evidence from a comprehensive epidemiological review. *International Journal of Epidemiology*, 2010, doi:10.1093/ije/dyq055.
2. Gregson S *et al.* HIV decline associated with behavior change in eastern Zimbabwe. *Science*, 2006, 311:664–666.
3. Shisana O *et al.* *South African National HIV Prevalence, Incidence, Behaviour and Communication Survey, 2008: the health of our children*. Le Cap, HSRC Press, 2010.
4. Rehle T *et al.* Trends in HIV prevalence, incidence, and risk behaviors among children, youth, and adults in South Africa, 2002 to 2008. *17th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, San Francisco, Californie, États-Unis d'Amérique, 16-19 février 2010* (Abstract 37; <http://retroconference.org/2010/Abstracts/37244.htm>, consulté le 17 octobre 2010).
5. Hallett TB *et al.* Estimates of HIV incidence from household-based prevalence surveys. *AIDS*, 2010, 24:147–152.
6. *Sentinel surveillance of HIV and AIDS in Kenya 2006*. Nairobi, National AIDS Control Council, National AIDS/STI Control Programme, 2007.
7. *Rapport de surveillance de l'infection par le VIH et de la syphilis au Bénin*. Porto-Novo, Ministère de la Santé, Bénin, 2008.
8. Every Death Counts Writing Group. Every death counts: use of mortality audit data for decision making to save the lives of mothers, babies, and children in South Africa. *Lancet*, 2008, 371:1294–1304.
9. OMS, UNICEF et ONUSIDA. *Vers un accès universel: étendre les interventions prioritaires liées au VIH/sida dans le secteur de la santé. Rapport de situation 2010. (en anglais seulement)* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010 (<http://www.who.int/hiv/pub/2010progressreport/report/en/index.html>, consulté le 17 octobre 2010).
10. Stover J *et al.* Estimated HIV trends and program effects in Botswana. *PLoS ONE*, 2008, 3:e3729.
11. National AIDS Coordinating Agency, Botswana. *Progress report of the national response to the 2001 Declaration of Commitment on HIV and AIDS: Botswana country report 2010*. Gaborone, Ministère de la Santé, 2010.
12. Jahn A *et al.* Population-level effect of HIV on adult mortality and early evidence of reversal after introduction of antiretroviral therapy in Malawi. *Lancet*, 2008, 371:1603–1611.
13. Antiretroviral Treatment in Lower Income Countries (ART-LINC) Collaboration [site Internet]. Berne, ART-LINC, 2010 (<http://www.art-linc.org>, consulté le 17 octobre 2010).
14. Anand A *et al.* Knowledge of HIV status, sexual risk behaviours and contraceptive need among people living with HIV in Kenya and Malawi. *AIDS*, 23:1565–1573, 2009.

15. Cleland J *et al.* Monitoring sexual behaviour in general populations: a synthesis of lessons of the past decade. *Sexually Transmitted Infections*, 2004, 80 (Suppl. 2):ii1–ii7.
16. Magaret A. Regional differences in prevalence of HIV-1 discordance in Africa and enrolment of HIV-1 discordant couples into an HIV-1 prevention trial. *PLoS ONE*, 2008, 3:e1411.
17. Kristin L *et al.* New heterosexually transmitted HIV infections in married or cohabiting couples in urban Zambia and Rwanda: an analysis of survey and clinical data. *Lancet*, 2008, 371:2183–2191.
18. Mngadi S *et al.* *Swaziland: HIV prevention response and modes of transmission analysis*. Mbabane, National Emergency Response Council on HIV/AIDS, 2009.
19. Khobotlo M *et al.* *Lesotho: HIV prevention response and modes of transmission analysis*. Maseru, Lesotho National AIDS Commission, 2009.
20. Gelmon L *et al.* *Kenya: HIV prevention response and modes of transmission analysis*. Nairobi, Kenya National AIDS Control Council, 2009.
21. Wabwire-Mangen F *et al.* *Uganda: HIV modes of transmission and prevention response analysis*. Kampala, Uganda National AIDS Commission, 2009.
22. Smith AD *et al.* Men who have sex with men and HIV/AIDS in sub-Saharan Africa. *Lancet*, 2009, 374:416–422.
23. Lowndes CM *et al.* *West Africa HIV/AIDS epidemiology and response synthesis: implications for prevention*. Washington, DC, Banque mondiale, 2008.
24. Asiimwe A, Koleros A, Chapman J. *Understanding the dynamics of the HIV epidemic in Rwanda: modeling the expected distribution of new HIV infections by exposure group*. Kigali, National AIDS Control Commission, MEASURE Evaluation, 2009.
25. Ndiaye HD *et al.* Surprisingly high prevalence of subtype C and specific HIV-1 subtype/CRF distribution in men having sex with men in Senegal. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2009, 52:249–252.
26. Beyrer C *et al.* Sexual concurrency, bisexual practices, and HIV among Southern African men who have sex with men. *Sexually Transmitted Infections*, 2010, 86:323–327.
27. Nnaji I *et al.* Sexual practices of MSM in Nigeria and interest in microbicides. *Microbicides: Building Bridges in HIV Prevention, Pittsburgh, Pennsylvania, 22–25 mai 2010* (Abstract 156).
28. Baral S *et al.* HIV prevalence, risks for HIV infection, and human rights among men who have sex with men (MSM) in Malawi, Namibia, and Botswana. *PLoS ONE*, 2009, 4:e4997.
29. Ministère fédéral de la Santé. *HIV/STI integrated biological and behavioral surveillance survey (IBBSS) 2007*. Abuja, République fédérale du Nigéria, 2007.
30. Lane T *et al.* High HIV prevalence among men who have sex with men in Soweto, South Africa: results from the Soweto men's study. *AIDS and Behavior*, 2009, DOI:10.1007/s10461-009-9598-y.
31. Parry C *et al.* Rapid assessment of drug-related HIV risk among men who have sex with men in three South African cities. *Drug and Alcohol Dependence*, 2008, 95:45–53.
32. Sanders EJ *et al.* Establishing a high risk HIV-negative cohort in Kilifi, Kenya. *AIDS Vaccine 06, Amsterdam, Pays-Bas, 29 août – 1er septembre 2006* (<http://www.intmedpress.com/serveFile.cfm?sUID=247babfc-305d-4a0c-94b1-e4120ca23160>, consulté le 17 octobre 2010).
33. Sanders EJ *et al.* HIV-1 infection in high risk men who have sex with men in Mombasa, Kenya. *AIDS*, 2007, 21:2513–2520.
34. Wade AS *et al.* HIV infection and sexually transmitted infections among men who have sex with men in Senegal. *AIDS*, 2005, 19:2133–2140.
35. Sulliman F, Ameerberg SAG. *Mauritius Epidemiology Network on Drug Use report: January–June 2004*. Port Louis, Mauritius Epidemiology Network on Drug Use, 2004.
36. Odek-Ogunde M *et al.* Seroprevalence of HIV, HBC and HCV in injecting drug users in Nairobi, Kenya: World Health Organization Drug Injecting Study Phase II findings. *XVe Conférence internationale sur le sida, Bangkok, Thaïlande, 11-16 juillet 2004* (Abstract WePeC6001; <http://gateway.nlm.nih.gov/MeetingAbstracts/ma?f=102283927.html>, consulté le 17 octobre 2010).

37. Dahoma MJU *et al.* HIV and substance abuse: the dual epidemics challenging Zanzibar. *African Journal of Drug and Alcohol Studies*, 2006, 5:129–138.
38. Mathers BM *et al.* Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet*, 2008, 372:1733–1745.
39. Punyacharoensin N, Viwatwongkasem C. Trends in three decades of HIV/AIDS epidemic in Thailand by nonparametric backcalculation method. *AIDS*, 2009, 2:1143–1152.
40. Wang L *et al.* The 2007 estimates for people at risk for and living with HIV in China: progress and challenges. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2009, 50:414–418.
41. *Country report on the follow-up to the Declaration of Commitment on HIV/AIDS*. Jakarta, National AIDS Commission, Indonésie, 2008.
42. National AIDS Control Organisation. *UNGASS country progress report 2008: India*. New Delhi, Ministère de la Santé et de la Protection familiale, 2008.
43. Ramesh BM *et al.* Determinants of HIV prevalence among female sex workers in four south Indian states: analysis of cross-sectional surveys in twenty-three districts. *AIDS*, 2008, 22(Suppl. 5):S35–S44.
44. Moses S *et al.* Impact of an intensive HIV prevention programme for female sex workers on HIV prevalence among antenatal clinic attenders in Karnataka State, South India. *AIDS*, 2008, 22(Suppl. 5): S101–S108.
45. Bokhari A *et al.* HIV risk in Karachi and Lahore, Pakistan: an emerging epidemic in injecting and commercial sex networks. *International Journal of STD and AIDS*, 2007, 18:486–492.
46. National AIDS Prevention and Alleviation Committee. *UNGASS country progress report – Thailand*. Nonthaburi, Thaïlande, Ministère de la Santé publique, 2008.
47. *Monitoring the impact of project community's action for AIDS prevention and control in Dien Bien, Quang Tri, An Giang, Kien Giang and Dong Thap Provinces*. Hanoi, Viet Nam Commission for Population, 2005.
48. *HIV/AIDS estimates and projections 2005–2010*. Hanoi, General Department of Preventive Medicine and HIV/AIDS Control, Ministère de la Santé, Viet Nam, 2005.
49. Tran TN *et al.* HIV prevalence and factors associated with HIV infection among male injecting drug users under 30: a cross-sectional study in Long An, Viet Nam. *BMC Public Health*, 2006, 6:248.
50. National AIDS Programme. *Report of the HIV sentinel sero-surveillance survey 2008 – Myanmar*. Yangon, Gouvernement du Myanmar, 2009.
51. Sheridan S *et al.* HIV prevalence and risk behaviour among men who have sex with men in Vientiane Capital, Lao People's Democratic Republic, 2007. *AIDS*, 2009, 23:409–414.
52. Brahmam GNV *et al.* Sexual practices, HIV and sexually transmitted infections among self-identified men who have sex with men in four high HIV prevalence states in India. *AIDS*, 2008, 22(Suppl. 5):S45–S57.
53. Solomon SS *et al.* High prevalence of HIV, STI and unprotected anal intercourse among men who have sex with men and men who have sex with men and women in Tamil Nadu, India. *16th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Montréal, Canada, 8-11 février 2009* (oral presentation 171LB; http://img.thebody.com/confs/croi2009/posters/171LB_Solomon_slides.pdf, consulté le 17 octobre 2010).
54. van Griensven J *et al.* Trends in HIV prevalence, estimated HIV incidence, and risk behavior among men who have sex with men in Bangkok, Thailand, 2003–2007. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2010, 53:234–239.
55. Wimonasate W *et al.* Successful start of a preparatory HIV cohort study among men who have sex with men (MSM) in Bangkok, Thailand: Preliminary baseline, follow-up and HIV incidence data. *XVIIe Conférence internationale sur le sida, Mexico, Mexique, 3-8 août 2008* (Abstract MOAC0105; <http://www.aids2008.or/Pag/PSession.aspx?s=246>, consulté le 17 octobre 2010).
56. Ruan S *et al.* Rising HIV prevalence among married and unmarried men who have sex with men: Jinan, China. *AIDS and Behavior*, 2009, 13:671–676.

57. Guo H *et al.* Rapidly increasing prevalence of HIV and syphilis and HIV-1 subtype characterization among men who have sex with men in Jiangsu, China. *Sexually Transmitted Diseases*, 2009, 36:120–125.
58. Ma X *et al.* Trends in prevalence of HIV, syphilis, hepatitis C, hepatitis B, and sexual risk behavior among men who have sex with men: results of 3 consecutive respondent-driven sampling surveys in Beijing, 2004 through 2006. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2007, 45:581–587.
59. Li A *et al.* Sexual behavior and risk factors for HIV infection among homosexual and bisexual men in Thailand. *AIDS and Behavior*, 2009, 13:318–327.
60. Kruglov YV *et al.* The most severe HIV epidemic in Europe: Ukraine's national HIV prevalence estimates for 2007. *Sexually Transmitted Infections*, 2008, 84(Suppl. 1):i37–i41.
61. EuroHIV. *HIV/AIDS surveillance in Europe: end-year report 2006, No. 75*. Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire, 2007.
62. *HIV infection in Ukraine in 2007*. Kiev, National AIDS Prevention Centre & Ministère de la Santé, 2008 (Information Bulletin No. 29).
63. Dolan K *et al.* HIV in prison in low-income and middle-income countries. *Lancet Infectious Diseases*, 2007, 7:32–41.
64. *Rapport sur l'épidémie mondiale de sida 2008*. Genève, ONUSIDA, 2008 (<http://www.unaids.org/fr/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/default.asp>, consulté le 17 octobre 2010).
65. Des Jarlais DC *et al.* HIV among injecting drug users: current epidemiology, biologic markers, respondent-driven sampling, and supervised-injection facilities. *Current Opinions in HIV and AIDS*, 2009, 4:308–313.
66. EuroHIV. *HIV/AIDS surveillance in Europe: end-year report 2005, No. 73*. Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire, 2006.
67. van de Laar MJ *et al.* HIV/AIDS surveillance in Europe: update 2007. *Eurosurveillance*, 2008, 13(50):pii=19066.
68. *L'épidémie cachée de VIH chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes en Europe orientale et en Asie centrale*. Genève, ONUSIDA, 2009 (http://www.unaids.org/fr/KnowledgeCentre/Resources/FeatureStories/archive/2009/20090126_MSMUkraine.asp, consulté le 17 octobre 2010).
69. Baral S *et al.* Elevated risk for HIV infection among men who have sex with men in low- and middle-income countries 2000–2006: a systematic review. *PLoS Medicine*, 2007, 4:e339.
70. Van Griensven F *et al.* The global epidemic of HIV infection among men who have sex with men. *Current Opinions in HIV and AIDS*, 2009, 4:300–307.
71. Gaillard EM, Eustache L. *Estimation de la séroprévalence du VIH en Haïti en 2007 selon le milieu de résidence urbain et rural pour chacun des 10 départements*. Washington, DC, Agence des États-Unis pour le développement international, 2007.
72. *República Dominicana: encuesta demográfica y de salud 2007 (ENDESA 2007): resultados básicos*. Saint-Domingue, Centro de Estudios Sociales y Demográficos et Macro Internacional Inc, 2008.
73. Figueroa JP. The HIV epidemic in the Caribbean: meeting the challenges of achieving universal access to prevention, treatment and care. *West Indian Medical Journal*, 2008, 57:195–203.
74. *CAREC annual report 2007*. Port of Spain, Centre d'épidémiologie des Caraïbes, 2007.
75. *Resultados Preliminares de las Estimaciones de VIH/SIDA Nacionales de la República Dominicana 2006*. Saint-Domingue, Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de República Dominicana, 2007.
76. *Encuestas de vigilancia del comportamiento sobre VIH/ SIDA/ ITS en RSX y HSH del Área V de Salud*. Saint-Domingue, Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de República Dominicana, 2005.
77. National HIV Programme. *Country progress report to the Secretary General of the United Nations on the United Nations General Assembly Special Session*. Jamaïque, Ministère de la Santé, 2008.

78. Presidential Commission on HIV and AIDS. *UNGASS country progress report: Republic of Guyana*. Georgetown, Gouvernement du Guyana, 2008 (http://data.unaids.org/pub/Report/2008/guyana_2008_country_progress_report_en.pdf, consulté le 17 octobre 2010).
79. Ottosson D. *State-sponsored homophobia: a world survey of laws prohibiting same sex activity between consenting adults*. Bruxelles, International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association, 2008.
80. de Arazoza H *et al.* The HIV/AIDS epidemic in Cuba: description and tentative explanation of its low HIV prevalence. *BMC Infectious Diseases*, 2007, 7:130.
81. Halperin DT *et al.* Understanding the HIV epidemic in the Dominican Republic: a prevention success story in the Caribbean? *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2009, 51(Suppl. 1):S52–S59.
82. United States Centers for Disease Control and Prevention. Incidence and diagnoses of HIV infection – Puerto Rico, 2006. *MMWR – Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2009, 58:589–591.
83. *Estudio de seroprevalencia del virus de inmunodeficiencia humana, sífilis y comportamiento en hombres que tienen sexo con hombres en la gran áreas metropolitana de Costa Rica*. San José, Ministère de la Santé du Costa Rica, 2009.
84. Soto RJ *et al.* Sentinel surveillance of sexually transmitted infections/HIV and risk behaviors in vulnerable populations in 5 Central American countries. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2007, 46:101–111.
85. Sanchez J *et al.* High HIV and ulcerative transmitted infection incidence estimates among men who have sex with men in Peru: awaiting an effective preventive intervention. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2009, 51(Suppl. 1):S47–S51.
86. Barrientos JE *et al.* HIV prevalence, AIDS knowledge, and condom use among female sex workers in Santiago, Chile. *Cadernos de Saúde Pública*, 2007, 23:1777–1784.
87. *Estudio TRaC de VIH/SIDA entre trabajadoras sexuales femeninas en San Salvador, Santa Ana, San Miguel, Sonsonate y San Vicente*. Guatemala, Population Services International, 2008.
88. Sabidó M *et al.* The UALE project: decline in the incidence of HIV and sexually transmitted infections and increase in the use of condoms among sex workers in Guatemala. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2009, 51(Suppl. 1):S35–S41.
89. Coelho HC *et al.* HIV prevalence and risk factors in a Brazilian penitentiary. *Cadernos de Saúde Pública*, 2007, 23:2197–2204.
90. *Epidemiological surveillance report*. Buenos Aires, National AIDS Program, Argentine, 2005.
91. Alarcón Villaverde JO. *Modos de transmisión del VIH en América Latina: resultados de la aplicación del modelo*. Washington, DC, Organisation panaméricaine de la santé, 2009.
92. ANRS, Inserm et Ined. *Premiers résultats de l'enquête CSF – Contexte de la Sexualité en France*. Paris, Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (ANRS), 2007.
93. Semaille C *et al.* Recently acquired HIV infection in men who have sex with men (MSM) in France, 2003–2008. *Eurosurveillance*, 2009, 14(48):pii=19425.
94. Bezemer D *et al.* A resurgent HIV-1 epidemic among men who have sex with men in the era of potent antiretroviral therapy. *AIDS*, 2008, 22:1071–1077.
95. Likatavicius G *et al.* An increase in newly diagnosed HIV cases reported among men who have sex with men in Europe, 2000–2006: implications for a European public health strategy. *Sexually Transmitted Infections*, 2008, 84:499–505.
96. Lattimore S *et al.* Situation of HIV infections and STIs in the United Kingdom in 2007. *Eurosurveillance*, 2008, 13(49):pii=1909.
97. Sullivan PS *et al.* Re-emergence of the HIV epidemic among men who have sex with men in North America, Western Europe, and Australia, 1996–2005. *Annals of Epidemiology*, 2009, 19:423–431.
98. Hall HI *et al.* Estimation of HIV incidence in the United States. *Journal of the American Medical Association*, 2008, 300:520–529.

99. *Summary: estimate of HIV prevalence and incidence in Canada, 2008*. Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, 2009.
100. Folch C *et al.* Sexual risk behaviour and its determinants among men who have sex with men in Catalonia, Spain. *Eurosurveillance*, 2009, 14(47):pii=19415.
101. Cowan SA, Haff J. HIV and risk behaviour among men who have sex with men in Denmark – the 2006 Sex Life Survey. *Eurosurveillance*, 2008, 13(48):pii=19050.
102. Jansen I *et al.* Increasing trend in HIV-1 incidence among young men who have sex with men in Amsterdam: a 25-year prospective cohort study. *17th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, San Francisco, Californie, États-Unis d'Amérique, 16-19 février 2010* (Abstract 35; <http://retroconference.org/2010/Abstracts/37331.htm>, consulté le 17 octobre 2010).
103. Hall HI *et al.* Estimating the lifetime risk of a diagnosis of the HIV infection in 33 states, 2004–2005. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2008, 49:294–297.
104. Patterson TL *et al.* Prevalence and correlates of HIV infection among female sex workers in 2 Mexico-US border cities. *Journal of Infectious Diseases*, 2008, 197:728–732.
105. Strathdee SA *et al.* Individual, social, and environmental influences associated with HIV infection among injection drug users in Tijuana, Mexico. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2008, 47:369–376.
106. Brouwer KC *et al.* Estimated numbers of men and women infected with HIV/AIDS in Tijuana, Mexico. *Journal of Urban Health*, 2006, 83:299–307.
107. van den Broek IVF *et al.* *Sexually transmitted infections, including HIV, in the Netherlands in 2007*. Bilthoven, Pays-Bas, National Institute for Public Health and the Environment, 2008.
108. *On Monitoring of the United Nations General Assembly Special Session on HIV and AIDS: Islamic Republic of Iran country report*. Téhéran, National AIDS Committee Secretariat, Ministère de la Santé et de la Formation médicale, 2010 (http://data.unaids.org/pub/Report/2010/iran_2010_country_progress_report_en.pdf, consulté le 17 octobre 2010).
109. Kheirandish P *et al.* Prevalence and correlates of hepatitis C infection among male injection drug users in detention, Tehran, Iran. *Journal of Urban Health*, 2009, 86:902–908.
110. Parviz A. Scaling up HIV/AIDS prevention and care in Iranian prisons [presentation PowerPoint]. *Réunion du Comité consultatif technique et stratégique sur le VIH/SIDA de l'Organisation mondiale de la Santé, 20 octobre 2005*.
111. Zamani S *et al.* High prevalence of HIV infection associated with incarceration among community-based drug users in Tehran, Iran. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2006, 42:342–346.
112. OMS, UNICEF et ONUSIDA. *Vers un accès universel: étendre les interventions prioritaires liées au VIH/sida dans le secteur de la santé. Rapport de situation 2009*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010 (<http://www.who.int/hiv/pub/2009progressreport/fr/index.html>, consulté le 17 octobre 2010).
113. Shawky W *et al.* HIV surveillance and epidemic profile in the Middle East and North Africa. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2009, 51(Suppl. 1):S83–S95.
114. Abu-Raddad LJ *et al.* *Characterizing the HIV/AIDS epidemic in the Middle East and North Africa: time for strategic action*. Washington, DC, Banque mondiale, 2010.
115. Coghlan B *et al.* *HIV in the Pacific: 1984–2007*. Melbourne, Australie, Burnet Institute, 2009.
116. Guy RJ *et al.* HIV diagnoses in Australia: diverging epidemics within a low-prevalence country. *Australian Health Review*, 2007, 187:437–440.
117. *HIV/AIDS, viral hepatitis and sexually transmissible infections in Australia. Annual surveillance report 2009*. Sydney, Australie, National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research, University of New South Wales, 2009.
118. *The 2007 estimation report on the HIV epidemic in Papua-New Guinea*. Port Moresby, National AIDS Council and National Department of Health, 2008 (http://www.nacs.org.pg/resources/documents/The_2007_Estimation_Report_on_the_HIV_Epidemic_in_PNG.pdf, consulté le 17 octobre 2010).

Chapitre 3

1. International Group on Analysis of Trends in HIV Prevalence. Trends in HIV prevalence and sexual behaviour among young people aged 15–24 years in countries most affected by HIV. *Sexually Transmitted Infections*, (sous presse).
2. ONUSIDA/Banque mondiale. *New HIV infections by mode of transmission in West Africa: a multi-country analysis*. Dakar, Sénégal, Équipe d'appui de l'ONUSIDA pour l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique centrale, 2010.
3. *Kenya HIV prevention response and modes of transmission analysis*. Nairobi, Kenya National AIDS Control Council, 2009.
4. Colvin M *et al.* *Analysis of HIV prevention response and modes of HIV transmission: the UNAIDS-GAMET supported synthesis process*. Sunninghill, Équipe d'appui de l'ONUSIDA pour l'Afrique de l'Est et l'Afrique australe, 2009 (http://www.unaidsrstea.org/files/MoT_0.pdf, consulté le 17 octobre 2010).
5. Commission on AIDS in Asia. *Redefining AIDS in Asia: crafting an effective response*. New Delhi, Oxford University Press, 2008.
6. Central Statistical Office, Ministère de la Santé, Tropical Diseases Research Centre, University of Zambia, et Macro International Inc. *Zambia Demographic and Health Survey 2007*. Calverton, MD, CSO et Macro International Inc., 2009.
7. Central Statistical Office, Ministère de la Santé et MEASURE Evaluation. *Zambia Sexual Behaviour Survey 2000*. Lusaka, Central Statistical Office et MEASURE Evaluation, 2002.
8. Central Statistical Office, Ministère de la Santé et MEASURE Evaluation. *Zambia Sexual Behaviour Survey 2003*. Lusaka, Central Statistical Office et MEASURE Evaluation, 2004.
9. Central Statistical Office, Ministère de la Santé et MEASURE Evaluation. *Zambia Sexual Behaviour Survey 2005*. Lusaka, Central Statistical Office et MEASURE Evaluation, 2006.
10. Central Statistical Office, Ministère de la Santé, University of Zambia et MEASURE Evaluation. *Zambia Sexual Behaviour Survey 2009*. Lusaka, Central Statistical Office et MEASURE Evaluation, 2010.
11. Rapports UNGASS 2010 des progrès dans les pays [site Internet]. (*en anglais seulement*) Genève, ONUSIDA, 2010 (<http://www.unaids.org/fr/KnowledgeCentre/HIVData/CountryProgress/2010CountryProgressAllCountries.asp>, consulté le 17 octobre 2010).
12. Mathers B *et al.* Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet*, 2008, 372:1733–1745.
13. Secretariat to the Reference Group to the United Nations on HIV and Injecting Drug Use. *Women who inject drugs: a review of their risks, experience and needs*. Sydney, National Drug and Alcohol Research Centre, University of New South Wales, Australie, (sous presse).
14. Mahy M *et al.* A proxy measure for HIV incidence among populations at increased risk to HIV. *Journal of HIV/AIDS Surveillance and Epidemiology*, 2010, 2:8.
15. *Bi-weekly OST monitoring report*. Kiev, Ukrainian Institute of Public Health Policy, 2009.
16. OMS, UNODC et ONUSIDA. *Guide technique destiné aux pays pour la définition des objectifs nationaux pour l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH/sida*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009 (<http://www.who.int/hiv/pub/idu/targetsetting/fr/index.html>, consulté le 17 octobre 2010).
17. Mathers B *et al.* HIV prevention, treatment and care for people who inject drugs: a systematic review of global, regional and national coverage. *Lancet*, 2010, 375:1014–1028.
18. *The Global Forum on MSM and HIV (MSMGF) Civil Society Consultation: MSM and Transgender Values and Preferences Regarding HIV- and STI-related Services*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, (sous presse).
19. *Avahan—the India AIDS initiative: fact sheet*. Seattle, Global Health Program, Fondation Bill et Melinda Gates, 2009.

20. Moses S *et al.* Increased condom use and decreased HIV/STI prevalence among female sex workers following a targeted prevention program in Karnataka, South India. *XVIIIe Conférence internationale sur le sida, Vienne, Autriche, 18-23 juillet 2010* (<http://pag.aids2010.org/Session.aspzs=439>, consulté le 17 octobre 2010).
21. Strathdee SA *et al.* HIV and risk environment for people who inject drugs: the past, present, and future. *Lancet*, 2010, 376:268–284.
22. Maticka-Tyndale E, Wildish J, Gichuru M. Thirty-month quasi-experimental evaluation follow-up of a national primary school HIV intervention in Kenya. *Sex Education: Sexuality, Society and Learning*, 2010, 10:113–130.
23. Leclerc-Madlala S. *Intergenerational/age-disparate sex: policy and programme action brief*. Technical Meeting on Young Women in HIV Hyper-endemic Countries in Southern Africa. Sunninghill, Équipe d'appui de l'ONUSIDA pour l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique centrale, 2008 (http://www.unaidsrstea.org/userfiles/file/womenGirls_AgeDisparate.pdf, consulté le 17 octobre 2010).
24. Baird S *et al.* *The short-term impacts of a schooling conditional cash transfer programme on the sexual behavior of young women*. Washington, DC, Banque mondiale, 2009 (Policy Research Working Paper 5089).
25. *A cash transfer program reduces HIV infections among adolescent girls*. Washington, DC, Banque mondiale, 2010 (<http://siteresources.worldbank.org/DEC/Resources/HIVExeSummary%28Malawi%29.pdf>, consulté le 17 octobre 2010).
26. aids2031 Social Drivers Working Group. *Revolutionizing the AIDS response: building AIDS resilient communities*. Worcester, MA, International Development, Community and Environment, Clark University et Centre international de recherche sur les femmes, 2010.
27. Weiser SD *et al.* Food insufficiency is associated with high risk sexual behaviour among women in Botswana and Swaziland. *PLoS Medicine*, 2007:1576–1577.
28. Miller CL *et al.* Food insecurity and sexual risk in an HIV endemic community in Uganda. *AIDS Behavior*, 2010 (DOI:10.1007/s10461-0109693-0).
29. Oyefara JL. Food insecurity, HIV/AIDS pandemic and sexual behaviour of female commercial sex workers in Lagos metropolis, Nigeria. *SAHARA J: Journal of Social Aspects of HIV/AIDS Research Alliance*, 2007, 4:626–635.
30. Frega R *et al.* Food insecurity in the context of HIV and AIDS 2031. International Development, Community and Environment (IDCE), Clark University et Centre international de recherche sur les femmes, 2010.
31. OMS, UNICEF et ONUSIDA. *Vers un accès universel: étendre les interventions prioritaires liées au VIH/sida dans le secteur de la santé. Rapport de situation 2010. (en anglais seulement)* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010 (<http://www.who.int/hiv/pub/2010progressreport/report/en/index.html>, consulté le 17 octobre 2010).
32. Indicateurs des objectifs du Millénaire pour le développement [base de données]. New York, Division de statistique de l'Organisation des Nations Unies, 2010 (<http://unstats.un.org/unsd/mdg>, consulté le 17 octobre 2010).
33. Meeting reports and presentations [site Internet]. Durham, NC, Clearinghouse on Male Circumcision for HIV Prevention, 2010 (http://www.malecircumcision.org/publications/meeting_reports.html, consulté le 17 octobre 2010).
34. Abdool Karim Q. Effectiveness and safety of tenofovir gel, an antiretroviral microbicide, for the prevention of HIV infection in women. *Science*, 2010, 329:1168–1174.
35. Cohen M. HIV treatment as prevention: to be or not to be? *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2010, 55:137–138.

Chapitre 4

1. OMS, UNICEF et ONUSIDA. *Vers un accès universel: étendre les interventions prioritaires liées au VIH/sida dans le secteur de la santé. Rapport de situation 2010. (en anglais seulement)* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010 (<http://www.who.int/hiv/pub/2010progressreport/report/en/index.html>, consulté le 17 octobre 2010).
2. *Antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents: recommendations for a public health approach. 2010 revision.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010 (<http://www.who.int/hiv/pub/arv/adult2010/en/index.html>, consulté le 17 octobre 2010).
3. *Rapport 2010 sur la lutte contre la tuberculose dans le monde : Épidémiologie, stratégie, financement. (en anglais seulement)* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010 (<http://www.who.int/tb/fr/index.html>, consulté le 17 octobre 2010).
4. De Wit JBF, Ellard J. *Qualitative analysis of 2010 UNGASS country progress reports.* Sydney, National Centre in HIV Social Research, University of New South Wales, 2010.
5. *Migrant health: access to HIV prevention, treatment and care for migrant populations in EU/EEA countries.* Stockholm, Centre européen de prévention et de contrôle des maladies, 2009 (http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/0907_TER_Migrant_health_HIV_Access_to_treatment.pdf, consulté le 17 octobre 2010).
6. *Rapports UNGASS 2010 des progrès dans les pays [site Internet]. (en anglais seulement)* Genève, ONUSIDA, 2010 (<http://www.unaids.org/fr/KnowledgeCentre/HIVData/CountryProgress/2010CountryProgressAllCountries.asp>, consulté le 17 octobre 2010).
7. Mathers B *et al.* HIV prevention, treatment and care for people who inject drugs: a systematic review of global, regional and national coverage. *Lancet*, 2010, 375:1014–1028.
8. *Rapport sur la santé dans le monde 2006 – Travailler ensemble pour la santé.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006 (<http://www.who.int/whr/fr/index.html>, consulté le 17 octobre 2010).
9. Callaghan M, Ford N, Schneider H. A systematic review of task-shifting for HIV treatment and care in Africa. *Human Resources for Health*, 2010, 8:8.
10. Wood R *et al.* Nurse management is not inferior to doctor management of ARV patients: the CIPRA South Africa randomized trial. *5th IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention, Le Cap, Afrique du Sud, 19-22 juillet 2009 (Abstract LBPED03; http://www.ias2009.org/pag/Abstracts.aspx?AID=3822*, consulté le 17 octobre 2010).
11. Shumbusho F *et al.* Task shifting for scale-up of HIV care: evaluation of nurse-centered antiretroviral treatment at rural health centers in Rwanda. *PLoS Medicine*, 2009, 6:e1000163.
12. Gimbel-Sherr K *et al.* Task shifting to mid-level clinical health providers: an evaluation of quality of ART provided by técnicos de medicina and physicians in Mozambique. *XVIIe Conférence internationale sur le sida, Mexico, Mexique, 3-8 août 2008 (Abstract WEAX0105; http://www.aids2008.org/pag/Abstracts.aspx?SID=321&AID=12944*, consulté le 17 octobre 2010).
13. Shulman D *et al.* Task-shifting in the pharmacy: a framework for expanding and strengthening services in rural Malawi. *5th IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention, Le Cap, Afrique du Sud, 19-22 juillet 2009 (Abstract CDD094; http://www.ias2009.org/pag/Abstracts.aspx?AID=3370*, consulté le 17 octobre 2010).
14. Van Rie A *et al.* A nurse-centered primary health care model for HIV care of patients with active tuberculosis: antiretroviral treatment initiation decision making. *5th IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention, Le Cap, Afrique du Sud, 19-22 juillet 2009 (Abstract TUPED133; http://www.ias2009.org/pag/Abstracts.aspx?AID=3253*, consulté le 17 octobre 2010).
15. Badri M, Wilson D, Wood R. Effect of highly active antiretroviral therapy on incidence of tuberculosis in South Africa: a cohort study. *Lancet*, 2002, 359:2059–2064.
16. Golub J *et al.* The impact of antiretroviral therapy and isoniazid preventive therapy on tuberculosis incidence in HIV-infected patients in Rio de Janeiro, Brazil. *AIDS*, 2007, 21:1441–1448.

17. Girardi E *et al.* Incidence of tuberculosis among HIV-infected patients receiving highly active antiretroviral therapy in Europe and North America. *Clinical and Infectious Diseases*, 2005, 41:1772–1782.
18. Lugada E *et al.* Rapid implementation of an integrated large scale HIV testing and counseling malaria and diarrhea prevention campaign in rural Kenya. *PLoS One*, 2010, 5(8).

Chapitre 5

1. PNUD, ONUSIDA et Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. *Human rights programmes in Global Fund-supported HIV responses in Rounds 6 and 7*. New York, Programme des Nations Unies pour le développement, (sous presse).
2. *People living with HIV Stigma Index study China*. Beijing, Institute of Social Development Research, China Central Party School.
3. *Índice de Estigma de personas que viven con VIG e SIDA en Paraguay*. Asunción, Fundación Vencer, et New York, Fonds des Nations Unies pour la population, 2009.
4. *People living with HIV Stigma Index study Rwanda*. Kigali, AVVAIS, CNLS, RRP+ et ONUSIDA, 2009.
5. *Give Stigma the Index Finger! People living with HIV Stigma Index study Scotland*. Londres, Fédération internationale pour la planification familiale, 2009.
6. Délégation des ONG du CCP. *26ème Réunion du Conseil de Coordination du Programme de l'ONUSIDA, Genève, Suisse, 22–24 juin 2010 – Rapport du représentant des ONG du CCP*. Genève, ONUSIDA, 2010 (http://data.unaids.org/pub/BaseDocument/2010/20100427_ngo_report_final_fr.pdf, consulté le 17 octobre 2010).
7. Rapports UNGASS 2010 des progrès dans les pays [site Internet]. (*en anglais seulement*) Genève, ONUSIDA, 2010 (<http://www.unaids.org/fr/KnowledgeCentre/HIVData/CountryProgress/2010CountryProgressAllCountries.asp>, consulté le 17 octobre 2010).
8. *Qualitative analysis of UNGASS 2010 country progress reports*. Sydney, University of New South Wales, 2010.
9. Reding A. *Sexual orientation and human rights in the Americas*. New York, World Policy Institute, 2003.
10. Johnson CA. *Off the map: how HIV/AIDS programming is failing same-sex practicing people in Africa*. New York, International Gay and Lesbian Human Rights Commission, 2007.
11. *Violence on the basis of sexual orientation, gender identity and gender expression against non-heteronormative women in Asia*. New York, International Gay and Lesbian Human Rights Commission, 2010.
12. *Observatorio Ciudadano desde la Sociedad Civil para el Monitoreo sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS Honduras 2010*. Toronto, Réseau international d'organisations d'entraide et de lutte contre le sida, 2010 (http://www.icaso.org/resources/shadow2010_Honduras_2010_UNGASS_ShadowReport.pdf, consulté le 17 octobre 2010).
13. *GIPA Report Card: pilot phase report, Kenya, India, Lesotho, Trinidad and Tobago*. Amsterdam, Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH/sida, 2008.
14. Grover A. *Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Anand Grover*. Genève, Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, 2010 (<http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/14session/A.HRC.14.20.pdf>, consulté le 17 octobre 2010).
15. Ottosson D. *State-sponsored homophobia—a world survey of laws prohibiting same sex activities between consenting adults*. Bruxelles, International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association, 2010.
16. 2009 country reports on human rights practices [site Internet]. Washington, DC, Département d'État (États-Unis), 2010 (<http://www.state.gov/g/drl/rls/hrrpt/2009/index.htm>, consulté le 17 octobre 2010).

17. *Le droit au service de la riposte au VIH – Un aperçu des lois qui facilitent ou empêchent l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien liés au VIH*. Genève, ONUSIDA, 2010 (http://data.unaids.org/pub/BaseDocument/2010/20100728_hr_poster_fr.pdf, consulté le 17 octobre 2010).
18. *Cartographie des restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence des personnes vivant avec le VIH*. Genève, ONUSIDA, 2009.
19. Global Database on HIV-specific Travel and Residence Restrictions [base de données en ligne]. Bruxelles, German AIDS Federation, Groupe européen pour le traitement du sida et Société internationale du sida, 2010 (<http://www.hivtravel.org>, consulté le 17 octobre 2010).
20. Senior K. HIV, human rights, and men who have sex with men. *Lancet Infectious Diseases*, 2010, 10:448–449.
21. Blankenship KM, Koester S. Criminal law, policing policy, and HIV risk in female street sex workers and injection drug users. *Journal of Law and Medical Ethics*, 2002, 30:548–559.
22. *Sex work, HIV/AIDS, and human rights in central and eastern Europe and central Asia*. Vilnius, Eurasian Harm Reduction Network, 2005.
23. *Drugs, punitive laws, policies, and policing practices, and HIV/AIDS: a briefing paper*. New York, Human Rights Watch et International Harm Reduction Association, 2009 (<http://www.hrw.org/en/news/2009/11/30/drugs-punitive-laws-policies-and-policing-practices-and-hiv>, consulté le 17 octobre 2010).
24. Jürgens R *et al.* People who use drugs, HIV, and human rights. *Lancet*, 2010, 376:475–485.
25. Déclaration politique sur le VIH/sida. Genève, ONUSIDA, 2001 (<http://www.unaids.org/fr/AboutUNAIDS/Goals/2006Declaration/default.asp>, consulté le 17 octobre 2010).
26. *The global criminalization scan report 2010: documenting trends, presenting evidence*. Amsterdam, Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH/sida, 2010 (http://www.gnpplus.net/images/stories/Rights_and_stigma/2010_Global_Criminalisation_Scan.pdf, consulté le 17 octobre 2010).
27. Greig A *et al.* Gender and AIDS: time to act. *AIDS*, 2008, 22(Suppl. 2):S35–S43.
28. Gay J *et al.* *What works for women and girls: evidence for HIV/AIDS interventions*. New York, Open Society Institute, 2010.
29. *Agenda pour une action accélérée au niveau des pays en faveur des femmes, des filles et de l'égalité des sexes et du VIH – Plan d'opérations pour le Cadre d'action de l'ONUSIDA sur les femmes, les filles, l'égalité des sexes et le VIH*. Genève, ONUSIDA, 2010 (http://data.unaids.org/pub/Report/2010/jc1794_action_framework_gender_equality_fr.pdf, consulté le 17 octobre 2010).
30. Smith AD *et al.* Men who have sex with men and HIV/AIDS in sub-Saharan Africa. *Lancet*, 2009, 374:416–422.
31. Beyer C *et al.* Bisexual concurrency, bisexual partnerships, and HIV among southern African men who have sex with men. *Sexually Transmitted Infections*, 2010, 86:323–327.
32. White R, Carr R. Homosexuality and HIV/AIDS stigma in Jamaica. *Culture, Health and Society*, 2005, 7:347–359.
33. da Silva D *et al.* *Study about vulnerability and risk to HIV infection among men who have sex with men in Maputo city*. Maputo, Lambda—Mozambican Association for Sexual Minority Rights, Population Services Mozambique, Pathfinder International, Fonds des Nations Unies pour la population, 2010 (http://www.lambda.org.mz/attachments/589_StudyHSH2.pdf, consulté le 17 octobre 2010).
34. *HIV transmission in intimate partner relationships in Asia*. Genève, ONUSIDA, 2009 (http://data.unaids.org/pub/report/2009/intimate_partners_report_en.pdf, consulté le 17 octobre 2010).
35. Gouws E *et al.* The epidemiology of HIV infection among young people aged 15–24 years in southern Africa. *AIDS*, 2008, 22(Suppl. 4):S5–S16.
36. De Walque D. Sero-discordant couples in five African countries: implications for prevention strategies. *Population and Development Review*, 2007, 33:501–523.
37. Wamoyi J *et al.* “Women’s bodies are shops”: beliefs about transactional sex and implications for understanding gender power and HIV prevention in Tanzania. *Archives of Sexual Behavior*, 2010 (DOI:10.1007/s10508-010-9646-8).

38. Hanson H, Hanson C. HIV control in low-income countries in sub-Saharan Africa: are the right things done? *Global Health Action*, 2008 (DOI:10.3402/gha.v.1i0.1837, <http://journals.sfu.ca/coaction/index.php/gha/article/viewArticle/1837>, consulté le 17 octobre 2010).
39. National STD and AIDS Commission. *Targets and commitments made by Member States at the United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS: Brazilian responses 2008–2009—country progress report*. Brasilia, Ministère de la Santé, République fédérative du Brésil, 2010.
40. *Les femmes et la santé – La réalité d'aujourd'hui, le programme de demain*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009 (http://www.who.int/gender/women_health_report/fr/index.html, consulté le 17 octobre 2010).
41. Hogan MC *et al.* Maternal mortality for 181 countries, 1980–2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. *Lancet*, 2010, 375:1609–1623.
42. *Adolescent pregnancy: the facts*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010 (http://www.who.int/making_pregnancy_safer/topics/adolescent_pregnancy/en/index.html, consulté le 17 octobre 2010).
43. *UNGASS-AIDS and sexual and reproductive health of women: civil society report 2010*. Recife, Brésil, GESTOS, 2010.
44. OMS/ONUSIDA. *Addressing violence against women and HIV/AIDS: what works?* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241599863/en/index.html>, consulté le 17 octobre 2010).
45. *Violence against children in Swaziland—findings from a national survey on violence against children in Swaziland*. New York, UNICEF, Atlanta, United States Centers for Disease Control and Prevention, 2007.
46. Jewkes R *et al.* Intimate partner violence, relationship power inequity, and incidence of HIV infection in young women in South Africa: a cohort study. *Lancet*, 2010, 376:41–48.
47. Baral S *et al.* A systematic review of HIV epidemiology and risk factors among MSM in sub-Saharan Africa. *AIDS 2008—XVIIe Conférence internationale sur le sida, Mexico, Mexique, 3-8 août 2008* (Abstract MOPE0393; http://www.aids2008-abstract.org/aids2008_book_vol1_web.pdf, consulté le 17 octobre 2010).
48. Barker G *et al.* Question gender norms with men to improve health outcomes: evidence of impact. *Global Public Health*, 2010, 5:539–553.
49. *Men-streaming in sexual and reproductive health and HIV: a toolkit for policy development and advocacy*. Londres, IPPF et MenEngage, 2010.

Chapitre 6

1. Kates J *et al.* *Financing the response to AIDS in low- and middle-income countries: international assistance from the G8, European Commission and other donor governments in 2009*. Genève, ONUSIDA et Menlo Park, CA, Kaiser Family Foundation, 2010 (<http://www.kff.org/hiv/aids/upload/7347-06.pdf>, consulté le 17 octobre 2010).
2. Rapports UNGASS 2010 des progrès dans les pays [site Internet]. (*en anglais seulement*) Genève, ONUSIDA, 2010 (<http://www.unaids.org/fr/KnowledgeCentre/HIVData/CountryProgress/2010CountryProgressAllCountries.asp>, consulté le 17 octobre 2010).
3. Données ONUSIDA 2009 pour la session extraordinaire de l'Assemblée générale consacrée au VIH/sida ; Development Indicators Databases [base de données en ligne]. (*en anglais seulement*) Washington, DC, Banque mondiale, 2010 (<http://data.worldbank.org/data-catalog>, consulté le 17 octobre 2010).
4. Heritage Foundation [site Internet]. Washington, DC, Heritage Foundation, 2010 (<http://www.heritage.org>, consulté le 17 octobre 2010).
5. OMS, UNICEF et ONUSIDA. *Vers un accès universel: étendre les interventions prioritaires liées au VIH/sida dans le secteur de la santé. Rapport de situation 2010*. (*en anglais seulement*) Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010 (<http://www.who.int/hiv/pub/2010progressreport/report/en/index.html>, consulté le 17 octobre 2010).



ANNEXES

-
- 178 ANNEXE 1
ESTIMATIONS ET DONNÉES VIH ET SIDA,
2009 ET 2001
- 208 ANNEXE 2
INDICATEURS DE PROGRÈS DES PAYS,
2004 À 2010
-

A1

Tableaux de données épidémiologiques

Sauf indication contraire, les estimations et données fournies dans ces tableaux concernent les années 2009 et 2001. Elles ont été établies et compilées par l'ONUSIDA/OMS. Elles ont été revues et commentées par les responsables des programmes nationaux de lutte contre le sida, mais ne constituent pas nécessairement les estimations officielles utilisées par les gouvernements nationaux. Concernant les pays pour lesquels il n'existait pas de données récentes, ou lorsque l'analyse n'a pas pu être effectuée, aucune estimation spécifique à ces pays n'a été indiquée dans les tableaux. Pour calculer les totaux régionaux, on a eu recours à des données plus anciennes pour établir des estimations pour ces pays.

Les estimations sont fournies en chiffres arrondis. Toutefois, on a eu recours à des chiffres décimaux pour le calcul des taux et des totaux régionaux, ce qui a pu entraîner de petits écarts entre les totaux régionaux et mondiaux et la somme des chiffres nationaux.

Les méthodes et outils utilisés en général pour établir les estimations propres à chaque pays présentées dans le tableau ont été décrits dans une série d'articles publiés dans *Sexually Transmitted Infections, 2010*: « *Methods and tools for the 2009 HIV and AIDS estimates and projections, and related analyses 86 (Suppl 2)* ». Les estimations produites par l'ONUSIDA/OMS se fondent sur les méthodes et paramètres du Groupe de référence de l'ONUSIDA sur les estimations, modèles et projections, décrits dans des rapports accessibles via le site www.epidem.org/. Ce groupe se compose de chercheurs de haut niveau dans les domaines du VIH et du sida, de l'épidémiologie, de la démographie et d'autres domaines connexes. Le Groupe de référence évalue les travaux de recherche les plus récents tirés d'études de différents pays, publiés ou non. Il examine également les avancées enregistrées dans la compréhension des épidémies de VIH et propose des méthodes pour améliorer la qualité et la précision des estimations.

À partir des propositions du Groupe de référence, un logiciel a été développé pour modéliser le cours des épidémies de VIH et leur impact. Les analystes des pays

ont été formés à l'usage de ces outils au cours d'une série d'ateliers en 2009. Ces changements dans les procédures et les hypothèses ont permis, parallèlement à une meilleure coordination avec les pays, d'améliorer les estimations concernant le VIH et le sida pour 2009. Afin de permettre aux lecteurs d'évaluer les dernières tendances de l'épidémie, nous présentons également les estimations pour 2001, établies à partir de la même méthode et des mêmes types de données que pour les estimations 2009.

Les nouvelles estimations sont présentées dans ce rapport avec des fourchettes appelées « limites de plausibilité » qui reflètent le degré de certitude associé à chacune de ces estimations. Plus la fourchette est large, plus l'incertitude concernant une estimation est grande. L'ampleur de cette incertitude dépend principalement du type d'épidémie, de la qualité, de la couverture et de la régularité du système de surveillance d'un pays. Dans les épidémies généralisées, elle dépend aussi de la réalisation (ou non) d'une enquête auprès de la population incluant une composante de dépistage du VIH.

Dans le présent rapport, le terme 'adulte' désigne les hommes et les femmes âgés de 15 ans et plus, conformément aux recommandations du Groupe de référence de l'ONUSIDA sur les estimations, modèles et projections – en raison du poids de l'infection et de la maladie au-delà de 49 ans. Toutefois, le pourcentage de prévalence du VIH continue de prendre en compte les adultes de 15 à 49 ans seulement de façon à permettre des comparaisons entre pays.

Notes sur les indicateurs spécifiques mentionnés dans les tableaux suivants

1. ESTIMATION DU NOMBRE DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH, 2009 ET 2001

Ces estimations incluent toutes les personnes vivant avec le VIH, qu'elles aient ou non développé des symptômes du sida, en 2009 et 2001.

ADULTES ET ENFANTS

Estimation du nombre d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH en 2009 et 2001

Sont adultes, les personnes de 15 ans et plus. Toute personne de 0 à 14 ans est comptée parmi les enfants.

ADULTES (15 ANS ET PLUS)

Estimation du nombre d'adultes vivant avec le VIH, 2009 et 2001

ADULTE (15-49 ANS), PRÉVALENCE (%)

Pour calculer le pourcentage de prévalence du VIH chez les adultes, le nombre estimé d'adultes (15-49 ans) vivant avec le VIH en 2009 a été divisé par la population adulte (15-49 ans) en 2009, et de même pour 2001.

FEMMES (15 ANS ET PLUS)

Nombre estimé de femmes (15 ans et plus) vivant avec le VIH en 2009 et 2001

ENFANTS (0-14 ANS)

Estimation du nombre d'enfants de moins de 15 ans vivant avec le VIH en 2009 et 2001

JEUNES FEMMES (15-24 ANS), PRÉVALENCE (%) 2009

Pourcentage estimé de jeunes femmes de 15 à 24 ans vivant avec le VIH en 2009

JEUNES HOMMES (15-24 ANS), PRÉVALENCE (%) 2009

Pourcentage estimé de jeunes hommes de 15 à 24 ans vivant avec le VIH en 2009

2. ESTIMATION DU NOMBRE DE NOUVELLES INFECTIONS À VIH

ADULTES (15-49 ANS), INCIDENCE

Pour calculer l'incidence du VIH chez les adultes, le nombre estimé d'adultes (15-49 ans) nouvellement infectés par le VIH en 2009 a été divisé par la population adulte (15-49 ans) en 2009 non infectée au début 2009, et de même pour 2001.

ADULTES ET ENFANTS NOUVELLEMENT INFECTÉS, 2009

Estimation du nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH en 2009

ADULTES NOUVELLEMENT INFECTÉS, 2009

Estimation du nombre d'adultes (de 15 ans et plus) nouvellement infectés par le VIH en 2009

3. DÉCÈS D'ADULTES ET D'ENFANTS LIÉS AU VIH

Estimation du nombre d'adultes et d'enfants décédés de causes liées au sida en 2009 et 2001

4. ESTIMATION DU NOMBRE D'ORPHELINS DU SIDA ORPHELINS (0-17 ANS) EN VIE

Estimation du nombre d'enfants (0-17 ans) en 2009 et 2001 ayant perdu un ou deux parent(s) à cause du sida

5. TENDANCES DE LA PRÉVALENCE DU VIH PARMIS LES POPULATIONS CLÉS PLUS EXPOSÉES À UN RISQUE D'INFECTION À VIH

Ces indicateurs sont recommandés pour suivre les progrès réalisés par rapport aux objectifs de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida dans les pays frappés par des épidémies de VIH de faible ampleur ou concentrées. En théorie, les progrès réalisés dans la réduction du nombre de nouvelles infections s'évaluent au mieux en notant les changements d'incidence au fil du temps. Mais, dans la pratique, on dispose en réalité de données sur la prévalence plutôt que de données sur l'incidence. En analysant les données de la prévalence parmi les populations clés plus exposées à un risque d'infection à VIH, il est souhaitable d'étudier les personnes qui ont récemment adopté des comportements qui les exposent à un risque d'infection. Dans le cycle actuel des Rapports UNGASS, des directives ont été fournies pour encourager ce type d'enregistrement, mais le tableau ne dit pas si ce type d'analyse restreinte a été ou non retenu.

Les populations clés plus exposées à un risque d'exposition au VIH présentées dans les tableaux incluent :

- Les consommateurs de drogues injectables
- Les professionnelles du sexe
- Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

ESTIMATION DU NOMBRE DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

	2009		2001		2009	
	Adultes + enfants		Adultes + enfants		Adultes (15+)	
	Estimation	[estimation basse – haute]	Estimation	[estimation basse – haute]	Estimation	[estimation basse – haute]
MONDIAL	33 300 000	[31 400 000 – 35 300 000]	28 600 000	[27 100 000 – 30 300 000]	30 800 000	[29 200 000 – 32 600 000]
AFRIQUE SUBSAHARIENNE	22 500 000	[20 900 000 – 24 200 000]	20 300 000	[18 900 000 – 21 700 000]	20 300 000	[19 000 000 – 21 600 000]
Angola	200 000	[160 000 – 250 000]	140 000	[110 000 – 190 000]	180 000	[140 000 – 220 000]
Bénin	60 000	[52 000 – 69 000]	50 000	[42 000 – 62 000]	55 000	[48 000 – 63 000]
Botswana	320 000	[300 000 – 350 000]	270 000	[250 000 – 290 000]	300 000	[280 000 – 330 000]
Burkina Faso	110 000	[91 000 – 140 000]	140 000	[120 000 – 180 000]	93 000	[77 000 – 120 000]
Burundi	180 000	[160 000 – 190 000]	170 000	[160 000 – 190 000]	150 000	[130 000 – 160 000]
Cameroun	610 000	[540 000 – 670 000]	480 000	[430 000 – 530 000]	550 000	[500 000 – 610 000]
République centrafricaine	130 000	[110 000 – 140 000]	180 000	[160 000 – 220 000]	110 000	[98 000 – 120 000]
Tchad	210 000	[170 000 – 300 000]	140 000	[99 000 – 180 000]	180 000	[150 000 – 280 000]
Comores	<500	[<200 – <500]	<100	[<100 – <200]	<500	[<200 – <500]
Congo	77 000	[68 000 – 87 000]	69 000	[61 000 – 80 000]	69 000	[61 000 – 78 000]
Côte d'Ivoire	450 000	[390 000 – 510 000]	630 000	[560 000 – 710 000]	380 000	[340 000 – 440 000]
Rép. démocratique du Congo	...	[430 000 – 560 000]	...	[310 000 – 420 000]	...	[380 000 – 490 000]
Guinée équatoriale	20 000	[14 000 – 26 000]	5700	[3900 – 9100]	18 000	[13 000 – 23 000]
Érythrée	25 000	[18 000 – 33 000]	26 000	[19 000 – 34 000]	22 000	[16 000 – 29 000]
Éthiopie	...	...	...	...	...	...
Gabon	46 000	[37 000 – 55 000]	36 000	[29 000 – 46 000]	43 000	[35 000 – 51 000]
Gambie	18 000	[12 000 – 26 000]	4300	[2400 – 8400]	17 000	[11 000 – 24 000]
Ghana	260 000	[230 000 – 300 000]	250 000	[220 000 – 280 000]	240 000	[210 000 – 260 000]
Guinée	79 000	[65 000 – 95 000]	78 000	[57 000 – 120 000]	70 000	[58 000 – 84 000]
Guinée Bissau	22 000	[18 000 – 26 000]	14 000	[12 000 – 17 000]	20 000	[16 000 – 24 000]
Kenya	1 500 000	[1 300 000 – 1 600 000]	1 500 000	[1 400 000 – 1 600 000]	1 300 000	[1 200 000 – 1 400 000]
Lesotho	290 000	[260 000 – 310 000]	240 000	[220 000 – 270 000]	260 000	[240 000 – 280 000]
Libéria	37 000	[32 000 – 43 000]	51 000	[36 000 – 70 000]	31 000	[27 000 – 37 000]
Madagascar	24 000	[19 000 – 30 000]	18 000	[15 000 – 22 000]	23 000	[18 000 – 28 000]
Malawi	920 000	[830 000 – 1 000 000]	860 000	[770 000 – 960 000]	800 000	[730 000 – 890 000]
Mali	76 000	[61 000 – 96 000]	89 000	[72 000 – 110 000]	66 000	[52 000 – 84 000]
Mauritanie	14 000	[11 000 – 17 000]	8900	[7300 – 11 000]	13 000	[11 000 – 16 000]
Maurice	8800	[6400 – 12 000]	3100	[2 100 – 4 200]	8700	[6300 – 12 000]
Mozambique	1 400 000	[1 200 000 – 1 500 000]	850 000	[760 000 – 940 000]	1 200 000	[1 100 000 – 1 400 000]
Namibie	180 000	[150 000 – 210 000]	160 000	[140 000 – 200 000]	160 000	[140 000 – 190 000]
Niger	61 000	[50 000 – 77 000]	53 000	[43 000 – 67 000]	53 000	[43 000 – 67 000]
Nigéria	3 300 000	[2 900 000 – 3 600 000]	2 700 000	[2 300 000 – 3 100 000]	2 900 000	[2 600 000 – 3 200 000]
Rwanda	170 000	[140 000 – 190 000]	170 000	[150 000 – 210 000]	140 000	[120 000 – 160 000]
Sénégal	59 000	[50 000 – 69 000]	33 000	[29 000 – 38 000]	54 000	[46 000 – 63 000]
Sierra Leone	49 000	[40 000 – 63 000]	25 000	[13 000 – 39 000]	46 000	[38 000 – 59 000]
Afrique du Sud	5 600 000	[5 400 000 – 5 900 000]	4 600 000	[4 500 000 – 4 700 000]	5 300 000	[5 100 000 – 5 500 000]
Swaziland	180 000	[170 000 – 200 000]	130 000	[120 000 – 150 000]	170 000	[160 000 – 180 000]
Togo	120 000	[99 000 – 150 000]	100 000	[82 000 – 130 000]	110 000	[91 000 – 140 000]
Ouganda	1 200 000	[1 100 000 – 1 300 000]	980 000	[870 000 – 1 100 000]	1 000 000	[940 000 – 1 100 000]
République-Unie de Tanzanie	1 400 000	[1 300 000 – 1 500 000]	1 400 000	[1 200 000 – 1 500 000]	1 200 000	[1 100 000 – 1 400 000]
Zambie	980 000	[890 000 – 1 100 000]	830 000	[750 000 – 900 000]	860 000	[800 000 – 940 000]
Zimbabwe	1 200 000	[1 100 000 – 1 300 000]	1 700 000	[1 600 000 – 1 800 000]	1 000 000	[950 000 – 1 200 000]

	2001		2009		2001	
	Adultes (15+)		Pourcentage de prévalence chez les adultes (15-49)		Pourcentage de prévalence chez les adultes (15-49)	
	Estimation	[estimation basse – haute]	Estimation	[estimation basse – haute]	Estimation	[estimation basse – haute]
MONDIAL	26 700 000	[25 400 000 – 28 000 000]	0,8	[0,7 – 0,8]	0,8	[0,7 – 0,8]
AFRIQUE SUBSAHARIENNE	18 500 000	[17 500 000 – 19 700 000]	5,0	[4,7 – 5,2]	5,9	[5,6 – 6,1]
Angola	130 000	[100 000 – 170 000]	2,0	[1,6 – 2,4]	1,9	[1,4 – 2,4]
Bénin	47 000	[40 000 – 56 000]	1,2	[1,0 – 1,3]	1,4	[1,2 – 1,7]
Botswana	260 000	[240 000 – 280 000]	24,8	[23,8 – 25,8]	26,3	[25,5 – 27,4]
Burkina Faso	120 000	[99 000 – 150 000]	1,2	[1,0 – 1,5]	2,1	[1,7 – 2,5]
Burundi	150 000	[140 000 – 160 000]	3,3	[2,9 – 3,5]	5,0	[4,8 – 5,1]
Cameroun	440 000	[400 000 – 490 000]	5,3	[4,9 – 5,8]	5,5	[5,1 – 6,0]
République centrafricaine	170 000	[150 000 – 200 000]	4,7	[4,2 – 5,2]	8,9	[8,1 – 10,6]
Tchad	130 000	[91 000 – 170 000]	3,4	[2,8 – 5,1]	3,2	[2,3 – 4,0]
Comores	<100	[<100 – <100]	0,1	[<0,1 – 0,1]	<0,1	[<0,1 – <0,1]
Congo	61 000	[54 000 – 71 000]	3,4	[3,1 – 3,8]	3,8	[3,4 – 4,4]
Côte d'Ivoire	570 000	[510 000 – 640 000]	3,4	[3,1 – 3,9]	6,5	[5,9 – 7,1]
Rép. démocratique du Congo	...	[270 000 – 360 000]	...	[1,2 – 1,6]	...	[1,1 – 1,5]
Guinée équatoriale	5400	[3700 – 8700]	5,0	[3,5 – 6,6]	1,9	[1,3 – 3,1]
Érythrée	23 000	[18 000 – 31 000]	0,8	[0,6 – 1,0]	1,2	[0,9 – 1,5]
Éthiopie	...	...	...	...	...	...
Gabon	34 000	[27 000 – 43 000]	5,2	[4,2 – 6,2]	5,3	[4,3 – 6,8]
Gambie	3900	[2200 – 7500]	2,0	[1,3 – 2,9]	0,6	[0,3 – 1,1]
Ghana	230 000	[200 000 – 260 000]	1,8	[1,6 – 2,0]	2,3	[2,0 – 2,5]
Guinée	70 000	[52 000 – 100 000]	1,3	[1,1 – 1,6]	1,7	[1,2 – 2,4]
Guinée Bissau	13 000	[11 000 – 16 000]	2,5	[2,0 – 3,0]	2,0	[1,7 – 2,4]
Kenya	1 300 000	[1 200 000 – 1 400 000]	6,3	[5,8 – 6,5]	8,4	[8,1 – 9,0]
Lesotho	230 000	[210 000 – 250 000]	23,6	[22,3 – 25,2]	24,5	[23,1 – 26,1]
Libéria	46 000	[33 000 – 63 000]	1,5	[1,3 – 1,8]	3,1	[2,2 – 4,1]
Madagascar	17 000	[14 000 – 20 000]	0,2	[0,2 – 0,3]	0,2	[0,2 – 0,3]
Malawi	760 000	[690 000 – 840 000]	11,0	[10,0 – 12,1]	13,8	[12,7 – 15,1]
Mali	80 000	[66 000 – 98 000]	1,0	[0,8 – 1,3]	1,6	[1,3 – 1,9]
Mauritanie	8600	[7100 – 11 000]	0,7	[0,6 – 0,9]	0,6	[0,5 – 0,7]
Maurice	3100	[2100 – 4200]	1,0	[0,7 – 1,3]	0,4	[0,3 – 0,5]
Mozambique	800 000	[720 000 – 870 000]	11,5	[10,6 – 12,2]	9,4	[8,7 – 10,3]
Namibie	150 000	[130 000 – 180 000]	13,1	[11,1 – 15,5]	16,1	[13,6 – 19,0]
Niger	49 000	[40 000 – 61 000]	0,8	[0,7 – 1,0]	1,0	[0,8 – 1,3]
Nigéria	2 400 000	[2 100 000 – 2 700 000]	3,6	[3,3 – 4,0]	3,8	[3,4 – 4,2]
Rwanda	150 000	[140 000 – 170 000]	2,9	[2,5 – 3,3]	3,7	[3,4 – 4,4]
Sénégal	31 000	[26 000 – 35 000]	0,9	[0,7 – 1,0]	0,6	[0,6 – 0,7]
Sierra Leone	24 000	[13 000 – 38 000]	1,6	[1,4 – 2,1]	1,1	[0,6 – 1,7]
Afrique du Sud	4 400 000	[4 300 000 – 4 500 000]	17,8	[17,2 – 18,3]	17,1	[16,7 – 17,5]
Swaziland	130 000	[120 000 – 140 000]	25,9	[24,9 – 27,0]	23,6	[22,4 – 24,8]
Togo	98 000	[76 000 – 120 000]	3,2	[2,5 – 3,8]	3,6	[2,8 – 4,3]
Ouganda	840 000	[760 000 – 920 000]	6,5	[5,9 – 6,9]	7,0	[6,4 – 7,4]
République-Unie de Tanzanie	1 200 000	[1 100 000 – 1 300 000]	5,6	[5,3 – 6,1]	7,1	[6,7 – 7,7]
Zambie	730 000	[670 000 – 790 000]	13,5	[12,8 – 14,1]	14,3	[13,7 – 15,0]
Zimbabwe	1 500 000	[1 400 000 – 1 700 000]	14,3	[13,4 – 15,4]	23,7	[22,8 – 24,9]

ESTIMATION DU NOMBRE DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

	2009		2001		2009	
	Femmes (15+)		Femmes (15+)		Enfants (0-14)	
	Estimation	[estimation basse – haute]	Estimation	[estimation basse – haute]	Estimation	[estimation basse – haute]
MONDIAL	15 900 000	[14 800 000 – 17 200 000]	13 600 000	[12 900 000 – 14 700 000]	2 500 000	[1 600 000 – 3 400 000]
AFRIQUE SUBSAHARIENNE	12 100 000	[11 100 000 – 13 200 000]	10 900 000	[10 100 000 – 11 700 000]	2 300 000	[1 400 000 – 3 100 000]
Angola	110 000	[85 000 – 130 000]	77 000	[59 000 – 100 000]	22 000	[12 000 – 35 000]
Bénin	32 000	[27 000 – 37 000]	27 000	[23 000 – 33 000]	5400	[2900 – 7800]
Botswana	170 000	[160 000 – 190 000]	150 000	[140 000 – 160 000]	16 000	[9900 – 20 000]
Burkina Faso	56 000	[44 000 – 70 000]	73 000	[60 000 – 92 000]	17 000	[8100 – 25 000]
Burundi	90 000	[78 000 – 100 000]	90 000	[81 000 – 99 000]	28 000	[17 000 – 40 000]
Cameroun	320 000	[290 000 – 370 000]	260 000	[230 000 – 290 000]	54 000	[29 000 – 78 000]
République centrafricaine	67 000	[57 000 – 78 000]	99 000	[86 000 – 120 000]	17 000	[8200 – 25 000]
Tchad	110 000	[88 000 – 160 000]	76 000	[54 000 – 98 000]	23 000	[12 000 – 35 000]
Comores	<100	[<100 – <100]	<100	[<100 – <100]	...	...
Congo	40 000	[35 000 – 47 000]	36 000	[31 000 – 42 000]	7900	[4000 – 12 000]
Côte d'Ivoire	220 000	[190 000 – 260 000]	320 000	[280 000 – 370 000]	63 000	[32 000 – 91 000]
Rép. démocratique du Congo	...	[220 000 – 300 000]	...	[160 000 – 220 000]	...	[33 000 – 86 000]
Guinée équatoriale	11 000	[7600 – 14 000]	3100	[2100 – 5100]	1600	[<1000 – 2600]
Érythrée	13 000	[9800 – 18 000]	14 000	[11 000 – 19 000]	3100	[1500 – 5000]
Éthiopie	...	...	...	...	...	...
Gabon	25 000	[20 000 – 30 000]	20 000	[16 000 – 25 000]	3200	[1700 – 4800]
Gambie	9700	[6200 – 14 000]	2300	[1300 – 4400]	...	...
Ghana	140 000	[120 000 – 160 000]	130 000	[120 000 – 150 000]	27 000	[14 000 – 41 000]
Guinée	41 000	[34 000 – 50 000]	41 000	[30 000 – 61 000]	9000	[4300 – 14 000]
Guinée Bissau	12 000	[9300 – 14 000]	7800	[6400 – 9300]	2100	[1100 – 3200]
Kenya	760 000	[650 000 – 860 000]	780 000	[700 000 – 870 000]	180 000	[98 000 – 260 000]
Lesotho	160 000	[140 000 – 180 000]	140 000	[130 000 – 160 000]	28 000	[17 000 – 37 000]
Libéria	19 000	[16 000 – 22 000]	27 000	[19 000 – 37 000]	6100	[3000 – 9900]
Madagascar	7300	[5800 – 9000]	5400	[4500 – 6400]	...	...
Malawi	470 000	[410 000 – 530 000]	440 000	[390 000 – 500 000]	120 000	[68 000 – 170 000]
Mali	40 000	[31 000 – 52 000]	48 000	[40 000 – 59 000]	...	...
Mauritanie	4000	[3200 – 4900]	2600	[2100 – 3200]	...	...
Maurice	2500	[1800 – 3400]	<1000	[<1000 – 1200]	...	...
Mozambique	760 000	[680 000 – 840 000]	470 000	[430 000 – 530 000]	130 000	[70 000 – 180 000]
Namibie	95 000	[79 000 – 110 000]	90 000	[76 000 – 110 000]	16 000	[9100 – 23 000]
Niger	28 000	[23 000 – 36 000]	25 000	[20 000 – 32 000]	...	...
Nigéria	1 700 000	[1 500 000 – 1 900 000]	1 400 000	[1 200 000 – 1 600 000]	360 000	[180 000 – 520 000]
Rwanda	88 000	[76 000 – 98 000]	91 000	[83 000 – 110 000]	22 000	[11 000 – 34 000]
Sénégal	32 000	[27 000 – 38 000]	18 000	[16 000 – 21 000]	...	...
Sierra Leone	28 000	[22 000 – 35 000]	14 000	[7500 – 23 000]	2900	[1500 – 4500]
Afrique du Sud	3 300 000	[3 000 000 – 3 500 000]	2 600 000	[2 500 000 – 2 700 000]	330 000	[190 000 – 440 000]
Swaziland	100 000	[91 000 – 110 000]	74 000	[69 000 – 82 000]	14 000	[8300 – 18 000]
Togo	67 000	[54 000 – 83 000]	57 000	[45 000 – 72 000]	11 000	[3700 – 18 000]
Ouganda	610 000	[540 000 – 680 000]	490 000	[430 000 – 560 000]	150 000	[80 000 – 210 000]
République-Unie de Tanzanie	730 000	[650 000 – 830 000]	720 000	[640 000 – 800 000]	160 000	[83 000 – 240 000]
Zambie	490 000	[440 000 – 550 000]	420 000	[380 000 – 470 000]	120 000	[64 000 – 160 000]
Zimbabwe	620 000	[530 000 – 710 000]	890 000	[800 000 – 990 000]	150 000	[92 000 – 200 000]

	2001		2009		2009	
	Enfants (0-14)		Pourcentage de prévalence chez les jeunes femmes (15-24)		Pourcentage de prévalence chez les jeunes hommes (15-24)	
	Estimation	[estimation basse – haute]	Estimation	[estimation basse – haute]	Estimation	[estimation basse – haute]
MONDIAL	2 000 000	[1 200 000 – 2 700 000]	0,6	[0,5 – 0,7]	0,3	[0,2 – 0,3]
AFRIQUE SUBSAHARIENNE	1 800 000	[1 100 000 – 2 500 000]	3,4	[3,0 – 4,2]	1,4	[1,2 – 1,7]
Angola	14 000	[6900 – 24 000]	1,6	[1,1 – 2,2]	0,6	[0,4 – 0,9]
Bénin	3100	[1600 – 6600]	0,7	[0,5 – 1,1]	0,3	[0,2 – 0,4]
Botswana	14 000	[7800 – 19 000]	11,8	[9,0 – 15,9]	5,2	[3,7 – 7,3]
Burkina Faso	24 000	[12 000 – 37 000]	0,8	[0,6 – 1,2]	0,5	[0,3 – 0,6]
Burundi	26 000	[16 000 – 36 000]	2,1	[1,6 – 2,7]	1,0	[0,8 – 1,2]
Cameroun	33 000	[18 000 – 50 000]	3,9	[3,1 – 5,4]	1,6	[1,2 – 2,1]
République centrafricaine	17 000	[8600 – 25 000]	2,2	[1,4 – 3,1]	1,0	[0,6 – 1,4]
Tchad	13 000	[6400 – 22 000]	2,5	[1,7 – 5,2]	1,0	[0,7 – 2,0]
Comores	...	...	<0,1	[<0,1 – <0,1]	<0,1	[<0,1 – 0,1]
Congo	8300	[4200 – 12 000]	2,6	[2,1 – 3,6]	1,2	[0,9 – 1,6]
Côte d'Ivoire	59 000	[31 000 – 95 000]	1,5	[1,1 – 2,3]	0,7	[0,5 – 1,1]
Rép. démocratique du Congo	...	[26 000 – 70 000]	...	[0,9 – 1,5]	...	[0,4 – 0,6]
Guinée équatoriale	<500	[<200 – <1000]	5,0	[2,7 – 7,9]	1,9	[1,0 – 3,2]
Érythrée	2300	[1200 – 4100]	0,4	[0,2 – 0,7]	0,2	[0,1 – 0,3]
Éthiopie	...	...	...	...	...	...
Gabon	2000	[1200 – 3100]	3,5	[2,1 – 5,2]	1,4	[0,8 – 2,0]
Gambie	...	...	2,4	[1,4 – 4,0]	0,9	[0,5 – 1,6]
Ghana	18 000	[9900 – 29 000]	1,3	[0,9 – 1,8]	0,5	[0,4 – 0,7]
Guinée	8400	[3500 – 18 000]	0,9	[0,6 – 1,3]	0,4	[0,3 – 0,6]
Guinée-Bissau	<1000	[<1000 – 1400]	2,0	[1,5 – 2,9]	0,8	[0,5 – 1,1]
Kenya	170 000	[98 000 – 230 000]	4,1	[3,0 – 5,4]	1,8	[1,3 – 2,4]
Lesotho	18 000	[11 000 – 23 000]	14,2	[11,2 – 19,2]	5,4	[4,1 – 7,4]
Libéria	4600	[2100 – 8400]	0,7	[0,2 – 1,2]	0,3	[0,1 – 0,5]
Madagascar	...	...	0,1	[<0,1 – 0,1]	0,1	[0,1 – 0,4]
Malawi	100 000	[57 000 – 140 000]	6,8	[5,3 – 9,2]	3,1	[2,3 – 4,2]
Mali	...	...	0,5	[0,2 – 0,9]	0,2	[0,1 – 0,4]
Mauritanie	...	...	0,3	[0,1 – 0,5]	0,4	[0,2 – 1,4]
Maurice	...	...	0,2	[0,1 – 0,3]	0,3	[0,2 – 0,4]
Mozambique	53 000	[30 000 – 77 000]	8,6	[7,0 – 12,1]	3,1	[2,4 – 4,4]
Namibie	7900	[4400 – 11 000]	5,8	[3,7 – 8,6]	2,3	[1,3 – 3,6]
Niger	...	...	0,5	[0,4 – 0,6]	0,2	[0,2 – 0,3]
Nigéria	270 000	[130 000 – 410 000]	2,9	[2,3 – 3,9]	1,2	[0,9 – 1,6]
Rwanda	23 000	[11 000 – 38 000]	1,9	[1,3 – 2,3]	1,3	[0,9 – 1,6]
Sénégal	...	...	0,7	[0,5 – 1,0]	0,3	[0,2 – 0,4]
Sierra Leone	<1000	[<500 – 2100]	1,5	[0,9 – 2,5]	0,6	[0,3 – 1,0]
Afrique du Sud	170 000	[97 000 – 220 000]	13,6	[12,3 – 15,0]	4,5	[4,1 – 5,0]
Swaziland	7600	[4700 – 10 000]	15,6	[12,6 – 21,3]	6,5	[4,8 – 8,8]
Togo	6700	[2700 – 11 000]	2,2	[1,5 – 3,1]	0,9	[0,6 – 1,2]
Ouganda	150 000	[84 000 – 210 000]	4,8	[4,0 – 6,4]	2,3	[1,8 – 2,8]
République-Unie de Tanzanie	150 000	[83 000 – 210 000]	3,9	[3,1 – 5,3]	1,7	[1,3 – 2,3]
Zambie	100 000	[57 000 – 140 000]	8,9	[7,3 – 12,0]	4,2	[3,2 – 5,5]
Zimbabwe	160 000	[100 000 – 210 000]	6,9	[5,3 – 9,3]	3,3	[2,5 – 4,4]

ESTIMATION DU NOMBRE DE NOUVELLES INFECTIONS À VIH

	2009		2001		2009	
	Pourcentage d'incidence chez les adultes (15-49)		Pourcentage d'incidence chez les adultes (15-49)		Adultes + enfants nouvellement infectés	
	Estimation	[estimation basse – haute]	Estimation	[estimation basse – haute]	Estimation	[estimation basse – haute]
MONDIAL	<0,10	[<0,10 – <0,10]	<0,10	[<0,10 – <0,10]	2 600 000	[2 300 000 – 2 800 000]
AFRIQUE SUBSAHARIENNE	0,41	[0,36 – 0,46]	0,61	[0,54 – 0,65]	1 800 000	[1 600 000 – 2 000 000]
Angola	0,21	[0,14 – 0,28]	0,22	[0,17 – 0,28]	22 000	[16 000 – 29 000]
Bénin	0,10	[<0,10 – 0,13]	0,11	[<0,10 – 0,15]	4900	[3400 – 6500]
Botswana	1,56	[1,11 – 2,27]	3,03	[2,64 – 3,48]	14 000	[10 000 – 20 000]
Burkina Faso	<0,10	[<0,10 – 0,11]	0,11	[<0,10 – 0,16]	6800	[4300 – 11 000]
Burundi	...	[0,17 – 0,28]	...	[0,34 – 0,47]	...	[11 000 – 17 000]
Cameroun	0,53	[0,43 – 0,61]	0,59	[0,50 – 0,69]	58 000	[48 000 – 67 000]
République centrafricaine	0,17	[<0,10 – 0,25]	0,56	[0,43 – 0,69]	5200	[3100 – 7100]
Tchad	...	[0,15 – 0,87]	...	[0,39 – 0,55]	...	[12 000 – 47 000]
Comores	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<100 – <100]
Congo	0,28	[0,23 – 0,35]	0,43	[0,36 – 0,51]	6500	[5200 – 7900]
Côte d'Ivoire	0,11	[<0,10 – 0,20]	0,39	[0,30 – 0,51]	17 000	[11 000 – 27 000]
Rép. démocratique du Congo	...	[0,13 – 0,18]	...	[0,13 – 0,18]	...	[49 000 – 67 000]
Guinée équatoriale	...	[0,23 – 1,20]	...	[0,38 – 0,83]	...	[1200 – 4500]
Érythrée	<0,10	[<0,10 – <0,10]	<0,10	[<0,10 – 0,14]	1300	[<1000 – 2300]
Éthiopie	...	...	...	...	...	...
Gabon	0,43	[0,10 – 0,61]	0,63	[0,46 – 0,85]	3600	[1300 – 5000]
Gambie	...	[0,21 – 0,83]	...	[<0,10 – 0,22]	...	[1900 – 6400]
Ghana	0,15	[0,12 – 0,19]	0,18	[0,15 – 0,22]	22 000	[17 000 – 27 000]
Guinée	0,10	[<0,10 – 0,13]	0,15	[0,11 – 0,21]	6200	[3800 – 8400]
Guinée Bissau	0,21	[0,14 – 0,32]	0,32	[0,24 – 0,40]	2100	[1400 – 2900]
Kenya	0,53	[0,34 – 0,70]	0,55	[0,38 – 0,76]	110 000	[81 000 – 150 000]
Lesotho	2,58	[2,18 – 3,04]	2,88	[2,53 – 3,40]	23 000	[20 000 – 27 000]
Libéria	...	[<0,10 – 0,17]	...	[<0,10 – 0,22]	...	[<1000 – 3800]
Madagascar	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[1800 – 3700]
Malawi	0,95	[0,67 – 1,23]	1,35	[1,15 – 1,61]	73 000	[57 000 – 91 000]
Mali	<0,10	[<0,10 – 0,12]	<0,10	[<0,10 – 0,14]	4600	[1300 – 8300]
Mauritanie	...	[<0,10 – 0,11]	...	[<0,10 – 0,11]	...	[<1000 – 1900]
Maurice	...	[<0,10 – 0,22]	...	[<0,10 – 0,12]	...	[<1000 – 1800]
Mozambique	1,19	[0,99 – 1,35]	1,77	[1,56 – 1,96]	130 000	[110 000 – 150 000]
Namibie	0,43	[<0,10 – 0,93]	2,29	[1,77 – 2,90]	5800	[2100 – 11 000]
Niger	<0,10	[<0,10 – <0,10]	<0,10	[<0,10 – <0,12]	6100	[4300 – 8400]
Nigéria	0,38	[0,33 – 0,44]	0,39	[0,33 – 0,47]	340 000	[280 000 – 390 000]
Rwanda	0,18	[<0,10 – 0,32]	0,34	[0,26 – 0,41]	8800	[3800 – 15 000]
Sénégal	<0,10	[<0,10 – 0,11]	0,10	[<0,10 – 0,12]	6000	[4100 – 7900]
Sierra Leone	0,14	[<0,10 – 0,35]	0,22	[0,16 – 0,29]	4700	[3000 – 9900]
Afrique du Sud	1,49	[1,27 – 1,76]	2,35	[2,14 – 2,60]	390 000	[340 000 – 440 000]
Swaziland	2,66	[2,19 – 3,14]	4,07	[3,72 – 4,46]	14 000	[12 000 – 16 000]
Togo	0,27	[0,15 – 0,39]	0,37	[0,28 – 0,48]	10 000	[6200 – 14 000]
Ouganda	0,74	[0,62 – 0,85]	0,71	[0,61 – 0,82]	120 000	[100 000 – 140 000]
République-Unie de Tanzanie	0,45	[0,34 – 0,57]	0,64	[0,55 – 0,76]	100 000	[82 000 – 130 000]
Zambie	1,17	[0,96 – 1,40]	1,72	[1,52 – 1,95]	76 000	[62 000 – 89 000]
Zimbabwe	0,84	[0,54 – 1,19]	1,94	[1,62 – 2,36]	62 000	[45 000 – 80 000]

ESTIMATION DU NOMBRE DE DÉCÈS LIÉS AU SIDA

	2009		2009		2001	
	Adultes nouvellement infectés		Décès d'adultes et d'enfants liés au sida		Décès d'adultes et d'enfants liés au sida	
	Estimation	[estimation basse – haute]	Estimation	[estimation basse – haute]	Estimation	[estimation basse – haute]
MONDIAL	2 200 000	[2 000 000 – 2 400 000]	1 800 000	[1 600 000 – 2 100 000]	1 800 000	[1 600 000 – 2 100 000]
AFRIQUE SUBSAHARIENNE	1 500 000	[1 300 000 – 1 600 000]	1 300 000	[1 100 000 – 1 500 000]	1 400 000	[1 200 000 – 1 600 000]
Angola	17 000	[12 000 – 23 000]	11 000	[7700 – 16 000]	10 000	[6500 – 14 000]
Bénin	4000	[2700 – 5400]	2700	[1800 – 3700]	3100	[1900 – 5200]
Botswana	13 000	[9400 – 19 000]	5800	[2300 – 14 000]	15 000	[12 000 – 18 000]
Burkina Faso	5000	[2800 – 7900]	7100	[4800 – 9700]	15 000	[11 000 – 19 000]
Burundi	...	[7000 – 11 000]	15 000	[12 000 – 17 000]	14 000	[12 000 – 17 000]
Cameroun	48 000	[39 000 – 56 000]	37 000	[29 000 – 46 000]	31 000	[25 000 – 37 000]
République centrafricaine	3600	[1800 – 5200]	11 000	[8800 – 13 000]	15 000	[12 000 – 20 000]
Tchad	...	[8000 – 39 000]	11 000	[8100 – 15 000]	8900	[5400 – 13 000]
Comores	...	[<100 – <100]	<100	[<100 – <100]	<100	[<100 – <100]
Congo	5100	[4100 – 6300]	5100	[4100 – 6400]	5800	[4800 – 7100]
Côte d'Ivoire	11 000	[5700 – 19 000]	36 000	[29 000 – 44 000]	51 000	[37 000 – 66 000]
Rép. démocratique du Congo	...	[38 000 – 52 000]	...	[26 000 – 40 000]	...	[24 000 – 34 000]
Guinée équatoriale	...	[<1000 – 3800]	<1000	[<1000 – 1400]	<500	[<200 – <500]
Érythrée	<1000	[<500 – 1700]	1700	[1000 – 2500]	1800	[1200 – 2600]
Éthiopie	...	...	...	...	...	...
Gabon	3100	[<1000 – 4300]	2400	[1600 – 3400]	2000	[1500 – 2800]
Gambie	...	[1600 – 5800]	<1000	[<500 – 1200]	<500	[<200 – <1000]
Ghana	18 000	[14 000 – 23 000]	18 000	[14 000 – 22 000]	16 000	[13 000 – 21 000]
Guinée	4800	[2600 – 6600]	4700	[3100 – 6900]	6300	[3000 – 14 000]
Guinée-Bissau	1600	[1100 – 2300]	1200	[<1000 – 1600]	<1000	[<1000 – <1000]
Kenya	92 000	[61 000 – 120 000]	80 000	[61 000 – 99 000]	120 000	[100 000 – 150 000]
Lesotho	20 000	[17 000 – 24 000]	14 000	[10 000 – 18 000]	14 000	[12 000 – 18 000]
Libéria	...	[<200 – 3100]	3600	[2800 – 4600]	3900	[2300 – 6200]
Madagascar	...	[1600 – 3400]	1700	[1400 – 2000]	1300	[1100 – 1600]
Malawi	56 000	[40 000 – 72 000]	51 000	[38 000 – 67 000]	68 000	[57 000 – 81 000]
Mali	3400	[<500 – 6800]	4400	[3000 – 6100]	7200	[4200 – 11 000]
Mauritanie	...	[<1000 – 1700]	<1000	[<1000 – 1000]	<500	[<500 – <1000]
Maurice	...	[<1000 – 1800]	<500	[<500 – <1000]	<200	[<100 – <200]
Mozambique	110 000	[91 000 – 120 000]	74 000	[57 000 – 92 000]	43 000	[34 000 – 53 000]
Namibie	4400	[<1000 – 9300]	6700	[2500 – 11 000]	8100	[6200 – 11 000]
Niger	4600	[3200 – 6100]	4300	[3300 – 5600]	3300	[2500 – 4500]
Nigéria	270 000	[230 000 – 310 000]	220 000	[170 000 – 260 000]	210 000	[130 000 – 260 000]
Rwanda	6000	[1100 – 12 000]	4100	[<1000 – 9700]	15 000	[12 000 – 21 000]
Sénégal	4800	[3100 – 6300]	2600	[1900 – 3500]	1800	[1500 – 2300]
Sierra Leone	3900	[2300 – 8900]	2800	[2100 – 3700]	<1000	[<500 – 2200]
Afrique du Sud	340 000	[300 000 – 400 000]	310 000	[260 000 – 390 000]	220 000	[180 000 – 260 000]
Swaziland	12 000	[10 000 – 14 000]	7000	[4600 – 10 000]	6800	[5700 – 8400]
Togo	8700	[5100 – 12 000]	7700	[5300 – 10 000]	6400	[4600 – 8400]
Ouganda	100 000	[84 000 – 120 000]	64 000	[49 000 – 80 000]	89 000	[75 000 – 100 000]
République-Unie de Tanzanie	88 000	[66 000 – 110 000]	86 000	[69 000 – 110 000]	110 000	[94 000 – 130 000]
Zambie	59 000	[48 000 – 71 000]	45 000	[30 000 – 60 000]	68 000	[57 000 – 78 000]
Zimbabwe	48 000	[31 000 – 66 000]	83 000	[70 000 – 97 000]	130 000	[110 000 – 160 000]

ESTIMATION DU NOMBRE D'ORPHELINS DU SIDA

PRÉVALENCE DU VIH (%) PARMI LES GROUPES LES PLUS EXPOSÉS AU RISQUE D'INFECTION DANS LA CAPITALE

	2009		2001		Consommateurs de drogues injectables		Professionnelles du sexe		Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	
	Orphelins (0-17) actuellement en vie		Orphelins (0-17)		Année	VIH (%)	Année	VIH (%)	Année	VIH (%)
	Estimation	[estimation basse – haute]	Estimation	[estimation basse – haute]						
MONDIAL	16 600 000	[14 400 000 – 18 800 000]	10 000 000	[7 900 000 – 12 500 000]	...	...	...	...	...	...
AFRIQUE SUBSAHARIENNE	14 800 000	[12 800 000 – 17 000 000]	8 900 000	[6 900 000 – 11 200 000]	...	...	...	...	...	...
Angola	140 000	[95 000 – 200 000]	65 000	[30 000 – 110 000]	...	...	...	...	...	...
Bénin	30 000	[18 000 – 53 000]	13 000	[5100 – 100 000]	2009	4,2	2009	24,7	...	...
Botswana	93 000	[71 000 – 120 000]	56 000	[45 000 – 72 000]	...	...	...	...	...	...
Burkina Faso	140 000	[100 000 – 170 000]	140 000	[100 000 – 190 000]	...	...	2005	16,3	...	...
Burundi	200 000	[170 000 – 230 000]	130 000	[110 000 – 160 000]	...	...	2007	39,8	...	...
Cameroun	330 000	[270 000 – 420 000]	140 000	[91 000 – 230 000]	...	...	2009	35,5	...	...
République centrafricaine	140 000	[110 000 – 180 000]	82 000	[54 000 – 120 000]	...	...	...	...	...	...
Tchad	120 000	[79 000 – 170 000]	50 000	[26 000 – 91 000]	...	...	2009	20,0	...	...
Comores	<100	[<100 – <100]	<100	[<100 – <100]	...	...	...	...	...	...
Congo	51 000	[41 000 – 66 000]	51 000	[34 000 – 73 000]	...	...	...	...	...	...
Côte d'Ivoire	440 000	[330 000 – 550 000]	270 000	[170 000 – 440 000]	...	...	...	...	...	...
Rép. démocratique du Congo	...	[350 000 – 510 000]	...	[290 000 – 450 000]	...	...	...	...	...	...
Guinée équatoriale	4100	[2500 – 6400]	<1000	[<500 – <1000]	...	...	...	...	...	...
Érythrée	19 000	[12 000 – 28 000]	8 700	[4100 – 18 000]	...	...	2008	7,8	...	...
Éthiopie	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Gabon	18 000	[12 000 – 25 000]	7 600	[5200 – 11 000]	...	...	2010	23,6	...	...
Gambie	2800	[1400 – 6500]	<1000	[<500 – 6400]	...	...	...	...	...	...
Ghana	160 000	[120 000 – 210 000]	60 000	[42 000 – 120 000]	...	...	2009	25,0	...	...
Guinée	59 000	[34 000 – 120 000]	40 000	[12 000 – 100 000]	...	...	2008	32,7	...	...
Guinée-Bissau	9700	[7700 – 12 000]	2800	[1800 – 3900]	...	...	2009	39,6	...	...
Kenya	1 200 000	[980 000 – 1 400 000]	820 000	[640 000 – 1 100 000]	...	...	...	...	...	...
Lesotho	130 000	[110 000 – 160 000]	52 000	[41 000 – 68 000]	...	...	...	...	...	...
Libéria	52 000	[34 000 – 76 000]	19 000	[9900 – 33 000]	...	...	...	...	...	...
Madagascar	11 000	[9 300 – 14 000]	9500	[7600 – 12 000]	...	...	2007	0,5	...	...
Malawi	650 000	[540 000 – 780 000]	430 000	[330 000 – 550 000]	...	...	2006	70,7	...	...
Mali	59 000	[36 000 – 93 000]	35 000	[15 000 – 89 000]	...	...	2006	35,3	...	...
Mauritanie	3600	[2700 – 4800]	1500	[<1000 – 2200]	...	...	2007	7,6	...	...
Maurice	<1000	[<500 – <1000]	<200	[<100 – <500]	2009	47,1	...	...	...	...
Mozambique	670 000	...	220 000	...	...	...	...	...	...	...
Namibie	70 000	[50 000 – 96 000]	30 000	[22 000 – 42 000]	...	...	...	...	...	...
Niger	57 000	[44 000 – 73 000]	17 000	[12 000 – 24 000]	...	...	2009	35,6	...	...
Nigéria	2 500 000	[1 800 000 – 3 100 000]	1 300 000	[420 000 – 1 900 000]	2007	5,6	2007	32,7	2007	13,5
Rwanda	130 000	[98 000 – 180 000]	170 000	[140 000 – 250 000]	...	...	...	...	...	...
Sénégal	19 000	[15 000 – 25 000]	8700	[6600 – 11 000]	...	...	2006	19,8	2007	21,8
Sierra Leone	15 000	[9 200 – 26 000]	2100	[1000 – 7000]	...	...	2005	8,5	...	...
Afrique du Sud	1 900 000	[1 600 000 – 2 400 000]	580 000	[460 000 – 750 000]	...	...	...	...	2008	13,2
Swaziland	69 000	[55 000 – 86 000]	29 000	[23 000 – 37 000]	...	...	...	...	...	...
Togo	66 000	[47 000 – 89 000]	25 000	[12 000 – 45 000]	...	...	2005	44,5	...	...
Ouganda	1 200 000	[1 000 000 – 1 400 000]	1 100 000	[860 000 – 1 400 000]	...	...	...	...	...	...
République-Unie de Tanzanie	1 300 000	[1 100 000 – 1 500 000]	840 000	[690 000 – 1 000 000]	...	...	...	...	...	...
Zambie	690 000	[570 000 – 810 000]	580 000	[410 000 – 770 000]	...	...	...	...	...	...
Zimbabwe	1 000 000	[910 000 – 1 200 000]	760 000	[630 000 – 940 000]	...	...	...	...	...	...

ESTIMATION DU NOMBRE DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

	2009 Adultes + enfants		2001 Adultes + enfants		2009 Adultes (15+)	
	Estimation	[estimation basse – haute]	Estimation	[estimation basse – haute]	Estimation	[estimation basse – haute]
ASIE DE L'EST	770 000	[560 000 – 1 000 000]	350 000	[250 000 – 480 000]	760 000	[560 000 – 1 000 000]
Chine	740 000	[540 000 – 1 000 000]	...	[240 000 – 470 000]	730 000	[540 000 – 1 000 000]
Rép. populaire démocratique de Corée	...	...	...	...	...	...
Japon	8100	[6300 – 10 000]	6500	[5200 – 8100]	8100	[6300 – 10 000]
Mongolie	<500	[<500 – <1000]	<100	[<100 – <200]	<500	[<500 – <1000]
République de Corée	9500	[7000 – 13 000]	5200	[4100 – 6700]	9500	[7000 – 13 000]
Océanie	57 000	[50 000 – 64 000]	29 000	[23 000 – 35 000]	54 000	[47 000 – 61 000]
Australie	20 000	[15 000 – 25 000]	13 000	[10 000 – 16 000]	20 000	[15 000 – 25 000]
Fidji	<1000	[<500 – <1000]	<200	[<100 – <500]	<1000	[<500 – <1000]
Nouvelle-Zélande	2500	[2000 – 3200]	1600	[1400 – 2100]	2400	[2000 – 3200]
Papouasie-Nouvelle-Guinée	34 000	[30 000 – 39 000]	14 000	[9400 – 21 000]	31 000	[27 000 – 35 000]
ASIE DU SUD ET DU SUD-EST	4 100 000	[3 700 000 – 4 600 000]	3 800 000	[3 500 000 – 4 200 000]	4 000 000	[3 600 000 – 4 400 000]
Bangladesh	6300	[5200 – 8300]	1100	[<100 – 2400]	6200	[5100 – 8100]
Bhoutan	<1000	[<1000 – 1500]	<200	[<100 – <500]	<1000	[<1000 – 1500]
Cambodge	63 000	[42 000 – 90 000]	92 000	[63 000 – 130 000]	56 000	[38 000 – 82 000]
Inde	2 400 000	[2 100 000 – 2 800 000]	2 500 000	[2 300 000 – 2 900 000]	2 300 000	[2 000 000 – 2 600 000]
Indonésie	310 000	[200 000 – 460 000]	11 000	[<100 – 34 000]	300 000	[200 000 – 460 000]
Rép. démocratique populaire lao	8500	[6000 – 13 000]	<1000	[<100 – 1700]	8300	[5800 – 12 000]
Malaisie	100 000	[83 000 – 120 000]	67 000	[57 000 – 80 000]	100 000	[83 000 – 120 000]
Maldives	<100	[<100 – <100]	<100	[<100 – <100]	<100	[<100 – <100]
Myanmar	240 000	[200 000 – 290 000]	250 000	[190 000 – 310 000]	230 000	[190 000 – 280 000]
Népal	64 000	[51 000 – 80 000]	60 000	[49 000 – 72 000]	60 000	[48 000 – 75 000]
Pakistan	98 000	[79 000 – 120 000]	39 000	[32 000 – 48 000]	95 000	[76 000 – 120 000]
Philippines	8700	[6100 – 13 000]	1700	[<100 – 4000]	8600	[6000 – 13 000]
Singapour	3400	[2500 – 4400]	2800	[2200 – 3800]	3300	[2400 – 4300]
Sri Lanka	2800	[2100 – 3800]	1300	[<1000 – 1900]	2800	[2100 – 3700]
Thaïlande	530 000	[420 000 – 660 000]	640 000	[480 000 – 820 000]	520 000	[410 000 – 640 000]
Viet Nam	280 000	[220 000 – 350 000]	140 000	[110 000 – 180 000]	270 000	[220 000 – 350 000]
EUROPE ORIENTALE ET ASIE CENTRALE	1 400 000	[1 300 000 – 1 600 000]	760 000	[670 000 – 890 000]	1 400 000	[1 200 000 – 1 600 000]
Arménie	1900	[1500 – 2400]	1400	[1100 – 1700]	1900	[1500 – 2300]
Azerbaïdjan	3600	[2600 – 5200]	1300	[<500 – 1700]	3500	[2500 – 5100]
Bélarus	17 000	[13 000 – 20 000]	6300	[5100 – 7800]	16 000	[13 000 – 20 000]
Géorgie	3500	[2600 – 4900]	1200	[<100 – 1700]	3400	[2500 – 4800]
Kazakhstan	13 000	[9000 – 19 000]	1800	[<1000 – 3400]	13 000	[8900 – 19 000]
Kirghizistan	9800	[6500 – 16 000]	<1000	[<100 – 11 000]	9700	[6400 – 16 000]
République de Moldavie	12 000	[9900 – 16 000]	12 000	[9900 – 16 000]	12 000	[9800 – 15 000]
Fédération de Russie	980 000	[840 000 – 1 200 000]	430 000	[350 000 – 550 000]	960 000	[830 000 – 1 100 000]
Tadjikistan	9100	[6400 – 13 000]	4100	[3100 – 5300]	8900	[6300 – 12 000]
Ukraine	350 000	[300 000 – 410 000]	290 000	[250 000 – 330 000]	350 000	[300 000 – 410 000]
Ouzbékistan	28 000	[18 000 – 46 000]	<1000	[<100 – <100]	28 000	[18 000 – 45 000]
EUROPE OCCIDENTALE ET CENTRALE	820 000	[720 000 – 910 000]	630 000	[570 000 – 700 000]	820 000	[720 000 – 910 000]
Autriche	15 000	[12 000 – 20 000]	5300	[3900 – 7000]	15 000	[12 000 – 20 000]
Belgique	14 000	[11 000 – 18 000]	12 000	[9500 – 16 000]	14 000	[11 000 – 18 000]
Bulgarie	3800	[2800 – 5200]	1 800	[1300 – 2300]	3800	[2700 – 5200]

A1

ESTIMATION DU NOMBRE DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

	2001		2009		2001	
	Estimation	[estimation basse – haute]	Estimation	[estimation basse – haute]	Estimation	[estimation basse – haute]
ASIE DE L'EST	350 000	[250 000 – 480 000]	0,1	[0,1 – 0,1]	<0,1	[<0,1 – <0,1]
Chine	...	[240 000 – 470 000]	0,1	[0,1 – 0,1]	...	[<0,1 – <0,1]
Rép. populaire démocratique de Corée	...	...	...	...	...	...
Japon	6400	[5200 – 8100]	<0,1	[<0,1 – <0,1]	<0,1	[<0,1 – <0,1]
Mongolie	<100	[<100 – <200]	<0,1	[<0,1 – <0,1]	<0,1	[<0,1 – <0,1]
République de Corée	5200	[4100 – 6700]	<0,1	[<0,1 – <0,1]	<0,1	[<0,1 – <0,1]
OCÉANIE	28 000	[22 000 – 34 000]	0,3	[0,2 – 0,3]	0,2	[0,1 – 0,2]
Australie	13 000	[9900 – 16 000]	0,1	[0,1 – 0,2]	0,1	[0,1 – 0,1]
Fidji	<200	[<100 – <500]	0,1	[0,1 – 0,2]	<0,1	[<0,1 – 0,1]
Nouvelle-Zélande	1600	[1400 – 2100]	0,1	[0,1 – 0,1]	0,1	[0,1 – 0,1]
Papouasie-Nouvelle-Guinée	13 000	[9100 – 19 000]	0,9	[0,8 – 1,0]	0,5	[0,3 – 0,7]
ASIE DU SUD ET DU SUD-EST	3 700 000	[3 400 000 – 4 100 000]	0,3	[0,3 – 0,3]	0,4	[0,3 – 0,4]
Bangladesh	1100	[<100 – 2300]	<0,1	[<0,1 – <0,1]	<0,1	[<0,1 – <0,1]
Bhoutan	<100	[<100 – <500]	0,2	[0,1 – 0,3]	<0,1	[<0,1 – 0,1]
Cambodge	83 000	[58 000 – 110 000]	0,5	[0,4 – 0,8]	1,2	[0,8 – 1,6]
Inde	2 500 000	[2 200 000 – 2 800 000]	0,3	[0,3 – 0,4]	0,4	[0,4 – 0,5]
Indonésie	11 000	[<100 – 34 000]	0,2	[0,1 – 0,3]	<0,1	[<0,1 – <0,1]
Rép. démocratique populaire lao	<1000	[<100 – 1700]	0,2	[0,2 – 0,4]	<0,1	[<0,1 – 0,1]
Malaisie	67 000	[56 000 – 80 000]	0,5	[0,4 – 0,6]	0,4	[0,3 – 0,5]
Maldives	<100	[<100 – <100]	<0,1	[<0,1 – <0,1]	<0,1	[<0,1 – <0,1]
Myanmar	250 000	[190 000 – 310 000]	0,6	[0,5 – 0,7]	0,8	[0,6 – 0,9]
Népal	57 000	[47 000 – 69 000]	0,4	[0,3 – 0,5]	0,5	[0,4 – 0,6]
Pakistan	39 000	[32 000 – 47 000]	0,1	[0,1 – 0,1]	0,1	[<0,1 – 0,1]
Philippines	1600	[<100 – 3900]	<0,1	[<0,1 – <0,1]	<0,1	[<0,1 – <0,1]
Singapour	2700	[2100 – 3700]	0,1	[0,1 – 0,1]	0,1	[0,1 – 0,1]
Sri Lanka	1300	[<1000 – 1900]	<0,1	[<0,1 – <0,1]	<0,1	[<0,1 – <0,1]
Thaïlande	610 000	[470 000 – 790 000]	1,3	[1,0 – 1,6]	1,7	[1,3 – 2,1]
Viet Nam	140 000	[110 000 – 170 000]	0,4	[0,3 – 0,5]	0,3	[0,2 – 0,3]
EUROPE ORIENTALE ET ASIE CENTRALE	750 000	[660 000 – 880 000]	0,8	[0,7 – 0,9]	0,4	[0,4 – 0,5]
Arménie	1400	[1100 – 1700]	0,1	[0,1 – 0,1]	0,1	[0,1 – 0,1]
Azerbaïdjan	1200	[<500 – 1600]	0,1	[<0,1 – 0,1]	<0,1	[<0,1 – <0,1]
Bélarus	6300	[5000 – 7800]	0,3	[0,2 – 0,3]	0,1	[0,1 – 0,1]
Géorgie	1200	[<100 – 1700]	0,1	[0,1 – 0,2]	<0,1	[<0,1 – 0,1]
Kazakhstan	1800	[<1000 – 3400]	0,1	[0,1 – 0,2]	<0,1	[<0,1 – <0,1]
Kirghizistan	<1000	[<100 – 11 000]	0,3	[0,2 – 0,5]	<0,1	[<0,1 – 0,3]
République de Moldavie	12 000	[9800 – 16 000]	0,4	[0,4 – 0,6]	0,4	[0,3 – 0,6]
Fédération de Russie	430 000	[350 000 – 550 000]	1,0	[0,9 – 1,2]	0,5	[0,4 – 0,6]
Tadjikistan	4000	[3000 – 5200]	0,2	[0,1 – 0,3]	0,1	[0,1 – 0,1]
Ukraine	290 000	[250 000 – 330 000]	1,1	[1,0 – 1,3]	0,9	[0,8 – 1,1]
Ouzbékistan	<1000	[<100 – <100]	0,1	[0,1 – 0,2]	<0,1	[<0,1 – <0,1]
EUROPE OCCIDENTALE ET CENTRALE	620 000	[570 000 – 700 000]	0,2	[0,2 – 0,2]	0,2	[0,2 – 0,2]
Autriche	5300	[3900 – 7000]	0,3	[0,2 – 0,4]	0,1	[0,1 – 0,2]
Belgique	12 000	[9500 – 16 000]	0,2	[0,2 – 0,3]	0,2	[0,2 – 0,3]
Bulgarie	1800	[1300 – 2300]	0,1	[0,1 – 0,1]	<0,1	[<0,1 – <0,1]

	2009 Femmes (15+)		2001 Femmes (15+)		2009 Enfants (0-14)	
	Estimation	[estimation basse – haute]	Estimation	[estimation basse – haute]	Estimation	[estimation basse – haute]
ASIE DE L'EST	220 000	[160 000 – 300 000]	98 000	[71 000 – 140 000]	8000	[3600 – 13 000]
Chine	230 000	[160 000 – 300 000]	...	[67 000 – 130 000]	...	...
Rép. populaire démocratique de Corée	...	...	...	...	...	...
Japon	2700	[2100 – 3400]	2200	[1700 – 2700]	...	...
Mongolie	<200	[<100 – <200]	<100	[<100 – <100]	...	...
République de Corée	2900	[2200 – 4000]	1600	[1200 – 2000]	...	...
OCÉANIE	25 000	[22 000 – 28 000]	12 000	[9400 – 16 000]	3100	[1500 – 4800]
Australie	6200	[4800 – 7800]	3900	[3100 – 4900]	...	...
Fidji	<200	[<200 – <500]	<100	[<100 – <100]	...	...
Nouvelle-Zélande	<1000	[<1000 – 1000]	<1000	[<500 – <1000]	...	...
Papouasie-Nouvelle-Guinée	18 000	[16 000 – 21 000]	7600	[5100 – 11 000]	3100	[1600 – 4800]
ASIE DU SUD ET DU SUD-EST	1 400 000	[1 400 000 – 1 700 000]	1 300 000	[1 300 000 – 1 600 000]	150 000	[97 000 – 200 000]
Bangladesh	1900	[1500 – 2400]	<500	[<100 – <1000]	...	...
Bhoutan	<500	[<200 – <500]	<100	[<100 – <100]	...	...
Cambodge	35 000	[23 000 – 52 000]	51 000	[34 000 – 71 000]	...	...
Inde	880 000	[730 000 – 1 000 000]	880 000	[780 000 – 1 000 000]	...	...
Indonésie	88 000	[58 000 – 130 000]	3200	[<100 – 9600]	...	...
Rép. démocratique populaire lao	3500	[2400 – 5500]	<500	[<100 – <500]	...	...
Malaisie	11 000	[8600 – 15 000]	6100	[4100 – 8100]	...	...
Maldives	<100	[<100 – <100]	<100	[<100 – <100]	...	...
Myanmar	81 000	[67 000 – 96 000]	67 000	[53 000 – 83 000]	...	...
Népal	20 000	[16 000 – 25 000]	19 000	[15 000 – 22 000]	...	...
Pakistan	28 000	[23 000 – 35 000]	11 000	[9000 – 13 000]	...	...
Philippines	2600	[1800 – 3900]	<500	[<100 – 1100]	...	...
Singapour	1000	[<1000 – 1300]	<1000	[<1000 – 1100]	...	...
Sri Lanka	<1000	[<500 – <1000]	<500	[<200 – <500]	...	...
Thaïlande	210 000	[160 000 – 260 000]	220 000	[160 000 – 300 000]	...	...
Viet Nam	81 000	[63 000 – 100 000]	39 000	[31 000 – 50 000]	...	...
EUROPE ORIENTALE ET ASIE CENTRALE	690 000	[600 000 – 790 000]	330 000	[290 000 – 390 000]	18 000	[8600 – 29 000]
Arménie	<1000	[<500 – <1000]	<500	[<500 – <1000]	...	...
Azerbaïdjan	2100	[1500 – 3000]	<1000	[<500 – <1000]	...	...
Bélarus	8300	[6700 – 10 000]	2300	[1900 – 2900]	...	...
Géorgie	1500	[1100 – 2100]	<500	[<100 – <1000]	...	...
Kazakhstan	7700	[5300 – 11 000]	1100	[<1000 – 2000]	...	...
Kirghizistan	2800	[1900 – 4700]	<500	[<100 – 3200]	...	...
République de Moldavie	5100	[4100 – 6600]	3700	[2900 – 4800]	...	...
Fédération de Russie	480 000	[400 000 – 570 000]	190 000	[160 000 – 250 000]	...	...
Tadjikistan	2700	[1900 – 3700]	1100	[<1000 – 1500]	...	...
Ukraine	170 000	[140 000 – 200 000]	130 000	[110 000 – 150 000]	...	...
Ouzbékistan	8000	[4900 – 13 000]	<500	[<100 – <100]	...	...
EUROPE OCCIDENTALE ET CENTRALE	240 000	[210 000 – 270 000]	180 000	[160 000 – 200 000]	1400	[<1000 – 1800]
Autriche	4600	[3500 – 5900]	1600	[1100 – 2100]	...	...
Belgique	4400	[3400 – 5500]	3700	[2900 – 4800]	...	...
Bulgarie	1100	[<1000 – 1500]	<500	[<500 – <1000]	...	...

A1

ESTIMATION DU NOMBRE DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

	2001		2009		2009	
	Enfants (0-14)		Pourcentage de prévalence chez les jeunes femmes (15-24)		Pourcentage de prévalence chez les jeunes hommes (15-24)	
	Estimation	[estimation basse - haute]	Estimation	[estimation basse - haute]	Estimation	[estimation basse - haute]
ASIE DE L'EST	2800	[1200 - 5400]	<0,1	[<0,1 - <0,1]	<0,1	[<0,1 - <0,1]
Chine	[<0,1 - <0,1]	...	[<0,1 - <0,1]
Rép. populaire démocratique de Corée
Japon	<0,1	[<0,1 - <0,1]	<0,1	[<0,1 - <0,1]
Mongolie	<0,1	[<0,1 - <0,1]	<0,1	[<0,1 - 0,1]
République de Corée	<0,1	[<0,1 - <0,1]	<0,1	[<0,1 - 0,1]
OCÉANIE	<1000	[<500 - 1600]	0,2	[0,2 - 0,3]	0,1	[0,1 - 0,3]
Australie	0,1	[<0,1 - 0,1]	0,1	[<0,1 - 0,3]
Fidji	0,1	[<0,1 - 0,1]	0,1	[<0,1 - 0,3]
Nouvelle-Zélande	<0,1	[<0,1 - 0,1]	<0,1	[<0,1 - 0,1]
Papouasie-Nouvelle-Guinée	<1000	[<500 - 1500]	0,8	[0,6 - 1,2]	0,3	[0,2 - 0,5]
ASIE DU SUD ET DU SUD-EST	100 000	[67 000 - 140 000]	0,1	[0,1 - 0,1]	0,1	[0,1 - 0,1]
Bangladesh	<0,1	[<0,1 - <0,1]	<0,1	[<0,1 - <0,1]
Bhoutan	<0,1	[<0,1 - 0,1]	0,1	[<0,1 - 0,1]
Cambodge	0,1	[0,1 - 0,3]	0,1	[<0,1 - 0,2]
Inde	0,1	[0,1 - 0,2]	0,1	[0,1 - 0,2]
Indonésie	<0,1	[<0,1 - 0,1]	0,1	[<0,1 - 0,1]
Rép. démocratique populaire lao	0,2	[0,1 - 0,3]	0,1	[0,1 - 0,2]
Malaisie	<0,1	[<0,1 - <0,1]	0,1	[0,1 - 0,2]
Maldives	<0,1	[<0,1 - <0,1]	<0,1	[<0,1 - <0,1]
Myanmar	0,3	[0,2 - 0,3]	0,3	[0,3 - 0,4]
Népal	0,1	[0,1 - 0,2]	0,2	[0,1 - 0,6]
Pakistan	<0,1	[<0,1 - 0,1]	0,1	[<0,1 - 0,2]
Philippines	<0,1	[<0,1 - <0,1]	<0,1	[<0,1 - <0,1]
Singapour	<0,1	[<0,1 - 0,1]	<0,1	[<0,1 - 0,2]
Sri Lanka	<0,1	[<0,1 - <0,1]	<0,1	[<0,1 - <0,1]
Thaïlande	[0,4 - 0,7]	...	[0,4 - 0,5]
Viet Nam	0,1	[<0,1 - 0,1]	0,1	[0,1 - 0,1]
EUROPE ORIENTALE ET ASIE CENTRALE	4000	[2000 - 6100]	0,2	[0,2 - 0,3]	0,1	[0,1 - 0,1]
Arménie	<0,1	[<0,1 - <0,1]	<0,1	[<0,1 - <0,1]
Azerbaïdjan	0,1	[0,1 - 0,1]	<0,1	[<0,1 - 0,1]
Bélarus	0,1	[0,1 - 0,1]	<0,1	[<0,1 - 0,1]
Géorgie	<0,1	[<0,1 - 0,1]	<0,1	[<0,1 - <0,1]
Kazakhstan	0,2	[0,1 - 0,3]	0,1	[<0,1 - 0,1]
Kirghizistan	0,1	[<0,1 - 0,1]	0,1	[<0,1 - 0,2]
République de Moldavie	0,1	[0,1 - 0,1]	0,1	[<0,1 - 0,1]
Fédération de Russie	0,3	[0,3 - 0,4]	0,2	[0,1 - 0,2]
Tadjikistan	<0,1	[<0,1 - 0,1]	<0,1	[<0,1 - 0,1]
Ukraine	0,3	[0,2 - 0,4]	0,2	[0,1 - 0,2]
Ouzbékistan	<0,1	[<0,1 - 0,1]	<0,1	[<0,1 - 0,1]
EUROPE OCCIDENTALE ET CENTRALE	2200	[1300 - 3100]	0,1	[<0,1 - 0,1]	0,1	[0,1 - 0,2]
Autriche	0,2	[0,1 - 0,3]	0,3	[0,1 - 0,9]
Belgique	<0,1	[<0,1 - 0,1]	<0,1	[<0,1 - 0,1]
Bulgarie	<0,1	[<0,1 - <0,1]	<0,1	[<0,1 - <0,1]

ESTIMATION DU NOMBRE DE NOUVELLES INFECTIONS À VIH

	2009		2001		2009	
	Pourcentage d'incidence chez les adultes (15-49)		Pourcentage d'incidence chez les adultes (15-49)		Adultes + enfants nouvellement infectés	
	Estimation	[estimation basse – haute]	Estimation	[estimation basse – haute]	Estimation	[estimation basse – haute]
ASIE DE L'EST	<0,10	[<0,10 – <0,10]	<0,10	[<0,10 – <0,10]	82 000	[48 000 – 140 000]
Chine	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[47 000 – 140 000]
Rép. populaire démocratique de Corée	...	...	...	...	...	...
Japon	<0,10	[<0,10 – <0,10]	<0,10	[<0,10 – <0,10]	<500	[<200 – <500]
Mongolie	<0,10	[<0,10 – <0,10]	<0,10	[<0,10 – <0,10]	<100	[<100 – <200]
République de Corée	<0,10	[<0,10 – <0,10]	<0,10	[<0,10 – <0,10]	<1000	[<500 – 1000]
OCÉANIE	<0,10	[<0,10 – <0,10]	<0,10	[<0,10 – <0,10]	4500	[3400 – 6000]
Australie	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<1000 – 1500]
Fidji	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<100 – <200]
Nouvelle-Zélande	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<100 – <200]
Papouasie-Nouvelle-Guinée	<0,10	[<0,10 – 0,13]	0,13	[0,11 – 0,16]	3200	[2100 – 4800]
ASIE DU SUD ET DU SUD-EST	<0,10	[<0,10 – <0,10]	<0,10	[<0,10 – <0,10]	270 000	[240 000 – 320 000]
Bangladesh	<0,10	[<0,10 – <0,10]	<0,10	[<0,10 – <0,10]	1400	[1000 – 2400]
Bhoutan	...	[<0,10 – 0,13]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<200 – <1000]
Cambodge	<0,10	[<0,10 – <0,10]	<0,10	[<0,10 – 0,11]	1700	[<1000 – 4200]
Inde	<0,10	[<0,10 – <0,10]	<0,10	[<0,10 – <0,10]	140 000	[110 000 – 160 000]
Indonésie	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[29 000 – 87 000]
Rép. démocratique populaire lao	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<1000 – 3400]
Malaisie	<0,10	[<0,10 – <0,10]	<0,10	[<0,10 – <0,10]	10 000	[8400 – 13 000]
Maldives	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<100 – <100]
Myanmar	<0,10	[<0,10 – <0,10]	<0,10	[<0,10 – <0,10]	17 000	[14 000 – 20 000]
Népal	<0,10	[<0,10 – <0,10]	<0,10	[<0,10 – <0,10]	4800	[2700 – 7800]
Pakistan	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[7300 – 15 000]
Philippines	<0,10	[<0,10 – <0,10]	<0,10	[<0,10 – <0,10]	2100	[1200 – 4900]
Singapour	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<100 – <500]
Sri Lanka	<0,10	[<0,10 – <0,10]	<0,10	[<0,10 – <0,10]	<500	[<200 – <1000]
Thaïlande	<0,10	[<0,10 – <0,10]	<0,10	[<0,10 – <0,10]	12 000	[9800 – 15 000]
Viet Nam	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[16 000 – 38 000]
EUROPE ORIENTALE ET ASIE CENTRALE	<0,10	[<0,10 – <0,10]	0,14	[0,11 – 0,16]	130 000	[110 000 – 160 000]
Arménie	<0,10	[<0,10 – <0,10]	<0,10	[<0,10 – <0,10]	<500	[<200 – <500]
Azerbaïdjan	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<500 – 1100]
Bélarus	<0,10	[<0,10 – <0,10]	<0,10	[<0,10 – <0,10]	1500	[1100 – 2200]
Géorgie	<0,10	[<0,10 – <0,10]	<0,10	[<0,10 – <0,10]	<1000	[<500 – 1200]
Kazakhstan	<0,10	[<0,10 – <0,10]	<0,10	[<0,10 – <0,10]	1900	[1200 – 3600]
Kirghizistan	<0,10	[<0,10 – 0,22]	<0,10	[<0,10 – <0,10]	2600	[1400 – 6500]
République de Moldavie	<0,10	[<0,10 – <0,10]	<0,10	[<0,10 – <0,10]	<1000	[<1000 – 1200]
Fédération de Russie	...	[<0,10 – 0,14]	...	[0,17 – 0,25]	...	[67 000 – 120 000]
Tadjikistan	<0,10	[<0,10 – <0,10]	<0,10	[<0,10 – <0,10]	1400	[<1000 – 2300]
Ukraine	...	[<0,10 – 0,12]	...	[0,10 – 0,16]	...	[16 000 – 32 000]
Ouzbékistan	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[3100 – 11 000]
EUROPE OCCIDENTALE ET CENTRALE	<0,10	[<0,10 – <0,10]	<0,10	[<0,10 – <0,10]	31 000	[23 000 – 40 000]
Autriche	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<1000 – 2100]
Belgique	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<100 – <500]
Bulgarie	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<500 – <1000]

A1

ESTIMATION DU NOMBRE DE NOUVELLES INFECTIONS À VIH

ESTIMATION DU NOMBRE DE DÉCÈS LIÉS AU SIDA

	2009		2009		2001	
	Adultes nouvellement infectés		Décès d'adultes et d'enfants liés au sida		Décès d'adultes et d'enfants liés au sida	
	Estimation	[estimation basse – haute]	Estimation	[estimation basse – haute]	Estimation	[estimation basse – haute]
ASIE DE L'EST	81 000	[47 000 – 140 000]	36 000	[25 000 – 50 000]	15 000	[9400 – 28 000]
Chine	...	[46 000 – 140 000]	26 000	[24 000 – 49 000]	...	[9100 – 28 000]
Rép. populaire démocratique de Corée	...	...	...	...	...	...
Japon	<500	[<200 – <500]	<100	[<100 – <500]	<100	[<100 – <200]
Mongolie	<100	[<100 – <100]	<100	[<100 – <100]	<100	[<100 – <100]
République de Corée	<1000	[<500 – 1000]	<500	[<500 – <1000]	<500	[<100 – <500]
Océanie	3700	[2600 – 5300]	1400	[<1000 – 2400]	<1000	[<500 – 1100]
Australie	...	[<1000 – 1500]	<100	[<100 – <1000]	<100	[<100 – <200]
Fidji	...	[<100 – <200]	<100	[<100 – <100]	<100	[<100 – <100]
Nouvelle-Zélande	...	[<100 – <200]	<100	[<100 – <100]	<100	[<100 – <100]
Papouasie-Nouvelle-Guinée	2400	[1400 – 4100]	1300	[<1000 – 1900]	<1000	[<500 – <1000]
ASIE DU SUD ET DU SUD-EST	250 000	[220 000 – 300 000]	260 000	[230 000 – 300 000]	230 000	[210 000 – 280 000]
Bangladesh	1400	[<1000 – 2400]	<200	[<100 – <500]	<100	[<100 – <200]
Bhoutan	...	[<200 – <1000]	<100	[<100 – <100]	<100	[<100 – <100]
Cambodge	1200	[<200 – 3500]	3100	[<1000 – 5600]	7400	[5000 – 11 000]
Inde	120 000	[100 000 – 150 000]	170 000	[150 000 – 200 000]	140 000	[120 000 – 170 000]
Indonésie	...	[29 000 – 86 000]	8300	[3800 – 15 000]	<200	[<100 – 1900]
Rép. démocratique populaire lao	...	[<1000 – 3100]	<200	[<100 – <500]	<100	[<100 – <100]
Malaisie	10 000	[8400 – 13 000]	5800	[4500 – 7200]	3900	[3000 – 5200]
Maldives	...	[<100 – <100]	<100	[<100 – <100]	<100	[<100 – <100]
Myanmar	16 000	[14 000 – 19 000]	18 000	[13 000 – 23 000]	16 000	[12 000 – 20 000]
Népal	4300	[2300 – 7200]	4700	[3800 – 5700]	4000	[3200 – 4900]
Pakistan	...	[6700 – 14 000]	5800	[4500 – 7400]	1400	[<1000 – 1900]
Philippines	2100	[1200 – 4800]	<200	[<100 – <500]	<100	[<100 – <500]
Singapour	...	[<100 – <500]	<100	[<100 – <200]	<100	[<100 – <500]
Sri Lanka	<500	[<200 – <1000]	<200	[<100 – <500]	<100	[<100 – <100]
Thaïlande	12 000	[9500 – 14 000]	28 000	[21 000 – 37 000]	52 000	[39 000 – 68 000]
Viet Nam	...	[15 000 – 37 000]	14 000	[9500 – 20 000]	5500	[3900 – 7500]
EUROPE ORIENTALE ET ASIE CENTRALE	130 000	[100 000 – 150 000]	76 000	[60 000 – 96 000]	18 000	[14 000 – 23 000]
Arménie	<500	[<200 – <500]	<100	[<100 – <200]	<100	[<100 – <100]
Azerbaïdjan	...	[<500 – 1100]	<200	[<200 – <500]	<100	[<100 – <100]
Bélarus	1500	[1100 – 2200]	<1000	[<500 – <1000]	<200	[<100 – <500]
Géorgie	<1000	[<500 – 1200]	<100	[<100 – <200]	<100	[<100 – <200]
Kazakhstan	1900	[1200 – 3600]	<500	[<200 – <1000]	<100	[<100 – <100]
Kirghizistan	2600	[1400 – 6500]	<500	[<100 – <500]	<100	[<100 – 3300]
République de Moldavie	<1000	[<1000 – 1200]	<1000	[<1000 – 1100]	<1000	[<500 – <1000]
Fédération de Russie	...	[64 000 – 110 000]	...	[35 000 – 65 000]	...	[3000 – 6000]
Tadjikistan	1300	[<1000 – 2200]	<500	[<500 – <1000]	<200	[<200 – <500]
Ukraine	...	[16 000 – 32 000]	24 000	[20 000 – 29 000]	13 000	[9400 – 16 000]
Ouzbékistan	...	[3100 – 11 000]	<500	[<200 – 1000]	<100	[<100 – <100]
EUROPE OCCIDENTALE ET CENTRALE	31 000	[23 000 – 39 000]	8500	[6800 – 19 000]	7300	[5700 – 11 000]
Autriche	...	[<1000 – 2100]	<100	[<100 – <100]	<100	[<100 – <100]
Belgique	...	[<100 – <500]	<100	[<100 – <500]	<100	[<100 – <100]
Bulgarie	...	[<500 – <1000]	<200	[<200 – <500]	<100	[<100 – <200]

ESTIMATION DU NOMBRE D'ORPHELINS DU SIDA

PRÉVALENCE DU VIH (%) PARMI LES GROUPES LES PLUS EXPOSÉS AU RISQUE D'INFECTION DANS LA CAPITALE

	2009		2001		Consommateurs de drogues injectables		Professionnelles du sexe		Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	
	Orphelins (0-17) actuellement en vie		Orphelins (0-17)		Année	VIH (%)	Année	VIH (%)	Année	VIH (%)
	Estimation	[estimation basse – haute]	Estimation	[estimation basse – haute]						
ASIE DE L'EST	52 000	[35 000 – 78 000]	18 000	[10 000 – 37 000]	...	...	...	...	...	...
Chine	2009	9,3	2009	0,6	2009	5,0
Rép. populaire démocratique de Corée
Japon	2009	4,0
Mongolie	2009	1,8
République de Corée
Océanie	6 300	[4 000 – 10 000]	2 700	[1 900 – 4 400]	...	...	...	...	...	...
Australie	2008	1,5	2008	0,1	...	...
Fidji
Nouvelle-Zélande	2004	0,3	...	...	...	...
Papouasie-Nouvelle-Guinée	2009	7,4	2009	4,4
ASIE DU SUD ET DU SUD-EST	1 000 000	[820 000 – 1 100 000]	500 000	[420 000 – 620 000]	...	...	...	...	...	...
Bangladesh	2007	1,6	2007	0,3	...	...
Bhoutan
Cambodge	2007	24,4	...	...	2005	4,5
Inde	2009	9,2	2009	4,9	2009	7,3
Indonésie	2007	52,4	2007	7,8	2007	5,2
Rép. démocratique populaire lao
Malaisie	22,1	...	...	2009	3,9
Maldives
Myanmar	2008	36,3	2008	18,1	2008	28,8
Népal	2009	20,7	2008	2,2	2009	3,8
Pakistan	2008	20,8	2009	1,0	...	...
Philippines	2009	0,2	2009	0,2	2009	1,0
Singapour	2009	2,6
Sri Lanka	2009	0,5
Thaïlande	2009	38,7	2009	2,8	2009	13,5
Viet Nam	2009	18,4	2009	3,2	2010	16,7
EUROPE ORIENTALE ET ASIE CENTRALE	73 000	[59 000 – 91 000]	15 000	[9 000 – 22 000]	...	...	...	...	...	...
Arménie
Azerbaïdjan	2008	10,3	2008	1,7	2008	1,0
Bélarus	2009	13,7	2009	6,4	2009	2,7
Géorgie	2008	2,2	2009	2,0	2007	3,6
Kazakhstan	2009	2,9	2009	1,3	2009	0,3
Kirghizistan	2009	14,3	2009	1,6	...	...
République de Moldavie
Fédération de Russie	2009	15,6	2009	4,5	2009	8,3
Tadjikistan	2008	17,6	2008	2,8	...	...
Ukraine	2009	22,9	...	...	2009	8,6
Ouzbékistan	2009	11,0	2009	2,2	2009	6,8
EUROPE OCCIDENTALE ET CENTRALE	26 000	[22 000 – 42 000]	50 000	[41 000 – 60 000]	...	...	...	...	...	...
Autriche	2009	4,0	...	...	...	...
Belgique	2008	8,7	2009	0,4	2010	5,6
Bulgarie	2008	6,8	2008	0,7	2008	3,3

A1

ESTIMATION DU NOMBRE DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

	2009 Adultes + enfants		2001 Adultes + enfants		2009 Adultes (15+)	
	Estimation	[estimation basse – haute]	Estimation	[estimation basse – haute]	Estimation	[estimation basse – haute]
Croatie	<1000	[<1000 – 1 100]	<1000	[<500 – <1000]	<1000	[<1000 – 1100]
République tchèque	2000	[1700 – 2300]	1300	[1200 – 1600]	2000	[1700 – 2300]
Danemark	5300	[4000 – 6300]	3300	[2800 – 3800]	5300	[4000 – 6300]
Estonie	9900	[8000 – 12 000]	4700	[3800 – 5700]	9800	[8000 – 12 000]
Finlande	2 600	[2200 – 3100]	1600	[1300 – 1900]	2600	[2200 – 3100]
France	150 000	[120 000 – 190 000]	120 000	[100 000 – 140 000]	150 000	[120 000 – 190 000]
Allemagne	67 000	[56 000 – 75 000]	49 000	[42 000 – 56 000]	67 000	[56 000 – 75 000]
Grèce	8800	[7300 – 11 000]	8100	[6800 – 9500]	8800	[7300 – 11 000]
Hongrie	3000	[2200 – 3900]	2800	[2100 – 3700]	3000	[2200 – 3900]
Islande	<1000	[<500 – <1000]	<500	[<500 – <500]	<1000	[<500 – <1000]
Irlande	6900	[5200 – 8700]	4500	[3400 – 5900]	6900	[5200 – 8700]
Israël	7500	[5600 – 9900]	5200	[3900 – 6800]	7500	[5600 – 9900]
Italie	140 000	[110 000 – 180 000]	130 000	[99 000 – 170 000]	140 000	[110 000 – 180 000]
Lettonie	8600	[6300 – 12 000]	4700	[3500 – 6 200]	8600	[6300 – 11 000]
Lituanie	1200	[<1000 – 1600]	<1000	[<1000 – <1000]	1200	[<1000 – 1600]
Luxembourg	<1000	[<1000 – 1200]	<1000	[<500 – <1000]	<1000	[<1000 – 1200]
Malte	<500	[<500 – <500]	<500	[<200 – <500]	<500	[<500 – <500]
Pays-Bas	22 000	[17 000 – 32 000]	18 000	[14 000 – 24 000]	22 000	[17 000 – 32 000]
Norvège	4000	[3000 – 5400]	3000	[2300 – 4100]	4000	[3000 – 5400]
Pologne	27 000	[20 000 – 34 000]	21 000	[16 000 – 28 000]	27 000	[20 000 – 34 000]
Portugal	42 000	[32 000 – 53 000]	31 000	[24 000 – 41 000]	42 000	[32 000 – 53 000]
Roumanie	16 000	[12 000 – 20 000]	16 000	[12 000 – 20 000]	15 000	[11 000 – 20 000]
Serbie	4900	[3500 – 7100]	1900	[<500 – 2800]	4900	[3400 – 7100]
Slovaquie	<500	[<500 – <500]	<200	[<200 – <500]	<500	[<500 – <500]
Slovénie	<1000	[<500 – <1000]	<500	[<200 – <500]	<1000	[<500 – <1000]
Espagne	130 000	[120 000 – 150 000]	120 000	[100 000 – 130 000]	130 000	[120 000 – 150 000]
Suède	8100	[6100 – 11 000]	6300	[4900 – 8700]	8100	[6100 – 11 000]
Suisse	18 000	[13 000 – 24 000]	13 000	[9500 – 17 000]	18 000	[13 000 – 24 000]
Turquie	4600	[3400 – 6100]	1700	[1300 – 2300]	4500	[3300 – 6100]
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	85 000	[66 000 – 110 000]	43 000	[35 000 – 54 000]	85 000	[66 000 – 110 000]
MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD	460 000	[400 000 – 530 000]	180 000	[150 000 – 210 000]	440 000	[380 000 – 510 000]
Algérie	18 000	[13 000 – 24 000]	6800	[4900 – 9000]	17 000	[12 000 – 24 000]
Djibouti	14 000	[10 000 – 18 000]	12 000	[9000 – 16 000]	13 000	[9400 – 16 000]
Égypte	11 000	[8400 – 17 000]	3300	[2900 – 5300]	10 000	[8100 – 16 000]
Iran (République islamique d')	92 000	[74 000 – 120 000]	54 000	[45 000 – 65 000]	91 000	[72 000 – 110 000]
Liban	3600	[2700 – 4800]	3800	[2900 – 5100]	3400	[2600 – 4600]
Maroc	26 000	[19 000 – 34 000]	14 000	[11 000 – 18 000]	25 000	[19 000 – 33 000]
Oman	1100	[<1000 – 1400]	<500	[<500 – <1000]	1100	[<1000 – 1400]
Qatar	<200	[<100 – <200]	<100	[<100 – <100]	<200	[<100 – <200]
Somalie	34 000	[25 000 – 48 000]	11 000	[<500 – 14 000]	32 000	[23 000 – 46 000]
Soudan	260 000	[210 000 – 330 000]	72 000	[35 000 – 98 000]	250 000	[200 000 – 310 000]
Tunisie	2400	[1800 – 3300]	<1000	[<500 – 1000]	2400	[1700 – 3300]

	2001 Adultes (15+)		2009 Pourcentage de prévalence chez les adultes (15-49)		2001 Pourcentage de prévalence chez les adultes (15-49)	
	Estimation	[estimation basse – haute]	Estimation	[estimation basse – haute]	Estimation	[estimation basse – haute]
Croatie	<1000	[<500 – <1000]	<0,1	[<0,1 – <0,1]	<0,1	[<0,1 – <0,1]
République tchèque	1300	[1200 – 1600]	<0,1	[<0,1 – <0,1]	<0,1	[<0,1 – <0,1]
Danemark	3300	[2800 – 3800]	0,2	[0,1 – 0,2]	0,1	[0,1 – 0,1]
Estonie	4700	[3800 – 5700]	1,2	[1,0 – 1,5]	0,6	[0,5 – 0,8]
Finlande	1600	[1300 – 1900]	0,1	[0,1 – 0,1]	0,1	[<0,1 – 0,1]
France	120 000	[100 000 – 140 000]	0,4	[0,3 – 0,5]	0,3	[0,3 – 0,4]
Allemagne	49 000	[42 000 – 56 000]	0,1	[0,1 – 0,2]	0,1	[0,1 – 0,1]
Grèce	8000	[6800 – 9500]	0,1	[0,1 – 0,2]	0,1	[0,1 – 0,1]
Hongrie	2800	[2100 – 3700]	<0,1	[<0,1 – 0,1]	<0,1	[<0,1 – 0,1]
Islande	<500	[<500 – <500]	0,3	[0,2 – 0,4]	0,2	[0,2 – 0,3]
Irlande	4500	[3400 – 5900]	0,2	[0,2 – 0,3]	0,2	[0,1 – 0,2]
Israël	5100	[3900 – 6800]	0,2	[0,1 – 0,2]	0,1	[0,1 – 0,2]
Italie	130 000	[99 000 – 170 000]	0,3	[0,2 – 0,3]	0,3	[0,2 – 0,4]
Lettonie	4700	[3500 – 6200]	0,7	[0,5 – 0,9]	0,4	[0,3 – 0,5]
Lituanie	<1000	[<1000 – <1000]	0,1	[<0,1 – 0,1]	<0,1	[<0,1 – <0,1]
Luxembourg	<1000	[<500 – <1000]	0,3	[0,2 – 0,4]	0,3	[0,2 – 0,3]
Malte	<500	[<200 – <500]	0,1	[0,1 – 0,1]	0,1	[0,1 – 0,1]
Pays-Bas	18 000	[14 000 – 24 000]	0,2	[0,1 – 0,3]	0,2	[0,1 – 0,3]
Norvège	3000	[2300 – 4100]	0,1	[0,1 – 0,2]	0,1	[0,1 – 0,2]
Pologne	21 000	[16 000 – 28 000]	0,1	[0,1 – 0,1]	0,1	[0,1 – 0,1]
Portugal	31 000	[24 000 – 41 000]	0,6	[0,4 – 0,7]	0,5	[0,4 – 0,6]
Roumanie	16 000	[12 000 – 20 000]	0,1	[0,1 – 0,1]	0,1	[0,1 – 0,2]
Serbie	1900	[<500 – 2700]	0,1	[0,1 – 0,2]	<0,1	[<0,1 – 0,1]
Slovaquie	<200	[<200 – <500]	<0,1	[<0,1 – <0,1]	<0,1	[<0,1 – <0,1]
Slovénie	<500	[<200 – <500]	<0,1	[<0,1 – 0,1]	<0,1	[<0,1 – <0,1]
Espagne	110 000	[100 000 – 130 000]	0,4	[0,3 – 0,4]	0,4	[0,4 – 0,5]
Suède	6300	[4900 – 8700]	0,1	[0,1 – 0,2]	0,1	[0,1 – 0,2]
Suisse	13 000	[9500 – 17 000]	0,4	[0,3 – 0,5]	0,3	[0,2 – 0,4]
Turquie	1700	[1300 – 2300]	<0,1	[<0,1 – <0,1]	<0,1	[<0,1 – <0,1]
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	43 000	[35 000 – 53 000]	0,2	[0,2 – 0,3]	0,1	[0,1 – 0,2]
MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD	170 000	[150 000 – 200 000]	0,2	[0,2 – 0,3]	0,1	[0,1 – 0,1]
Algérie	6700	[4800 – 9000]	0,1	[0,1 – 0,1]	<0,1	[<0,1 – <0,1]
Djibouti	11 000	[8600 – 15 000]	2,5	[1,9 – 3,2]	2,9	[2,2 – 3,9]
Égypte	3200	[2900 – 5300]	<0,1	[<0,1 – <0,1]	<0,1	[<0,1 – <0,1]
Iran (République islamique d')	54 000	[44 000 – 64 000]	0,2	[0,1 – 0,2]	0,1	[0,1 – 0,1]
Liban	3700	[2800 – 5000]	0,1	[0,1 – 0,2]	0,2	[0,1 – 0,2]
Maroc	14 000	[10 000 – 18 000]	0,1	[0,1 – 0,2]	0,1	[0,1 – 0,1]
Oman	<500	[<500 – <500]	0,1	[<0,1 – 0,1]	<0,1	[<0,1 – <0,1]
Qatar	<100	[<100 – <100]	<0,1	[<0,1 – <0,1]	<0,1	[<0,1 – <0,1]
Somalie	10 000	[<500 – 13 000]	0,7	[0,5 – 1,0]	0,3	[<0,1 – 0,3]
Soudan	68 000	[34 000 – 89 000]	1,1	[0,9 – 1,4]	0,4	[0,2 – 0,5]
Tunisie	<1000	[<500 – 1000]	<0,1	[<0,1 – 0,1]	<0,1	[<0,1 – <0,1]

A1

ESTIMATION DU NOMBRE DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

	2009 Femmes (15+)		2001 Femmes (15+)		2009 Enfants (0-14)	
	Estimation	[estimation basse – haute]	Estimation	[estimation basse – haute]	Estimation	[estimation basse – haute]
Croatie	<500	[<500 – <500]	<200	[<200 – <500]	...	...
République tchèque	<1000	[<1000 – <1000]	<500	[<500 – <500]	...	...
Danemark	1400	[1100 – 1700]	<1000	[<1000 – 1000]	...	...
Estonie	3000	[2400 – 3800]	1400	[1100 – 1700]	...	...
Finlande	<1000	[<1000 – <1000]	<500	[<500 – <1000]	...	...
France	48 000	[38 000 – 59 000]	37 000	[31 000 – 44 000]	...	...
Allemagne	12 000	[11 000 – 14 000]	9000	[7700 – 10 000]	...	...
Grèce	2700	[2200 – 3200]	2500	[2100 – 2900]	...	...
Hongrie	<1000	[<1000 – 1300]	<1000	[<1000 – 1200]	...	...
Islande	<200	[<200 – <500]	<100	[<100 – <200]	...	...
Irlande	2000	[1500 – 2600]	1300	[1000 – 1800]	...	...
Israël	2200	[1700 – 2900]	1500	[1200 – 2100]	...	...
Italie	48 000	[36 000 – 61 000]	42 000	[32 000 – 56 000]	...	...
Lettonie	2600	[1900 – 3500]	1400	[1000 – 1800]	...	...
Lituanie	<500	[<500 – <500]	<500	[<200 – <500]	...	...
Luxembourg	<500	[<500 – <500]	<200	[<200 – <500]	...	...
Malte	<100	[<100 – <200]	<100	[<100 – <100]	...	...
Pays-Bas	6900	[5200 – 9700]	5400	[4200 – 7400]	...	...
Norvège	1200	[<1000 – 1600]	<1000	[<1000 – 1200]	...	...
Pologne	8200	[6200 – 11 000]	6400	[4800 – 8500]	...	...
Portugal	13 000	[9900 – 16 000]	9400	[7300 – 12 000]	...	...
Roumanie	4700	[3500 – 5900]	4600	[3600 – 5900]	...	...
Serbie	1200	[<1000 – 1600]	<500	[<100 – <1000]	...	...
Slovaquie	<100	[<100 – <200]	<100	[<100 – <100]	...	...
Slovénie	<200	[<200 – <500]	<100	[<100 – <100]	...	...
Espagne	32 000	[27 000 – 36 000]	28 000	[23 000 – 32 000]	...	...
Suède	2500	[1900 – 3400]	1900	[1500 – 2700]	...	...
Suisse	5700	[4100 – 7500]	4000	[3000 – 5200]	...	...
Turquie	1400	[1000 – 1800]	<1000	[<500 – <1000]	...	...
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	26 000	[20 000 – 32 000]	13 000	[10 000 – 16 000]	...	...
MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD	210 000	[180 000 – 240 000]	74 000	[61 000 – 87 000]	21 000	[13 000 – 28 000]
Algérie	5200	[3700 – 7200]	2000	[1500 – 2600]	...	...
Djibouti	7400	[5300 – 9500]	6600	[5000 – 9000]	...	...
Égypte	2400	[2500 – 4900]	<1000	[<1000 – 1600]	...	...
Iran (République islamique d')	26 000	[20 000 – 33 000]	15 000	[12 000 – 18 000]	...	...
Liban	1100	[<1000 – 1400]	1100	[<1000 – 1500]	...	...
Maroc	8100	[6000 – 11 000]	4300	[3300 – 5600]	...	...
Oman	<500	[<500 – <500]	<200	[<200 – <200]	...	...
Qatar	<100	[<100 – <100]	<100	[<100 – <100]	...	...
Somalie	15 000	[11 000 – 21 000]	4700	[<200 – 6300]	...	...
Soudan	140 000	[110 000 – 180 000]	39 000	[20 000 – 53 000]	...	...
Tunisie	<1000	[<1000 – 1000]	<500	[<100 – <500]	...	...

	2001		2009		2009	
	Enfants (0-14)		Pourcentage de prévalence chez les jeunes femmes (15-24)		Pourcentage de prévalence chez les jeunes hommes (15-24)	
	Estimation	[estimation basse – haute]	Estimation	[estimation basse – haute]	Estimation	[estimation basse – haute]
Croatie	<0,1	[<0,1 – <0,1]	<0,1	[<0,1 – 0,1]
République tchèque	<0,1	[<0,1 – <0,1]	<0,1	[<0,1 – 0,1]
Danemark	0,1	[<0,1 – 0,1]	0,1	[0,1 – 0,1]
Estonie	0,2	[0,2 – 0,3]	0,3	[0,2 – 0,4]
Finlande	<0,1	[<0,1 – 0,1]	0,1	[<0,1 – 0,2]
France	0,1	[0,1 – 0,2]	0,2	[0,1 – 0,6]
Allemagne	<0,1	[<0,1 – <0,1]	0,1	[0,1 – 0,1]
Grèce	0,1	[<0,1 – 0,1]	0,1	[<0,1 – 0,2]
Hongrie	<0,1	[<0,1 – <0,1]	<0,1	[<0,1 – 0,1]
Islande	0,1	[<0,1 – 0,1]	0,1	[<0,1 – 0,4]
Irlande	0,1	[<0,1 – 0,1]	0,1	[<0,1 – 0,3]
Israël	<0,1	[<0,1 – 0,1]	0,1	[<0,1 – 0,2]
Italie	<0,1	[<0,1 – <0,1]	<0,1	[<0,1 – 0,1]
Lettonie	0,1	[0,1 – 0,2]	0,2	[0,1 – 0,2]
Lituanie	<0,1	[<0,1 – <0,1]	<0,1	[<0,1 – <0,1]
Luxembourg	0,1	[<0,1 – 0,2]	0,1	[<0,1 – 0,4]
Malte	<0,1	[<0,1 – <0,1]	<0,1	[<0,1 – 0,1]
Pays-Bas	<0,1	[<0,1 – 0,1]	0,1	[<0,1 – 0,3]
Norvège	<0,1	[<0,1 – 0,1]	<0,1	[<0,1 – 0,2]
Pologne	<0,1	[<0,1 – <0,1]	<0,1	[<0,1 – 0,1]
Portugal	0,2	[0,1 – 0,4]	0,3	[0,1 – 0,9]
Roumanie	<0,1	[<0,1 – 0,1]	0,1	[<0,1 – 0,2]
Serbie	0,1	[<0,1 – 0,1]	0,1	[0,1 – 0,2]
Slovaquie	<0,1	[<0,1 – <0,1]	<0,1	[<0,1 – <0,1]
Slovénie	<0,1	[<0,1 – 0,1]	<0,1	[<0,1 – 0,1]
Espagne	0,1	[0,1 – 0,1]	0,2	[0,1 – 0,2]
Suède	<0,1	[<0,1 – 0,1]	<0,1	[<0,1 – 0,2]
Suisse	0,1	[0,1 – 0,2]	0,2	[0,1 – 0,6]
Turquie	<0,1	[<0,1 – <0,1]	<0,1	[<0,1 – <0,1]
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	0,1	[<0,1 – 0,2]	0,2	[0,1 – 0,6]
MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD	7100	[3800 – 13 000]	0,2	[0,2 – 0,3]	0,1	[0,1 – 0,1]
Algérie	<0,1	[<0,1 – 0,1]	0,1	[<0,1 – 0,2]
Djibouti	1,9	[1,0 – 2,9]	0,8	[0,4 – 1,3]
Égypte	<0,1	[<0,1 – <0,1]	<0,1	[<0,1 – <0,1]
Iran (République islamique d')	<0,1	[<0,1 – <0,1]	<0,1	[<0,1 – <0,1]
Liban	<0,1	[<0,1 – 0,1]	0,1	[<0,1 – 0,1]
Maroc	0,1	[<0,1 – 0,1]	0,1	[<0,1 – 0,3]
Oman	<0,1	[<0,1 – <0,1]	<0,1	[<0,1 – <0,1]
Qatar	<0,1	[<0,1 – <0,1]	<0,1	[<0,1 – <0,1]
Somalie	0,6	[0,4 – 1,1]	0,4	[0,3 – 0,7]
Soudan	1,3	[0,9 – 1,8]	0,5	[0,4 – 0,7]
Tunisie	<0,1	[<0,1 – <0,1]	<0,1	[<0,1 – 0,1]

A1

ESTIMATION DU NOMBRE DE NOUVELLES INFECTIONS À VIH

	2009		2001		2009	
	Pourcentage d'incidence chez les adultes (15-49)		Pourcentage d'incidence chez les adultes (15-49)		Adultes + enfants nouvellement infectés	
	Estimation	[estimation basse – haute]	Estimation	[estimation basse – haute]	Estimation	[estimation basse – haute]
Croatie	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<100 – <100]
République tchèque	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<100 – <100]
Danemark	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<200 – <500]
Estonie	...	[<0,10 – 0,14]	...	[0,13 – 0,21]	...	[<1000 – 1000]
Finlande	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<100 – <200]
France	<0,10	[<0,10 – <0,10]	<0,10	[<0,10 – <0,10]	6900	[3900 – 10 000]
Allemagne	<0,10	[<0,10 – <0,10]	<0,10	[<0,10 – <0,10]	3300	[2500 – 4200]
Grèce	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<200 – <500]
Hongrie	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<100 – <1000]
Islande	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<100 – <100]
Irlande	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<100 – <500]
Israël	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<200 – <500]
Italie	...	[<0,10 – <0,10]	...	...	...	[1700 – 6200]
Lettonie	<0,10	[<0,10 – 0,10]	<0,10	[<0,10 – 0,11]	<1000	[<500 – 1200]
Lituanie	<0,10	[<0,10 – <0,10]	<0,10	[<0,10 – <0,10]	<100	[<100 – <200]
Luxembourg	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<100 – <100]
Malte	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<100 – <100]
Pays-Bas	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<500 – 1100]
Norvège	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<100 – <500]
Pologne	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<500 – 1300]
Portugal	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<1000 – 2300]
Roumanie	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<500 – 1000]
Serbie	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<500 – <1000]
Slovaquie	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<100 – <100]
Slovénie	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<100 – <200]
Espagne	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[2200 – 4100]
Suède	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<100 – <500]
Suisse	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<500 – 1000]
Turquie	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<500 – <1000]
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[1500 – 6000]
MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD	<0,10	[<0,10 – <0,10]	<0,10	[<0,10 – <0,10]	75 000	[61 000 – 92 000]
Algérie	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[1100 – 3700]
Djibouti	0,25	[0,10 – 0,34]	0,29	[0,18 – 0,51]	1300	[<1000 – 1800]
Égypte	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<1000 – 2900]
Iran (République islamique d')	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[5600 – 11 000]
Liban	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<100 – <500]
Maroc	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[1200 – 5800]
Oman	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<200 – <500]
Qatar	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<100 – <100]
Somalie	...	[<0,10 – 0,29]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[4200 – 13 000]
Soudan	...	[0,17 – 0,35]	...	[<0,10 – 0,10]	...	[38 000 – 74 000]
Tunisie	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<500 – <1000]

ESTIMATION DU NOMBRE DE DÉCÈS LIÉS AU SIDA

	2009		2009		2001	
	Adultes nouvellement infectés		Décès d'adultes et d'enfants liés au sida		Décès d'adultes et d'enfants liés au sida	
	Estimation	[estimation basse – haute]	Estimation	[estimation basse – haute]	Estimation	[estimation basse – haute]
Croatie	...	<100 – <100]	<100	<100 – <100]	<100	<100 – <100]
République tchèque	...	<100 – <100]	<100	<100 – <100]	<100	<100 – <100]
Danemark	...	<200 – <500]	<100	<100 – <200]	<100	<100 – <100]
Estonie	...	<1000 – 1000]	<500	<500 – <1000]	<200	<100 – <200]
Finlande	...	<100 – <200]	<100	<100 – <100]	<100	<100 – <100]
France	6800	[3900 – 10 000]	1700	[1400 – 3900]	1200	<1000 – 3000]
Allemagne	3300	[2500 – 4200]	<1000	<1000 – 1900]	<1000	<500 – <1000]
Grèce	...	<200 – <500]	<500	<200 – <500]	<500	<500 – <500]
Hongrie	...	<100 – <100]	<200	<100 – <200]	<500	<200 – <500]
Islande	...	<100 – <100]	<100	<100 – <100]	<100	<100 – <100]
Irlande	...	<100 – <500]	<100	<100 – <200]	<100	<100 – <100]
Israël	...	<200 – <500]	<100	<100 – <200]	<100	<100 – <100]
Italie	...	[1700 – 6200]	<1000	<1000 – 4100]	1300	<1000 – 2400]
Lettonie	<1000	<500 – 1200]	<1000	<500 – <1000]	<200	<100 – <500]
Lituanie	<100	<100 – <200]	<100	<100 – <100]	<100	<100 – <100]
Luxembourg	...	<100 – <100]	<100	<100 – <100]	<100	<100 – <100]
Malte	...	<100 – <100]	<100	<100 – <100]	<100	<100 – <100]
Pays-Bas	...	<500 – 1100]	<100	<100 – <500]	<100	<100 – <100]
Norvège	...	<100 – <500]	<100	<100 – <200]	<100	<100 – <100]
Pologne	...	<500 – 1300]	<200	<100 – <1000]	<100	<100 – <200]
Portugal	...	<1000 – 2300]	<500	<100 – 1300]	<500	<500 – <500]
Roumanie	...	<500 – 1000]	<1000	<500 – 1200]	<500	<200 – <1000]
Serbie	...	<500 – <1000]	<200	<100 – <500]	<500	<100 – <500]
Slovaquie	...	<100 – <100]	<100	<100 – <100]	<100	<100 – <100]
Slovénie	...	<100 – <200]	<100	<100 – <100]	<100	<100 – <100]
Espagne	...	[2200 – 4100]	1600	[1200 – 2000]	1800	[1500 – 2100]
Suède	...	<100 – <500]	<100	<100 – <500]	<100	<100 – <100]
Suisse	...	<500 – 1000]	<100	<100 – <500]	<200	<100 – <500]
Turquie	...	<500 – <1000]	<200	<100 – <500]	<100	<100 – <200]
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	...	<100 – <100]	<1000	<500 – 1600]	<500	<200 – <500]
MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD	68 000	[55 000 – 84 000]	24 000	[20 000 – 27 000]	8300	[6300 – 11 000]
Algérie	...	[1000 – 3600]	<1000	<1000 – 1100]	<500	<200 – <500]
Djibouti	1100	<500 – 1500]	1000	<1000 – 1400]	<1000	<500 – 1400]
Égypte	...	<1000 – 2700]	<500	<500 – <1000]	<200	<100 – <500]
Iran (République islamique d')	...	[5400 – 11 000]	6400	[5200 – 8000]	2000	[1600 – 2600]
Liban	...	<100 – <500]	<500	<500 – <500]	<500	<200 – <500]
Maroc	...	<100 – <100]	1200	<1000 – 1600]	<1000	<1000 – 1000]
Oman	...	<200 – <500]	<100	<100 – <100]	<100	<100 – <100]
Qatar	...	<100 – <100]	<100	<100 – <100]	<100	<100 – <100]
Somalie	...	[3700 – 11 000]	1600	[1200 – 2300]	<1000	<100 – <1000]
Soudan	...	[34 000 – 67 000]	12 000	[9200 – 15 000]	3500	<1000 – 6700]
Tunisie	...	<500 – <1000]	<100	<100 – <200]	<100	<100 – <100]

A1

ESTIMATION DU NOMBRE D'ORPHELINS DU SIDA

PRÉVALENCE DU VIH (%) PARMIS LES GROUPES LES PLUS EXPOSÉS AU RISQUE D'INFECTION DANS LA CAPITALE

	2009		2001		Consommateurs de drogues injectables		Professionnelles du sexe		Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	
	Orphelins (0-17) actuellement en vie		Orphelins (0-17)		Année	VIH (%)	Année	VIH (%)	Année	VIH (%)
	Estimation	[estimation basse – haute]	Estimation	[estimation basse – haute]						
Croatie
République tchèque	2009	0,1	...	...	2009	2,6
Danemark	2009	11,8
Estonie	2007	62,5	2006	7,7	2007	1,7
Finlande	2009	0,7	...	...	...	...
France
Allemagne
Grèce
Hongrie	2009	2,6
Islande
Irlande
Israël
Italie
Lettonie	2007	22,6	...	...	2008	4,0
Lituanie	2008	8,0	...	...	...	...
Luxembourg	2008	1,8	...	...	...	...
Malte
Pays-Bas
Norvège
Pologne
Portugal	2008	14,0	...	...	...	...
Roumanie	2009	1,1	2009	1,0	2009	4,4
Serbie	2008	4,8	...	...	2008	6,1
Slovaquie
Slovénie	2009	1,6
Espagne	2008	19,5	2008	0,9	2008	10,2
Suède
Suisse	2006	10,9	...	...	2007	8,1
Turquie
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord
MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD	96 000	[73 000 – 120 000]	36 000	[22 000 – 63 000]	...	...	...	...	...	...
Algérie
Djibouti	2008	20,3	...	...
Égypte	2006	0,9	2006	5,6
Iran (République islamique d')
Liban	2008	1,0
Maroc	2009	2,1	2009	2,4	...	...
Oman
Qatar
Somalie	2008	5,5	...	...
Soudan	2008	0,9	...	...
Tunisie	2009	3,1	2009	0,4	2009	4,8

ESTIMATION DU NOMBRE DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

	2009 Adultes + enfants		2001 Adultes + enfants		2009 Adultes (15+)	
	Estimation	[estimation basse – haute]	Estimation	[estimation basse – haute]	Estimation	[estimation basse – haute]
AMÉRIQUE DU NORD	1 500 000	[1 200 000 – 2 000 000]	1 200 000	[960 000 – 1 400 000]	1 500 000	[1 200 000 – 2 000 000]
Canada	67 000	[56 000 – 78 000]	48 000	[39 000 – 57 000]	67 000	[56 000 – 78 000]
Mexique	220 000	[180 000 – 280 000]	180 000	[150 000 – 210 000]	220 000	[180 000 – 270 000]
États-Unis d'Amérique	1 200 000	[930 000 – 1 700 000]	940 000	[730 000 – 1 200 000]	1 200 000	[930 000 – 1 700 000]
CARAÏBES	240 000	[220 000 – 270 000]	240 000	[210 000 – 270 000]	220 000	[200 000 – 250 000]
Bahamas	6600	[2600 – 11 000]	5900	[3900 – 8500]	6100	[2400 – 11 000]
Barbade	2100	[1800 – 2500]	<1000	[<1000 – 1 000]	2100	[1800 – 2500]
Cuba	7100	[5700 – 8900]	2600	[1900 – 3400]	7000	[5600 – 8800]
République dominicaine	57 000	[49 000 – 66 000]	54 000	[45 000 – 65 000]	54 000	[45 000 – 62 000]
Haiti	120 000	[110 000 – 140 000]	130 000	[110 000 – 160 000]	110 000	[95 000 – 130 000]
Jamaïque	32 000	[21 000 – 45 000]	32 000	[23 000 – 41 000]	31 000	[20 000 – 43 000]
Trinité-et-Tobago	15 000	[11 000 – 19 000]	10 000	[7900 – 14 000]	14 000	[11 000 – 19 000]
AMÉRIQUE CENTRALE ET DU SUD	1 400 000	[1 200 000 – 1 600 000]	1 100 000	[1 000 000 – 1 300 000]	1 400 000	[1 200 000 – 1 600 000]
Argentine	110 000	[88 000 – 140 000]	80 000	[66 000 – 99 000]	110 000	[87 000 – 140 000]
Belize	4800	[4000 – 5700]	3600	[3000 – 4200]	4400	[3600 – 5300]
Bolivie	12 000	[9000 – 16 000]	12 000	[9100 – 16 000]	11 000	[8400 – 15 000]
Bésil	...	[460 000 – 810 000]	...	[380 000 – 560 000]	...	[450 000 – 800 000]
Chili	40 000	[32 000 – 51 000]	24 000	[19 000 – 31 000]	39 000	[31 000 – 50 000]
Colombie	160 000	[120 000 – 210 000]	210 000	[170 000 – 260 000]	150 000	[120 000 – 200 000]
Costa Rica	9800	[7500 – 13 000]	4400	[3400 – 5900]	9600	[7300 – 12 000]
Équateur	37 000	[28 000 – 50 000]	36 000	[27 000 – 47 000]	36 000	[27 000 – 49 000]
El Salvador	34 000	[25 000 – 44 000]	25 000	[19 000 – 33 000]	32 000	[24 000 – 42 000]
Guatemala	62 000	[47 000 – 82 000]	31 000	[23 000 – 41 000]	60 000	[45 000 – 79 000]
Guyana	5900	[2700 – 8800]	7800	[5300 – 12 000]	5500	[2400 – 8200]
Honduras	39 000	[26 000 – 51 000]	44 000	[33 000 – 61 000]	37 000	[24 000 – 49 000]
Nicaragua	6900	[5200 – 9100]	3700	[2900 – 4800]	6700	[5000 – 8900]
Panama	20 000	[14 000 – 36 000]	26 000	[17 000 – 50 000]	20 000	[13 000 – 36 000]
Paraguay	13 000	[9800 – 16 000]	9200	[7200 – 13 000]	12 000	[9600 – 16 000]
Pérou	75 000	[58 000 – 100 000]	82 000	[65 000 – 100 000]	73 000	[56 000 – 98 000]
Suriname	3700	[2700 – 5300]	3300	[2300 – 4500]	3600	[2700 – 5100]
Uruguay	9900	[8400 – 12 000]	7000	[5900 – 8200]	9600	[8100 – 11 000]
Venezuela	...	...	...	...	...	...

A1

ESTIMATION DU NOMBRE DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

	2001		2009		2001	
	Estimation	[estimation basse – haute]	Estimation	[estimation basse – haute]	Estimation	[estimation basse – haute]
AMÉRIQUE DU NORD	1 200 000	[950 000 – 1 400 000]	0,5	[0,4 – 0,7]	0,4	[0,4 – 0,5]
Canada	48 000	[39 000 – 57 000]	0,2	[0,1 – 0,3]	0,2	[0,1 – 0,3]
Mexique	180 000	[150 000 – 210 000]	0,3	[0,3 – 0,4]	0,3	[0,2 – 0,4]
États-Unis d'Amérique	930 000	[730 000 – 1 200 000]	0,6	[0,4 – 0,8]	0,5	[0,4 – 0,7]
CARAÏBES	220 000	[200 000 – 250 000]	1,0	[0,9 – 1,1]	1,1	[1,0 – 1,2]
Bahamas	5400	[3400 – 7600]	3,1	[1,2 – 5,4]	3,1	[1,9 – 4,4]
Barbade	<1000	[<1000 – 1000]	1,4	[1,2 – 1,6]	0,5	[0,4 – 0,6]
Cuba	2600	[1900 – 3400]	0,1	[0,1 – 0,1]	<0,1	[<0,1 – 0,1]
République dominicaine	50 000	[43 000 – 60 000]	0,9	[0,7 – 1,0]	0,9	[0,8 – 1,1]
Haiti	120 000	[100 000 – 140 000]	1,9	[1,7 – 2,2]	2,6	[2,3 – 3,0]
Jamaïque	31 000	[22 000 – 39 000]	1,7	[1,1 – 2,5]	1,9	[1,3 – 2,4]
Trinité-et-Tobago	10 000	[7800 – 14 000]	1,5	[1,1 – 2,0]	1,2	[0,9 – 1,6]
AMÉRIQUE CENTRALE ET DU SUD	1 100 000	[1 000 000 – 1 200 000]	0,5	[0,4 – 0,6]	0,5	[0,4 – 0,5]
Argentine	79 000	[65 000 – 97 000]	0,5	[0,3 – 0,6]	0,4	[0,3 – 0,5]
Belize	3300	[2800 – 3800]	2,3	[2,0 – 2,8]	2,2	[1,9 – 2,6]
Bolivie	11 000	[8600 – 15 000]	0,2	[0,1 – 0,3]	0,2	[0,2 – 0,3]
Brésil	...	[360 000 – 550 000]	...	[0,3 – 0,6]	...	[0,3 – 0,5]
Chili	24 000	[18 000 – 30 000]	0,4	[0,3 – 0,5]	0,3	[0,2 – 0,3]
Colombie	210 000	[160 000 – 260 000]	0,5	[0,4 – 0,7]	0,8	[0,7 – 1,1]
Costa Rica	4400	[3300 – 5800]	0,3	[0,2 – 0,4]	0,2	[0,1 – 0,2]
Équateur	35 000	[26 000 – 46 000]	0,4	[0,3 – 0,6]	0,5	[0,4 – 0,6]
El Salvador	24 000	[18 000 – 32 000]	0,8	[0,6 – 1,1]	0,8	[0,6 – 1,0]
Guatemala	30 000	[22 000 – 40 000]	0,8	[0,6 – 1,0]	0,5	[0,4 – 0,7]
Guyana	7000	[4600 – 11 000]	1,2	[0,5 – 1,9]	1,4	[0,9 – 2,2]
Honduras	42 000	[31 000 – 57 000]	0,8	[0,5 – 1,0]	1,2	[0,9 – 1,6]
Nicaragua	3600	[2800 – 4700]	0,2	[0,1 – 0,3]	0,1	[0,1 – 0,2]
Panama	25 000	[16 000 – 49 000]	0,9	[0,6 – 1,5]	1,4	[0,9 – 2,7]
Paraguay	9000	[7000 – 12 000]	0,3	[0,2 – 0,4]	0,3	[0,2 – 0,4]
Pérou	81 000	[64 000 – 99 000]	0,4	[0,3 – 0,5]	0,5	[0,4 – 0,6]
Suriname	3200	[2300 – 4400]	1,0	[0,7 – 1,4]	1,0	[0,7 – 1,4]
Uruguay	6800	[5800 – 8000]	0,5	[0,4 – 0,6]	0,4	[0,3 – 0,4]
Venezuela	...	...	...	...	...	...

	2009 Femmes (15+)		2001 Femmes (15+)		2009 Enfants (0-14)	
	Estimation	[estimation basse – haute]	Estimation	[estimation basse – haute]	Estimation	[estimation basse – haute]
AMÉRIQUE DU NORD	390 000	[310 000 – 510 000]	270 000	[220 000 – 320 000]	4500	[4000 – 5800]
Canada	14 000	[12 000 – 16 000]	9 000	[7 000 – 11 000]	...	...
Mexique	59 000	[47 000 – 75 000]	41 000	[33 000 – 49 000]	...	...
États-Unis d'Amérique	310 000	[220 000 – 430 000]	210 000	[160 000 – 270 000]	...	...
CARAÏBES	120 000	[100 000 – 140 000]	120 000	[100 000 – 140 000]	17 000	[8500 – 26 000]
Bahamas	3700	[1500 – 6400]	3300	[2100 – 4600]	...	...
Barbade	<1000	[<1000 – <1000]	<500	[<500 – <500]	...	...
Cuba	2200	[1700 – 2700]	<1000	[<1000 – 1000]	...	...
République dominicaine	32 000	[26 000 – 37 000]	29 000	[24 000 – 35 000]	...	...
Haiti	67 000	[56 000 – 78 000]	73 000	[61 000 – 87 000]	12 000	[5700 – 18 000]
Jamaïque	10 000	[6700 – 14 000]	9900	[7300 – 13 000]	...	...
Trinité-et-Tobago	4700	[3500 – 6100]	3300	[2600 – 4300]	...	...
AMÉRIQUE CENTRALE ET DU SUD	490 000	[420 000 – 590 000]	370 000	[330 000 – 420 000]	36 000	[25 000 – 50 000]
Argentine	36 000	[28 000 – 45 000]	25 000	[20 000 – 30 000]	...	...
Belize	2600	[2100 – 3100]	1900	[1600 – 2200]	...	...
Bolivie	3600	[2700 – 4800]	3500	[2700 – 4600]	...	...
Brésil	...	[180 000 – 330 000]	...	[140 000 – 210 000]	...	...
Chili	12 000	[9700 – 15 000]	7200	[5500 – 9300]	...	...
Colombie	50 000	[38 000 – 65 000]	65 000	[51 000 – 80 000]	...	...
Costa Rica	2800	[2100 – 3600]	1300	[<1000 – 1700]	...	...
Équateur	11 000	[8400 – 15 000]	11 000	[8200 – 14 000]	...	...
El Salvador	11 000	[8500 – 14 000]	8000	[6000 – 11 000]	...	...
Guatemala	20 000	[15 000 – 26 000]	9600	[7200 – 13 000]	...	...
Guyana	2800	[1100 – 4200]	3800	[2400 – 5700]	...	...
Honduras	12 000	[7900 – 16 000]	13 000	[9700 – 18 000]	...	...
Nicaragua	2100	[1600 – 2800]	1100	[<1000 – 1400]	...	...
Panama	6300	[4200 – 11 000]	7600	[4900 – 15 000]	...	...
Paraguay	3800	[2900 – 4800]	2700	[2100 – 3700]	...	...
Pérou	18 000	[14 000 – 25 000]	15 000	[12 000 – 19 000]	...	...
Suriname	1100	[<1000 – 1600]	<1000	[<1000 – 1300]	...	...
Uruguay	3100	[2600 – 3600]	2100	[1800 – 2500]	...	...
Venezuela	...	...	...	...	...	...



ESTIMATION DU NOMBRE DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

	2001		2009		2009	
	Enfants (0-14)		Pourcentage de prévalence chez les jeunes femmes (15-24)		Pourcentage de prévalence chez les jeunes hommes (15-24)	
	Estimation	[estimation basse – haute]	Estimation	[estimation basse – haute]	Estimation	[estimation basse – haute]
AMÉRIQUE DU NORD	5200	[2900 – 7700]	0,2	[0,1 – 0,3]	0,2	[0,2 – 0,4]
Canada	0,1	[<0,1 – 0,2]	0,1	[<0,1 – 0,5]
Mexique	0,1	[0,1 – 0,2]	0,2	[0,1 – 0,2]
États-Unis d'Amérique	0,2	[0,1 – 0,3]	0,3	[0,2 – 0,5]
CARAÏBES	18 000	[9100 – 27 000]	0,8	[0,6 – 1,0]	0,4	[0,3 – 0,7]
Bahamas	3,1	[0,8 – 6,6]	1,4	[0,5 – 2,8]
Barbade	1,1	[0,8 – 1,4]	0,9	[0,7 – 1,1]
Cuba	0,1	[<0,1 – 0,1]	0,1	[<0,1 – 0,3]
République dominicaine	0,7	[0,4 – 0,9]	0,3	[0,1 – 0,4]
Haiti	12 000	[6300 – 19 000]	1,3	[1,0 – 1,8]	0,6	[0,4 – 0,8]
Jamaïque	0,7	[0,3 – 1,4]	1,0	[0,4 – 3,1]
Trinité-et-Tobago	0,7	[0,3 – 1,2]	1,0	[0,4 – 3,3]
AMÉRIQUE CENTRALE ET DU SUD	30 000	[20 000 – 42 000]	0,2	[0,1 – 0,3]	0,2	[0,2 – 0,5]
Argentine	0,2	[0,1 – 0,3]	0,3	[0,1 – 0,8]
Belize	1,8	[1,4 – 2,7]	0,7	[0,5 – 1,1]
Bolivie	0,1	[<0,1 – 0,1]	0,1	[<0,1 – 0,3]
Brésil	[0,1 – 0,4]	...	[0,1 – 0,3]
Chili	0,1	[0,1 – 0,3]	0,2	[0,1 – 0,7]
Colombie	0,1	[0,1 – 0,3]	0,2	[0,1 – 0,7]
Costa Rica	0,1	[0,1 – 0,2]	0,2	[0,1 – 0,3]
Équateur	0,2	[0,1 – 0,3]	0,2	[0,1 – 0,8]
El Salvador	0,3	[0,1 – 0,5]	0,4	[0,2 – 1,3]
Guatemala	0,3	[0,2 – 0,6]	0,5	[0,2 – 1,4]
Guyana	0,8	[0,2 – 1,5]	0,6	[0,2 – 1,0]
Honduras	0,2	[0,1 – 0,4]	0,3	[0,1 – 1,1]
Nicaragua	0,1	[0,1 – 0,1]	0,1	[0,1 – 0,2]
Panama	0,3	[0,1 – 0,5]	0,4	[0,2 – 1,3]
Paraguay	0,1	[0,1 – 0,2]	0,2	[0,1 – 0,6]
Pérou	0,1	[0,1 – 0,2]	0,2	[0,1 – 0,3]
Suriname	0,4	[0,2 – 0,7]	0,6	[0,2 – 2,0]
Uruguay	0,2	[0,1 – 0,3]	0,3	[0,1 – 1,0]
Venezuela

ESTIMATION DU NOMBRE DE NOUVELLES INFECTIONS À VIH

	2009		2001		2009	
	Pourcentage d'incidence chez les adultes (15-49)		Pourcentage d'incidence chez les adultes (15-49)		Adultes + enfants nouvellement infectés	
	Estimation	[estimation basse – haute]	Estimation	[estimation basse – haute]	Estimation	[estimation basse – haute]
AMÉRIQUE DU NORD	<0,10	[<0,10 – <0,10]	<0,10	[<0,10 – <0,10]	70 000	[44 000 – 130 000]
Canada	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[2 300 – 4 300]
Mexique	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[8800 – 21 000]
États-Unis d'Amérique	<0,10	[<0,10 – <0,10]	<0,10	[<0,10 – <0,10]	54 000	[24 000 – 110 000]
CARAÏBES	<0,10	[<0,10 – <0,10]	<0,10	[<0,10 – 0,11]	17 000	[13 000 – 21 000]
Bahamas	...	[<0,10 – 0,62]	...	[<0,10 – 0,43]	...	[<200 – 1200]
Barbade	...	[<0,10 – 0,16]	...	[<0,10 – 0,13]	...	[<200 – <500]
Cuba	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<500 – <1000]
République dominicaine	<0,10	[<0,10 – <0,10]	<0,10	[<0,10 – 0,10]	3600	[1600 – 5000]
Haiti	0,15	[0,10 – 0,19]	0,19	[0,15 – 0,23]	8800	[6500 – 11 000]
Jamaïque	0,13	[<0,10 – 0,27]	0,19	[0,10 – 0,25]	2100	[<1000 – 4200]
Trinité-et-Tobago	...	[<0,10 – 0,21]	...	[0,10 – 0,19]	...	[<1000 – 1800]
AMÉRIQUE CENTRALE ET DU SUD	<0,10	[<0,10 – <0,10]	<0,10	[<0,10 – <0,10]	92 000	[70 000 – 120 000]
Argentine	<0,10	[<0,10 – <0,10]	<0,10	[<0,10 – <0,10]	7500	[4100 – 11 000]
Belize	0,20	[0,13 – 0,32]	0,30	[0,23 – 0,35]	<500	[<500 – <1000]
Bolivie	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<1000 – 1600]
Brésil	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[18 000 – 70 000]
Chili	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[1400 – 4300]
Colombie	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[2800 – 16 000]
Costa Rica	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<500 – 1100]
Équateur	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[1100 – 6200]
El Salvador	...	[<0,10 – 0,11]	...	[<0,10 – 0,14]	...	[1200 – 4000]
Guatemala	...	[<0,10 – 0,15]	...	[<0,10 – 0,12]	...	[3600 – 11 000]
Guyana	...	[<0,10 – 0,17]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<100 – <1000]
Honduras	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – 0,13]	...	[<1000 – 3700]
Nicaragua	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<500 – 1300]
Panama	...	[<0,10 – 0,11]	...	[<0,10 – 0,14]	...	[<1000 – 2200]
Paraguay	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<1000 – 1600]
Pérou	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[2300 – 6700]
Suriname	<0,10	[<0,10 – <0,10]	0,11	[<0,10 – 0,16]	<500	[<100 – <500]
Uruguay	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<500 – <1000]
Venezuela	...	...	...	...	...	...

A1

ESTIMATION DU NOMBRE DE NOUVELLES INFECTIONS À VIH

ESTIMATION DU NOMBRE DE DÉCÈS LIÉS AU SIDA

	2009		2009		2001	
	Adultes nouvellement infectés		Décès d'adultes et d'enfants liés au sida		Décès d'adultes et d'enfants liés au sida	
	Estimation	[estimation basse – haute]	Estimation	[estimation basse – haute]	Estimation	[estimation basse – haute]
AMÉRIQUE DU NORD	69 000	[43 000 – 120 000]	26 000	[22 000 – 44 000]	30 000	[26 000 – 35 000]
Canada	...	[<1000 – 3800]	<500	[<500 – <1000]	<500	[<500 – <1000]
Mexique	...	[8300 – 20 000]	...	[6400 – 12 000]	...	[9800 – 15 000]
États-Unis d'Amérique	54 000	[24 000 – 110 000]	17 000	[13 000 – 36 000]	17 000	[14 000 – 23 000]
CARAÏBES	15 000	[12 000 – 19 000]	12 000	[8500 – 15 000]	19 000	[16 000 – 23 000]
Bahamas	...	[<100 – 1100]	<500	[<200 – <1000]	<1000	[<500 – <1000]
Barbade	...	[<200 – <500]	<100	[<100 – <100]	<100	[<100 – <100]
Cuba	...	[<500 – <1000]	<100	[<100 – <500]	<200	[<100 – <200]
République dominicaine	3200	[1300 – 4400]	2300	[1300 – 3400]	3900	[2900 – 5500]
Haïti	7600	[5400 – 10 000]	7100	[5200 – 9400]	12 000	[9200 – 14 000]
Jamaïque	2000	[<1000 – 4000]	1200	[<500 – 2100]	2700	[2100 – 3500]
Trinité-et-Tobago	...	[<1000 – 1700]	<1000	[<500 – <1000]	<1000	[<500 – <1000]
AMÉRIQUE CENTRALE ET DU SUD	87 000	[66 000 – 120 000]	58 000	[43 000 – 70 000]	53 000	[44 000 – 65 000]
Argentine	7400	[4100 – 11 000]	2900	[1600 – 4500]	2800	[1600 – 4100]
Belize	<500	[<500 – <1000]	<500	[<500 – <500]	<500	[<200 – <500]
Bolivie	...	[<500 – 1500]	<1000	[<1000 – 1200]	<1000	[<1000 – 1100]
Brésil	...	[17 000 – 69 000]	...	[2000 – 25 000]	...	[7200 – 24 000]
Chili	...	[1200 – 4000]	...	[<1000 – 2200]	...	[<500 – 1200]
Colombie	...	[2300 – 16 000]	14 000	[11 000 – 18 000]	13 000	[9800 – 17 000]
Costa Rica	...	[<500 – 1000]	<500	[<100 – <1000]	<100	[<100 – <200]
Équateur	...	[<100 – <100]	2200	[1300 – 3300]	2800	[2100 – 3700]
El Salvador	...	[1000 – 3800]	1400	[<1000 – 2100]	<1000	[<200 – 1100]
Guatemala	...	[3200 – 10 000]	2600	[1600 – 3700]	1500	[1000 – 2100]
Guyana	...	[<100 – <1000]	<500	[<100 – <1000]	<1000	[<1000 – 1300]
Honduras	...	[<1000 – 3400]	2500	[1700 – 3400]	3700	[2800 – 5000]
Nicaragua	...	[<500 – 1300]	<500	[<200 – <500]	<200	[<200 – <500]
Panama	...	[<1000 – 2100]	1500	[<1000 – 3600]	1600	[<1000 – 3200]
Paraguay	...	[<1000 – 1600]	...	[<500 – <1000]	...	[<500 – <1000]
Pérou	...	[2100 – 6300]	5000	[3800 – 6600]	6300	[5200 – 7900]
Suriname	<200	[<100 – <500]	<200	[<200 – <500]	<500	[<200 – <500]
Uruguay	...	[<500 – <1000]	...	...	...	...
Venezuela	...	...	...	...	...	...

ESTIMATION DU NOMBRE D'ORPHELINS DU SIDA

PRÉVALENCE DU VIH (%) PARMI LES GROUPES LES PLUS EXPOSÉS AU RISQUE D'INFECTION DANS LA CAPITALE

	2009		2001		Consommateurs de drogues injectables		Professionnelles du sexe		Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	
	Orphelins (0-17) actuellement en vie		Orphelins (0-17)		Année	VIH (%)	Année	VIH (%)	Année	VIH (%)
	Estimation	[estimation basse – haute]	Estimation	[estimation basse – haute]						
AMÉRIQUE DU NORD	140 000	[110 000 – 180 000]	210 000	[160 000 – 260 000]	...	...	...	...	...	...
Canada	2008	12,7	...	...	2008	14,7
Mexique	2009	5,0	2009	0,9	2009	10,2
États-Unis d'Amérique
CARAÏBES	140 000	[110 000 – 170 000]	100 000	[63 000 – 170 000]	...	...	...	...	...	...
Bahamas	2009	25,6
Barbade
Cuba	2009	0,1	2009	0,7
République dominicaine	2008	4,8	2004	10,7
Haïti	2009	5,3	...	...
Jamaïque	2009	4,9	2007	31,8
Trinité-et-Tobago
AMÉRIQUE CENTRALE ET DU SUD	240 000	[200 000 – 280 000]	190 000	[150 000 – 240 000]	...	...	...	...	...	...
Argentine	2008	11,9	2008	1,9	2008	11,8
Belize
Bolivie	2008	11,6
Brésil	2009	5,9	...	...	2009	12,6
Chili	2009	20,3
Colombie	2008	1,6	...	...
Costa Rica	2009	12,7
Équateur
El Salvador	2009	4,1	2009	9,8
Guatemala	2006	1,0	2006	18,3
Guyana	2009	16,6	2009	19,4
Honduras	2006	2,3	2006	6,6
Nicaragua	2009	4,2
Panama
Paraguay	2008	1,8	2008	9,6
Pérou	2009	10,1
Suriname
Uruguay	2008	9,1
Venezuela

A1

Suivre les progrès des ripostes nationales au sida

En adoptant la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida de 2001, les États Membres des Nations Unies se sont engagés à examiner systématiquement leurs progrès en direction de la réalisation de l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en matière de VIH, et à en rendre compte régulièrement jusqu'en 2010. Dans le cadre du processus d'examen et au nom du Secrétaire général des Nations Unies, le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) demande aux États Membres de remettre un rapport biennal à l'ONUSIDA – le « Rapport UNGASS des progrès dans le pays » (ci-après désigné « Rapport UNGASS ») – fondé sur un ensemble d'indicateurs de base normalisés.

Les informations fournies dans les Rapports UNGASS constituent les données les plus complètes et directement accessibles sur la situation de l'épidémie et les progrès enregistrés par les pays au niveau de leur riposte. Le principal objectif de cette Annexe est de compiler ces données au sein d'un document unique et donc de fournir un suivi transparent des progrès en direction des objectifs fixés dans la Déclaration d'engagement et des objectifs du Millénaire pour le développement. Les données ainsi compilées permettent d'avoir une meilleure connaissance des ripostes mondiales, régionales et nationales contre l'épidémie.

INDICATEURS

Depuis la publication en 2003 du premier rapport de suivi de l'UNGASS intitulé *Suivi de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida, 2001 – Rapport de situation sur la riposte mondiale à l'épidémie de VIH/sida, 2003*, des indicateurs de base permettant d'établir des rapports ont été consolidés et affinés à chaque étape. Ce travail permanent est réalisé en collaboration avec des partenaires mondiaux et le Groupe de référence de l'ONUSIDA pour le suivi et l'évaluation (MERG), lequel fixe des normes internationales pour le suivi et l'évaluation. Des détails relatifs à la manière dont les indicateurs ont été établis peuvent être obtenus sur le site Internet de l'ONUSIDA dans le document intitulé *Suivi de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida – Directives pour l'élaboration d'indicateurs de base* (mars 2009).

Il a été demandé à chaque pays, quel que soit son statut économique ou épidémiologique, de remettre un rapport couvrant l'ensemble des indicateurs (le cas échéant, selon sa propre situation). Chaque pays devait envisager chaque indicateur en fonction de la dynamique individuelle de son épidémie. Si un pays choisissait de ne pas répondre à un indicateur particulier, il lui était demandé d'expliquer la raison de cette décision afin de permettre une analyse qui fasse la différence entre l'absence de données et la non-pertinence d'un ou de plusieurs indicateur(s) spécifique(s) face à une situation propre au pays donné (comme, par exemple, les indicateurs sur les orphelins et les enfants vulnérables dans des milieux à faible prévalence).

TAUX DE RÉPONSE

En 2010, 182 pays (94 % des États Membres des Nations Unies) ont remis à l'ONUSIDA leur Rapport UNGASS. Le pourcentage d'États Membres remettant un tel rapport a régulièrement augmenté lors de chacun des cycles d'établissement des rapports, comme indiqué dans les figures 1 et 2. Lors du premier cycle d'établissement des rapports, un peu plus de la moitié (54 %) des États Membres avaient déposé un rapport, puis 64 % en 2006 et 77 % en 2008.

Dans toutes les régions (sauf deux), les taux de réponse ont été supérieurs à 90 %. On a constaté une augmentation substantielle du nombre de rapports reçus d'Europe occidentale et centrale, ce qui s'est traduit par une hausse du taux de réponse de cette région de 67 % en 2008 à 88 % en 2010. En revanche, aucun changement n'a été noté au niveau du taux de réponse en Asie orientale où trois des cinq pays de la région ont remis des rapports, comme ce fut le cas en 2008.

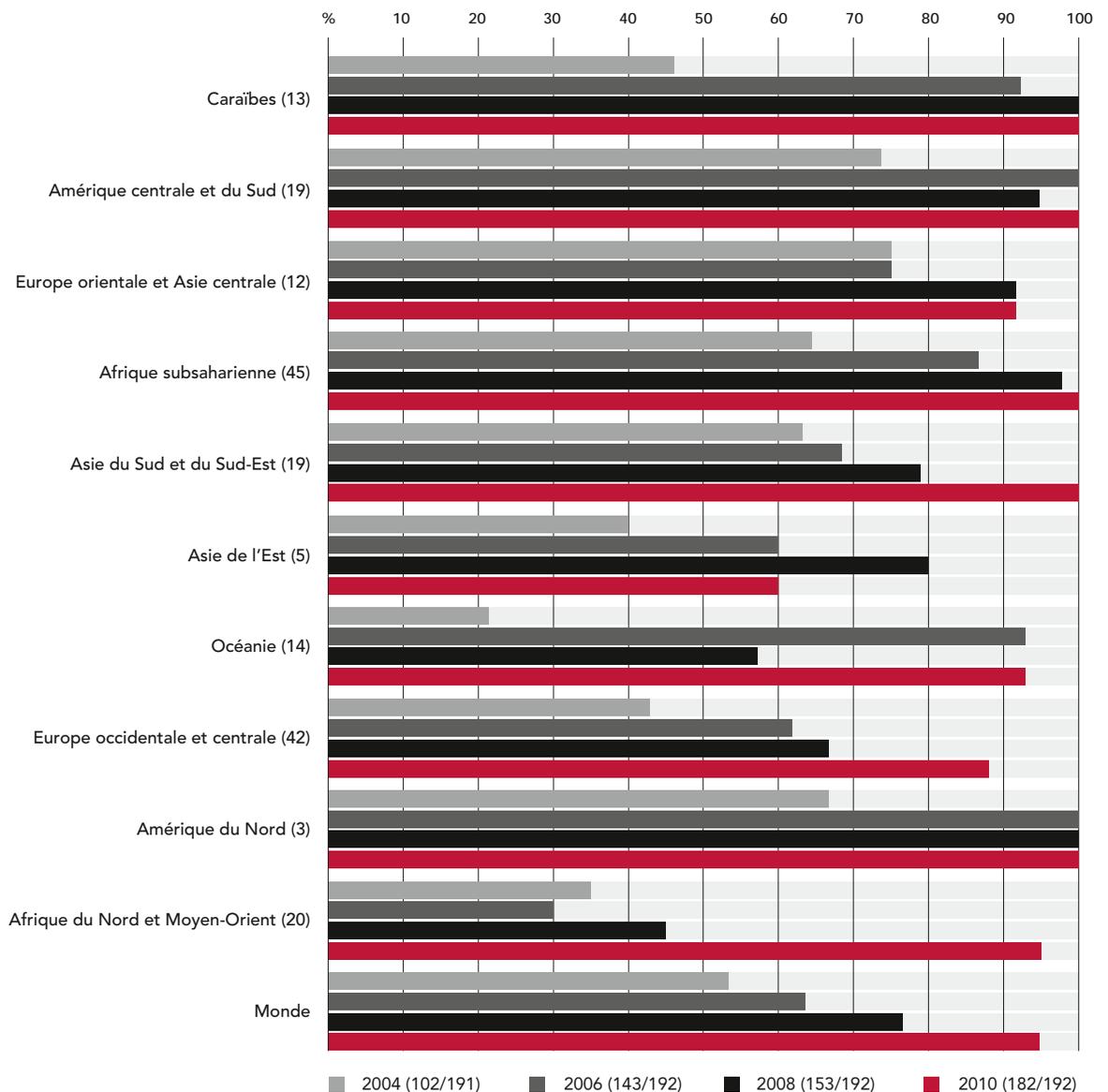
L'augmentation la plus importante au niveau des taux de réponse a été enregistrée en Afrique du Nord et au Moyen-Orient – où le pourcentage d'États Membres remettant un Rapport UNGASS a fait un bond de 45 % en 2008 à 95 % en 2010.

Figure A2.1

Taux de réponse par région et cycle d'établissement des rapports*

Rapports UNGASS remis par région (États Membres des Nations Unies déposant un rapport/nombre total d'États Membres des Nations Unies)

* Inclut tous les rapports UNGASS remis à l'ONUSIDA, y compris les rapports incomplets ou remis tardivement



A2

Figure A2.2

Rapports UNGASS reçus par an*

* Inclut tous les rapports UNGASS remis à l'ONUSIDA, y compris les rapports incomplets ou remis tardivement

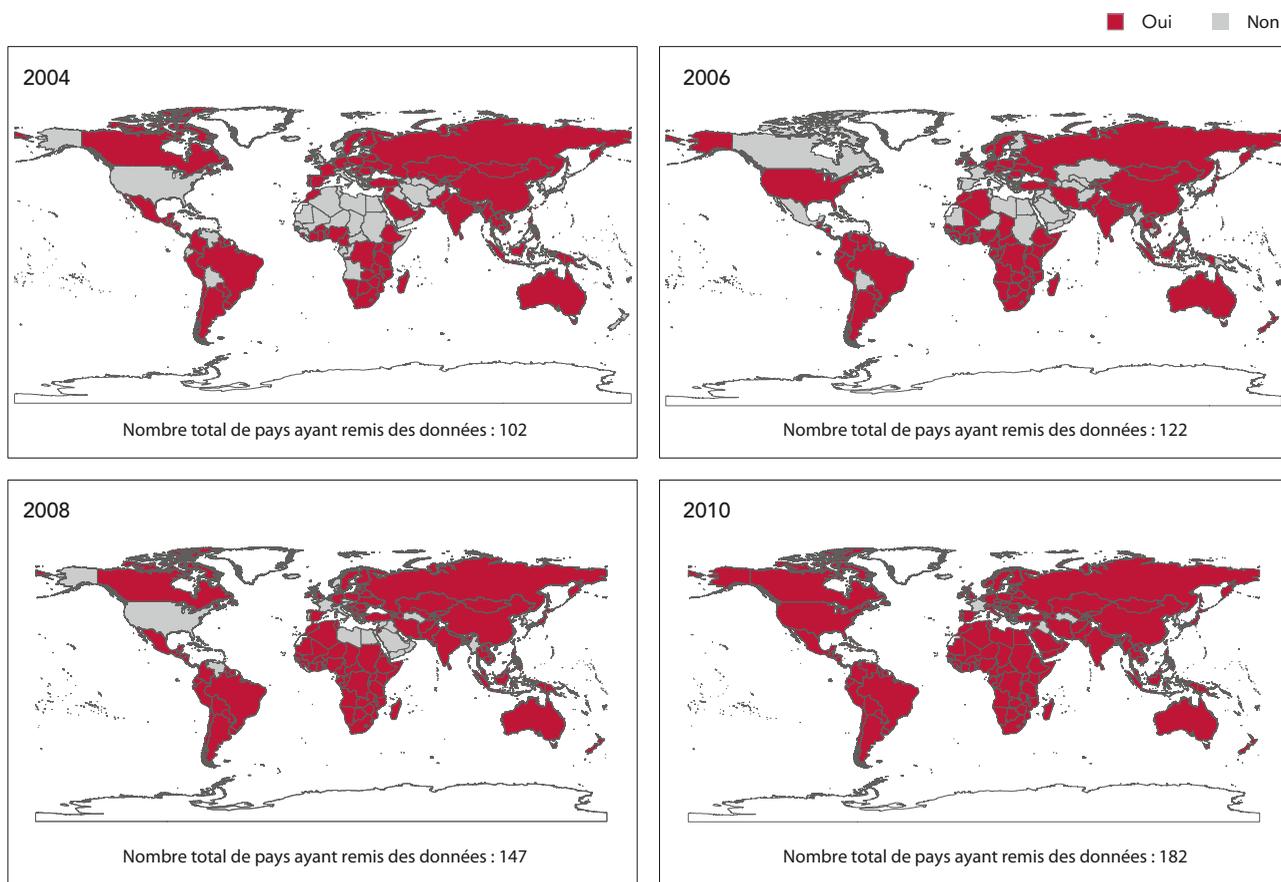


Tableau A2.1

Pays n'ayant pas fourni de rapport sur la mise en œuvre de la Déclaration d'engagement en 2010 (n=10)

Andorre	Islande	Saint-Marin
République populaire démocratique de Corée	Iraq	Turkménistan
République de Corée	Kiribati	
France	Liechtenstein	

Tableau A2.2

Pays ayant remis un rapport sur la mise en œuvre de la Déclaration d'engagement en 2010 (n=182)

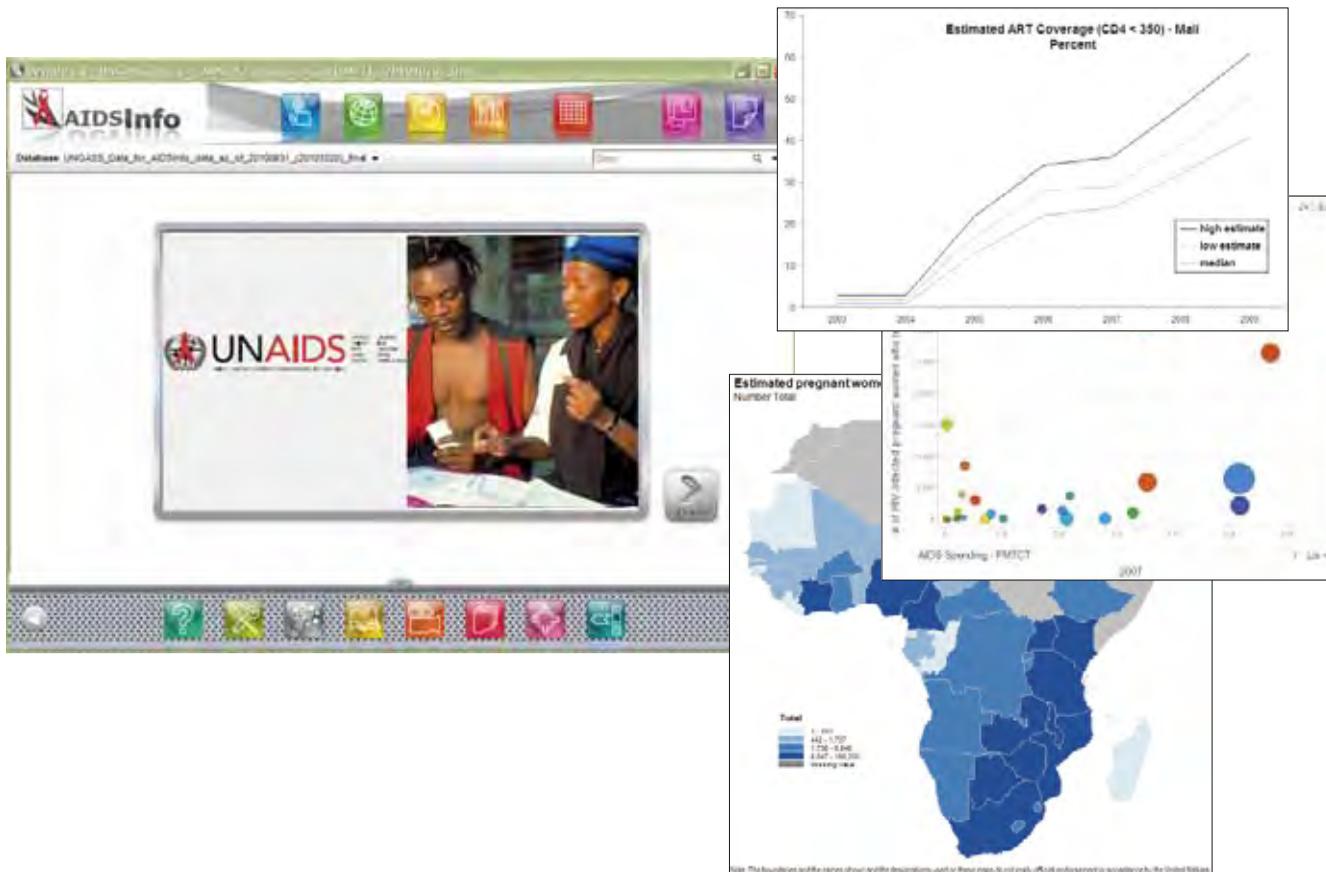
Afghanistan	Djibouti	Luxembourg	Samoa
Albanie	Dominique	Madagascar	Sao Tomé-et-Principe
Algérie	République dominicaine	Malawi	Arabie saoudite
Angola	Équateur	Malaisie	Sénégal
Antigua-et-Barbuda	Égypte	Maldives	Serbie
Argentine	El Salvador	Mali	Seychelles
Arménie	Guinée équatoriale	Malte	Sierra Leone
Australie	Érythrée	Îles Marshall	Singapour
Autriche	Estonie	Mauritanie	Slovaquie
Azerbaïdjan	Éthiopie	Maurice	Slovénie
Bahamas	Fidji	Mexique	Îles Salomon
Bahreïn	Finlande	Micronésie (États fédérés de)	Somalie
Bangladesh	Gabon	République de Moldavie	Afrique du Sud
Barbade	Gambie	Monaco	Espagne
Bélarus	Géorgie	Mongolie	Sri Lanka
Belgique	Allemagne	Monténégro	Soudan
Belize	Ghana	Maroc	Suriname
Bénin	Grèce	Mozambique	Swaziland
Bhoutan	Grenade	Myanmar	Suède
Bolivie	Guatemala	Namibie	Suisse
Bosnie-Herzégovine	Guinée	Nauru	République arabe syrienne
Botswana	Guinée Bissau	Népal	Tadjikistan
Brésil	Guyana	Pays-Bas	Thaïlande
Brunei Darussalam	Haiti	Nouvelle-Zélande	L'Ex-République yougoslave de Macédoine
Bulgarie	Honduras	Nicaragua	Timor-Leste
Burkina Faso	Hongrie	Niger	Togo
Burundi	Inde	Nigéria	Tonga
Cambodge	Indonésie	Norvège	Trinité-et-Tobago
Cameroun	Iran (République islamique d')	Oman	Tunisie
Canada	Irlande	Pakistan	Turquie
Cap-Vert	Israël	Palau	Tuvalu
République centrafricaine	Italie	Panama	Ouganda
Tchad	Jamaïque	Papouasie-Nouvelle-Guinée	Ukraine
Chili	Japon	Paraguay	Émirats arabes unis
Chine	Jordanie	Pérou	Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord
Colombie	Kazakhstan	Philippines	République-Unie de Tanzanie
Comores	Kenya	Pologne	États-Unis d'Amérique
République du Congo	Koweït	Portugal	Uruguay
Costa Rica	Kirghizistan	Qatar	Ouzbékistan
Côte d'Ivoire	République démocratique populaire lao	Roumanie	Vanuatu
Croatie	Lettonie	Fédération de Russie	Venezuela
Cuba	Liban	Rwanda	Viet Nam
Chypre	Lesotho	Saint-Kitts-et-Nevis	Yémen
République tchèque	Libéria	Sainte-Lucie	Zambie
République démocratique du Congo	Jamahiriyah arabe libyenne	Saint-Vincent-et-les-Grenadines	Zimbabwe
Danemark	Lituanie		

Afin de faciliter l'utilisation des données sur le sida dans les pays et au niveau mondial, l'ONUSIDA a élaboré AIDSInfo. AIDSInfo est un outil de diffusion et de visualisation des données fondé sur le projet DevInfo. Cet outil contient des données de nombreux organismes, notamment l'OMS, Measure DHS, l'ONUSIDA et l'UNICEF. AIDSInfo regroupe des données multisectorielles sur le VIH, notamment sur les dépenses allouées à la riposte au sida, sur les estimations épidémiologiques, des données programmatiques communiquées par les pays et des réponses sur l'Indice composite des politiques nationales des gouvernements et de la société civile.

Les capacités de visualisation des données d'AIDSInfo permettent de réaliser rapidement des graphiques, des cartes et des tableaux, ainsi que d'exporter des données et des graphiques dans différents formats pour des présentations et des analyses. AIDSInfo permet de comparer des indicateurs similaires de différentes sources. Il est gratuit et peut être installé sur un PC ou comme service en ligne.

Concernant AIDSInfo, une documentation est actuellement élaborée pour permettre un apprentissage *en ligne* afin que les utilisateurs puissent se familiariser avec l'outil et ses caractéristiques avancées. L'ONUSIDA recherche en permanence des données pertinentes et complémentaires pour les intégrer dans sa base de données AIDSInfo, et fournit une assistance et des orientations à des entités régionales et nationales désireuses d'établir des centres de données sur le VIH/sida.

AIDSInfo a pour objectif d'être la principale source de données sur le VIH/sida au niveau mondial et fournit à ses utilisateurs le système d'exploration de ces données le plus interactif et innovant qui soit.



VALIDATION DES DONNÉES

Les spécialistes en évaluation travaillant à l'ONUSIDA ont procédé à un examen attentif des rapports de pays pour vérifier que les données étaient complètes, précises et en harmonie avec les indicateurs de base. L'ONUSIDA a adressé des questions portant sur les données à 150 pays. La majorité des questions relatives aux données communiquées ont trouvé une réponse au cours de ce suivi. Les questions non résolues à temps pour être publiées n'ont pas été incluses dans les analyses du présent rapport.

En outre, on a procédé à une harmonisation des données adressées à l'ONUSIDA, au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, à l'UNICEF, au Plan présidentiel d'urgence d'aide à la lutte contre le sida (États-Unis), à l'OMS et à Measure DHS (données recueillies dans le cadre du programme d'Enquêtes démographiques et de santé). En raison des discordances identifiées lors de cette harmonisation, des contacts directs ont eu lieu avec les points focaux nationaux chargés des rapports UNGASS dans 113 pays afin de clarifier les écarts et de répondre aux questions en suspens. Plus de 85 % de ces 113 pays ont fourni des éclaircissements.

Du fait de la complexité de leur nature, des processus de validation distincts ont été mis en œuvre pour la Matrice nationale de financement de la riposte au sida et l'Indice composite des politiques nationales (NCPI) via un questionnaire qui évalue les progrès au niveau du développement des politiques et des stratégies nationales de lutte contre le VIH. L'ONUSIDA a réalisé un examen complet des données pour vérifier la complétude et la précision des matrices de financement remises. Des questions portant sur les données ont été adressées à cent onze pays et ont trouvé une réponse (pour la majeure partie) lors de ces contacts. Les rapports NCPI ont été vérifiés en termes d'exhaustivité et de cohérence interne. Les données incohérentes ou illogiques ont été corrigées. L'ONUSIDA a contacté les pays en cas d'insuffisances significatives de données, ou encore de rapports NCPI multiples et non consolidés. Soixante-sept pays ont été contactés pour résoudre des problèmes de données concernant le NCPI et la majorité d'entre eux ont répondu.

INDICE COMPOSITE DES POLITIQUES NATIONALES (NCPI)

Pour remplir le questionnaire NCPI, on utilise une analyse des documents pertinents et des entretiens avec des spécialistes des sujets étudiés. Les responsables gouvernementaux remplissent une partie¹ du NCPI, une autre étant confiée² à des représentants de la société civile et d'organisations bilatérales ou multilatérales. Le processus participatif recommandé pour établir le NCPI vise à favoriser un environnement menant à l'inclusion des points de vue gouvernementaux et non gouvernementaux dans la réponse intégrée sur le NCPI – laquelle sera incluse par le gouvernement dans son Rapport UNGASS. Il est vivement recommandé qu'un séminaire final soit organisé avec les principales parties prenantes, notamment des représentants de réseaux de personnes vivant avec le VIH et des groupes de population plus exposés à un risque d'infection à VIH et d'autres groupes vulnérables, pour présenter, discuter et valider les réponses sur le NCPI et leur rédaction avant la remise finale. Dans l'ensemble, les réponses des gouvernements sur le NCPI sont souvent plus optimistes que celles des responsables non gouvernementaux.

Dans la mesure où il y a plus de 200 données individuelles pour le NCPI de chaque pays, celles-ci ne sont pas toutes incluses dans les tableaux présentés ici, mais peuvent être consultées dans le rapport remis par chaque pays sur le site Internet de l'ONUSIDA ou sur AIDSInfo.org. Les données validées de 171 États Membres ont été incluses dans les analyses résumées dans le présent rapport.

DÉFIS POSÉS PAR LE SUIVI DES POPULATIONS CLÉS PLUS EXPOSÉES À UN RISQUE D'INFECTION

Des défis éthiques et techniques importants entourent la mise en place d'échantillons représentatifs au niveau des pays et d'un système d'information sur la riposte mondiale eu égard à la couverture par les programmes et aux comportements à risque pour les populations clés plus exposées à un risque d'infection à VIH³. Les méthodes destinées à obtenir un échantillonnage plus représentatif de ces populations difficiles à atteindre (échantillonnage dépendant des personnes interrogées) sont en cours de mise au point. Bien que les nouvelles méthodes soient susceptibles de permettre l'établissement d'échantillons plus représentatifs, chacun sait qu'il ne sera sans doute jamais possible de constituer des échantillons

¹ Les responsables gouvernementaux traitent des questions relatives au plan stratégique national, à l'appui politique et aux orientations politiques et stratégiques clés des programmes de lutte contre le VIH.

² Les représentants non gouvernementaux traitent des questions relatives au contexte national en ce qui concerne les droits de l'homme et le VIH, à la participation de la société civile dans la riposte au VIH, aux orientations politiques et stratégiques clés des programmes de lutte contre le VIH.

³ Ces groupes étaient précédemment désignés par l'expression « populations les plus à risque ».

nationaux réellement représentatifs. Toutefois, même si les pays ne peuvent pas attester de la représentativité nationale des échantillons utilisés pour les enquêtes sur les populations clés plus exposées à un risque d'infection à VIH, des mesures répétées utilisant le même échantillon et la même méthodologie peuvent générer des données fiables sur les tendances au niveau des comportements et de la couverture par les services.

Les données des enquêtes de surveillance comportementale, qui proviennent souvent d'échantillons de commodité urbains au sein de la zone de couverture des programmes, tendent à introduire un biais au niveau de l'évaluation des comportements à risque et de la couverture par les services. Pour permettre le suivi des tendances, il a été recommandé aux pays de maintenir ces biais de manière constante en utilisant une méthodologie et un cadre d'échantillonnage réguliers. Pour mieux comprendre les distorsions potentielles et interpréter avec précision les données obtenues dans ces enquêtes, les pays ont été incités à communiquer des données pour les indicateurs qui avaient été examinés et évalués par des experts techniques du pays, tels que les groupes de travail technique sur le suivi et l'évaluation ou les conseils nationaux pour la recherche.

L'analyse des données mondiales a mis en évidence des différences de méthode d'un pays à l'autre en matière de collecte de données sur les populations clés plus exposées au risque. Ces différences concernent principalement la définition des groupes, les outils de mesure et la durée de collecte des données. Les notes de bas de page insérées dans les tableaux présentent systématiquement les différences identifiées.

À l'échelon des pays, ces données doivent être interprétées à la lumière de l'Indice composite des politiques nationales (NCPI) fourni par le pays. Cet indice apporte une vue d'ensemble de l'environnement politique et des programmes de riposte à l'égard des populations les plus exposées au risque d'infection dans un pays donné, tant du point de vue du gouvernement que des groupes non gouvernementaux et de la société civile.

CONSULTATION NATIONALE

Bien qu'ils soient peut-être plus prononcés dans le domaine du suivi des comportements et de la couverture par les services des populations clés plus exposées au risque d'infection à VIH, les défis méthodologiques affectent tous les efforts engagés pour obtenir des estimations nationales sur les comportements et les services. Il est donc important d'évaluer les biais potentiels et autres faiblesses inhérents à l'ensemble des données disponibles afin d'obtenir l'évaluation la plus exacte de la situation de la riposte nationale.

Les pays sont vivement encouragés à engager un processus de consultation avec toutes les parties prenantes concernées pour examiner et consolider les données au niveau national. L'objectif de cette consultation est d'évaluer collectivement les forces et les faiblesses de ces données, et d'obtenir un consensus autour de leur interprétation. De telles discussions permettent de mieux comprendre les ripostes nationales et contribuent au renforcement de ripostes multisectorielles.

La très grande majorité des Rapports UNGASS reçus ont fourni des informations sur le processus de consultation utilisé pour la validation et l'interprétation des données communiquées. Ces rapports sont consultables dans leur intégralité et intégrité sur le site Internet de l'ONUSIDA à l'adresse www.unaids.org.

TABLEAUX DES DONNÉES DE PAYS

Les tableaux suivants présentent les données fournies à l'ONUSIDA dans les Rapports UNGASS, dans le cadre du suivi des avancées en direction de la réalisation de la Déclaration d'engagement. Les données disponibles pour les années précédentes ont été reprises dans leur ensemble chaque fois que les méthodes et les indicateurs étaient cohérents au cours des années afin de permettre l'examen des changements au fil du temps. Dans la mesure du possible, on a distingué l'année de collecte et l'année d'établissement du rapport. Les chiffres et pourcentages ont été arrondis à l'unité la plus proche. Certains de ces rapports étaient encore en discussion avec le pays d'origine lors de la publication de cette Annexe – dans ce cas, le fait est explicitement mentionné dans une note de bas de page dans les tableaux de données relatives aux indicateurs.

Un pays peut ne pas avoir remis de données pour un indicateur spécifique soit (1) parce qu'aucune donnée n'était disponible pour construire l'indicateur selon la définition de l'UNGASS, soit (2) parce que le pays utilise une autre méthode ou un autre indicateur pour suivre la donnée en question, soit (3) parce que le pays – considérant que l'indicateur n'était pas pertinent pour son type d'épidémie – n'a pas donné d'information sur celui-ci. Dans certains cas, on a eu recours à une source alternative pour fournir des valeurs lorsqu'un pays n'a pas fourni d'information pour un indicateur donné. L'indicateur de la sécurité transfusionnelle fournit un bon exemple à cet égard – pour lequel des valeurs supplémentaires ont été fournies par l'Organisation mondiale de la Santé (Département Sécurité transfusionnelle). Lorsqu'aucune donnée n'a été communiquée pour un indicateur spécifique et qu'il n'existe aucune donnée disponible pour un pays provenant d'une autre source de même type, le pays a été exclu du tableau de données concerné.

Les valeurs affichées sur les tableaux ont été avalisées par les pays. Il peut arriver que ces valeurs diffèrent des valeurs soumises à l'origine, du fait du processus d'harmonisation, et donc des valeurs publiées dans les Rapports.

Outre les données communiquées par les pays, les tableaux présentent des valeurs nationales provenant de la dernière Enquête démographique et de santé (DHS) ou de la dernière Enquête en grappe à indicateurs multiples (MICS). En l'absence d'intervalles de confiance et de notes méthodologiques détaillées permettant d'interpréter les données originales remises par les pays, ces valeurs permettent de réaliser quelques triangulations très simples des données. Toutefois, dans de nombreux cas, les enquêtes DHS ou MICS ont été utilisées comme source pour les rapports des pays, ce qui ne doit pas être considéré à tort comme une convergence des valeurs de différentes sources mais plutôt interprété comme une répétition des mêmes données.

SUIVI DES PROGRÈS EN DIRECTION DE L'OBJECTIF DU MILLÉNAIRE POUR LE DÉVELOPPEMENT N°6

Les progrès en direction de l'objectif du Millénaire pour le développement (OMD) n°6 « stopper et inverser la propagation de l'épidémie de VIH » sont suivis à partir de données contenues dans les Rapports UNGASS transmis par les États Membres des Nations Unies. Ces rapports incluent des données relatives à 25 indicateurs de base normalisés servant à suivre les progrès en direction de la réalisation de la Déclaration d'engagement de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida (UNGASS) de 2001.

Le présent rapport expose et décrit les données de chaque pays pour les 25 indicateurs UNGASS – dont cinq sont aussi explicitement inclus dans l'ensemble d'indicateurs de base utilisé pour suivre les progrès en direction de l'OMD 6 et peuvent être consultés dans la base de données sur les OMD à l'adresse www.mdgs.un.org. Les données relatives à ces cinq indicateurs proviennent des Rapports UNGASS et sont fournies à la Division Statistiques des Nations Unies par l'ONUSIDA, l'UNICEF et l'OMS. Le Tableau 1 présente les taux de réponse pour ces indicateurs au cours des quatre cycles d'établissement des Rapports UNGASS.

Tableau A2.3

Taux de réponse pour les indicateurs servant au suivi des progrès en direction de l'objectif du Millénaire pour le développement n°6 : stopper et inverser la propagation de l'épidémie de VIH

		2004	2006	2008	2010
TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL	Nombre de pays ayant répondu	113	118	117	154
	Taux de réponse	60%	61%	61%	80%
SCOLARISATION DES ORPHELINS	Nombre de pays ayant répondu	N/A	N/A	50	46
	Taux de réponse	N/A	N/A	26%	24%
CONNAISSANCES DES JEUNES	Nombre de pays ayant répondu	38	16	110	119
	Taux de réponse	20%	8%	57%	62%
UTILISATION DU PRÉSERVATIF	Nombre de pays ayant répondu	34	20	91	106
	Taux de réponse	18%	10%	47%	55%
PRÉVALENCE	Nombre de pays ayant répondu	N/A	N/A	91	106
	Taux de réponse	N/A	N/A	47%	55%

Indicateurs d'engagement national

FONDS ALLOUÉS À LA LUTTE CONTRE LE SIDA

Au fur et à mesure que la riposte nationale et internationale au sida continue de croître, il devient de plus en plus important de suivre en détail l'origine des fonds et la manière dont ils sont dépensés au niveau des pays. Ces données servent à évaluer l'engagement et l'action au niveau national – composantes importantes de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida de l'UNGASS. Une fois les données de nombreux pays regroupées, elles aident à évaluer la situation de la riposte à travers le monde. En outre, elles permettent aux décideurs au niveau national de suivre l'ampleur et l'efficacité de leurs programmes, et servent de base pour l'allocation des ressources et l'amélioration des processus de planification stratégique.

Dans la mesure où les différents pays peuvent choisir parmi divers outils et méthodes pour suivre les flux de financement alloués à la lutte contre le sida (ex : estimation nationale des ressources et dépenses relatives au sida (REDES), sections sida des comptes nationaux de la santé

(NHA) et enquêtes ad hoc sur les flux de ressources), la matrice nationale de financement de la riposte au sida comporte un tableur qui permet d'entrer, d'analyser et de signaler aisément les données de chacune de ces trois sources. Alors que l'estimation REDES fournit des informations sur les dépenses afférentes à des activités engagées en dehors du système de santé, des méthodes ont été élaborées pour permettre de comparer les dépenses de santé liées au sida de l'estimation REDES et des sections NHA. Ces deux outils permettent donc de suivre les dépenses sanitaires liées au sida. On a mis en place un processus d'alignement semblable pour le Projet interdisciplinaire sur les flux de ressources de l'Institut démographique néerlandais/UNFPA/ONUSIDA.

Définition

Dépenses intérieures et internationales pour la lutte contre le sida par catégories et sources de financement.

Méthode

On mesure cet indicateur grâce à une estimation nationale des ressources et dépenses relatives au sida (REDES) qui documente les dépenses effectives selon huit catégories de dépenses liées au sida et selon trois catégories de financement – dont les dépenses publiques de source propre (ex : impôts et taxes perçus par l'État) et de sources internationales.

Catégories de dépenses

1. Prévention
2. Soins et traitement
3. Orphelins et enfants vulnérables
4. Gestion des programmes et renforcement de l'administration
5. Incitations pour les ressources humaines
6. Protection sociale et services sociaux (sauf ceux destinés aux orphelins et enfants vulnérables)
7. Environnement habilitant et développement communautaire
8. Recherche (sauf recherche opérationnelle incluse dans la gestion des programmes)

Ressources financières

1. Fonds publics nationaux
2. Fonds internationaux
3. Fonds privés nationaux (signalement facultatif pour les rapports UNGASS)

Tableau A2.4

Taux de réponse pour les dépenses allouées à la riposte au sida

		2004	2006	2008	2010
DÉPENSES ALLOUÉES À LA RIPOSTE AU SIDA	Nombre de pays ayant répondu	N/A	95	106	137
	Taux de réponse	N/A	50%	55%	71%

En 2010, 137 pays (71 % des États membres des Nations Unies) ont déclaré que des dépenses domestiques et internationales avaient été allouées à la riposte au sida. Les taux de réponse pour cet indicateur ont régulièrement augmenté lors de chaque cycle de rapports : 95 pays ont fait une telle déclaration en 2006, 106 en 2008 et 137 en 2010. Les taux de réponse les plus élevés ont été enregistrés en Europe orientale et en Asie centrale, en Amérique centrale et du Sud, en Asie du Sud et du Sud-Est, et en Afrique subsaharienne – où plus de 80 % des pays de ces régions ont déclaré des dépenses engagées pour lutter contre le VIH. Les pays n'ont pas tous remis de matrice des financements complète. Certains n'ont déclaré que les dépenses totales (11 %) et de ce fait les chiffres des dépenses n'ont pas été ventilés entre les huit catégories de dépenses (prévention, soins et traitement, orphelins et enfants vulnérables, etc.). Sur les 122 pays qui ont déclaré des dépenses ventilées entre les catégories susmentionnées, 112 ont déclaré des dépenses dans certaines des sous-catégories des 8 catégories de dépenses liées au sida (ou dans toutes ces sous-catégories), telles que : traitement antirétroviral, soins à domicile, prévention de la transmission mère-enfant ou sécurité transfusionnelle, entre autres.

POLITIQUES GOUVERNEMENTALES CONCERNANT LA LUTTE CONTRE LE VIH ET LE SIDA – INDICE COMPOSITE DES POLITIQUES NATIONALES

Objet

Évaluer les progrès au niveau de l'élaboration et de la mise en œuvre de politiques, lois et stratégies de lutte contre le VIH au niveau national.

Le NCPI se présente sous forme d'un long questionnaire composé de près de 200 questions. C'est le questionnaire normalisé le plus complet dont on dispose pour évaluer les larges domaines suivants des politiques, des stratégies et de la mise en œuvre des programmes de riposte contre le VIH :

Partie A – complétée par des responsables du gouvernement

1. Plan stratégique
2. Soutien politique
3. Prévention
4. Traitement, soins et appui
5. Suivi et évaluation

Partie B – complétée par des responsables de la société civile

1. Droits de l'homme
2. Participation de la société civile
3. Prévention
4. Soins et appui

Bien que l'on évoque souvent le NCPI comme un 'indicateur' ou un 'indice', il n'est pas utilisé dans ce sens. Le NCPI offre à un large éventail de parties prenantes une opportunité unique pour faire le point sur les progrès accomplis et pour discuter de ce qu'il faut encore faire pour soutenir une riposte efficace et efficiente contre le VIH. Bon nombre des Rapports UNGASS reçus en 2010 décrivent le rôle que le NCPI a joué dans le renforcement de la collaboration au sein des pays et dans l'accroissement d'une appropriation partagée de la riposte contre le VIH.

Le NCPI est une composante à part entière de l'ensemble d'indicateurs de l'UNGASS, et ce, depuis le premier cycle de rapports. Certaines des questions sont les mêmes depuis 2004 et la majorité des questions du cycle actuel sont similaires à ce qu'elles étaient en 2006 et 2008. Il est ainsi possible d'analyser des tendances.

Bon nombre des réponses normalisées sont complétées par des commentaires libres (figurant dans un espace réservé à cet effet dans le questionnaire). Ces commentaires complémentaires favorisent une meilleure compréhension de la situation actuelle du pays, fournissent des exemples des bonnes pratiques dont d'autres pourront tirer des leçons et permettent de mettre le doigt sur des problèmes afin d'améliorer la situation.

Sur les 182 pays qui ont remis des Rapports UNGASS, 171 (soit 94 %) ont aussi remis un NCPI. Ce chiffre représente une augmentation encourageante (en 2004, 88 pays seulement avaient remis des rapports NCPI). Tous les pays, sauf un, ont remis la Partie A et la Partie B dans leurs rapports de cette année. Des représentants d'environ 2 000 organisations (de la société civile pour l'essentiel) ont pris part à la préparation des rapports.

Tableau A2.5

Taux de réponse pour l'Indice composite des politiques nationales

	2004	2006	2008	2010
INDICE COMPOSITE DES POLITIQUES NATIONALES				
Nombre de pays ayant répondu	88	95	137	171
Taux de réponse	47%	50%	71%	89%

Les rapports NCPI complets, avec les réponses normalisées et les commentaires, sont présentés parallèlement aux rapports UNGASS de chaque pays sur le site Internet de l'ONUSIDA. Les tableaux suivants présentent un petit sous-ensemble des informations disponibles. On peut avoir accès à l'ensemble des données relatives au NCPI sur www.AIDSInfo.org.

Indicateurs relatifs aux interventions du secteur de la santé

SÉCURITÉ TRANSFUSIONNELLE

Le VIH peut être facilement transmis lors d'une transfusion de sang ou de produits sanguins non contrôlés. La mise en place de systèmes permettant de s'assurer que l'on dépiste systématiquement toutes les infections transmissibles en cas de transfusion dans les dons de sang, y compris le VIH (mais aussi l'hépatite B et C), est une composante de base de tout programme de transfusion nationale. Au niveau mondial, il existe toutefois des différences importantes concernant l'ampleur des contrôles du sang provenant de dons, des stratégies de dépistage adoptées et de la qualité et de l'efficacité d'ensemble du processus de contrôle du sang. Il en résulte que dans de nombreux pays, les personnes recevant du sang ou des produits sanguins restent soumises à un risque inacceptable de contamination par des infections mortelles – laquelle pourrait être facile à éviter.

Objet

Évaluer les progrès accomplis pour garantir une offre de sang sûr. L'indicateur s'applique à tous les pays et est mesuré annuellement à partir de la base de données mondiale de l'OMS sur la sécurité transfusionnelle.

Définition

Pourcentage de dons de sang soumis à un dépistage de qualité du VIH.

Numérateur : Nombre d'unités de sang provenant de dons et soumises à un dépistage du VIH dans des centres de transfusion/laboratoires de dépistage sanguin ayant : (1) suivi des procédures opérationnelles standard documentées et (2) participé à un système d'assurance externe de la qualité.

Dénominateur : Nombre total d'unités de sang provenant de dons.

Tableau A2.6

Taux de réponse concernant la sécurité transfusionnelle

		2004	2006	2008	2010
SÉCURITÉ TRANS-FUSIONNELLE	Nombre de pays ayant répondu	N/A	N/A	130	165
	Taux de réponse	N/A	N/A	68%	86%

TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL

Objet

Évaluer les progrès des pays dans la fourniture d'une association d'antirétroviraux aux adultes et aux enfants atteints d'une infection à VIH parvenue à un stade avancé. L'indicateur est applicable à tous les pays ; les données servant à établir le numérateur sont collectées en continu (mensuellement ou trimestriellement) et le dénominateur est basé sur une estimation.

Définition

Pourcentage d'adultes et d'enfants atteints d'une infection à VIH parvenue à un stade avancé recevant un traitement antirétroviral.

Numérateur : Nombre d'adultes et d'enfants atteints d'une infection à VIH parvenue à un stade avancé qui reçoivent actuellement un traitement antirétroviral conformément au protocole de traitement approuvé sur le plan national (ou aux normes de l'OMS/ONUSIDA) à la fin de la période d'établissement des rapports.

Dénominateur : Estimation du nombre d'adultes et d'enfants atteints d'une infection à VIH parvenue à un stade avancé.

Toutes les analyses de cet indicateur portent sur des numérateurs qui ont fait l'objet d'une harmonisation par l'ONUSIDA, l'OMS et l'UNICEF. Pour garantir la comparabilité entre les pays, des dénominateurs estimés

par la méthode du Groupe de référence ONUSIDA/OMS sur les estimations, modèles et projections ont été utilisés pour toutes les analyses. Les dénominateurs présentés par les pays figurent aussi dans le tableau de données.

Tableau A2.7

Taux de réponse pour le traitement du VIH

		2004	2006	2008	2010
TRAITEMENT DU VIH	Nombre de pays ayant répondu	113	118	117	154
	Taux de réponse	60%	61%	61%	80%

MAINTIEN SOUS TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL AU-DELÀ DE 12 MOIS

Les objectifs de tout programme de traitement antirétroviral sont de prolonger la survie et d'améliorer la qualité de vie des personnes infectées. Alors que l'on élargit et intensifie l'accès au traitement antirétroviral dans les pays à travers le monde, il est tout aussi important de comprendre pourquoi et comment de nombreuses personnes abandonnent les programmes de traitement. Ces données peuvent être utilisées pour démontrer l'efficacité de ces programmes et mettre en évidence les obstacles à leur développement et leur amélioration.

Objet

Évaluer les progrès au niveau du maintien sous traitement antirétroviral des adultes et des enfants infectés.

Définition

Pourcentage d'adultes et d'enfants infectés par le VIH dont on sait qu'ils sont toujours sous traitement antirétroviral 12 mois après le début de celui-ci.

Numérateur : Nombre d'adultes et d'enfants toujours sous antirétroviraux 12 mois après le début du traitement.

Dénominateur : Nombre total d'adultes et d'enfants qui ont commencé un traitement antirétroviral au cours des 12 mois précédant la date d'établissement du rapport, y compris ceux qui sont décédés, ceux qui ont abandonné le traitement antirétroviral et ceux qui ont été perdus de vue.

Cet indicateur illustre les taux de maintien sous traitement antirétroviral plutôt que les taux de survie. Pour déterminer les taux de survie, il faudrait exclure les personnes qui ont abandonné le traitement ou qui ont été perdues de vue. Une note de bas de page est insérée dans les tableaux de données pour signaler les cas dans lesquels

l'on sait que la valeur déclarée n'est pas cohérente avec cette définition.

Tableau A2.8

Taux de réponse pour la survie (le maintien) sous traitement antirétroviral

		2004	2006	2008	2010
SURVIE SOUS TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL	Nombre de pays ayant répondu	N/A	11	106	143
	Taux de réponse	N/A	6%	55%	74%

PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION MÈRE-ENFANT DU VIH

En l'absence de toute intervention préventive, les nourrissons nés de femmes séropositives ou allaités par elles présentent globalement une probabilité sur trois de contracter l'infection à VIH. Celle-ci peut se produire au cours de la grossesse, pendant le travail et l'accouchement ou après, au cours de l'allaitement au sein. Les programmes complémentaires visant à réduire le nombre d'enfants infectés par le VIH se fondent sur quatre stratégies connues comme les « quatre axes » (*four prongs*) de la prévention de la transmission mère-enfant. Ceux-ci sont : la prévention primaire du VIH pour les femmes en âge de procréer, la prévention des grossesses non désirées pour les femmes vivant avec le VIH, le traitement antirétroviral pour la mère et le traitement antirétroviral pour l'enfant. Le risque de transmission verticale peut être encore réduit grâce à la mise en œuvre de pratiques d'accouchement et d'allaitement sûres. Cet indicateur évalue l'un des quatre axes – la fourniture d'un traitement antirétroviral préventif à la mère.

Objet

Évaluer les progrès en matière de prévention de la transmission mère-enfant du VIH.

Définition

Pourcentage de femmes enceintes infectées par le VIH ayant reçu des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère-enfant du virus.

Numérateur : Nombre de femmes enceintes séropositives ayant reçu des antirétroviraux dans les 12 derniers mois pour réduire la transmission mère-enfant.

Dénominateur : Estimation du nombre de femmes enceintes infectées par le VIH au cours des 12 derniers mois.

Toutes les analyses de cet indicateur portent sur des numérateurs qui ont fait l'objet d'une harmonisation par l'ONUSIDA, l'OMS et l'UNICEF. Pour garantir la comparabilité entre les pays, des dénominateurs estimés par la méthode du Groupe de référence ONUSIDA/OMS sur les estimations, modèles et projections ont été utilisés pour toutes les analyses. Les dénominateurs présentés par les pays figurent aussi dans le tableau de données.

Pour les données de 2007, certains pays n'ont pas fourni de chiffres couvrant 12 mois. On a alors eu recours à des projections pour obtenir une période cohérente.⁴

Tableau A2.9

Taux de réponse pour la prévention de la transmission mère-enfant

		2004	2006	2008	2010
PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION MÈRE-ENFANT	Nombre de pays ayant répondu	52	45	100	135
	Taux de réponse	28%	24%	52%	70%

Les tableaux incluent des données supplémentaires sur la prévention de la transmission mère-enfant fournies par l'Organisation mondiale de la Santé. Ces données ont été regroupées dans le cadre du suivi commun OMS/UNICEF/ONUSIDA des progrès en direction de l'accès universel dans le secteur de la santé.

PRISE EN CHARGE CONJOINTE DE LA TUBERCULOSE ET DE L'INFECTION À VIH

La tuberculose est l'une des causes les plus courantes de morbidité et de mortalité chez les personnes vivant avec le VIH, y compris lorsque celles-ci suivent un traitement antirétroviral. Le dépistage intensifié des cas de tuberculose et l'accès à un diagnostic et un traitement de qualité conformes aux directives nationales et internationales sont indispensables pour améliorer la durée et la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH.

Objet

Évaluer les progrès en matière de dépistage et de traitement de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH.

⁴ Méthode de projection – toutes les valeurs signalées qui correspondent à une période de moins de 12 mois sont projetées en prenant le nombre de femmes enceintes séropositives sous antirétroviraux chaque mois, en divisant ce chiffre par le nombre de mois correspondant aux données, puis en multipliant le résultat par 12.

Définition

Pourcentage des cas estimés de tuberculose liés à une séropositivité concomitante auxquels ont été administrés un traitement antituberculeux et un traitement contre le VIH.

Numérateur : Nombre d'adultes présentant une infection à VIH parvenue à un stade avancé recevant actuellement une combinaison d'antirétroviraux conformément au protocole approuvé sur le plan national (ou aux normes OMS/ONUSIDA) et qui ont été mis sous traitement antituberculeux (conformément aux directives du programme national de lutte contre la tuberculose) au cours de l'année d'établissement du rapport.

Dénominateur : Estimation du nombre de cas de tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH.

Tableau A2.10

Taux de réponse pour la prise en charge conjointe de la tuberculose et de l'infection à VIH

		2004	2006	2008	2010
PRISE EN CHARGE CONJOINTE DE LA TUBERCULOSE ET DE L'INFECTION À VIH	Nombre de pays ayant répondu	N/A	N/A	88	119
	Taux de réponse	N/A	N/A	46%	62%

Indicateurs relatifs à la population générale

SOUTIEN DESTINÉ AUX ENFANTS AFFECTÉS PAR LE VIH ET LE SIDA

Les enfants rendus orphelins bénéficient des soins et du soutien des familles et des communautés. Le nombre des enfants rendus orphelins et d'enfants vulnérables continuant d'augmenter, il est important que les familles et les communautés qui les prennent en charge soient elles-mêmes soutenues.

Objet

Évaluer les progrès dans la fourniture d'un soutien aux foyers qui prennent en charge des enfants rendus orphelins et des enfants vulnérables âgés de 0 à 17 ans.

Définition

Pourcentage d'enfants rendus orphelins et d'enfants vulnérables (0 à 17 ans) vivant dans des foyers bénéficiant d'une aide extérieure gratuite pour leur prise en charge.

Numérateur : Nombre d'enfants rendus orphelins et d'enfants vulnérables vivant dans des foyers ayant reçu un au moins des quatre types de soutien pour chaque enfant.

Dénominateur : Nombre total d'enfants rendus orphelins et d'enfants vulnérables âgés de 0 à 17 ans.

Aux fins de cet indicateur, un orphelin est défini comme un enfant de moins de 18 ans qui a perdu un de ses parents ou les deux.

Un enfant rendu vulnérable en raison du VIH a moins de 18 ans et

1. a perdu un de ses parents ou les deux, ou
2. a un parent qui souffre d'une maladie chronique (indépendamment du fait que celui-ci vive ou non sous le même toit que l'enfant), ou
3. vit dans un foyer où, au cours des 12 derniers mois, un adulte au moins est décédé après avoir été malade pendant trois des quatre mois qui ont précédé son décès, ou
4. vit dans un foyer où un des adultes au moins a été gravement malade pendant au moins trois des 12 derniers mois.

Plusieurs pays ont choisi de répondre sur cet indicateur en ayant recours à des données obtenues via des programmes de dépistage du VIH. Ces données ne peuvent être comparées à celles obtenues par des enquêtes portant sur la population générale.

Tableau A2.11

Taux de réponse pour le soutien destiné aux enfants affectés par le VIH et le sida

		2004	2006	2008	2010
SOUTIEN DESTINÉ AUX ENFANTS AFFECTÉS PAR LE VIH ET LE SIDA	Nombre de pays ayant répondu	N/A	8	36	42
	Taux de réponse	N/A	4%	19%	22%

SCOLARISATION DES ORPHELINS

Le sida prend la vie de jeunes adultes au moment même où ils fondent une famille et élèvent des enfants. Il en résulte que la prévalence des orphelins augmente régulièrement dans de nombreux pays et le fait qu'il y ait parallèlement moins de parents dans la force de l'âge signifie que les enfants devenus orphelins sont confrontés à un avenir de plus en plus incertain. L'enfant orphelin est fréquemment

victime de préjugés et d'une pauvreté accrue – deux facteurs susceptibles de compromettre davantage les chances d'un enfant de parvenir au terme de sa scolarité et qui peuvent l'inciter à adopter des stratégies de survie qui augmentent sa vulnérabilité au VIH. Il est donc important de suivre à quel point les programmes de soutien en rapport avec le sida parviennent à garantir une scolarité aux enfants rendus orphelins.

Objet

Évaluer les progrès réalisés pour prévenir un désavantage relatif en matière de scolarisation des enfants orphelins par rapport aux enfants non-orphelins.

Définition

Taux actuel de fréquentation scolaire des orphelins et des non-orphelins de 10 à 14 ans.

Partie A : Taux actuel de fréquentation scolaire des orphelins âgés de 10 à 14 ans.

Numérateur : Nombre d'enfants qui ont perdu leurs deux parents et qui sont encore scolarisés.

Dénominateur : Nombre d'enfants qui ont perdu leurs deux parents.

Partie B : Taux actuel de fréquentation scolaire des enfants de 10 à 14 ans dont les parents sont en vie ou qui vivent avec au moins l'un d'entre eux.

Numérateur : Nombre d'enfants dont les deux parents sont en vie, qui vivent avec au moins l'un d'entre eux et qui fréquentent l'école.

Dénominateur : Nombre d'enfants dont les deux parents sont en vie et qui vivent avec au moins l'un d'entre eux.

Tableau A2.12

Taux de réponse pour la scolarisation des orphelins

		2004	2006	2008	2010
SCOLARISATION DES ORPHELINS	Nombre de pays ayant répondu	N/A	N/A	50	46
	Taux de réponse	N/A	N/A	26%	24%

ENSEIGNEMENT RELATIF AU VIH DANS LE CADRE DE PROGRAMMES SCOLAIRES DE PRÉPARATION À LA VIE ACTIVE

Un programme de préparation à la vie active est une méthode d'enseignement efficace qui s'appuie sur des exercices interactifs dont le but est de transmettre aux

jeunes des comportements susceptibles de les aider à gérer les difficultés et les impératifs de la vie quotidienne. Ce programme de préparation peut inclure des aptitudes en matière de prise de décision et de résolution des problèmes, de réflexion créative et critique, de prise de conscience de soi-même, de communication et de rapports avec les autres. Il peut aussi apprendre aux jeunes comment gérer leurs émotions et déceler leurs propres causes d'anxiété. Lorsqu'il est spécifiquement adapté à un enseignement relatif au VIH dispensé dans les écoles, ce programme aide les jeunes à comprendre et à évaluer les facteurs individuels, sociaux et environnementaux qui accroissent ou réduisent le risque de transmission du VIH. Dûment appliquée, cette stratégie peut avoir un impact positif sur les comportements, y compris un report dans le temps du premier rapport sexuel et une réduction du nombre de partenaires sexuels.

Objet

Évaluer les progrès en matière de mise en œuvre d'un enseignement relatif au VIH dans les programmes de préparation à la vie active de toutes les écoles.

Définition

Pourcentage d'écoles qui ont dispensé un enseignement relatif au VIH dans le cadre des programmes de préparation à la vie active au cours de l'année scolaire écoulée.

Numérateur : Nombre d'écoles ayant dispensé un enseignement relatif au VIH dans le cadre des programmes de préparation à la vie active au cours de l'année scolaire écoulée.

Dénominateur : Nombre d'écoles ayant fait l'objet d'une enquête.

Tableau A2.13

Taux de réponse pour l'enseignement relatif au VIH dans les programmes de préparation à la vie active dans les écoles

		2004	2006	2008	2010
ENSEIGNEMENT RELATIF AU VIH DANS LES PROGRAMMES DE PRÉPARATION À LA VIE ACTIVE DANS LES ÉCOLES	Nombre de pays ayant répondu	N/A	N/A	74	99
	Taux de réponse	N/A	N/A	39%	52%

CONNAISSANCES DES JEUNES EN MATIÈRE DE PRÉVENTION DU VIH

Les épidémies de VIH se propagent principalement par le biais de la transmission sexuelle de l'infection à des générations successives de jeunes. Il est donc essentiel et primordial que les jeunes possèdent de bonnes connaissances sur le VIH et le sida – même si ce n'est pas suffisant en soi – pour qu'ils adoptent des comportements propices à une diminution du risque de transmission du VIH.

Objet

Évaluer les progrès dans l'acquisition d'une connaissance globale des éléments essentiels relatifs à la transmission du VIH.

Définition

Pourcentage de jeunes de 15 à 24 ans qui ont une connaissance exacte des moyens permettant de prévenir une transmission sexuelle du VIH et rejettent les principales idées fausses concernant celle-ci.

Numérateur : Nombre de personnes interrogées âgées de 15 à 24 ans qui ont répondu correctement aux cinq questions suivantes :

1. Le risque de transmission du VIH peut-il être réduit par le fait d'avoir des rapports sexuels avec un seul partenaire fidèle et non infecté ?
2. Le risque de transmission du VIH peut-il être réduit par l'utilisation de préservatifs lors de chaque rapport ?
3. Une personne paraissant en bonne santé peut-elle être séropositive ?
4. Une piqûre de moustique peut-elle transmettre le VIH ?
5. Peut-on contracter le VIH en partageant un repas avec une personne séropositive ?

Dénominateur : Nombre de personnes interrogées âgées de 15 à 24 ans.

Tableau A2.14

Taux de réponse pour les connaissances des jeunes

		2004	2006	2008	2010
CONNAISSANCES DES JEUNES	Nombre de pays ayant répondu	38	16	110	119
	Taux de réponse	20%	8%	57%	62%

DÉPISTAGE DU VIH PARMIS LA POPULATION DANS SON ENSEMBLE

Le conseil et le test du VIH forment une composante essentielle de la riposte au VIH car ils facilitent le traitement et les soins du VIH ainsi que d'autres actions de prévention. En outre, un dépistage renforce la prise de conscience chez les personnes vivant avec le VIH de leur propre statut et les encourage à prendre des mesures de protection. Enfin, le dépistage du VIH accroît la prise de conscience sociale du VIH et peut contribuer à réduire la stigmatisation et la discrimination à l'encontre des séropositifs. Les tendances de l'utilisation du conseil et du test du VIH peuvent être évaluées à partir des résultats d'enquêtes successives réalisées dans un même pays au fil du temps. Il est important de noter que bien que cet indicateur mesure le pourcentage de la population générale qui a fait l'objet d'un test de dépistage sur une période de 12 mois, cela n'implique pas que l'ensemble de la population doive se soumettre à un tel test chaque année. La fréquence de dépistage des personnes doit être déterminée en fonction de leurs caractéristiques comportementales personnelles et de la nature de l'épidémie de VIH qui frappe leur pays.

Objet

Évaluer les progrès dans la mise en œuvre des services de conseil et de dépistage du VIH.

Définition

Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans qui se sont soumis à un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et en connaissent le résultat.

Numérateur : Nombre de personnes interrogées âgées de 15 à 49 ans qui se sont soumises à un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et en connaissent le résultat.

Dénominateur : Nombre de personnes interrogées âgées de 15 à 49 ans.

Plusieurs pays ont choisi de répondre sur cet indicateur en ayant recours à des données obtenues via des programmes de dépistage du VIH. Ces données ne peuvent être comparées à celles obtenues par des enquêtes portant sur la population générale et sont signalées par une note de bas de page dans le tableau des données.

Tableau A2.15

Taux de réponse pour le dépistage du VIH parmi la population dans son ensemble

		2004	2006	2008	2010
DÉPISTAGE DU VIH PARMIS LA POPULATION DANS SON ENSEMBLE	Nombre de pays ayant répondu	N/A	N/A	102	116
	Taux de réponse	N/A	N/A	53%	60%

RAPPORTS SEXUELS AVANT L'ÂGE DE 15 ANS

Dans de nombreux pays, l'une des stratégies de prévention du VIH consiste à retarder l'âge du premier rapport sexuel et à décourager l'activité sexuelle avant le mariage car cela réduit le risque d'exposition au VIH. Il existe également des exemples qui montrent qu'avoir son premier rapport sexuel à un âge plus avancé réduit le risque d'infection par rapport sexuel, au moins chez les femmes.

Objet

Évaluer les progrès en matière de report à une date ultérieure du premier rapport sexuel chez les jeunes femmes et les jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans.

Définition

Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans qui ont eu un rapport sexuel avant l'âge de 15 ans.

Numérateur : Nombre de personnes interrogées (âgées de 15 à 24 ans) qui indiquent avoir eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans.

Dénominateur : Nombre de personnes interrogées âgées de 15 à 24 ans.

Tableau A2.16

Taux de réponse pour les rapports sexuels avant l'âge de 15 ans

		2004	2006	2008	2010
RAPPORTS SEXUELS AVANT L'ÂGE DE 15 ANS	Nombre de pays ayant répondu	N/A	23	108	117
	Taux de réponse	N/A	12%	56%	61%

RAPPORTS SEXUELS À HAUT RISQUE

La propagation du VIH est dans une large mesure imputable à des rapports sexuels non protégés. Les personnes qui ont de multiples partenaires (simultanément ou successivement) courent un risque plus grand de contracter ou de transmettre le VIH que celles qui n'évoluent pas dans un réseau de partenaires sexuels plus large.

Objet

Évaluer les progrès dans la réduction du pourcentage de personnes ayant des rapports sexuels à haut risque.

Définition

Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans qui ont eu un rapport sexuel avec plusieurs partenaires au cours des 12 derniers mois.

Numérateur : Nombre de personnes interrogées âgées de 15 à 49 ans qui ont eu des rapports sexuels avec plusieurs partenaires au cours des 12 derniers mois.

Dénominateur : Nombre de personnes interrogées âgées de 15 à 49 ans.

Tableau A2.17

Taux de réponse pour les rapports sexuels à haut risque

		2004	2006	2008	2010
RAPPORTS SEXUELS À HAUT RISQUE	Nombre de pays ayant répondu	12	19	97	108
	Taux de réponse	6%	10%	51%	56%

UTILISATION DU PRÉSERVATIF LORS DE RAPPORTS SEXUELS À HAUT RISQUE

L'utilisation du préservatif est efficace pour se protéger contre le VIH et d'autres infections transmises lors de rapports sexuels. Les taux d'utilisation du préservatif sont un indicateur important de la protection contre le VIH, en particulier pour les personnes ayant des partenaires sexuels multiples.

Objet

Évaluer les progrès en matière de prévention de l'exposition à VIH lors de rapports sexuels non protégés avec des partenaires occasionnels.

Définition

Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans ayant eu plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois et qui ont utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel.

Numérateur : Nombre de personnes interrogées âgées de 15 à 49 ans ayant déclaré avoir eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel.

Dénominateur : Nombre de personnes interrogées de 15 à 49 ans ayant déclaré avoir eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois.

Tableau A2.18

Taux de réponse pour l'utilisation du préservatif lors des rapports sexuels à haut risque

		2004	2006	2008	2010
UTILISATION DU PRÉSERVATIF LORS DES RAPPORTS SEXUELS À HAUT RISQUE	Nombre de pays ayant répondu	34	20	91	106
	Taux de réponse	18%	10%	47%	55%

Indicateurs relatifs aux populations clés plus exposées à un risque d'infection à VIH

CONNAISSANCES DES POPULATIONS CLÉS PLUS EXPOSÉES À UN RISQUE D'INFECTION À VIH EN MATIÈRE DE PRÉVENTION DU VIH

Les épidémies concentrées se propagent par une transmission sexuelle du virus lors de rapports tarifés et de rapports entre hommes, ou lors de l'utilisation d'un matériel d'injection contaminé. De solides connaissances en matière de VIH et de sida sont le préalable essentiel à l'adoption de comportements diminuant le facteur de risque d'infection. Cet indicateur doit être calculé séparément pour chacun des groupes de population considérés comme plus exposés à un risque d'infection à VIH, tels que les professionnel(le)s du sexe, les consommateurs de drogues injectables et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

Objet

Évaluer les progrès en matière d'acquisition d'une connaissance des éléments essentiels relatifs à la transmission du VIH parmi les populations clés plus exposées à un risque d'infection.

Définition

Pourcentage, parmi les populations clés plus exposées à un risque d'infection, de personnes possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens d'éviter la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant celle-ci.

Numérateur : Nombre de personnes interrogées parmi les groupes de population plus exposés à un risque d'infection à VIH qui ont correctement répondu aux cinq questions suivantes :

1. Le risque de transmission du VIH peut-il être réduit par le fait d'avoir des rapports sexuels avec un seul partenaire fidèle et non infecté ?
2. Le risque de transmission du VIH peut-il être réduit par l'utilisation de préservatifs lors de chaque rapport ?
3. Une personne paraissant en bonne santé peut-elle être séropositive ?
4. Une piqûre de moustique peut-elle transmettre le VIH ?
5. Peut-on contracter le VIH en partageant un repas avec une personne séropositive ?

Dénominateur : Nombre de personnes interrogées parmi les groupes de population plus exposés à un risque d'infection à VIH qui ont répondu (y compris par « ne sait pas ») aux cinq questions.

Tableau A2.19

Taux de réponse pour les connaissances des populations plus exposées au risque d'infection

		2004	2006	2008	2010
PROFES- SIONNEL(LE)S DU SEXE	Nombre de pays ayant répondu	N/A	21	67	84
	Taux de réponse	N/A	11%	35%	44%
HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES HOMMES	Nombre de pays ayant répondu	N/A	16	47	54
	Taux de réponse	N/A	8%	24%	28%
CONSOM- MATEURS DE DROGUES INJECTABLES	Nombre de pays ayant répondu	N/A	16	33	43
	Taux de réponse	N/A	8%	17%	22%

DÉPISTAGE DU VIH PARMIS LES POPULATIONS CLÉS PLUS EXPOSÉES À UN RISQUE D'INFECTION À VIH

Le conseil et le test du VIH forment une composante essentielle de la riposte au VIH car ils facilitent le traitement et les soins du VIH ainsi que d'autres actions de prévention. En outre, un dépistage renforce la prise de conscience chez les personnes vivant avec le VIH de leur propre statut et les encourage à prendre des mesures de protection. Enfin, le dépistage du VIH accroît la prise de conscience sociale du VIH et peut contribuer à réduire la stigmatisation et la discrimination à l'encontre des séropositifs. Les tendances de l'utilisation du conseil et du test du VIH peuvent être évaluées à partir des résultats d'enquêtes successives réalisées dans un même pays au fil du temps. La fréquence du dépistage des personnes doit être déterminée en fonction de leurs caractéristiques comportementales personnelles et de la nature de l'épidémie de VIH qui frappe leur pays. Dans certains contextes épidémiologiques, il peut s'avérer justifié de soumettre les populations clés plus exposées à un risque d'infection à VIH à un dépistage annuel. Il convient de noter que le dépistage doit être volontaire et confidentiel, et qu'il faut protéger avec beaucoup de soin les droits des personnes se soumettant à un test de dépistage. Cela est particulièrement important dans les contextes dans lesquels les comportements des populations clés plus exposées à un risque d'infection à VIH sont illégaux ou massivement stigmatisés et dans lesquels tout manquement à la confidentialité est susceptible d'avoir des conséquences juridiques et sociales graves.

Objet

Évaluer les progrès dans la mise en œuvre de services de conseil et de test du VIH parmi les populations clés plus exposées à un risque d'infection.

Définition

Pourcentage de personnes interrogées, parmi les populations clés plus exposées à un risque d'infection, qui ont fait l'objet d'un dépistage du VIH dans les 12 derniers mois et en connaissent le résultat.

Numérateur : Nombre de personnes interrogées faisant partie des groupes de population plus exposés à un risque d'infection qui ont fait l'objet d'un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et en connaissent le résultat.

Dénominateur : Nombre de personnes interrogées faisant partie des populations clés plus exposées à un risque d'infection incluses dans l'échantillon.

Tableau A2.20

Taux de réponse pour le dépistage du VIH parmi les populations clés plus exposées à un risque d'infection à VIH

		2004	2006	2008	2010
PROFES- SIONNEL(LE)S DU SEXE	Nombre de pays ayant répondu	N/A	21	87	96
	Taux de réponse	N/A	11%	45%	50%
HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES HOMMES	Nombre de pays ayant répondu	N/A	22	70	83
	Taux de réponse	N/A	12%	36%	43%
CONSOM- MATEURS DE DROGUES INJECTABLES	Nombre de pays ayant répondu	N/A	18	44	59
	Taux de réponse	N/A	9%	23%	31%

COUVERTURE DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION DESTINÉS AUX POPULATIONS CLÉS PLUS EXPOSÉES À UN RISQUE D'INFECTION À VIH

Les programmes de prévention du VIH ont souvent des difficultés à atteindre les populations clés plus exposées à un risque d'infection à VIH. Toutefois, pour prévenir la propagation du virus parmi ces groupes ainsi que dans l'ensemble de la population, il importe de leur donner accès à ces services. Cet indicateur doit être calculé séparément pour chaque groupe de population considéré comme plus exposé à un risque d'infection à VIH, tels que les professionnel(le)s du sexe, les consommateurs de drogues injectables et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

Objet

Évaluer les progrès dans la mise en œuvre des programmes de prévention du VIH destinés aux populations clés plus exposées à un risque d'infection à VIH.

Définition

Pourcentage, parmi les populations clés plus exposées à un risque d'infection, de personnes que les programmes de prévention du VIH parviennent à atteindre.

Numérateur : Nombre de personnes interrogées appartenant à des populations clés plus exposées à un risque d'infection qui ont répondu « oui » aux deux questions suivantes (ou aux trois questions suivantes pour les consommateurs de drogues injectables) :

Savez-vous où aller pour le dépistage du VIH ?

Avez-vous obtenu des préservatifs au cours des 12 derniers mois ?

(pour les consommateurs de drogues injectables) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous obtenu des aiguilles ou des seringues stériles ?

Dénominateur : Nombre total de personnes interrogées appartenant à des populations clés plus exposées à un risque d'infection incluses dans l'enquête.

Tableau A2.21

Taux de réponse pour les programmes de prévention du VIH destinés aux populations clés plus exposées à un risque d'infection à VIH

		2004	2006	2008	2010
PROFES- SIONNEL(LE) S DU SEXE	Nombre de pays ayant répondu	N/A	27	63	74
	Taux de réponse	N/A	14%	33%	39%
HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES HOMMES	Nombre de pays ayant répondu	N/A	18	43	53
	Taux de réponse	N/A	9%	22%	28%
CONSUM- MATEURS DE DROGUES INJECTABLES	Nombre de pays ayant répondu	N/A	22	30	39
	Taux de réponse	N/A	12%	16%	20%

UTILISATION DU PRÉSERVATIF PAR LES PROFESSIONNEL(LE)S DU SEXE

Différents facteurs accroissent le risque d'exposition au VIH des professionnel(le)s du sexe, notamment le fait d'avoir des relations sexuelles avec différents partenaires occasionnels et de multiplier la fréquence de ces relations. Les professionnel(le)s du sexe peuvent toutefois agir efficacement pour réduire le risque de transmission du virus à leurs clients (et *vice versa*) en utilisant les préservatifs de manière régulière et appropriée.

Objet

Évaluer les progrès en matière de prévention de l'exposition des professionnel(le)s du sexe au VIH du fait de rapports sexuels non protégés avec leurs clients.

Définition

Pourcentage de professionnel(le)s du sexe indiquant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client.

Numérateur : Nombre de personnes interrogées qui ont indiqué avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client au cours des 12 derniers mois.

Dénominateur : Nombre de personnes interrogées qui ont indiqué avoir eu des rapports sexuels rémunérés au cours des 12 derniers mois.

Tableau A2.22

Taux de réponse pour l'utilisation du préservatif par les professionnel(le)s du sexe

		2004	2006	2008	2010
UTILISATION DU PRÉSERVATIF PAR LES PROFES- SIONNEL(LE) S DU SEXE	Nombre de pays ayant répondu	N/A	32	91	101
	Taux de réponse	N/A	17%	47%	53%

UTILISATION DU PRÉSERVATIF PAR LES HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES HOMMES

Les préservatifs peuvent réduire substantiellement le risque de transmission sexuelle du VIH. Il est en conséquence important que les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes les utilisent de manière régulière et appropriée en raison du risque élevé de transmission du virus lors de rapports sexuels anaux non protégés. En outre, les hommes qui ont des rapports sexuels anaux avec des hommes peuvent aussi avoir des femmes pour partenaires. De ce fait, l'utilisation d'un préservatif pendant les rapports sexuels entre hommes peut être un déterminant important de la transmission entre époux.

Objet

Évaluer les progrès dans la prévention de l'exposition au VIH des hommes ayant des rapports sexuels anaux non protégés avec un partenaire masculin.

Définition

Pourcentage d'hommes déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un partenaire masculin.

Numérateur : Nombre de personnes interrogées indiquant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel anal.

Dénominateur : Nombre de personnes interrogées indiquant avoir eu un rapport sexuel anal avec un partenaire masculin au cours des 6 derniers mois.

Tableau A2.23

Taux de réponse pour l'utilisation du préservatif par les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

		2004	2006	2008	2010
UTILISATION DU PRÉSERVATIF PAR LES HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES HOMMES	Nombre de pays ayant répondu	N/A	29	68	82
	Taux de réponse	N/A	15%	35%	43%

UTILISATION DU PRÉSERVATIF PAR LES CONSOMMATEURS DE DROGUES INJECTABLES

Les pratiques sexuelles à moindre risque parmi les consommateurs de drogues injectables sont essentielles, y compris dans les pays où d'autres modes de transmission du VIH prédominent. Le risque élevé de transmission du VIH par du matériel d'infection contaminé expose les partenaires sexuels des consommateurs de drogues injectables à un risque plus élevé d'infection à VIH. L'utilisation du préservatif par les consommateurs de drogues injectables est donc une composante importante de la prévention de la transmission sexuelle du VIH.

Objet

Évaluer les progrès dans le domaine de la prévention de la transmission sexuelle du VIH.

Définition

Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui ont déclaré avoir utilisé un préservatif durant leur dernier rapport sexuel.

Numérateur : Nombre de personnes interrogées déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel.

Dénominateur : Nombre de personnes interrogées déclarant avoir eu un rapport sexuel au cours du mois précédent.

Tableau A2.24

Taux de réponse pour l'utilisation du préservatif par les consommateurs de drogues injectables

		2004	2006	2008	2010
UTILISATION DU PRÉSERVATIF PAR LES CONSOMMATEURS DE DROGUES INJECTABLES	Nombre de pays ayant répondu	N/A	N/A	43	51
	Taux de réponse	N/A	N/A	22%	27%

PRATIQUES D'INJECTION SANS RISQUE PARMIS LES CONSOMMATEURS DE DROGUES INJECTABLES

Les pratiques d'injection sans risque parmi les consommateurs de drogues injectables sont essentielles, y compris dans les pays où d'autres modes de transmission du VIH prédominent, en raison du risque élevé de transmission du VIH par un matériel d'injection contaminé. Les programmes de réduction des risques visent à prévenir la transmission du virus parmi les consommateurs de drogues injectables grâce à différents services qui cherchent à réduire la consommation illégale de drogues, la fréquence d'injection et la réutilisation de matériel d'injection déjà utilisé. Bien que cet indicateur soit conçu pour évaluer les résultats sur les comportements des services visant à réduire l'utilisation d'un matériel d'injection contaminé, il convient de savoir que les changements de comportement observés ne sont pas nécessairement attribuables à ces services.

Objet

Évaluer les progrès dans le domaine de la prévention de la transmission du VIH liée à la consommation de drogues injectables.

Définition

Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé du matériel d'injection stérile la dernière fois qu'ils ont consommé des drogues injectables.

Numérateur : Nombre de personnes interrogées déclarant avoir utilisé un matériel d'injection stérile la dernière fois qu'elles ont consommé des drogues injectables.

Dénominateur : Nombre de personnes interrogées déclarant avoir consommé des drogues injectables au cours du mois dernier.

Tableau A2.25

Taux de réponse pour les pratiques d'injection sans risque

		2004	2006	2008	2010
PRATIQUES D'INJECTION SANS RISQUE	Nombre de pays ayant répondu	N/A	N/A	44	55
	Taux de réponse	N/A	N/A	23%	29%

**RAPPORTS DES PAYS
SUR LES DÉPENSES
INTÉRIEURES ET
INTERNATIONALES
POUR LA LUTTE
CONTRE LE SIDA,
PAR CATÉGORIES
ET SOURCES DE
FINANCEMENT**

PART PAR SOURCE DE FINANCEMENT

	Année	Total des dépenses publiques internes et internationales déclarées, en millions de dollars des États-Unis	Fonds publics		Fonds internationaux			
			Fonds publics domestiques (%)	Bilatéraux (%)	Fonds mondial (%)	ONU (%)	Tous les autres multilatéraux (%)	Toutes les autres sources internationales (%)
Caraïbes								
Antigua-et-Barbuda ¹	2008	0,329	78,9%	0,0%	21,1%	0,0%	0,0%	0,0%
Antigua-et-Barbuda ¹	2009	0,391	66,3%	0,0%	33,7%	0,0%	0,0%	0,0%
Bahamas	2008	4,442	89,7%	2,8%	0,0%	3,4%	0,0%	4,0%
Bahamas	2009	4,889	90,0%	0,0%	0,0%	3,8%	0,0%	6,2%
Barbade	2009	11,903	67,3%	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
Cuba	2007	44,509	80,3%	0,0%	19,7%	0,0%	0,0%	0,0%
Cuba	2008	46,616	79,7%	0,0%	20,3%	0,0%	0,0%	0,0%
Cuba	2009	76,893	81,5%	0,0%	18,0%	0,0%	0,0%	0,5%
Dominique ⁵	2008	0,178	17,3%	42,2%	31,7%	8,5%	0,0%	0,3%
Dominique ⁵	2009	0,178	17,3%	42,2%	31,7%	8,5%	0,0%	0,3%
République dominicaine ⁸	2008	23,416	34,8%	6,8%	53,9%	2,9%	0,2%	1,3%
Grenade	2008	0,484	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Grenade	2009	0,194	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Saint-Kitts-et-Nevis	2007	1,343	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Saint-Kitts-et-Nevis	2008	1,487	92,3%	0,0%	7,7%	0,0%	0,0%	0,0%
Saint-Kitts-et-Nevis	2009	1,210	89,4%	0,0%	10,6%	0,0%	0,0%	0,0%
Saint-Vincent-et-les-Grenadines	2008	1,625	11,4%	0,0%	3,3%	0,0%	85,3%	0,0%
Saint-Vincent-et-les-Grenadines	2009	2,629	8,4%	0,0%	5,3%	1,1%	85,1%	0,0%
Trinité-et-Tobago	2007	9,716	96,8%	0,0%	0,0%	0,0%	1,6%	1,6%
Trinité-et-Tobago	2008	15,033	90,6%	0,0%	0,2%	3,8%	0,0%	5,3%
Trinité-et-Tobago	2009	13,533	84,4%	0,0%	0,0%	5,2%	10,3%	0,1%
Amérique centrale et du Sud								
Argentine	2007	209,455	97,4%	0,0%	2,4%	0,3%	0,0%	0,0%
Argentine	2008	248,773	97,4%	0,0%	2,3%	0,2%	0,0%	0,0%
Belize	2009	2,024	32,2%	0,0%	10,2%	8,6%	42,9%	6,1%
Bolivie	2008	5,394	17,5%	8,2%	46,8%	14,8%	1,2%	11,5%
Bolivie	2009	7,418	12,6%	4,9%	58,6%	14,0%	0,0%	9,9%
Brésil ²	2007	575,139	99,5%	0,1%	0,0%	0,4%	0,0%	0,0%
Brésil ²	2008	623,134	99,0%	0,1%	0,0%	0,5%	0,0%	0,4%
Chili ⁴	2008	88,012	99,0%	0,1%	0,8%	0,1%	0,0%	0,0%
Colombie	2007	69,262	99,1%	0,0%	0,0%	0,9%	0,0%	0,0%
Colombie	2008	103,557	99,5%	0,0%	0,0%	0,5%	0,0%	0,0%
Colombie	2009	108,792	99,5%	0,0%	0,0%	0,5%	0,0%	0,0%
Costa Rica	2008	19,885	93,1%	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
Équateur	2008	25,972	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
Équateur	2009	31,900	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
El Salvador	2007	38,261	90,8%	1,3%	4,5%	0,3%	2,2%	0,9%
El Salvador	2008	39,227	79,7%	4,7%	7,1%	1,9%	0,0%	6,5%
Guatemala	2007	43,648	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
Guatemala	2008	51,350	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
Honduras	2007	18,420	43,2%	13,6%	28,4%	6,7%	0,2%	7,8%
Honduras	2008	24,320	38,3%	14,3%	36,1%	4,7%	0,0%	6,6%
Nicaragua	2007	12,665	45,4%	54,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Nicaragua	2008	14,909	42,3%	57,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Panama	2008	13,628	86,6%	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
Paraguay	2008	9,298	65,3%	14,9%	12,4%	5,8%	0,4%	1,2%

Indicateur UNGASS 1

TOTAL DES DÉPENSES ALLOUÉES AU VIH DANS CERTAINS SERVICES (EN MILLIONS DE DOLLARS DES ÉTATS-UNIS COURANTS)

Prévention					Soins et traitement			Orphelins et enfants vulnérables	Appui aux programmes			Autres dépenses liées au VIH	
Total pour la prévention	Communication pour un changement social et des comportements	Conseil et test volontaires	Programmes destinés aux professionnels(le)s du sexe et leurs clients, aux HSH et à la réduction des risques pour les CDI	Marketing social du préservatif masculin et du préservatif féminin, et fourniture au secteur public et au secteur commercial	Prévention de la transmission mère-enfant	Total pour les soins et le traitement	Traitement antirétroviral		Total pour la gestion des programmes et le renforcement de l'administration	Planification, coordination et gestion des programmes	Suivi et évaluation		
NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
0,708	0,007	0,241	NA/NR	0,035	0,182	3,492	0,693	NA/NR	0,033	NA/NR	NA/NR	NA/NR	0,208
0,399	NA/NR	0,245	NA/NR	NA/NR	0,102	3,093	0,292	NA/NR	1,114	NA/NR	NA/NR	NA/NR	0,281
NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
8,967	5,584	0,801	NA/NR	2,582	NA/NR	32,604	11,314	NA/NR	0,176	0,176	NA/NR	NA/NR	2,762
5,543	0,313	0,088	0,102	4,167	0,003	15,420	13,163	0,014	21,148	2,758	NA/NR	NA/NR	4,491
16,422	2,124	0,061	0,106	10,537	0,044	26,035	15,184	0,044	31,945	12,072	NA/NR	NA/NR	2,447
NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
5,450	0,481	0,497	0,283	0,561	0,721	7,220	2,657	0,024	9,036	4,650	0,329	NA/NR	1,686
NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
0,033	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	0,012	NA/NR	NA/NR	1,290	0,015	0,019	NA/NR	0,008
0,035	0,017	0,007	NA/NR	0,003	NA/NR	0,184	0,090	NA/NR	1,228	0,050	NA/NR	NA/NR	0,040
0,106	0,013	0,012	NA/NR	0,013	NA/NR	0,065	0,028	NA/NR	1,010	0,025	NA/NR	NA/NR	0,029
NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
4,535	2,329	0,033	0,350	0,001	0,194	3,481	2,535	NA/NR	1,310	0,111	NA/NR	NA/NR	0,390
6,864	3,335	0,132	0,211	NA/NR	0,340	5,016	3,350	NA/NR	2,870	0,455	0,004	NA/NR	0,283
5,739	3,290	0,005	0,051	NA/NR	0,471	6,538	4,221	0,048	0,774	0,618	NA/NR	NA/NR	0,434
28,705	3,065	NA/NR	0,017	2,867	5,826	156,449	46,787	0,269	10,302	8,418	0,044	NA/NR	13,730
35,216	4,665	NA/NR	0,010	2,813	5,795	186,732	50,532	0,353	5,823	3,667	0,016	NA/NR	20,649
0,541	0,246	0,011	NA/NR	0,031	0,035	0,402	0,198	0,043	0,800	0,618	0,080	NA/NR	0,238
2,178	0,193	NA/NR	0,004	0,096	0,369	1,384	0,164	0,010	0,566	0,158	0,174	NA/NR	1,256
2,775	0,727	NA/NR	0,072	NA/NR	0,126	2,303	0,404	0,008	0,753	0,187	0,170	NA/NR	1,580
82,027	15,222	8,896	0,022	37,915	3,694	438,853	362,674	0,036	19,692	6,561	2,274	NA/NR	34,531
41,759	16,241	7,967	0,100	0,092	3,799	522,611	427,759	NA/NR	23,447	6,063	2,324	NA/NR	35,316
20,321	0,550	1,952	2,349	0,348	1,332	57,672	53,450	0,005	0,784	0,681	0,033	NA/NR	9,230
9,193	0,821	1,731	0,122	0,388	1,043	56,118	24,853	0,077	1,664	0,272	0,164	NA/NR	2,210
20,788	1,066	3,583	0,107	0,232	2,713	77,010	33,783	0,075	3,594	1,675	0,185	NA/NR	2,092
21,464	2,426	2,577	0,127	0,644	1,996	83,036	37,316	0,073	2,037	0,565	0,214	NA/NR	2,182
6,480	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	11,987	NA/NR	NA/NR	0,576	NA/NR	NA/NR	NA/NR	0,842
13,596	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	9,093	NA/NR	0,043	1,534	NA/NR	NA/NR	NA/NR	1,706
16,195	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	12,250	NA/NR	0,052	1,643	NA/NR	NA/NR	NA/NR	1,759
11,209	0,962	1,355	0,286	1,037	0,534	21,090	7,103	0,347	3,409	1,230	0,390	NA/NR	2,206
8,338	0,845	0,682	0,441	0,071	0,435	25,957	8,163	0,130	3,588	2,025	0,061	NA/NR	1,214
10,447	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	28,613	NA/NR	0,035	3,998	NA/NR	NA/NR	NA/NR	0,555
14,000	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	30,927	NA/NR	0,039	5,835	NA/NR	NA/NR	NA/NR	0,548
9,844	1,060	2,483	0,358	0,493	0,968	4,727	1,482	0,582	2,388	0,852	0,195	NA/NR	0,878
14,420	1,408	0,881	0,764	0,591	1,286	5,749	3,139	0,609	1,883	0,490	0,448	NA/NR	1,660
3,703	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	2,234	NA/NR	NA/NR	1,519	NA/NR	NA/NR	NA/NR	5,209
4,669	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	2,261	NA/NR	0,029	2,428	NA/NR	NA/NR	NA/NR	5,522
0,922	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	11,302	NA/NR	0,093	0,658	NA/NR	NA/NR	NA/NR	0,652
1,164	0,164	0,427	NA/NR	0,078	0,053	6,990	1,902	0,024	0,623	0,417	0,097	NA/NR	0,497

A2

**RAPPORTS DES PAYS
SUR LES DÉPENSES
INTÉRIEURES ET
INTERNATIONALES
POUR LA LUTTE
CONTRE LE SIDA,
PAR CATÉGORIES
ET SOURCES DE
FINANCEMENT**

PART PAR SOURCE DE FINANCEMENT

Année	Total des dépenses publiques internes et internationales déclarées, en millions de dollars des États-Unis	Fonds publics		Fonds internationaux				
		Fonds publics domestiques (%)	Bilatéraux (%)	Fonds mondial (%)	ONU (%)	Tous les autres multilatéraux (%)	Toutes les autres sources internationales (%)	
Paraguay 2009	11,418	67,6%	10,4%	14,5%	5,1%	2,1%	0,3%	
Pérou 2007	34,892	37,6%	7,2%	13,1%	4,1%	0,0%	37,9%	
Pérou 2008	41,056	45,3%	1,1%	36,8%	2,7%	0,0%	14,1%	
Pérou 2009	43,639	54,8%	0,0%	36,4%	1,1%	0,0%	7,8%	
Uruguay 2007	7,534	90,9%	0,0%	0,0%	5,2%	3,8%	0,1%	
Venezuela 2007	79,818	99,9%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	
Venezuela 2008	71,723	99,8%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	
Venezuela 2009	78,801	99,9%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	
Asie de l'Est								
Chine 2008	323,834	72,9%	4,0%	13,6%	2,4%	0,0%	7,1%	
Chine 2009	353,535	76,0%	3,1%	13,0%	2,0%	0,0%	5,8%	
Japon 2009	73,197	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
Mongolie 2008	5,044	31,2%	1,8%	46,1%	14,2%	2,8%	3,9%	
Mongolie 2009	4,664	24,8%	4,8%	57,5%	4,2%	5,7%	2,9%	
Europe orientale et Asie centrale								
Arménie 2008	2,605	21,4%	0,5%	56,9%	9,2%	0,0%	12,0%	
Arménie 2009	2,301	27,5%	1,1%	51,6%	10,7%	0,0%	9,1%	
Azerbaïdjan 2008	5,002	63,7%	2,1%	25,4%	5,9%	0,0%	2,9%	
Azerbaïdjan 2009	6,062	68,4%	0,4%	19,1%	4,6%	0,0%	7,6%	
Bélarus 2008	18,616	72,7%	0,0%	19,3%	2,3%	2,1%	3,5%	
Bélarus 2009	16,660	68,1%	0,0%	24,8%	3,6%	0,0%	3,5%	
Géorgie 2008	8,043	15,8%	13,1%	58,1%	6,9%	0,0%	6,1%	
Géorgie 2009	8,387	26,6%	7,5%	59,4%	3,1%	0,0%	3,3%	
Kazakstan 2009	22,778	71,4%	4,7%	22,7%	1,2%	0,0%	0,0%	
Kirghizistan 2008	8,796	16,5%	5,5%	58,5%	3,0%	10,8%	5,7%	
Kirghizistan 2009	9,987	18,1%	20,0%	45,3%	6,4%	6,5%	3,6%	
République de Moldavie 2008	12,871	38,6%	0,4%	23,2%	10,1%	27,7%	0,0%	
République de Moldavie 2009	11,482	48,3%	0,9%	32,8%	11,1%	6,9%	0,0%	
Fédération de Russie ¹¹ 2008	777,021	90,2%	0,1%	8,4%	1,3%	0,0%	0,0%	
Tadjikistan 2008	6,178	16,5%	0,0%	59,2%	7,2%	6,8%	10,3%	
Tadjikistan 2009	7,479	15,4%	0,0%	61,6%	4,5%	8,6%	9,9%	
Ukraine 2007	77,575	60,3%	8,7%	23,6%	2,7%	3,6%	1,1%	
Ukraine 2008	100,004	59,5%	8,7%	26,8%	1,7%	1,7%	1,6%	
Ouzbékistan 2009	15,940	51,7%	0,0%	40,6%	3,0%	4,7%	0,0%	
Moyen-Orient et Afrique du Nord								
Algérie 2008	3,802	69,8%	0,4%	27,5%	2,4%	0,0%	0,0%	
Algérie 2009	2,721	93,7%	4,2%	0,0%	2,0%	0,0%	0,0%	
Djibouti 2007	3,691	0,0%	0,0%	7,1%	27,1%	65,8%	0,0%	
Djibouti 2008	3,221	0,0%	0,0%	57,3%	11,8%	30,9%	0,0%	
Djibouti 2009	2,007	0,0%	0,0%	30,5%	69,5%	0,0%	0,0%	
Égypte 2007	5,737	59,7%	16,3%	0,0%	10,7%	0,6%	12,7%	
Égypte 2008	7,538	50,3%	3,7%	17,8%	12,9%	1,2%	14,0%	
Iran (République islamique d') 2008	36,011	87,6%	0,0%	8,7%	3,7%	0,0%	0,0%	
Jordanie 2009	3,099	40,2%	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	
Koweït 2007	4,219	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
Koweït 2008	4,696	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
Koweït 2009	4,578	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
Liban 2007	4,400	72,7%	0,0%	0,0%	10,2%	0,0%	17,0%	

TOTAL DES DÉPENSES ALLOUÉES AU VIH DANS CERTAINS SERVICES (EN MILLIONS DE DOLLARS DES ÉTATS-UNIS COURANTS)

Prévention					Soins et traitement			Orphelins et enfants vulnérables	Appui aux programmes			Autres dépenses liées au VIH
Total pour la prévention	Communication pour un changement social et des comportements	Conseil et test volontaires	Programmes destinés aux professionnels(le)s du sexe et leurs clients, aux HSH et à la réduction des risques pour les CDI	Marketing social du préservatif masculin et du préservatif féminin, et fourniture au secteur public et au secteur commercial	Prévention de la transmission mère-enfant	Total pour les soins et le traitement	Traitement antirétroviral		Total pour la gestion des programmes et le renforcement de l'administration	Planification, coordination et gestion des programmes	Suivi et évaluation	
1,342	0,187	0,171	0,031	0,091	0,147	8,698	1,899	0,021	0,940	0,667	0,106	0,416
7,393	1,012	NA/NR	2,196	0,033	1,044	10,689	4,841	0,171	1,562	0,727	0,359	15,075
14,135	0,860	NA/NR	2,493	0,022	4,355	16,864	10,541	1,120	1,992	1,130	0,756	6,944
13,550	0,410	NA/NR	4,870	0,000	3,521	22,307	18,359	0,679	2,230	1,181	0,794	4,873
1,607	0,163	0,299	0,014	0,152	0,064	4,823	4,187	NA/NR	0,076	0,021	NA/NR	1,028
3,471	0,138	NA/NR	0,159	0,437	0,960	75,245	73,636	NA/NR	0,172	NA/NR	NA/NR	0,930
5,662	0,133	NA/NR	0,116	0,385	0,835	64,145	59,561	NA/NR	0,263	NA/NR	NA/NR	1,653
6,013	0,095	NA/NR	0,309	NA/NR	0,697	69,644	65,588	NA/NR	0,325	NA/NR	NA/NR	2,819
NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
2,756	0,149	0,145	0,015	0,099	NA/NR	0,600	0,004	0,005	1,371	0,564	0,046	0,311
2,589	0,085	0,101	0,006	0,022	NA/NR	0,104	0,005	0,005	1,649	0,407	0,024	0,315
1,100	0,104	0,197	0,253	0,023	0,089	0,705	0,142	NA/NR	0,425	0,257	0,080	0,375
0,894	0,051	0,153	0,172	0,024	0,082	0,690	0,156	NA/NR	0,305	0,163	0,071	0,413
3,512	0,152	0,003	0,422	0,089	0,393	0,621	0,065	0,000	0,241	0,084	0,005	0,629
3,940	0,101	0,002	0,248	0,050	0,468	0,917	0,114	NA/NR	0,343	0,081	0,024	0,861
12,365	0,323	0,890	0,995	0,000	0,213	2,578	1,060	0,094	2,010	0,291	0,142	1,569
10,057	0,101	0,833	1,341	0,000	0,461	2,856	1,028	0,100	2,370	0,269	0,201	1,278
3,218	0,260	0,424	1,380	0,259	0,090	2,408	1,352	NA/NR	0,591	0,081	0,011	1,826
2,995	0,132	0,500	1,534	0,024	0,098	2,794	0,954	NA/NR	1,278	0,060	0,018	1,320
15,923	0,373	0,662	2,996	NA/NR	0,291	2,463	0,689	NA/NR	4,042	0,595	0,423	0,351
5,547	0,257	0,188	2,921	0,020	0,035	0,351	0,086	0,067	1,883	0,022	0,061	0,949
6,422	0,261	1,863	2,265	0,020	0,157	0,781	0,031	0,065	1,683	0,005	0,154	1,037
8,966	0,070	0,452	0,402	0,048	0,088	2,060	0,673	0,138	1,259	0,221	0,106	0,448
6,565	0,049	0,443	0,667	NA/NR	0,058	2,634	1,299	0,078	1,081	0,096	0,117	1,125
181,902	7,859	10,100	8,083	2,002	9,398	447,312	228,410	64,972	45,272	5,244	0,763	37,563
2,930	0,094	0,104	0,485	NA/NR	0,168	0,407	0,055	NA/NR	2,397	0,791	0,137	0,444
2,878	0,112	0,181	0,794	NA/NR	0,208	0,722	0,068	NA/NR	3,065	0,738	0,185	0,814
28,679	0,592	7,377	8,779	0,955	1,964	37,445	7,669	0,504	5,406	1,131	0,706	5,541
22,808	0,936	3,806	9,687	1,481	1,867	48,799	21,632	2,562	21,256	2,978	2,176	4,578
3,153	0,031	0,141	0,014	NA/NR	0,228	4,250	0,134	1,029	4,556	0,227	0,154	2,951
0,432	0,361	0,003	0,034	0,013	NA/NR	2,788	2,430	NA/NR	0,107	0,069	0,003	0,475
0,736	0,071	0,002	0,006	0,004	NA/NR	1,819	1,681	NA/NR	0,078	0,060	NA/NR	0,087
NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
2,420	0,345	0,350	0,194	NA/NR	0,002	1,325	0,824	0,005	0,747	0,027	0,007	1,239
2,601	0,295	0,301	0,307	NA/NR	0,010	1,492	0,464	0,007	1,324	0,147	0,093	2,115
20,402	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	4,302	NA/NR	NA/NR	4,639	NA/NR	NA/NR	6,667
NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	1,508	1,508	NA/NR	2,711	0,273	NA/NR	0,000
NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	1,785	1,785	NA/NR	2,910	0,293	NA/NR	NA/NR
NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	1,860	1,860	NA/NR	2,718	0,276	NA/NR	NA/NR
NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR

**RAPPORTS DES PAYS
SUR LES DÉPENSES
INTÉRIEURES ET
INTERNATIONALES
POUR LA LUTTE
CONTRE LE SIDA,
PAR CATÉGORIES
ET SOURCES DE
FINANCEMENT**

PART PAR SOURCE DE FINANCEMENT

Année	Total des dépenses publiques internes et internationales déclarées, en millions de dollars des États-Unis	Fonds publics		Fonds internationaux				
		Fonds publics domestiques (%)	Bilatéraux (%)	Fonds mondial (%)	ONU (%)	Tous les autres multilatéraux (%)	Toutes les autres sources internationales (%)	
Liban	2008	7,300	43,8%	0,0%	0,0%	44,5%	0,0%	11,6%
Liban	2009	4,450	71,9%	0,0%	0,0%	5,6%	0,0%	22,5%
Maroc	2007	10,313	50,3%	5,8%	29,3%	7,8%	2,9%	3,9%
Maroc	2008	12,566	44,4%	3,7%	36,7%	7,9%	0,0%	7,3%
Oman	2009	0,812	76,5%	0,0%	0,0%	23,5%	0,0%	0,0%
Arabie saoudite	2009	19,389	99,7%	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%
Somalie ⁵	2008	5,995	0,2%	0,0%	83,5%	13,0%	2,9%	0,4%
Somalie ⁵	2009	5,982	0,0%	0,0%	83,7%	13,0%	2,9%	0,4%
Rép. arabe syrienne	2007	1,638	91,5%	0,0%	0,0%	7,3%	0,0%	1,2%
Rép. arabe syrienne	2008	1,986	88,1%	1,3%	0,0%	9,9%	0,0%	0,8%
Rép. arabe syrienne	2009	1,977	91,1%	1,1%	0,0%	6,4%	0,0%	1,3%
Émirats arabes unis	2009	17,584	99,8%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%
Yémen	2009	4,956	2,5%	0,0%	83,5%	14,0%	0,0%	0,0%
Amérique du Nord								
Mexique	2008	266,037	99,4%	0,1%	0,0%	0,2%	0,0%	0,3%
Mexique	2009	218,421	99,4%	0,1%	0,0%	0,4%	0,0%	0,2%
Océanie								
Fidji	2007	1,849	20,1%	49,6%	0,1%	25,9%	1,0%	3,3%
Fidji	2008	2,506	15,9%	44,1%	3,6%	24,6%	11,4%	0,4%
Fidji	2009	2,100	11,8%	35,7%	15,9%	27,6%	8,0%	1,0%
Îles Marshall	2008	0,578	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
Îles Marshall	2009	0,539	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
Micronésie (États fédérés de)	2008	0,355	0,0%	68,2%	8,1%	0,0%	12,5%	11,3%
Micronésie (États fédérés de)	2009	0,540	0,0%	45,9%	14,3%	0,0%	31,4%	8,3%
Nauru	2008	0,081	43,7%	0,0%	54,2%	2,1%	0,0%	0,0%
Nauru	2009	0,097	53,8%	0,0%	46,2%	0,0%	0,0%	0,0%
Palau	2007	0,057	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Palau	2008	0,057	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Palau	2009	0,067	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Samoa	2009	0,792	78,1%	0,0%	21,9%	0,0%	0,0%	0,0%
Îles Salomon	2008	0,598	16,4%	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
Îles Salomon	2009	0,575	18,8%	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
Tonga	2008	0,210	0,0%	0,0%	47,2%	16,0%	36,8%	0,0%
Tonga	2009	0,279	26,5%	1,0%	42,2%	5,5%	24,8%	0,0%
Tuvalu	2008	0,054	11,8%	0,0%	88,2%	0,0%	0,0%	0,0%
Tuvalu	2009	0,038	16,6%	0,0%	83,4%	0,0%	0,0%	0,0%
Vanuatu	2008	1,092	6,6%	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
Vanuatu	2009	1,115	6,5%	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
Asie du Sud et du Sud-Est								
Afghanistan	2008	3,241	4,0%	7,8%	0,0%	5,8%	82,3%	0,0%
Afghanistan	2009	5,159	2,6%	5,5%	21,1%	8,4%	62,4%	0,0%
Bangladesh	2008	37,265	0,0%	13,1%	38,6%	43,0%	5,4%	0,0%
Bangladesh	2009	26,938	0,0%	17,4%	38,4%	36,9%	7,4%	0,0%
Cambodge	2007	53,259	11,4%	45,8%	31,1%	10,5%	0,0%	1,2%
Cambodge	2008	51,847	10,1%	39,9%	36,8%	9,1%	4,1%	0,0%
Inde ⁶	2008	145,590	16,5%	19,1%	41,1%	0,7%	22,6%	0,0%
Inde ⁶	2009	140,002	16,5%	19,1%	41,1%	0,7%	22,6%	0,0%
Indonésie	2007	58,671	26,3%	57,2%	6,2%	9,2%	1,1%	0,0%

TOTAL DES DÉPENSES ALLOUÉES AU VIH DANS CERTAINS SERVICES (EN MILLIONS DE DOLLARS DES ÉTATS-UNIS COURANTS)

Prévention					Soins et traitement			Orphelins et enfants vulnérables	Appui aux programmes			Autres dépenses liées au VIH
Total pour la prévention	Communication pour un changement social et des comportements	Conseil et test volontaires	Programmes destinés aux professionnels(le)s du sexe et leurs clients, aux HSH et à la réduction des risques pour les CDI	Marketing social du préservatif masculin et du préservatif féminin, et fourniture au secteur public et au secteur commercial	Prévention de la transmission mère-enfant	Total pour les soins et le traitement	Traitement antirétroviral		Total pour la gestion des programmes et le renforcement de l'administration	Planification, coordination et gestion des programmes	Suivi et évaluation	
NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
3,911	0,812	0,502	0,491	0,171	0,012	4,457	1,666	NA/NR	1,680	1,006	0,374	0,264
4,685	0,797	0,475	0,962	0,325	0,106	4,848	1,429	NA/NR	1,612	1,210	0,300	1,421
0,217	0,044	NA/NR	NA/NR	NA/NR	0,039	0,297	0,134	0,045	0,162	NA/NR	NA/NR	0,091
5,968	NA/NR	5,146	NA/NR	NA/NR	NA/NR	10,094	9,209	NA/NR	3,264	NA/NR	NA/NR	0,063
1,088	0,264	0,023	NA/NR	0,004	NA/NR	1,040	0,048	0,016	2,400	0,697	0,263	1,451
1,088	0,264	0,023	NA/NR	0,004	NA/NR	1,040	0,048	0,016	2,400	0,697	0,263	1,438
NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	1,027	0,424	NA/NR	0,506	0,486	NA/NR	0,104
0,007	NA/NR	0,007	NA/NR	NA/NR	NA/NR	1,211	0,502	NA/NR	0,596	0,576	NA/NR	0,172
0,050	NA/NR	0,050	NA/NR	NA/NR	NA/NR	1,381	0,548	NA/NR	0,461	0,461	NA/NR	0,085
0,018	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	2,826	2,390	NA/NR	14,638	NA/NR	NA/NR	0,102
NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
50,606	6,496	3,569	1,765	0,440	13,897	200,711	156,923	0,014	8,617	4,178	0,121	6,089
48,242	3,252	3,751	1,680	0,507	15,805	163,405	122,275	0,012	5,537	3,738	0,124	1,226
0,800	0,382	0,051	0,019	0,002	0,044	0,091	NA/NR	NA/NR	0,486	0,348	0,083	0,472
0,917	0,141	0,027	0,015	0,022	0,056	0,095	NA/NR	NA/NR	0,713	0,569	0,025	0,782
0,635	0,264	0,002	0,017	0,050	0,001	0,079	NA/NR	NA/NR	0,704	0,582	0,041	0,681
0,302	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	0,000	NA/NR	NA/NR	0,275	NA/NR	NA/NR	0,000
0,158	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	0,084	NA/NR	NA/NR	0,289	NA/NR	NA/NR	0,008
0,184	0,015	0,009	NA/NR	0,000	NA/NR	0,040	NA/NR	NA/NR	0,033	0,016	0,012	0,098
0,170	0,004	0,012	NA/NR	0,005	NA/NR	0,041	NA/NR	NA/NR	0,110	0,043	0,010	0,219
0,040	0,007	0,002	NA/NR	0,002	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	0,041	0,032	NA/NR	0,000
0,030	0,006	0,001	NA/NR	0,001	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	0,058	0,038	0,005	0,009
NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	0,031	0,013	NA/NR	0,027
NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	0,014	0,014	NA/NR	0,038	0,034	NA/NR	0,005
NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	0,018	0,018	NA/NR	0,036	0,028	NA/NR	0,013
0,765	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	0,027	0,027	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
0,204	0,018	0,000	0,005	0,022	0,009	0,038	NA/NR	NA/NR	0,158	0,061	0,015	0,198
0,122	0,028	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	0,014	NA/NR	NA/NR	0,134	0,015	0,008	0,305
0,013	NA/NR	NA/NR	NA/NR	0,001	NA/NR	0,103	NA/NR	NA/NR	0,015	0,015	NA/NR	0,078
0,021	0,005	NA/NR	NA/NR	0,001	NA/NR	0,104	NA/NR	NA/NR	0,032	0,027	0,004	0,123
NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	0,054	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	0,000
NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	0,038	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
1,472	0,069	0,003	0,725	NA/NR	0,009	0,019	NA/NR	NA/NR	0,615	0,365	0,013	1,135
2,456	0,154	0,275	0,950	0,001	0,016	0,107	NA/NR	0,001	1,162	0,435	0,063	1,433
25,566	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	2,408	NA/NR	NA/NR	7,175	NA/NR	NA/NR	2,117
17,334	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	2,403	NA/NR	NA/NR	6,378	NA/NR	NA/NR	0,823
23,273	2,269	1,537	4,078	2,912	1,524	13,482	7,052	2,788	9,494	7,134	0,919	4,222
19,929	2,538	0,821	2,477	4,077	0,742	14,809	4,467	2,225	10,280	6,836	0,901	4,605
98,974	18,647	21,843	NA/NR	3,178	0,071	24,171	23,636	NA/NR	21,535	NA/NR	4,314	0,910
71,989	9,524	14,110	NA/NR	0,316	0,002	52,245	52,152	NA/NR	15,468	NA/NR	1,500	0,299
24,369	0,532	0,008	1,961	0,136	0,017	9,270	0,083	NA/NR	20,191	0,030	0,056	4,841

A2

**RAPPORTS DES PAYS
SUR LES DÉPENSES
INTÉRIEURES ET
INTERNATIONALES
POUR LA LUTTE
CONTRE LE SIDA,
PAR CATÉGORIES
ET SOURCES DE
FINANCEMENT**

PART PAR SOURCE DE FINANCEMENT

	Année	Total des dépenses publiques internes et internationales déclarées, en millions de dollars des États-Unis	Fonds publics		Fonds internationaux			
			Fonds publics domestiques (%)	Bilatéraux (%)	Fonds mondial (%)	ONU (%)	Tous les autres multilatéraux (%)	Toutes les autres sources internationales (%)
Indonésie	2008	49,563	40,0%	39,5%	11,7%	4,5%	3,0%	1,1%
Rép. démocratique populaire lao	2007	5,147	1,3%	19,4%	36,0%	20,3%	7,9%	15,0%
Rép. démocratique populaire lao	2008	5,017	2,0%	13,5%	39,6%	29,9%	6,9%	8,1%
Rép. démocratique populaire lao	2009	5,997	1,9%	19,4%	42,0%	22,2%	3,5%	11,0%
Malaisie	2008	24,289	98,8%	0,0%	0,0%	1,2%	0,0%	0,0%
Malaisie	2009	27,700	98,4%	0,0%	0,0%	1,1%	0,0%	0,5%
Myanmar	2007	32,763	3,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	96,4%
Myanmar	2008	32,802	4,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	95,3%
Népal	2007	17,662	3,5%	67,8%	14,9%	7,5%	0,0%	6,3%
Pakistan	2008	14,195	68,5%	2,8%	7,7%	18,5%	2,5%	0,0%
Pakistan	2009	19,999	78,4%	0,5%	5,5%	13,3%	1,8%	0,6%
Philippines	2007	4,827	33,5%	47,3%	0,6%	16,5%	1,7%	0,3%
Philippines	2008	6,577	25,5%	9,0%	44,0%	16,7%	4,0%	0,9%
Philippines	2009	10,466	16,2%	7,3%	63,9%	11,7%	0,7%	0,2%
Singapour	2007	11,350	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Singapour	2008	15,338	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Singapour	2009	16,088	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Sri Lanka	2008	1,568	29,5%	0,0%	17,3%	13,9%	39,2%	0,0%
Sri Lanka	2009	1,555	33,2%	0,0%	28,4%	18,6%	19,8%	0,0%
Thaïlande	2007	199,645	82,7%	0,5%	16,0%	0,8%	0,0%	0,0%
Thaïlande	2008	209,123	85,4%	1,2%	12,9%	0,5%	0,0%	0,0%
Thaïlande	2009	213,775	93,3%	0,9%	5,1%	0,6%	0,0%	0,0%
Timor-Leste	2008	1,827	0,0%	0,0%	87,9%	12,1%	0,0%	0,0%
Timor-Leste	2009	1,803	1,2%	0,0%	96,7%	0,0%	0,0%	2,1%
Viet Nam	2007	66,281	12,0%	67,5%	3,5%	4,6%	11,8%	0,6%
Viet Nam	2008	108,814	8,0%	74,0%	3,5%	4,2%	9,8%	0,5%
Viet Nam	2009	102,988	2,1%	87,1%	0,1%	1,8%	8,1%	0,8%
Afrique subsaharienne								
Angola	2008	31,766	75,8%	0,0%	21,2%	0,4%	2,5%	0,0%
Angola	2009	24,839	64,6%	0,0%	32,5%	1,7%	1,2%	0,0%
Bénin	2007	16,836	27,1%	28,0%	17,8%	17,9%	6,2%	3,0%
Bénin	2008	20,770	19,9%	21,7%	28,7%	18,2%	5,5%	6,0%
Bénin	2009	28,789	45,2%	9,4%	25,8%	11,7%	3,5%	4,3%
Botswana	2008	339,868	67,3%	21,3%	0,0%	0,4%	0,0%	10,9%
Burkina Faso	2007	36,336	25,0%	36,3%	15,2%	13,3%	5,1%	5,1%
Burkina Faso	2008	48,011	25,3%	21,3%	25,0%	14,4%	4,0%	10,1%
Burundi	2007	25,964	29,5%	21,3%	27,1%	12,5%	0,2%	9,3%
Burundi	2008	26,060	22,5%	25,2%	22,1%	12,4%	1,0%	16,9%
Cameroun	2007	36,559	18,7%	9,7%	54,1%	8,8%	0,0%	8,7%
Cameroun	2008	39,972	17,6%	18,7%	47,7%	10,5%	0,0%	5,4%
Cap-Vert	2008	2,570	1,2%	92,9%	0,0%	3,4%	2,1%	0,3%
Cap-Vert	2009	1,111	1,7%	85,9%	0,0%	3,5%	1,4%	7,6%
Rép. centrafricaine	2007	10,332	4,6%	18,8%	37,6%	36,2%	0,0%	2,7%
Rép. centrafricaine	2008	20,282	3,5%	13,3%	47,3%	33,7%	0,0%	2,2%
Tchad	2007	8,617	34,1%	37,5%	7,8%	14,5%	3,1%	3,0%
Tchad	2008	13,895	16,1%	41,2%	15,8%	17,6%	6,7%	2,6%

TOTAL DES DÉPENSES ALLOUÉES AU VIH DANS CERTAINS SERVICES (EN MILLIONS DE DOLLARS DES ÉTATS-UNIS COURANTS)

Prévention						Soins et traitement		Orphelins et enfants vulnérables	Appui aux programmes			Autres dépenses liées au VIH
Total pour la prévention	Communication pour un changement social et des comportements	Conseil et test volontaires	Programmes destinés aux professionnels(le)s du sexe et leurs clients, aux HSH et à la réduction des risques pour les CDI	Marketing social du préservatif masculin et du préservatif féminin, et fourniture au secteur public et au secteur commercial	Prévention de la transmission mère-enfant	Total pour les soins et le traitement	Traitement antirétroviral		Total pour la gestion des programmes et le renforcement de l'administration	Planification, coordination et gestion des programmes	Suivi et évaluation	
24,703	0,649	3,021	5,641	0,183	0,003	7,325	5,504	0,032	10,307	3,528	1,353	7,197
2,582	0,393	0,026	0,443	0,561	0,189	0,339	0,182	0,015	1,065	0,608	0,119	1,145
1,571	0,211	0,079	0,107	0,029	0,049	0,791	0,643	0,016	1,330	0,722	0,123	1,309
2,160	0,406	0,083	0,343	0,085	0,101	0,962	0,503	0,099	1,466	0,679	0,158	1,310
11,000	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	9,861	9,286	0,000	3,429	3,429	NA/NR	0,000
13,459	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	10,447	9,559	0,000	3,529	3,529	NA/NR	0,265
16,844	1,310	0,031	8,032	NA/NR	1,132	11,758	5,556	0,419	2,191	0,195	0,142	1,552
15,546	NA/NR	0,041	8,301	NA/NR	1,672	12,680	10,629	0,674	1,578	0,608	0,245	2,324
8,187	0,638	0,487	2,186	NA/NR	0,126	2,936	0,667	0,159	5,110	1,553	0,253	1,269
9,709	2,317	NA/NR	3,739	NA/NR	NA/NR	1,443	1,443	NA/NR	2,360	2,360	NA/NR	0,683
15,522	3,483	NA/NR	8,288	NA/NR	NA/NR	1,521	1,521	NA/NR	2,521	2,521	NA/NR	0,436
3,845	0,017	0,025	0,090	2,763	0,009	0,151	0,005	NA/NR	0,473	0,023	0,018	0,358
3,462	0,109	0,096	0,522	0,082	0,004	0,679	0,081	0,123	1,334	0,282	0,012	0,979
5,860	0,077	0,278	0,607	0,000	0,037	0,911	0,184	0,036	2,703	0,481	0,122	0,956
2,721	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	7,965	NA/NR	NA/NR	0,664	NA/NR	NA/NR	0,000
4,241	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	9,330	NA/NR	NA/NR	1,767	NA/NR	NA/NR	0,000
4,125	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	9,075	NA/NR	NA/NR	2,888	NA/NR	NA/NR	0,000
1,030	NA/NR	NA/NR	0,064	NA/NR	NA/NR	0,071	0,047	NA/NR	0,088	0,087	NA/NR	0,379
0,917	NA/NR	NA/NR	0,130	NA/NR	NA/NR	0,076	0,054	NA/NR	0,102	0,099	NA/NR	0,459
28,186	0,188	5,497	1,029	2,529	3,542	143,334	93,625	3,006	19,449	10,948	1,511	5,669
45,287	0,920	0,694	0,566	1,529	4,110	137,646	61,295	1,507	11,984	6,425	0,143	12,699
29,259	1,424	1,096	1,418	0,708	3,893	162,604	92,680	1,535	7,421	0,575	0,274	12,956
0,570	0,211	0,060	NA/NR	NA/NR	0,016	0,019	0,019	NA/NR	1,003	0,728	NA/NR	0,236
0,358	0,053	0,008	NA/NR	0,003	0,002	0,061	0,061	NA/NR	1,166	0,694	NA/NR	0,218
24,553	4,874	3,459	0,051	0,007	2,226	25,900	12,670	0,578	9,326	2,607	2,540	5,924
39,344	7,050	4,911	0,117	0,051	4,226	42,324	21,245	1,818	16,312	3,714	7,628	9,016
35,872	3,736	5,634	0,012	NA/NR	4,573	47,383	21,868	3,231	10,278	1,755	6,781	6,223
12,215	1,733	0,897	0,244	1,418	5,430	13,105	4,615	NA/NR	5,562	1,793	NA/NR	0,884
7,263	1,292	1,418	0,453	0,604	2,030	8,636	3,714	NA/NR	7,135	2,544	0,531	1,806
4,667	0,472	1,134	NA/NR	0,785	0,937	6,776	2,664	0,231	4,228	3,718	0,091	0,935
5,745	1,017	0,937	NA/NR	1,349	0,431	5,902	4,408	0,500	7,295	5,003	1,029	1,328
9,530	0,359	1,078	NA/NR	1,335	1,197	6,578	3,645	0,727	9,721	6,763	0,518	2,233
29,766	2,160	8,566	NA/NR	3,127	5,621	165,330	48,827	80,607	49,952	40,913	2,617	14,213
7,064	2,132	0,544	NA/NR	0,948	1,010	13,060	9,248	2,930	9,130	4,185	0,765	4,153
12,956	1,945	1,993	0,362	1,630	0,918	15,661	6,495	2,632	10,487	6,528	1,780	6,275
5,899	1,015	0,766	0,073	0,941	0,861	7,420	3,210	2,616	7,175	5,783	1,195	2,852
5,736	0,783	0,865	0,069	0,846	0,857	8,684	2,501	2,664	6,134	4,719	0,792	2,842
10,000	1,646	0,946	0,004	0,931	1,376	15,297	11,474	2,251	5,920	2,907	0,369	3,092
11,435	2,313	1,561	NA/NR	2,780	0,565	16,036	11,055	3,148	6,089	5,260	0,486	3,263
0,749	0,253	0,012	NA/NR	NA/NR	NA/NR	1,233	0,624	0,074	0,366	NA/NR	NA/NR	0,147
0,153	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	0,415	0,214	0,133	0,381	0,212	0,137	0,029
2,387	0,224	NA/NR	NA/NR	0,878	0,176	4,207	1,008	0,113	2,915	1,890	0,151	0,710
3,031	0,493	0,195	0,000	1,208	0,178	8,230	NA/NR	0,979	5,665	3,672	0,454	2,377
3,324	0,704	0,158	0,039	0,970	0,116	3,210	3,035	0,025	1,417	1,235	0,077	0,640
5,323	1,821	0,033	NA/NR	1,903	0,300	4,088	3,036	0,188	3,402	2,252	0,133	0,894

A2

**RAPPORTS DES PAYS
SUR LES DÉPENSES
INTÉRIEURES ET
INTERNATIONALES
POUR LA LUTTE
CONTRE LE SIDA,
PAR CATÉGORIES
ET SOURCES DE
FINANCEMENT**

PART PAR SOURCE DE FINANCEMENT

Année	Total des dépenses publiques internes et internationales déclarées, en millions de dollars des États-Unis	Fonds publics		Fonds internationaux				
		Fonds publics domestiques (%)	Bilatéraux (%)	Fonds mondial (%)	ONU (%)	Tous les autres multilatéraux (%)	Toutes les autres sources internationales (%)	
Congo	2007	9,442	10,2%	1,9%	51,3%	14,7%	21,8%	0,0%
Congo	2008	11,629	11,0%	5,8%	34,9%	2,8%	45,5%	0,0%
Congo	2009	17,395	52,5%	4,1%	25,0%	2,1%	16,4%	0,0%
Cote d'Ivoire	2007	67,012	9,1%	72,6%	13,4%	4,5%	0,0%	0,4%
Cote d'Ivoire	2008	62,011	8,4%	76,8%	11,4%	2,4%	0,0%	0,9%
République démocratique du Congo	2008	85,964	3,6%	13,9%	40,0%	18,5%	16,8%	7,3%
Guinée équatoriale	2007	1,310	74,0%	6,7%	0,0%	19,3%	0,0%	0,0%
Guinée équatoriale	2008	2,827	33,5%	7,1%	41,9%	17,4%	0,0%	0,0%
Guinée équatoriale	2009	2,797	32,8%	4,2%	55,3%	7,6%	0,0%	0,0%
Érythrée	2008	14,457	5,9%	2,7%	46,7%	18,7%	26,0%	0,0%
Érythrée	2009	13,661	8,9%	4,7%	30,1%	23,8%	32,5%	0,0%
Gabon	2007	10,471	58,2%	2,6%	24,0%	10,9%	4,4%	0,0%
Gabon	2008	11,852	87,4%	4,6%	3,5%	4,4%	0,0%	0,0%
Gabon	2009	12,263	77,1%	2,1%	15,3%	5,5%	0,0%	0,0%
Gambie	2007	4,893	4,5%	0,8%	51,4%	17,3%	4,3%	21,6%
Gambie	2008	4,985	3,6%	1,9%	63,2%	14,6%	0,1%	16,7%
Ghana	2007	52,308	21,5%	12,9%	46,2%	1,0%	16,1%	2,3%
Ghana	2008	37,928	14,1%	11,9%	29,2%	7,2%	18,7%	19,0%
Guinée	2007	7,402	0,6%	35,5%	7,1%	21,9%	18,1%	16,9%
Guinée	2008	13,184	2,0%	19,9%	14,0%	15,8%	33,1%	15,3%
Guinée	2009	10,231	6,5%	25,7%	21,7%	23,6%	0,0%	22,5%
Guinée Bissau	2008	3,648	7,3%	24,1%	11,0%	42,8%	3,3%	11,5%
Guinée Bissau	2009	5,256	4,5%	28,1%	45,9%	19,0%	0,1%	2,3%
Kenya	2007	418,582	13,7%	68,3%	6,3%	1,5%	0,0%	10,2%
Kenya	2008	659,866	11,2%	79,3%	1,5%	2,4%	0,1%	5,6%
Kenya	2009	687,258	14,2%	75,2%	2,8%	2,2%	0,0%	5,5%
Lesotho	2007	53,737	37,2%	16,0%	16,1%	16,3%	3,9%	10,5%
Lesotho	2008	81,315	56,9%	18,5%	8,9%	5,0%	0,1%	10,6%
Madagascar	2008	11,954	45,3%	36,2%	0,5%	18,1%	0,0%	0,0%
Malawi	2008	106,722	1,8%	19,9%	65,1%	3,2%	1,6%	8,4%
Malawi	2009	103,907	1,4%	26,4%	54,7%	2,5%	6,0%	8,9%
Mali	2007	40,800	12,5%	19,2%	30,6%	31,3%	6,1%	0,3%
Mali	2008	40,390	10,9%	16,3%	25,9%	37,6%	8,8%	0,5%
Mozambique	2007	104,542	5,7%	68,0%	5,0%	8,5%	1,0%	11,8%
Mozambique	2008	144,946	3,5%	70,0%	2,8%	8,0%	5,9%	9,8%
Niger	2007	14,522	4,4%	10,0%	24,2%	37,5%	23,2%	0,7%
Niger	2008	12,457	4,5%	12,6%	25,5%	40,1%	5,6%	11,8%
Nigéria	2007	299,242	14,7%	65,9%	6,6%	3,1%	9,8%	0,0%
Nigéria	2008	394,664	7,6%	80,8%	6,9%	1,5%	3,1%	0,0%
Rwanda	2007	74,565	8,2%	62,7%	15,1%	4,3%	3,8%	5,9%
Rwanda	2008	110,812	5,5%	58,1%	24,3%	2,5%	2,9%	6,7%
Sao Tomé-et-Principe	2007	0,098	47,5%	0,0%	0,0%	0,0%	23,0%	29,5%
Sao Tomé-et-Principe	2008	0,093	45,8%	0,0%	0,0%	0,0%	19,5%	34,7%
Sao Tomé-et-Principe	2009	1,065	3,6%	0,0%	60,5%	31,9%	0,4%	3,5%
Sénégal	2008	25,570	25,0%	40,7%	30,4%	3,9%	0,0%	0,0%
Seychelles	2007	0,479	96,1%	0,0%	0,0%	3,9%	0,0%	0,0%
Seychelles	2008	0,573	83,9%	0,0%	0,0%	12,1%	2,0%	1,9%
Seychelles	2009	0,575	80,4%	4,3%	0,0%	15,3%	0,0%	0,0%
Sierra Leone	2007	9,173	2,2%	15,0%	24,6%	20,1%	34,7%	3,3%

TOTAL DES DÉPENSES ALLOUÉES AU VIH DANS CERTAINS SERVICES (EN MILLIONS DE DOLLARS DES ÉTATS-UNIS COURANTS)

Prévention						Soins et traitement		Orphelins et enfants vulnérables	Appui aux programmes			Autres dépenses liées au VIH
Total pour la prévention	Communication pour un changement social et des comportements	Conseil et test volontaires	Programmes destinés aux professionnels de sexe et leurs clients, aux HSH et à la réduction des risques pour les CDI	Marketing social du préservatif masculin et du préservatif féminin, et fourniture au secteur public et au secteur commercial	Prévention de la transmission mère-enfant	Total pour les soins et le traitement	Traitement antirétroviral		Total pour la gestion des programmes et le renforcement de l'administration	Planification, coordination et gestion des programmes	Suivi et évaluation	
3,787	0,091	0,455	0,009	1,015	0,287	1,145	0,422	0,956	2,586	1,764	0,083	0,968
4,118	0,008	0,243	0,080	0,961	0,217	0,332	NA/NR	2,044	3,694	2,119	0,280	1,440
2,826	0,078	0,441	0,032	0,374	0,412	8,557	6,038	0,874	3,953	1,422	0,371	1,184
18,448	0,925	1,118	1,698	5,043	1,005	28,610	NA/NR	1,962	15,310	8,249	1,007	2,681
19,417	1,726	1,477	2,011	4,966	0,239	17,631	NA/NR	1,631	18,411	9,406	0,675	4,922
18,115	0,801	1,730	0,291	2,978	1,727	25,521	NA/NR	4,703	28,544	21,112	1,600	9,082
0,013	0,006	NA/NR	NA/NR	NA/NR	0,003	0,007	NA/NR	NA/NR	1,169	0,197	0,003	0,120
0,329	0,117	0,001	NA/NR	0,017	0,084	0,228	0,178	0,046	2,029	0,683	0,078	0,195
0,258	0,060	NA/NR	NA/NR	0,022	0,078	0,231	0,213	NA/NR	2,190	1,165	NA/NR	0,117
3,574	0,340	0,459	NA/NR	0,200	0,061	3,943	0,408	1,384	3,200	0,257	0,588	2,356
3,641	0,680	NA/NR	NA/NR	0,273	0,118	4,130	NA/NR	1,155	2,464	NA/NR	0,136	2,270
3,728	0,055	0,198	0,042	0,235	0,006	3,333	2,214	0,344	2,494	0,784	0,301	0,573
4,542	NA/NR	NA/NR	0,032	0,065	NA/NR	2,524	1,819	0,117	4,358	0,290	0,165	0,310
4,488	0,045	NA/NR	0,022	0,080	0,010	3,898	3,196	0,110	3,478	0,173	0,065	0,289
0,700	0,209	0,085	NA/NR	NA/NR	0,106	0,651	0,163	0,265	2,046	0,227	0,434	1,231
0,563	0,067	0,124	NA/NR	NA/NR	0,183	1,019	0,225	0,227	2,048	0,170	0,374	1,129
6,336	1,742	0,339	0,577	1,190	NA/NR	21,026	6,119	0,153	18,466	2,292	0,482	6,327
8,307	2,596	2,303	0,080	0,043	0,514	9,554	NA/NR	0,422	11,562	2,823	1,091	8,083
3,675	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	1,820	NA/NR	0,020	1,322	NA/NR	NA/NR	0,565
4,087	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	2,875	NA/NR	0,001	4,965	NA/NR	NA/NR	1,256
2,650	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	5,626	NA/NR	0,192	1,063	NA/NR	NA/NR	0,700
1,238	0,577	0,274	0,000	0,041	0,196	1,009	0,801	0,052	0,944	0,712	0,004	0,406
1,001	0,389	0,042	0,176	0,017	0,224	1,495	1,140	0,109	1,949	1,753	0,019	0,701
87,310	13,472	30,670	0,581	4,075	15,043	257,239	147,934	31,067	36,432	23,880	0,000	6,533
158,619	45,742	32,005	0,500	4,758	29,333	379,551	226,436	50,887	67,159	39,811	0,061	3,650
181,152	39,484	41,119	0,500	6,246	29,847	376,273	207,071	55,427	68,239	39,060	0,061	6,167
4,802	0,246	1,848	NA/NR	0,473	1,377	25,393	17,211	4,699	7,918	5,007	0,612	10,924
9,869	0,409	1,694	NA/NR	0,531	4,125	41,210	9,995	10,839	14,968	3,979	0,868	4,429
5,003	1,179	0,151	0,247	1,328	0,008	0,112	NA/NR	NA/NR	4,959	3,421	0,478	1,881
20,598	2,398	7,043	0,243	NA/NR	4,132	33,459	6,379	7,623	24,246	6,450	3,627	20,796
17,704	0,868	3,058	0,335	NA/NR	3,602	39,925	0,781	4,448	23,127	8,409	2,940	18,702
10,857	2,324	1,334	0,216	1,498	0,597	9,413	6,352	1,341	12,292	8,676	0,438	6,897
11,987	0,895	3,169	0,525	1,001	0,665	7,787	4,805	1,544	12,397	8,003	0,728	6,675
25,779	4,774	2,440	0,000	0,029	5,166	28,690	14,308	8,983	32,587	25,987	2,160	8,503
38,543	4,581	4,481	0,462	0,003	8,681	41,850	21,237	13,022	35,818	28,114	2,501	15,714
5,168	0,091	1,335	0,207	0,850	0,062	3,700	2,752	0,586	3,910	3,671	0,124	1,158
2,822	0,035	0,358	0,008	0,749	0,025	2,615	1,288	0,639	4,837	4,485	0,325	1,545
37,654	4,606	3,741	0,228	2,336	7,501	135,088	67,342	5,715	102,825	33,919	11,476	17,959
57,949	8,043	7,852	0,527	2,025	12,599	185,912	79,196	9,972	117,521	38,549	13,137	23,310
17,115	2,176	2,069	NA/NR	0,628	2,710	27,794	1,671	9,359	10,791	5,809	1,879	9,506
29,308	1,895	1,981	NA/NR	1,425	3,131	44,670	14,411	12,850	13,273	6,588	3,415	10,711
0,052	0,009	0,010	0,001	0,014	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	0,028	0,028	NA/NR	0,019
0,044	0,004	0,014	0,003	0,015	0,001	NA/NR	NA/NR	NA/NR	0,026	0,026	NA/NR	0,023
0,453	0,123	0,112	0,004	0,052	0,005	0,069	0,015	0,035	0,119	0,045	NA/NR	0,389
7,148	1,028	1,766	0,645	1,773	1,100	4,373	3,699	1,478	10,460	6,733	1,304	2,112
0,029	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	0,014	0,327	0,171	NA/NR	0,119	0,119	NA/NR	0,005
0,098	0,027	NA/NR	0,012	NA/NR	0,008	0,271	0,141	0,123	0,020	0,020	NA/NR	0,062
0,133	0,025	NA/NR	NA/NR	NA/NR	0,008	0,212	0,102	0,091	0,073	0,018	NA/NR	0,066
5,611	1,554	0,113	0,215	0,312	0,224	1,043	0,663	0,193	1,545	1,075	0,196	0,779

A2

RAPPORTS DES PAYS SUR LES DÉPENSES INTÉRIEURES ET INTERNATIONALES POUR LA LUTTE CONTRE LE SIDA, PAR CATÉGORIES ET SOURCES DE FINANCEMENT

PART PAR SOURCE DE FINANCEMENT

	Année	Total des dépenses publiques internes et internationales déclarées, en millions de dollars des États-Unis	Fonds publics		Fonds internationaux			
			Fonds publics domestiques (%)	Bilatéraux (%)	Fonds mondial (%)	ONU (%)	Tous les autres multilatéraux (%)	Toutes les autres sources internationales (%)
Afrique du Sud	2008	1,694,000	77,0%	21,3%	0,7%	0,2%	0,4%	0,4%
Afrique du Sud	2009	2,088,000	72,7%	26,3%	0,2%	0,3%	0,2%	0,3%
Swaziland	2007	49,447	39,6%	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
Togo	2007	10,203	9,5%	4,1%	56,5%	10,8%	1,3%	17,7%
Togo	2008	15,368	7,0%	15,3%	47,4%	6,5%	23,7%	0,1%
Ouganda	2007	270,011	2,5%	92,7%	0,0%	4,9%	0,0%	0,0%
Ouganda	2008	296,650	13,0%	83,0%	0,8%	3,2%	0,0%	0,0%
Zimbabwe	2008	27,344	1,3%	34,7%	0,0%	2,4%	0,0%	61,7%
Zimbabwe	2009	39,548	19,5%	21,4%	17,1%	1,1%	0,0%	40,9%
Europe occidentale et centrale								
Belgique	2008	111,777	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Bosnie-Herzégovine	2008	2,760	10,9%	0,0%	70,8%	12,5%	5,9%	0,0%
Bosnie-Herzégovine	2009	3,584	8,4%	0,0%	76,4%	10,8%	4,4%	0,0%
Bulgarie ³	2007	6,666	50,8%	0,0%	43,4%	5,9%	0,0%	0,0%
Bulgarie ³	2008	9,212	66,0%	0,6%	30,6%	2,8%	0,0%	0,0%
Bulgarie ³	2009	10,702	52,7%	0,2%	44,4%	2,7%	0,0%	0,0%
Croatie	2007	8,908	99,1%	0,0%	0,0%	0,9%	0,0%	0,0%
Croatie	2008	9,957	98,3%	0,0%	0,0%	1,7%	0,0%	0,0%
Croatie	2009	10,367	98,2%	0,0%	0,0%	1,8%	0,0%	0,0%
République tchèque	2007	56,998	97,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,4%
République tchèque	2008	64,279	98,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,0%
République tchèque	2009	69,311	96,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,4%
Estonie	2008	18,373	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Grèce	2008	96,058	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Hongrie ⁵	2007	2,275	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Hongrie	2008	3,673	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Hongrie	2009	3,496	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Lettonie	2009	2,264	94,4%	0,0%	0,0%	5,6%	0,0%	0,0%
Luxembourg	2009	7,356	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
Monténégro ⁷	2007	1,471	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Monténégro ⁷	2008	0,597	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Monténégro ⁷	2009	0,830	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Pologne	2007	41,202	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Pologne	2008	62,586	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Pologne	2009	55,520	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Roumanie	2008	87,241	92,7%	0,0%	6,0%	0,9%	0,0%	0,5%
Roumanie	2009	84,256	95,1%	0,0%	3,9%	0,5%	0,0%	0,4%
Espagne	2007	551,413	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Espagne	2008	916,739	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Espagne	2009	1,031,381	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Suède	2007	21,598	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
Suède	2008	22,155	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
Suède	2009	19,085	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
Suisse ⁹	2008	14,898	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Suisse ⁹	2009	14,843	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
L'Ex-Rép. yougoslave de Macédoine	2008	3,659	56,5%	0,7%	31,4%	10,8%	0,0%	0,7%
Royaume-Uni de Grande-Bretagne	2007	1,204,082	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Royaume-Uni de Grande-Bretagne	2008	925,714	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

¹ Antigua et Barbuda, 2008 et 2009 : les dépenses pour l'hospitalisation des patients atteints du VIH, les antirétroviraux, les visites aux services de consultation externe pour les soins et les traitements ne sont pas indiquées.

² Les dépenses infranationales du Brésil au niveau de l'État, du district fédéral et municipal ne sont pas indiquées, sauf pour l'achat de médicaments pour traiter les infections opportunistes.

³ Les dépenses pour le traitement des infections opportunistes en Bulgarie ne sont pas indiquées.

⁴ Les dépenses liées au VIH destinées aux forces armées du Chili n'ont pas été indiquées.

⁵ Le pays a déclaré des chiffres biennaux pour les dépenses liées au VIH. Les dépenses ont donc été divisées par deux et réparties à égalité entre les deux années.

⁶ Inde : les valeurs indiquées ne concernent que les dépenses du NACO (secteur public) sur fonds budgétaires. Les dépenses extrabudgétaires sur fonds de donateurs et autres ne sont pas indiquées dans le tableau fourni et sont en cours de compilation et d'analyse dans une autre étude.

⁷ Les dépenses du Monténégro n'incluent que les activités budgétisées de la proposition de projet du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.

⁸ République dominicaine : les dépenses liées à la sécurité transfusionnelle n'ont pas été indiquées.

⁹ Suisse : seuls les financements du gouvernement central ont été indiqués.

¹⁰ Timor-Leste : le rapport initialement remis pour 2008 couvrait une période d'un an et demi (août 2007 - décembre 2008). Le chiffre indiqué pour 2008 a été déduit en corrigeant tous les chiffres de 2/3.

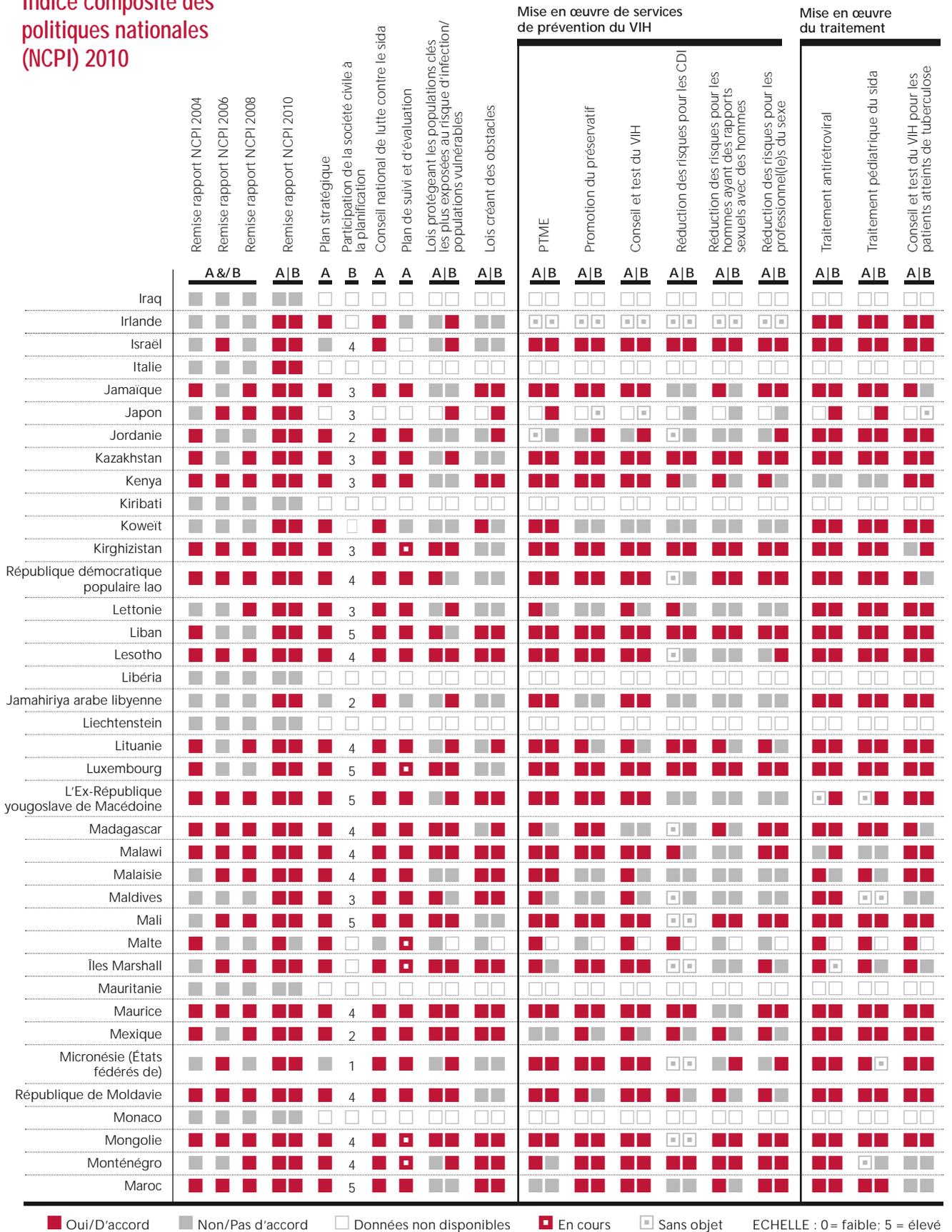
¹¹ Les dépenses liées à la sécurité transfusionnelle indiquées par la Russie incluent des dépenses telles que la modernisation d'équipements - dont certains étaient sans rapport avec la lutte contre le VIH.

TOTAL DES DÉPENSES ALLOUÉES AU VIH DANS CERTAINS SERVICES (EN MILLIONS DE DOLLARS DES ÉTATS-UNIS COURANTS)

Prévention					Soins et traitement			Orphelins et enfants vulnérables	Appui aux programmes			Autres dépenses liées au VIH
Total pour la prévention	Communication pour un changement social et des comportements	Conseil et test volontaires	Programmes destinés aux professionnels(le)s du sexe et leurs clients, aux HSH et à la réduction des risques pour les CDI	Marketing social du préservatif masculin et du préservatif féminin, et fourniture au secteur public et au secteur commercial	Prévention de la transmission mère-enfant	Total pour les soins et le traitement	Traitement antirétroviral		Total pour la gestion des programmes et le renforcement de l'administration	Planification, coordination et gestion des programmes	Suivi et évaluation	
NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
8,567	3,167	2,243	NA/NR	0,713	0,344	9,384	6,244	15,027	6,933	3,136	0,879	9,535
4,245	0,483	0,114	0,146	0,671	0,216	2,074	1,480	0,189	2,727	2,131	0,197	0,969
5,887	2,005	0,614	0,139	0,378	0,246	2,496	1,011	0,805	5,130	3,289	0,566	1,049
70,370	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	114,934	NA/NR	25,749	55,450	NA/NR	NA/NR	3,508
64,185	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	147,367	NA/NR	15,246	65,502	NA/NR	NA/NR	4,349
NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
6,576	0,206	NA/NR	2,426	NA/NR	NA/NR	102,713	79,482	NA/NR	2,488	NA/NR	0,358	0,000
NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
2,880	0,418	0,553	0,598	NA/NR	NA/NR	2,935	2,027	NA/NR	0,349	0,122	0,139	0,501
4,711	0,214	1,265	0,832	NA/NR	NA/NR	3,502	2,831	NA/NR	0,321	0,108	0,136	0,677
5,710	0,198	1,645	1,084	0,122	NA/NR	3,421	2,713	0,200	0,881	0,514	0,350	0,489
2,219	NA/NR	0,284	0,580	NA/NR	NA/NR	6,531	NA/NR	NA/NR	0,159	0,111	NA/NR	0,000
2,128	NA/NR	0,272	0,615	NA/NR	NA/NR	7,677	NA/NR	NA/NR	0,153	0,107	NA/NR	0,000
2,287	NA/NR	0,307	0,869	NA/NR	NA/NR	7,562	NA/NR	NA/NR	0,152	NA/NR	0,100	0,366
32,921	0,103	0,456	8,289	0,003	2,446	15,687	10,779	NA/NR	0,147	0,030	0,010	8,243
34,591	0,088	0,415	8,565	NA/NR	2,442	19,867	12,204	NA/NR	0,617	0,031	0,009	9,204
36,831	0,022	0,326	8,309	0,003	2,629	21,537	13,746	0,026	0,477	0,024	0,016	10,440
5,989	NA/NR	0,523	2,671	NA/NR	0,024	12,010	NA/NR	NA/NR	0,375	NA/NR	0,212	0,000
13,969	NA/NR	0,897	NA/NR	NA/NR	NA/NR	81,231	79,063	NA/NR	0,781	NA/NR	NA/NR	0,077
1,733	0,029	0,052	0,124	0,003	NA/NR	0,449	0,051	NA/NR	0,075	NA/NR	NA/NR	0,017
2,546	0,295	0,055	0,016	0,027	0,109	0,448	0,045	NA/NR	0,531	NA/NR	NA/NR	0,148
2,492	0,293	0,052	0,068	0,026	NA/NR	0,423	0,042	NA/NR	0,493	NA/NR	NA/NR	0,089
0,736	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	1,494	NA/NR	NA/NR	0,034	NA/NR	0,012	0,000
1,661	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	4,942	4,517	NA/NR	0,023	0,003	0,021	0,730
0,812	NA/NR	0,065	0,322	NA/NR	NA/NR	0,185	NA/NR	NA/NR	0,277	0,277	NA/NR	0,197
0,313	NA/NR	0,025	0,126	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	0,168	0,168	NA/NR	0,116
0,480	NA/NR	0,027	0,197	NA/NR	NA/NR	0,048	NA/NR	NA/NR	0,154	0,154	NA/NR	0,147
4,237	0,261	0,149	2,774	NA/NR	0,682	36,614	35,292	0,013	0,018	NA/NR	0,017	0,319
5,420	0,430	0,784	0,148	NA/NR	0,881	56,035	56,035	NA/NR	0,023	0,013	0,003	1,107
2,661	0,211	0,409	0,145	NA/NR	0,960	51,726	51,726	NA/NR	0,025	0,013	0,003	1,108
4,726	NA/NR	0,003	0,411	0,037	NA/NR	54,667	54,040	0,003	0,748	0,030	0,054	27,097
3,372	0,066	0,066	0,459	0,070	NA/NR	54,767	54,067	0,001	0,388	0,017	NA/NR	25,727
36,532	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	500,918	500,918	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	13,963
40,374	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	859,361	859,361	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	17,004
21,649	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	997,670	997,670	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	12,063
NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
4,611	2,456	NA/NR	0,996	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	1,019	0,649	0,371	9,268
4,594	2,447	NA/NR	0,993	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	1,016	0,646	0,369	9,234
2,833	0,207	0,301	1,858	0,005	NA/NR	0,172	0,154	NA/NR	0,478	0,282	0,070	0,176
46,939	NA/NR	NA/NR	4,082	NA/NR	NA/NR	1,106,122	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	51,020
35,714	NA/NR	NA/NR	2,857	NA/NR	NA/NR	857,143	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	32,857

A2

Indice composite des politiques nationales (NCPI) 2010



■ Oui/D'accord ■ Non/Pas d'accord □ Données non disponibles ■ En cours □ Sans objet ECHELLE : 0 = faible; 5 = élevé

Indice composite des politiques nationales (NCPI) 2010

	Remise rapport NCPI								Mise en œuvre de services de prévention du VIH						Mise en œuvre du traitement											
	2004		2006		2008		2010		PTME		Promotion du préservatif		Conseil et test du VIH		Réduction des risques pour les CDI		Réduction des risques pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes		Réduction des risques pour les professionnel(le)s du sexe		Traitement antirétroviral		Traitement pédiatrique du sida		Conseil et test du VIH pour les patients atteints de tuberculose	
	A & B	A/B	A	B	A	B	A	B	A/B	A/B	A/B	A/B	A/B	A/B	A/B	A/B	A/B	A/B	A/B	A/B	A/B	A/B	A/B	A/B	A/B	A/B
Mozambique	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Myanmar	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Namibie	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Nauru	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Népal	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Pays-Bas	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Nouvelle-Zélande	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Nicaragua	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Niger	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Nigéria	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Paraguay	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Pérou	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Philippines	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Pologne	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Portugal	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Qatar	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
République de Corée	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Roumanie	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Fédération de Russie	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Rwanda	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Saint-Kitts-et-Nevis	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Sainte-Lucie	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Saint-Vincent-et-les-Grenadines	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Samoa	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Saint-Marin	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Sao Tomé-et-Principe	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Arabie saoudite	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Sénégal	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Serbie	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Seychelles	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Sierra Leone	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Singapour	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Slovaquie	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Slovénie	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Iles Salomon	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Somalie	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Afrique du Sud	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Espagne	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Sri Lanka	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Soudan	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

■ Oui/D'accord ■ Non/Pas d'accord □ Données non disponibles ■ En cours □ Sans objet ECHELLE : 0 = faible; 5 = élevé

A2

**POURCENTAGE DE DONS
DE SANG SOUMIS À UN
DÉPISTAGE DE QUALITÉ
DU VIH**

	2007 ¹	2009
	Valeur de l'indicateur	Valeur de l'indicateur
Afghanistan	39	52
Albanie		100
Algérie	100	100
Angola		26
Antigua-et-Barbuda	33	100
Argentine	100	100
Arménie	100	100
Australie	100	100
Autriche	100 ²	100
Azerbaïdjan		100
Bahamas	100	100
Bahrein	100 ²	100
Bangladesh		100
Barbade	100	100
Bélarus	100	100
Belgique	100	100
Belize	100	100
Bénin	99	99
Bhoutan	50 ²	
Bolivie	88	69
Bosnie-Herzégovine	0	0
Botswana	100	100
Bésil		100
Brunei Darussalam		100 ³
Bulgarie	100	100
Burkina Faso	66	75
Burundi	100	100
Côte d'Ivoire	100	100
Cambodge	97	100
Cameroun		100
Canada	100	100
Cap-Vert	61	100
République centrafricaine	76	84
Tchad	100	100
Chine	100	100
Colombie	100	100
Comores	100	62
République du Congo	100	100
Costa Rica	100	100
Croatie	86	100
Cuba	100	100
Chypre	100	100
République tchèque	100 ²	100
République démocratique du Congo	47	55
Danemark		100
Djibouti		100
Dominique	100	100
République dominicaine	100	86
Équateur	100	100
Égypte		100
El Salvador	100	100

Indicateur UNGASS 3

**POURCENTAGE DE DONS
DE SANG SOUMIS À UN
DÉPISTAGE DE QUALITÉ
DU VIH**

	2007 ¹	2009
	Valeur de l'indicateur	Valeur de l'indicateur
Guinée équatoriale		0
Érythrée	100	100
Estonie	100	100
Éthiopie	100	100
Fidji	100	100
Finlande	100	100
Gabon	100	100
Géorgie	0	0
Allemagne	100	100
Ghana	100	100
Grèce		100
Grenade	91	100
Guatemala	100	75
Guinée	53	100
Guinée Bissau	100	0
Guyana	100	100
Haiti	100	100
Honduras	46	48
Hongrie	100	100
Inde	100	100
Indonésie		100
Iran (République islamique d')	100	100
Irlande	100	100
Israël	100	
Jamaïque	100	100
Japon	100	100
Jordanie	100	100
Kazakhstan	95	100
Kenya	100	100
Koweït	100 ²	100
Kirghizistan	88	52
Rép. démocratique populaire lao	100	100
Lettonie	100	100
Liban	100	100
Lesotho	100	100
Lituanie	100	100
Luxembourg	100 ²	100
Madagascar	99	100
Malawi	99	100
Malaisie	100	100
Maldives	0 ²	100
Mali	94	100
Malte	100 ²	
Îles Marshall	100	97
Mauritanie	100	100
Maurice	100	100
Mexique	100	100
Micronésie (États fédérés de)		100
Rép. de Moldavie	74	100
Monaco		94
Mongolie	72	70
Monténégro	100	0

	2007 ¹	2009
	Valeur de l'indicateur	Valeur de l'indicateur
Maroc	100	100
Mozambique	36	70
Myanmar		76
Namibie	100 ²	100
Nauru		100
Népal	100	39
Pays-Bas	100 ²	100
Nouvelle-Zélande	100	100
Nicaragua	90	100
Niger	100	26
Nigéria	100	100
Norvège	100 ²	100
Oman		0
Pakistan	87	
Palau	100	100
Panama	100	100
Papouasie-Nouvelle-Guinée	100	100
Paraguay	95	100
Pérou	99	88
Philippines		96
Pologne	100 ²	
Portugal		100
Qatar		100
Rép. de Corée	100 ²	
Roumanie	100	100
Fédération de Russie		79
Rwanda	100	100
Saint-Kitts-et-Nevis	100	100
Sainte-Lucie	100	100
Saint-Vincent-et-les-Grenadines		100
Samoa	100 ²	
Sao Tomé-et-Principe	0	100
Arabie saoudite		100
Sénégal	78	86
Serbie	100	49
Seychelles	100	100
Sierra Leone	100	100
Singapour	100	100
Slovaquie		100
Slovénie	100	100
Îles Salomon		79
Somalie		0
Afrique du Sud	100	100
Espagne	100	100
Sri Lanka	42	100
Soudan		0
Suriname	100	100
Swaziland	100	100
Suède	100	100
Suisse	100	100
République arabe syrienne		0

	2007 ¹	2009
	Valeur de l'indicateur	Valeur de l'indicateur
Tadjikistan	97	100
Thaïlande	99	100
Timor-Leste	58 ²	100
Togo	85	92
Tonga		100
Trinité-et-Tobago	100	100
Tunisie	100	100
Turquie	100	100
Ouganda	100	100
Ukraine	0	
Émirats arabes unis		100
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	100	100
République-Unie de Tanzanie	100	36
Uruguay	100	100
Ouzbékistan		82
Vanuatu		91
Venezuela		100
Zambie	100	100
Zimbabwe	100	100

¹ Rapport de 2007, mais la collecte des données va de 2005 à 2007.

² Données du département de l'OMS chargé de la sécurité transfusionnelle.

³ La collecte des données a débuté avant 2008.

NOMBRE DÉCLARÉ DE PERSONNES RECEVANT ET AYANT BESOIN D'UN TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL ET COUVERTURE DU TRAITEMENT, 2008-2009. PAYS À REVENU FAIBLE OU INTERMÉDIAIRE^a

	NOMBRE DÉCLARÉ DE PERSONNES RECEVANT UN TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL, 2008 ^{b,c}	MOIS ET ANNÉE DU RAPPORT	NOMBRE DÉCLARÉ DE PERSONNES RECEVANT UN TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL, 2009 ^{b,c}	MOIS ET ANNÉE DU RAPPORT
Afghanistan	0	Déc 08	12	Déc 09
Albanie	110	Déc 08	114	Déc 09
Algérie	1 111	Déc 08	1 526	Déc 09
Angola	14 139 ^f	Déc 08	20 640	Déc 09
Argentine	40 240 ^f	Déc 08	42 815	Déc 09
Arménie	100	Déc 08	179	Déc 09
Azerbaïdjan	159	Déc 08	238	Déc 09
Bangladesh	283	Déc 08	353	Déc 09
Bélarus	1 249	Déc 08	1 776	Déc 09
Belize	630	Déc 08	855	Déc 09
Bénin	12 078	Déc 08	15 401	Déc 09
Bhoutan	30	Déc 08	...	
Bolivie (État plurinational de)	758 ^f	Déc 08	1 115	Déc 09
Bosnie-Herzégovine	33	Déc 08	38	Déc 09
Botswana	117 045	Déc 08	145 190	Déc 09
Bésil	194 984 ^f	Déc 08	...	
Bulgarie	251	Déc 08	327	Déc 09
Burkina Faso	21 103	Déc 08	26 448	Déc 09
Burundi	14 343	Déc 08	17 661	Déc 09
Cambodge	31 999	Déc 08	37 315	Déc 09
Cameroun	59 960	Déc 08	76 228	Déc 09
Cap-Vert	360	Déc 08	611	Déc 09
République centrafricaine	10 551 ^f	Déc 08	14 474	Déc 09
Tchad	17 900 ^f	Oct 08	32 288	Déc 09
Chili	10 904 ^f	Déc 08	12 762	Déc 09
Chine	48 254	Déc 08	65 481	Déc 09
Colombie	17 551 ^f	Déc 08	16 302	Déc 09
Comores	8	Déc 08	12	Déc 09
Congo	9 400	Déc 08	7 998	Déc 09
Îles Cook	1	Déc 08	...	
Costa Rica	2 886 ^f	Déc 08	3 064	Déc 09
Côte d'Ivoire	51 820 ^f	Déc 08	72 011	Déc 09
Croatie	398	Déc 08	441	Déc 09
Cuba	3 999	Déc 08	5 034	Déc 09
République populaire démocratique de Corée	0	Déc 06	...	
République démocratique du Congo	24 645 ^f	Déc 08	34 967	Déc 09
Djibouti	816	Déc 08	913	Déc 09
Dominique	36 ^f	Déc 08	38	Déc 09
République dominicaine	11 072 ^f	Déc 08	13 785	Déc 09
Équateur	3 728	Déc 08	5 538	Déc 09
Égypte	291	Déc 08	359	Déc 09
El Salvador	7 104	Déc 08	8 348	Déc 09
Guinée équatoriale	839	Déc 08	1 645	Déc 09
Érythrée	4 299 ^f	Déc 08	4 955	Déc 09
Éthiopie	132 379	Déc 08	176 632	Déc 09
Fidji	39	Déc 08	52	Nov 09
Gabon	7 773	Déc 08	9 976	Déc 09
Gambie	770	Déc 08	921	Sep 09
Géorgie	498	Déc 08	655	Déc 09
Ghana	21 548 ^f	Déc 08	30 265	Déc 09

Indicateur UNGASS 4
Indicateur OMD 6b

ESTIMATION DU NOMBRE DE PERSONNES AYANT BESOIN D'UN TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL CONFORMÈMENT AUX DIRECTIVES 2010 DE L'OMS, 2009 ^{b,d}			ESTIMATION DE LA COUVERTURE DU TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL CONFORMÈMENT AUX DIRECTIVES 2010 DE L'OMS, 2009 ^b			ESTIMATION DU NOMBRE DE PERSONNES AYANT BESOIN D'UN TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL CONFORMÈMENT AUX DIRECTIVES 2006 DE L'OMS, 2009 ^{b,d}			ESTIMATION DE LA COUVERTURE DU TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL CONFORMÈMENT AUX DIRECTIVES 2006 DE L'OMS, 2009 ^{b,e}			ESTIMATION DU NOMBRE DE PERSONNES AYANT BESOIN D'UN TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL SELON LE RAPPORT DE PAYS, 2009 ^f
Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	
...		
...		
6 000	4 500	8 000	25%	19%	34%	3 700	2 700	4 900	42%	31%	56%	...
86 000	65 000	110 000	24%	19%	32%	59 000	43 000	79 000	35%	26%	48%	84 250
61 000	42 000	74 000	70%	58%	>95%	50 000	37 000	58 000	86%	74%	>95%	...
<1 000	<1 000	<1 000	24%	20%	29%	<500	<500	<1 000	39%	32%	47%	352
1 100	<1 000	1 400	21%	16%	29%	<1 000	<500	<1 000	36%	26%	51%	418
1 500	<1 000	2 000	23%	17%	39%	<1 000	<500	1 200	40%	28%	71%	740
6 000	4 700	7 800	29%	23%	37%	3 700	3 000	4 500	48%	40%	59%	2 852
2 100	1 800	2 500	40%	34%	47%	1 500	1 200	1 800	57%	49%	69%	1 394
29 000	24 000	34 000	53%	45%	64%	21 000	17 000	26 000	72%	59%	88%	20 396
<500	<200	<500	14%	10%	29%	<200	<100	<200	26%	16%	53%	...
6 000	4 700	7 600	19%	15%	24%	3 900	3 100	5 000	28%	22%	36%	5 050
...			...			...			...			50
170 000	150 000	190 000	83%	77%	>95%	140 000	120 000	150 000	>95%	94%	>95%	161 706
... ^g	220 000	390 000	...	50%	89%	... ^g	190 000	300 000	...	65%	101%	...
1 400	1 100	1 800	23%	18%	30%	<1 000	<1 000	1 100	38%	29%	50%	...
58 000	46 000	71 000	46%	37%	58%	44 000	34 000	55 000	60%	48%	77%	56 241
91 000	79 000	100 000	19%	17%	22%	65 000	53 000	78 000	27%	23%	33%	57 438
40 000	28 000	55 000	94%	68%	>95%	33 000	24 000	44 000	>95%	86%	>95%	40 483
270 000	230 000	310 000	28%	25%	33%	190 000	150 000	220 000	41%	34%	51%	164 070
...		
74 000	64 000	85 000	19%	17%	23%	51 000	41 000	61 000	28%	24%	35%	40 334
90 000	73 000	110 000	36%	30%	44%	61 000	47 000	79 000	53%	41%	68%	66 000
20 000	17 000	24 000	63%	53%	76%	16 000	12 000	19 000	81%	68%	>95%	15 520
... ^h	170 000	350 000	...	19%	38%	... ^h	97 000	210 000	...	31%	67%	190 000
95 000	79 000	120 000	17%	14%	21%	63 000	53 000	75 000	26%	22%	31%	22 924
<100	<100	<100	18%	13%	24%	<100	<100	<100	29%	21%	40%	12
35 000	30 000	41 000	23%	19%	27%	25 000	20 000	30 000	33%	26%	41%	...
...		
4 500	3 100	6 100	68%	50%	>95%	3 500	2 500	4 800	86%	64%	>95%	...
260 000	220 000	300 000	28%	24%	32%	180 000	150 000	220 000	39%	33%	47%	164 000
<1 000	<500	<1 000	80%	62%	>95%	<500	<500	<1 000	>95%	75%	>95%	...
3 500	2 900	4 100	>95%	>95%	>95%	2 900	2 400	3 400	>95%	>95%	>95%	5 034
<1 000	<1 000	<1 000	0%			<500	<500	<1 000	0%			...
... ^h	170 000	240 000	...	14%	21%	... ^h	110 000	180 000	...	20%	32%	283 055
6 400	4 700	8 200	14%	11%	20%	4 300	3 100	5 700	21%	16%	29%	4 235
...			...			...			...			13
29 000	25 000	34 000	47%	41%	55%	22 000	18 000	25 000	64%	55%	77%	19 410
19 000	14 000	26 000	30%	21%	40%	16 000	10 000	22 000	36%	25%	54%	13 128
3 300	1 600	3 000	11%	12%	22%	1 900	1 600	3 000	19%	12%	22%	1 500
16 000	10 000	22 000	53%	38%	84%	13 000	8 100	16 000	66%	51%	>95%	...
6 600	4 700	8 800	25%	19%	35%	4 300	2 800	6 000	39%	27%	58%	3 108
14 000	10 000	18 000	37%	28%	49%	9 700	7 300	13 000	51%	39%	68%	7 182
... ^h	280 000	390 000	...	45%	62%	... ^h	200 000	310 000	...	58%	86%	336 160
<200	<200	<500	30%	23%	40%	<200	<100	<200	52%	38%	73%	...
21 000	16 000	26 000	47%	38%	61%	15 000	12 000	19 000	66%	53%	86%	14 258
5 000	3 100	7 300	18%	13%	30%	3 300	2 000	5 000	28%	18%	45%	1 500
1 000	<1 000	1 300	65%	51%	91%	<1 000	<500	<1 000	>95%	77%	>95%	686
130 000	110 000	150 000	24%	21%	28%	85 000	69 000	100 000	36%	29%	44%	70 988

NOMBRE DÉCLARÉ DE PERSONNES RECEVANT ET AYANT BESOIN D'UN TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL ET COUVERTURE DU TRAITEMENT, 2008-2009. PAYS À REVENU FAIBLE OU INTERMÉDIAIRE^a

	NOMBRE DÉCLARÉ DE PERSONNES RECEVANT UN TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL, 2008 ^{b,c}	MOIS ET ANNÉE DU RAPPORT	NOMBRE DÉCLARÉ DE PERSONNES RECEVANT UN TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL, 2009 ^{b,c}	MOIS ET ANNÉE DU RAPPORT
Grenade	46 ^f	Déc 08	54	Déc 09
Guatemala	9 694	Déc 08	10 362	Déc 09
Guinée	9 212	Déc 08	14 999	Déc 09
Guinée-Bissau	1 832 ^f	Déc 08	2 764	Déc 09
Guyana	2 473	Déc 08	2 832	Déc 09
Haiti	19 990 ^f	Déc 08	26 007	Déc 09
Honduras	6 288	Déc 08	7 075	Déc 09
Hongrie	559 ^f	Déc 08	547	Déc 09
Inde	234 581 ^l	Déc 08	320 074 ^l	Déc 09
Indonésie	10 606 ^f	Déc 08	15 442	Nov 09
Iran (République islamique d')	878	Sep 08	1 486	Janv 10
Iraq	4	Déc 08	...	
Jamaïque	4 444 ^f	Déc 08	7 244	Déc 09
Jordanie	58	Déc 08	63	Déc 09
Kazakhstan	707	Déc 08	1 035	Janv 10
Kenya	250 576 ^f	Déc 08	336 980	Déc 09
Kiribati	6	Déc 08	...	
Kirghizistan	89	Déc 08	231	Janv 10
République démocratique populaire lao	1 009	Déc 08	1 345	Déc 09
Lettonie	334	Déc 08	439	Déc 09
Liban	285 ^f	Déc 08	354	Déc 09
Lesotho	45 262	Déc 08	61 736	Déc 09
Libéria	2 017 ^f	Déc 08	2 970	Déc 09
Jamahiriya arabe libyenne	1 000	Déc 07	...	
Lituanie	127	Déc 08	145	Déc 09
Madagascar	162	Déc 08	214	Déc 09
Malawi	147 497 ^f	Déc 08	198 846	Déc 09
Malaisie	8 197	Déc 08	9 962	Mar 10
Maldives	2	Déc 08	3	Déc 09
Mali	16 475 ^f	Déc 08	21 100	Déc 09
Îles Marshall	4	Déc 08	4	Déc 09
Mauritanie	1 072 ^f	Déc 08	1 401	Déc 09
Maurice	491 ^f	Janv 08	652	Déc 09
Mexique	55 599 ^f	Déc 08	60 911	Déc 09
Micronésie (États fédérés de)	2 ^f	Déc 08	5	Déc 09
Mongolie	5	Déc 08	9	Déc 09
Monténégro	25	Déc 08	31	Mar 10
Maroc	2 207	Déc 08	2 647	Déc 09
Mozambique	128 330	Déc 08	170 198	Déc 09
Myanmar	15 191	Déc 08	21 138	Déc 09
Namibie	59 376	Déc 08	70 498	Sep 09
Nauru	0	Déc 08	...	
Népal	1 992 ^f	Juil 08	3 226	Juil 09
Nicaragua	744 ^f	Déc 08	1 063	Déc 09
Niger	2 846	Déc 08	6 445	Déc 09
Nigéria	238 659	Déc 08	302 973	Déc 09
Niue	0	Déc 08	...	
Oman	412	Déc 08	486	Déc 09
Pakistan	875 ^f	Déc 08	1 320	Déc 09

ESTIMATION DU NOMBRE DE PERSONNES AYANT BESOIN D'UN TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL CONFORMEMENT AUX DIRECTIVES 2010 DE L'OMS, 2009 ^{b,d}			ESTIMATION DE LA COUVERTURE DU TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL CONFORMEMENT AUX DIRECTIVES 2010 DE L'OMS, 2009 ^b			ESTIMATION DU NOMBRE DE PERSONNES AYANT BESOIN D'UN TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL CONFORMEMENT AUX DIRECTIVES 2006 DE L'OMS, 2009 ^{b,d}			ESTIMATION DE LA COUVERTURE DU TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL CONFORMEMENT AUX DIRECTIVES 2006 DE L'OMS, 2009 ^{b,e}			ESTIMATION DU NOMBRE DE PERSONNES AYANT BESOIN D'UN TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL SELON LE RAPPORT DE PAYS, 2009 ^f
Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	
...			...			...			...			59
24 000	18 000	31 000	44%	33%	59%	16 000	12 000	21 000	63%	48%	84%	14 966
38 000	30 000	46 000	40%	32%	50%	27 000	20 000	35 000	56%	43%	74%	22 500
9 100	7 300	11 000	30%	25%	38%	6 000	4 700	7 600	46%	36%	59%	5 885
2 900	1 700	4 200	>95%	68%	>95%	2 700	1 700	3 700	>95%	76%	>95%	3 390
60 000	49 000	71 000	43%	37%	53%	43 000	34 000	52 000	61%	50%	76%	38 491
21 000	16 000	27 000	33%	26%	44%	15 000	12 000	18 000	47%	38%	61%	13 356
2 100	1 600	2 600	27%	21%	34%	1 600	1 200	2 000	35%	28%	44%	...
1 200 000	1 100 000	1 400 000	26%	23%	28%	790 000	700 000	890 000	41%	36%	46%	580 000
73 000	50 000	110 000	21%	14%	31%	45 000	26 000	64 000	34%	24%	58%	40 200
40 000	33 000	48 000	4%	3%	4%	23 000	18 000	29 000	6%	5%	8%	16 540
...		
16 000	12 000	20 000	46%	36%	62%	11 000	8 500	13 000	67%	55%	85%	14 000
...		
3 800	2 600	5 400	27%	19%	40%	2 300	1 600	3 300	45%	31%	66%	1 900
710 000	610 000	800 000	48%	42%	55%	520 000	430 000	610 000	65%	55%	79%	555 000
...		
1 900	<1 000	2 700	12%	9%	24%	1 000	<1 000	1 600	22%	15%	46%	450
2 000	1 200	2 800	67%	48%	>95%	1 300	<1 000	1 900	>95%	71%	>95%	1 461
3 600	2 700	4 600	12%	9%	16%	2 100	1 600	2 800	21%	16%	28%	...
1 900	1 500	2 500	18%	14%	24%	1 200	<1 000	1 600	29%	22%	37%	1 171
130 000	110 000	140 000	48%	43%	54%	90 000	75 000	110 000	68%	58%	83%	122 818
22 000	17 000	27 000	14%	11%	17%	15 000	11 000	19 000	20%	15%	27%	10 023
...		
<1 000	<500	<1 000	27%	21%	34%	<500	<500	<500	42%	32%	52%	274
10 000	8 300	12 000	2%	2%	3%	6 000	4 900	7 600	4%	3%	4%	5 000
440 000	370 000	500 000	46%	40%	53%	310 000	260 000	370 000	63%	53%	77%	305 805
43 000	34 000	55 000	23%	18%	29%	26 000	22 000	31 000	38%	32%	44%	20 977
<100	<100	<100	17%	14%	23%	<100	<100	<100	28%	22%	36%	71
42 000	34 000	51 000	50%	41%	61%	32 000	26 000	40 000	65%	53%	81%	31 410
...			...			...			...			8
5 700	4 700	6 900	25%	20%	30%	3 500	2 800	4 300	41%	33%	51%	2 790
2 900	2 200	3 800	22%	17%	30%	1 700	1 300	2 300	38%	28%	51%	1 587
110 000	89 000	130 000	54% ^m	46%	68%	86 000	69 000	98 000	71%	62%	88%	74 000
...			...			...			...			5
<200	<100	<200	8%	6%	15%	<100	<100	<100	15%	10%	31%	53
...			...			...			...			388
9 800	7 500	13 000	27%	21%	35%	6 300	4 900	8 100	42%	33%	54%	5 266
570 000	500 000	650 000	30%	26%	34%	380 000	310 000	470 000	45%	36%	55%	445 672
120 000	98 000	140 000	18%	15%	22%	75 000	60 000	89 000	28%	24%	35%	74 058
93 000	77 000	110 000	76%	62%	92%	70 000	56 000	86 000	>95%	82%	>95%	76 727
...		
31 000	26 000	36 000	11%	9%	13%	19 000	16 000	23 000	17%	14%	21%	16 950
2 600	2 100	3 300	40%	32%	51%	1 700	1 400	2 200	62%	49%	79%	1 580
29 000	26 000	31 000	22%	21%	25%	19 000	15 000	23 000	33%	28%	42%	16 738
1 400 000	1 200 000	1 700 000	21%	18%	25%	990 000	790 000	1 200 000	31%	25%	38%	882 139
...		
<500	<500	<1 000	>95%	83%	>95%	<500	<200	<500	>95%	>95%	>95%	513
36 000	27 000	48 000	4%	3%	5%	21 000	16 000	27 000	6%	5%	8%	13 422

A2

NOMBRE DÉCLARÉ DE PERSONNES RECEVANT ET AYANT BESOIN D'UN TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL ET COUVERTURE DU TRAITEMENT, 2008-2009. PAYS À REVENU FAIBLE OU INTERMÉDIAIRE^a

	NOMBRE DÉCLARÉ DE PERSONNES RECEVANT UN TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL, 2008 ^{b,c}	MOIS ET ANNÉE DU RAPPORT	NOMBRE DÉCLARÉ DE PERSONNES RECEVANT UN TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL, 2009 ^{b,c}	MOIS ET ANNÉE DU RAPPORT
Palau	3	Déc 08	3	Déc 09
Panama	3 972 ^f	Déc 08	4 463	Déc 09
Papouasie-Nouvelle-Guinée	5 195	Déc 08	6 751	Déc 09
Paraguay	1 613	Déc 08	2 073	Déc 09
Pérou	10 232 ^f	Déc 08	14 780	Déc 09
Philippines	532	Déc 08	750	Déc 09
Pologne	3 822	Déc 08	4 329	Déc 09
République de Moldavie	682	Déc 08	984	Déc 09
Roumanie	7 434	Déc 08	7 244	Déc 09
Fédération de Russie	54 900	Déc 08	75 900	Déc 09
Rwanda	63 149	Déc 08	76 726	Déc 09
Saint-Kitts-et-Nevis	...		...
Sainte-Lucie	85 ^f	Déc 08	124	Déc 09
Saint-Vincent-et-les-Grenadines	120 ^f	Déc 08	162	Déc 09
Samoa	8	Déc 08	...	
Sao Tomé-et-Principe	109	Déc 08	169	Déc 09
Sénégal	9 252 ^f	Déc 08	12 249	Déc 09
Serbie	842	Déc 08	790	Déc 09
Seychelles	113	Déc 08	139	Déc 09
Sierra Leone	1 950 ^f	Fév 09	3 660	Déc 09
Slovaquie	97	Déc 08	...	
Îles Salomon	3 ^f	Déc 08	4	Déc 09
Somalie	413	Déc 08	578	Déc 09
Afrique du Sud	730 183	Déc 08	971 556 ^j	Oct 09
Sri Lanka	142 ^f	Déc 08	207	Déc 09
Soudan	1 151 ^k	Déc 08	3 825 ^k	Déc 09
Suriname	858 ^f	Déc 08	996	Juil 09
Swaziland	32 701	Déc 08	47 241	Déc 09
Rép. arabe syrienne	73 ^f	Déc 08	99	Déc 09
Tadjikistan	138 ^f	Déc 08	322	Déc 09
Thaïlande	185 086 ^f	Sep 08	216 118	Sep 09
L'Ex-République yougoslave de Macédoïne	23	Déc 08	24	Déc 09
Timor-Leste	29	Déc 08	31	Déc 09
Togo	11 211	Déc 08	16 710	Déc 09
Tonga	2	Déc 08	...	
Tunisie	326 ^f	Déc 08	412	Déc 09
Turquie	900	Déc 08	1 000	Déc 09
Turkménistan	0	Déc 08	...	
Tuvalu	1	Déc 08	1	Déc 09
Ouganda	153 718	Sep 08	200 413	Sep 09
Ukraine	10 629 ^f	Déc 08	15 871	Déc 09
Rép.-Unie de Tanzanie	154 468	Déc 08	199 413	Déc 09
Uruguay	...		2 510	Déc 09
Ouzbékistan	1 200	Déc 08	1 753	Déc 09
Vanuatu	2	Déc 08	2	Déc 09
Venezuela (République bolivarienne du)	27 240 ^f	Déc 08	32 302	Déc 09
Viet Nam	25 597	Déc 08	37 995	Déc 09
Yémen	189	Déc 08	274	Déc 09
Zambie	219 576 ^f	Déc 08	283 863	Déc 09
Zimbabwe	148 144 ^f	Déc 08	218 589	Fév 10

ESTIMATION DU NOMBRE DE PERSONNES AYANT BESOIN D'UN TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL CONFORMEMENT AUX DIRECTIVES 2010 DE L'OMS, 2009 ^{b,d}			ESTIMATION DE LA COUVERTURE DU TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL CONFORMEMENT AUX DIRECTIVES 2010 DE L'OMS, 2009 ^b			ESTIMATION DU NOMBRE DE PERSONNES AYANT BESOIN D'UN TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL CONFORMEMENT AUX DIRECTIVES 2006 DE L'OMS, 2009 ^{b,d}			ESTIMATION DE LA COUVERTURE DU TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL CONFORMEMENT AUX DIRECTIVES 2006 DE L'OMS, 2009 ^{b,e}			ESTIMATION DU NOMBRE DE PERSONNES AYANT BESOIN D'UN TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL SELON LE RAPPORT DE PAYS, 2009 ^f
Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	
...		
12 000	8 200	22 000	37%	21%	54%	8 400	6 100	14 000	53%	32%	73%	20 836
13 000	10 000	16 000	52%	42%	65%	8 800	6 500	11 000	77%	59%	>95%	9 061
5 600	4 200	7 400	37%	28%	49%	3 600	2 900	4 500	57%	46%	70%	3 066
40 000	33 000	48 000	37%	31%	44%	26 000	22 000	31 000	57%	47%	67%	20 201
2 000	1 000	2 800	37%	27%	75%	1 300	<1 000	1 800	60%	42%	>95%	919
20 000	14 000	27 000	22%	16%	31%	17 000	12 000	22 000	26%	19%	35%	5 000
5 800	4 800	7 200	17%	14%	20%	3 500	2 900	4 400	28%	22%	34%	2 780
9 000	5 300	13 000	81%	55%	>95%	7 700	4 700	10 000	95%	71%	>95%	7 244
... ^h	320 000	460 000	...	16%	24%	... ^h	180 000	280 000	...	27%	42%	79 116
88 000	71 000	100 000	88%	74%	>95%	72 000	55 000	88 000	>95%	87%	>95%	104 900
...		
...			...			...			...			134
...			...			...			...			182
...		
...			...			...			...			1 096
24 000	20 000	28 000	51%	43%	62%	17 000	13 000	21 000	72%	58%	92%	16 198
2 100	1 600	2 700	38%	30%	51%	1 400	1 100	1 800	55%	44%	75%	950
...			...			...			...			146
20 000	16 000	24 000	18%	15%	23%	13 000	9 400	16 000	29%	22%	39%	7 277
<200	<200	<500	62%	46%	86%	<200	<100	<200	78%	56%	>95%	...
...			...			...			...			4
10 000	7 300	13 000	6%	4%	8%	6 300	4 200	8 700	9%	7%	14%	5 213
2 600 000	2 500 000	2 800 000	37%	35%	39%	1 700 000	1 500 000	2 000 000	56%	48%	65%	1 630 000
1 100	<1 000	1 400	20%	15%	26%	<1 000	<500	<1 000	33%	24%	45%	510
74 000	60 000	90 000	5%	4%	6%	46 000	34 000	61 000	8%	6%	11%	45 466
1 900	1 400	2 600	53%	39%	72%	1 300	1 000	1 700	76%	57%	>95%	...
80 000	71 000	88 000	59%	53%	66%	56 000	47 000	65 000	85%	72%	>95%	52 965
...		
3 000	2 300	3 900	11%	8%	14%	1 700	1 300	2 300	19%	14%	25%	579
350 000	280 000	440 000	61%	50%	78%	290 000	230 000	350 000	76%	62%	95%	285 271
...			...			...			...			442
...			...			...			...			151
58 000	44 000	73 000	29%	23%	38%	40 000	29 000	51 000	42%	33%	57%	33 030
...		
<1 000	<1 000	1 000	53%	41%	72%	<1 000	<500	<1 000	79%	60%	>95%	470
1 600	1 200	2 100	62%	48%	84%	1 100	<1 000	1 500	90%	67%	>95%	1 400
...		
...			...			...			...			1
520 000	430 000	600 000	39%	33%	46%	380 000	300 000	450 000	53%	44%	67%	373 383
160 000	140 000	190 000	10%	9%	11%	99 000	85 000	110 000	16%	14%	19%	33 016
660 000	580 000	750 000	30%	27%	34%	450 000	380 000	550 000	44%	36%	53%	361 295
5 100	4 300	6 100	49%	41%	59%	3 700	3 100	4 400	67%	57%	81%	3 018
... ^g			...			...^g			...			2 850
...			...			...			...			2
... ^g			...			...^g			...			161 510
110 000	84 000	150 000	34%	26%	45%	85 000	67 000	110 000	45%	35%	56%	67 047
...			...			...			...			3 150
440 000	380 000	510 000	64%	56%	75%	330 000	270 000	390 000	85%	72%	>95%	416 533
640 000	580 000	720 000	34%	30%	38%	450 000	390 000	520 000	49%	42%	57%	389 895

NOMBRE DÉCLARÉ DE PERSONNES RECEVANT ET AYANT BESOIN D'UN TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL ET COUVERTURE DU TRAITEMENT, 2008-2009. PAYS À REVENU ÉLEVÉ^a

	NOMBRE DÉCLARÉ DE PERSONNES RECEVANT UN TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL, 2005-2008	MOIS ET ANNÉE DU RAPPORT	NOMBRE DÉCLARÉ DE PERSONNES RECEVANT UN TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL, 2009	MOIS ET ANNÉE DU RAPPORT
Andorre	25	Déc 07	...	
Antigua-et-Barbuda	148	Sep 07	98	Déc 09
Australie	9 933	Déc 07	...	
Autriche	2 250	Déc 08	1 800	Sep 09
Bahamas	1 244	Sep 07	1 506	Déc 09
Bahrein	...		...
Barbade	719	Déc 08	804	Déc 09
Belgique	6 928	Déc 07	...	
Brunei Darussalam	10	Déc 08	15	Janv 10
Canada	27 000	Déc 08	...	
Chypre	151	Déc 07	187	Déc 09
République tchèque	570	Juin 07	706	Oct 09
Danemark	3 000	Déc 08	3 000	Oct 09
Estonie	772	Déc 07	1 263	Déc 09
Finlande	450	Août 06	...	
France	79 680	Déc 08	...	
Allemagne	36 500	Déc 08	37 000	Juin 09
Grèce	3 746	Déc 07	...	
Islande	100 ¹	<05	...	
Irlande	1 600	Déc 05	...	
Israël	2 876	Déc 08	...	
Italie	95 000	Déc 08	...	
Japon	48	Déc 06	94	Mar 09
Koweït	...		131	Déc 09
Luxembourg	344	Déc 08	434	Déc 09
Malte	65	Juin 07	100	Déc 09
Monaco	45	Déc 05	...	
Pays-Bas	7 919	Avr 07	...	
Nouvelle-Zélande	...		1 204	Juin 09
Norvège	900	Déc 05	...	
Portugal	12 366	Déc 08	18 107	Déc 09
Qatar	...		70	Janv 09
République de Corée	...		...
Saint-Marin	...		...
Arabie saoudite	865	Déc 08	...	
Singapour	...		...
Slovénie	157	Juil 07	...	
Espagne	82 710	Déc 08	79 500	Déc 09
Suède	2 800	Déc 06	4 185	Déc 09
Suisse	...		...
Trinité-et-Tobago	3 172	Déc 08	2 639	Déc 09
Émirats arabes unis	59	Sep 07	...	
Royaume-Uni de Grande-Bretagne	39 556	Déc 07	39 704	Déc 09
États-Unis d'Amérique	268 000 ¹	<05	...	

... Données non disponibles ou sans objet.

^a Classification par groupes de revenu établie par la Banque mondiale.

^b Données sur le traitement antirétroviral par âge et disponibles.

^c Les données du secteur privé ont été incluses le nombre total de personnes sous traitement, lorsqu'elles sont disponibles, mais l'Afrique du Sud et l'Inde sont les seuls pays à avoir précisé par rapport au nombre total de patients sous traitement, le nombre de personnes recevant celui-ci dans des centres privés.

^d Les estimations des besoins sont basées sur les méthodes décrites dans les notes explicatives.

^e Les estimations de couverture sont basées sur les nombres estimés non arrondis de personnes recevant un traitement antirétroviral et les besoins estimés non arrondis de traitement antirétroviral (sur la base de la méthode ONUSIDA/OMS). Les fourchettes des estimations de couverture sont basées sur des limites de plausibilité au niveau du dénominateur : cela correspond à des estimations basses et des estimations hautes des besoins.

^f Valeur 2008 actualisée. Voir l'annexe de l'an dernier (http://www.who.int/entity/hiv/data/tuapr2009_annex1.xls).

^g Les estimations du nombre de personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral sont actuellement contrôlées et seront ajustées, le cas échéant, en fonction de la collecte et de l'analyse permanente des données.

^h À la demande du pays, seules les fourchettes des estimations sont présentées.

ⁱ En décembre 2009, le gouvernement a indiqué que 285 074 personnes recevaient un traitement antirétroviral dans des centres du secteur public. On estime à 35 000 de plus le nombre de personnes traitées. Dans le secteur privé informel – même chiffre qu'en 2008. Globalement, on estime à 320 074 le nombre de personnes recevant un traitement antirétroviral à la fin 2009, y compris ceux recevant des traitements dans des centres privés.

^j Le nombre collecté dans les centres de santé du secteur public n'est que de 919 923 et a été fourni par le Ministère de la Santé sur la base de données de suivi courant. La majorité de ces centres déclarent les personnes actuellement sous traitement. La principale organisation de lutte contre le sida, Aid for AIDS, a indiqué qu'elle avait 51 633 patients sous traitement en 2009, et le gouvernement estimait que cela représentait la majorité des personnes sous traitement dans le secteur privé.

^k Deux rapports distincts ont été reçus pour 2009 du Soudan : nord du Soudan, 1 996, Sud-Soudan, 1 829. Le chiffre de 1 151 pour 2008 ne concerne que le nord du Soudan.

^l '<05' signifie qu'il existe des données mais qu'aucune n'a été actualisée depuis décembre 2004. Il convient d'interpréter ces données avec prudence car elle sont susceptibles de refléter la situation telle qu'elle était au début 2004, voire même en 2003.

^m L'estimation de la couverture du traitement antirétroviral utilisant le dénominateur présenté dans le rapport UNGASS 2010 du Mexique est 82%.

PERSONNES RECEVANT UN TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL DANS LES PAYS À REVENU FAIBLE OU INTERMÉDIAIRE ET ESTIMATION DU NOMBRE D'ENFANTS RECEVANT ET AYANT BESOIN D'UN TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL, ET COUVERTURE DU TRAITEMENT, 2009. PAYS À REVENU FAIBLE OU INTERMÉDIAIRE^a

NOMBRE DÉCLARÉ D'HOMMES ET DE FEMMES RECEVANT UN TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL

	Mois et année du rapport	Hommes	% du total	Femmes	% du total
Afghanistan		...		...
Albanie		...		...
Algérie	Déc 09 ^d	762	51%	739	49%
Angola	Déc 08 ^d	2 444	31%	5 440	69%
Argentine	Déc 08 ^d	26 791	64%	15 250	36%
Arménie	Déc 09	114	64%	65	36%
Azerbaïdjan	Déc 09	178	75%	60	25%
Bangladesh		...		...
Bélarus	Déc 09	1 032	58%	744	42%
Belize	Déc 09	444	52%	411	48%
Bénin	Déc 09	6 468	42%	8 933	58%
Bhoutan	Déc 08	14	47%	16	53%
Bolivie (État plurinational de)	Déc 09	721	65%	394	35%
Bosnie-Herzégovine	Déc 09 ^d	26	70%	11	30%
Botswana	Déc 09	56 566	39%	88 624	61%
Bésil	Déc 08 ^d	106 769	57%	79 867	43%
Bulgarie	Déc 09	223	68%	104	32%
Burkina Faso	Déc 09	8 609	33%	17 839	67%
Burundi	Déc 09	5 869	33%	11 792	67%
Cambodge	Déc 09	17 873	48%	19 442	52%
Cameroun	Déc 09	25 196	33%	51 032	67%
Cap-Vert	Déc 09	272	45%	339	55%
République centrafricaine	Déc 08 ^e	4 321	45%	5 229	55%
Tchad	Déc 09	11 888	37%	20 400	63%
Chili	Déc 09	10 376	81%	2 386	19%
Chine	Déc 09 ^d	38 350	59%	26 659	41%
Colombie	Déc 09	12 254	75%	4 043	25%
Comores	Déc 09	6	50%	6	50%
Congo	Déc 08 ^{d,e}	3 565	40%	5 347	60%
Iles Cook		...		...
Costa Rica		...		...
Côte d'Ivoire	Déc 09	21 603	30%	50 408	70%
Croatie	Déc 09	366	83%	75	17%
Cuba	Déc 09	4 027	80%	1 007	20%
République populaire démocratique de Corée		...		...
République démocratique du Congo		...		...
Djibouti	Déc 09	451	49%	462	51%
Dominique	Déc 09 ^d	10	91%	1	9%
République dominicaine		...		...
Équateur		...		...
Égypte		...		...
El Salvador	Déc 08 ^e	4 262	60%	2 842	40%
Guinée équatoriale	Déc 08 ^e	235	28%	604	72%
Érythrée	Déc 09	2 153	43%	2 802	57%
Éthiopie	Déc 09 ^d	90 527	45%	111 693	55%
Fidji	Nov 09	25	48%	27	52%
Gabon	Déc 09	3 492	35%	6 484	65%
Gambie		...		...
Géorgie	Déc 09	468	71%	187	29%
Ghana	Déc 09 ^d	10 477	33%	20 954	67%

Indicateur UNGASS 4
Indicateur OMD 6b

NOMBRE DÉCLARÉ D'ADULTES ET D'ENFANTS RECEVANT UN TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL

ESTIMATION DU NOMBRE D'ENFANTS AYANT BESOIN D'UN TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL BASÉE SUR LES MÉTHODES ONUSIDA/OMS, 2009^b

ESTIMATION DE LA COUVERTURE DU TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL PARMİ LES ENFANTS, DÉCEMBRE 2009^c

Mois et année du rapport	Adultes (15 ans et +)	% du total	Enfants (<15)	% du total	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Déc 09	12	100%	0	0%	...			...
Déc 09	99	87%	15	13%	...			...
Déc 09	1 429	94%	97	6%	...	<100	<500	...	36%	>95%
Déc 09	19 092	93%	1 548	8%	12 000	6 300	18 000	13%	8%	25%
Déc 08 ^e	40 041	95%	2 000	5%	...	<500	<1 000	...	>95%	>95%
Déc 09	172	96%	7	4%	...	<100	<100	...	54%	>95%
Déc 09	235	99%	3	1%	...	<100	<200	...	3%	9%
Déc 08 ^e	277	98%	6	2%	...	<100	<200	...	6%	16%
Déc 09	1 681	95%	95	5%	...	<100	<200	...	77%	>95%
Déc 09	775	91%	80	9%	...	<200	<500	...	28%	66%
Déc 09	14 266	93%	1 135	7%	2 700	1 500	4 100	41%	28%	77%
Déc 08	29	97%	1	3%	...	<100	<100	...	8%	33%
Déc 09	1 065	96%	50	4%	...	<200	<1 000	...	8%	28%
Déc 09	37	97%	1	3%	...			...
Janv 09	136 700	94%	8 490	6%	9 400	8 200	11 000	90%	76%	>95%
Déc 08 ^d	178 697	96%	7 939	4%	... ^f	8 200	12 000	...	65%	>95%
Déc 09	324	99%	3	1%	...	<100	<100	...	10%	33%
Déc 09	25 094	95%	1 354	5%	8 000	3 900	12 000	17%	11%	35%
Déc 09	16 065	91%	1 596	9%	14 000	8 500	20 000	11%	8%	19%
Déc 09	33 677	90%	3 638	10%	...	2 800	6 100	...	60%	>95%
Déc 09 ^e	73 114	96%	3 114	4%	28 000	15 000	41 000	11%	8%	20%
Déc 09	574	94%	37	6%	...			...
Déc 09	13 750	95%	724	5%	7 600	3 600	11 000	9%	6%	20%
Déc 09 ^d	31 514	98%	774	2%	12 000	6 600	19 000	6%	4%	12%
Déc 08 ^e	10 865	98%	186	2%	...	<500	<1 000	...	21%	59%
Déc 09	63 887	98%	1 594	2%	...	2 100	7 600	...	21%	74%
...	...	...	...	...	...	1 000	3 400	...	<1%	<1%
Janv 09	11	92%	1	8%	...	<100	<100	...	14%	50%
Déc 08 ^e	8 912	95%	488	5%	4 000	2 000	5 900	12%	8%	24%
Déc 08	1	100%	0	0%	...			...
Déc 09	3 003	98%	61	2%	...	<100	<200	...	33%	>95%
Déc 09	67 662	94%	4 349	6%	29 000	14 000	42 000	15%	10%	30%
Déc 09	438	99%	3	1%	...	<100	<100	...	30%	>95%
Déc 09	5 014	100%	20	0%	...	<100	<100	...	22%	59%
...	...	...	...	...	...	<100	<100	...		
Déc 08 ^e	20 470	83%	4 053	17%	... ^g	17 000	46 000	...	9%	23%
Déc 09	889	97%	24	3%	<1 000	<500	<1 000	4%	2%	8%
Déc 09	37	97%	1	3%	...			...
Déc 08 ^e	10 266	93%	782	7%	...	<1 000	2 900	...	27%	84%
Déc 09	5 131	93%	407	7%	...	<500	1 000	...	39%	>95%
Déc 09	332	92%	27	8%	...	<100	<500	...	12%	36%
Déc 09	8 048	96%	300	4%	...	1 100	1 500	...	20%	28%
Déc 09	1 618	98%	27	2%	<1 000	<500	1 500	3%	2%	7%
Déc 09	4 631	93%	324	7%	1 500	<1 000	2 400	21%	14%	45%
Déc 09	166 640	94%	9 992	6%	... ^g	27 000	74 000	...	14%	38%
Nov 09	51	98%	1	2%	...	<100	<100	...	20%	>95%
Déc 09	9 701	97%	275	3%	1 600	<1 000	2 500	17%	11%	34%
Déc 08 ^e	461	60%	309	40%	...	<500	1 300	...	25%	88%
Déc 09	627	96%	28	4%	...	<100	<100	...	62%	>95%
Déc 09	28 648	95%	1 617	5%	13 000	6 700	20 000	12%	8%	24%

A2

PERSONNES RECEVANT UN TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL DANS LES PAYS À REVENU FAIBLE OU INTERMÉDIAIRE ET ESTIMATION DU NOMBRE D'ENFANTS RECEVANT ET AYANT BESOIN D'UN TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL, ET COUVERTURE DU TRAITEMENT, 2009. PAYS À REVENU FAIBLE OU INTERMÉDIAIRE^a

NOMBRE DÉCLARÉ D'HOMMES ET DE FEMMES RECEVANT UN TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL

	Mois et année du rapport	Hommes	% du total	Femmes	% du total	
	Grenade	Déc 09	27	53%	24	47%
	Guatemala	Déc 09	5 904	57%	4 458	43%
	Guinée	Déc 09	5 850	39%	9 149	61%
	Guinée Bissau	Déc 09	840	30%	1 924	70%
	Guyana	Déc 08 ^e	1 113	45%	1 360	55%
	Haiti	Déc 09	10 871	42%	15 136	58%
	Honduras	Déc 09	3 323	47%	3 752	53%
	Hongrie	Déc 08 ^{d,e}	467	84%	86	16%
	Inde	Déc 09 ^d	168 598	59%	115 036	41%
	Indonésie	Déc 08 ^e	7 934	75%	2 682	25%
Iran (République islamique d')	Janv 10	1 198	81%	288	19%	
	Iraq	Déc 08	4	100%	0	0%
	Jamaïque	...	...	...	...
	Jordanie	Déc 08 ^e	44	76%	14	24%
	Kazakhstan	Janv 10	691	67%	344	33%
	Kenya	Sep 09 ^{d,e}	107 401	36%	190 429	64%
	Kiribati	...	...	...	...
	Kirghizistan	Janv 10	158	68%	73	32%
République démocratique populaire lao	Déc 09	722	54%	623	46%	
	Lettonie	Déc 08 ^e	240	72%	94	28%
	Liban	...	...	...	...
	Lesotho	Déc 09	22 471	36%	39 265	64%
	Libéria	Déc 09	1 079	...	1 891	...
Jamahiriya arabe libyenne	...	...	...	...	...
	Lituanie	Déc 09	113	78%	32	22%
	Madagascar	Déc 09	106	...	108	...
	Malawi	...	...	...	...
	Malaisie	...	...	...	...
	Maldives	Déc 09	3	100%	0	0%
	Mali	Déc 09	7 596	36%	13 504	64%
	Îles Marshall	Déc 09	1	25%	3	75%
	Mauritanie	Déc 09	723	52%	678	48%
	Maurice	...	...	...	...
	Mexique	Déc 09	47 384	78%	13 527	22%
Micronésie (États fédérés de)	Déc 09	2	40%	3	60%	
	Mongolie	Déc 09	1	11%	8	89%
	Monténégro	Mar 10	26	84%	5	16%
	Maroc	Déc 09	1 372	52%	1 275	48%
	Mozambique	Sep 09 ^{d,e}	43 159	37%	72 854	63%
	Myanmar	Déc 09	11 987	57%	9 151	43%
	Namibie	Sep 09 ^d	26 212	37%	44 365	63%
	Nauru	Déc 08	0	...	0	...
	Népal	Juil 09	1 928	60%	1 298	40%
	Nicaragua	Déc 09	679	64%	384	36%
	Niger	Déc 09	2 836	44%	3 609	56%
	Nigéria	Déc 09	105 122	35%	197 851	65%
	Niue	Déc 08	0	...	0	...
	Oman	Déc 08 ^e	262	64%	150	36%
	Pakistan	Déc 09	944	72%	376	28%
	Palau	Déc 09	1	33%	2	67%
	Panama	...	...	...	...

NOMBRE DÉCLARÉ D'ADULTES ET D'ENFANTS RECEVANT UN TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL

ESTIMATION DU NOMBRE D'ENFANTS AYANT BESOIN D'UN TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL BASÉE SUR LES MÉTHODES ONUSIDA/OMS, 2009^b

ESTIMATION DE LA COUVERTURE DU TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL PARMİ LES ENFANTS, DÉCEMBRE 2009^c

Mois et année du rapport	Adultes (15 ans et +)	% du total	Enfants (<15)	% du total	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Déc 09	51	94%	3	6%	...			...
Déc 09	9 594	93%	768	7%	...	<1 000	2 500	...	31%	77%
Déc 09	14 325	96%	674	4%	4 400	2 100	6 900	15%	10%	32%
Déc 09	2 646	96%	118	4%	1 100	<1 000	1 700	10%	7%	21%
Déc 08 ^e	2 308	93%	165	7%	...	<200	<500	...	73%	92%
Déc 09	24 909	96%	1 098	4%	5 700	2 700	8 600	19%	13%	41%
Déc 09	6 356	90%	719	10%	...	<1 000	1 800	...	40%	81%
Déc 08 ^e	553	99%	6	1%	...	<100	<100	...	29%	>95%
Déc 09 ^e	302 122	94%	17 952	6%	...	30 000	76 000	...	24%	59%
Déc 08 ^e	10 260	97%	356	3%	...	<1 000	2 600	...	14%	48%
Janv 10	1 432	96%	54	4%	...	<500	1 300	...	4%	14%
Déc 08	4	100%	0	0%	...			...
Déc 09	6 808	94%	436	6%	...	<500	<1 000	...	52%	>95%
Déc 08 ^e	56	97%	2	3%	...			...
Janv 10	844	82%	191	18%	...	<100	<200	...	>95%	>95%
Déc 09	308 610	92%	28 370	8%	89 000	48 000	130 000	32%	22%	59%
Déc 08	6	100%	0	0%	...			...
Janv 10	130	56%	101	44%	...	<100	<100	...	>95%	>95%
Déc 09	1 250	93%	95	7%	...	<100	<500	...	36%	>95%
Déc 09	413	94%	26	6%	...	<100	<100	...	34%	>95%
Déc 07 ^{de}	...		9		...	<100	<200	...	9%	28%
Déc 08 ^e	42 224	93%	3 038	7%	13 000	7 800	18 000	23%	17%	39%
Déc 09 ^e	2 704	91%	266	9%	2 900	1 400	4 500	9%	6%	19%
Déc 09	143	99%	2	1%	...	<100	<100	...	20%	67%
Déc 09	209	98%	5	2%	...	<500	<1 000	...	1%	2%
Déc 09	181 482	91%	17 364	9%	61 000	34 000	84 000	29%	21%	51%
Déc 08 ^e	7 696	94%	501	6%	...	<1 000	<1 000	...	88%	94%
Déc 09	3	100%	0	0%	...	<100	<100	...	0%	0%
Déc 09	19 834	94%	1 266	6%	...	2 300	7 200	...	18%	55%
Déc 09	4	100%	0	0%	...			...
Déc 09	1 359	97%	42	3%	...	<200	<500	...	9%	28%
Déc 09	...		...		...	<100	<100	...		
Déc 09	59 317	97%	1 594	3%	...	1 300	3 200	...	50%	>95%
Déc 09	5	100%	0	0%	...			...
Déc 09	9	100%	0	0%	...	<100	<100	...	0%	0%
Mar 10	30	97%	1	3%	...			...
Déc 09	2 502	95%	145	5%	...	<200	<500	...	29%	>95%
Déc 09	160 805	94%	9 393	6%	66 000	36 000	93 000	14%	10%	26%
Déc 09	19 603	93%	1 535	7%	...	1 900	4 900	...	32%	83%
Sep 09	62 310	88%	8 188	12%	9 200	7 300	13 000	89%	65%	>95%
Déc 08	0		0		...			...
Juil 09	3 048	94%	178	6%	...	<1 000	2 600	...	7%	23%
Déc 09	1 007	95%	56	5%	...	<100	<200	...	34%	79%
Déc 09	6 187	96%	258	4%	...	1 800	5 900	...	4%	15%
Déc 09	284 881	94%	18 092	6%	180 000	94 000	270 000	10%	7%	19%
Déc 08	0		0		...			...
Déc 09	460	95%	26	5%	...	<100	<100	...	>95%	>95%
Déc 09	1 263	96%	57	4%	...	<1 000	2 300	...	2%	8%
Déc 09	3	100%	0	0%	...			...
Déc 09	4 207	94%	256	6%	...	<500	<500	...	79%	>95%

A2

PERSONNES RECEVANT UN TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL DANS LES PAYS À REVENU FAIBLE OU INTERMÉDIAIRE ET ESTIMATION DU NOMBRE D'ENFANTS RECEVANT ET AYANT BESOIN D'UN TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL, ET COUVERTURE DU TRAITEMENT, 2009. PAYS À REVENU FAIBLE OU INTERMÉDIAIRE^a

NOMBRE DÉCLARÉ D'HOMMES ET DE FEMMES RECEVANT UN TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL

	Mois et année du rapport	Hommes	% du total	Femmes	% du total	
	Papouasie-Nouvelle-Guinée	Déc 09	2 936	43%	3 815	57%
	Paraguay	Déc 08 ^d	1 022	69%	461	31%
	Pérou	Déc 09	10 346	70%	4 434	30%
	Philippines	Déc 09	726	97%	24	3%
	Pologne	Déc 09	3 130	72%	1 199	28%
	République de Moldavie	Déc 09	571	58%	413	42%
	Roumanie	Déc 09	3 538	49%	3 706	51%
	Fédération de Russie		...		...
	Rwanda	Déc 09	29 795	39%	46 931	61%
	Saint-Kitts-et-Nevis		...		...
	Sainte-Lucie	Déc 09	59	48%	65	52%
	Saint-Vincent-et-les-Grenadines	Déc 09	87	54%	75	46%
	Samoa		...		...
	Sao Tomé-et-Principe	Déc 09	62	37%	107	63%
	Sénégal	Déc 09	4 427	36%	7 822	64%
	Serbie	Déc 09	598	76%	192	24%
	Seychelles	Déc 09	78	56%	61	44%
	Sierra Leone	Nov 08 ^{d,e}	1 542	37%	2 680	63%
	Slovaquie	Déc 08	70	72%	27	28%
	Iles Salomon	Déc 09	1	25%	3	75%
	Somalie		...		...
	Afrique du Sud	Oct 09 ^d	349 967	35%	649 939	65%
	Sri Lanka	Déc 09	120	58%	87	42%
	Soudan	Déc 09 ^{d,h}	1 141	57%	855	43%
	Suriname		...		...
	Swaziland	Déc 09	17 300	37%	29 941	63%
	Rép. arabe syrienne	Déc 09	66	67%	33	33%
	Tadjikistan	Déc 09	218	68%	104	32%
	Thaïlande		...		...
	L'Ex-République yougoslave de Macédoine	Déc 09	18	75%	6	25%
	Timor-Leste	Déc 09	15	48%	16	52%
	Togo	Déc 09	5 307	32%	11 403	68%
	Tonga		...		...
	Tunisie	Déc 09	262	64%	150	36%
	Turquie		...		...
	Turkménistan		...		...
	Tuvalu	Déc 09	1	100%	0	0%
	Ouganda	Sep 09 ^d	64 604	37%	110 763	63%
	Ukraine	Déc 09	8 356	53%	7 515	47%
	République-Unie de Tanzanie	Sep 09 ^d	70 558	36%	126 854	64%
	Uruguay		...		...
	Ouzbékistan		...		...
	Vanuatu	Déc 09	0	0%	2	100%
	Venezuela (République bolivarienne du)	Déc 09	23 338	72%	8 964	28%
	Viet Nam	Sep 09 ^{d,e}	16 854	72%	6 558	28%
	Yémen	Déc 08 ^e	123	65%	66	35%
	Zambie	Déc 09	124 189	44%	159 674	56%
	Zimbabwe	Déc 08 ^d	49 701	37%	85 625	63%

... Données non disponibles ou sans objet.

^a Classification par groupes de revenu établie par la Banque mondiale.

^b Les estimations des besoins sont basées sur les méthodes décrites dans les notes explicatives afférentes aux annexes. Les estimations pour chaque pays sont susceptibles de différer en fonction des méthodes utilisées au niveau local.

^c Les estimations de couverture sont basées sur les nombres estimés non arrondis d'enfants recevant un traitement antirétroviral et les besoins estimés non arrondis de traitement antirétroviral (sur la base de la méthode ONUSIDA/OMS). Les fourchettes des estimations de couverture sont basées sur des limites de plausibilité au niveau du dénominateur : cela correspond à des estimations basses et des estimations hautes des besoins.

^d Des estimations et des fourchettes sont fournies pour les pays ayant des épidémies généralisées ; pour les pays ayant des épidémies faibles ou concentrées, seules des fourchettes sont fournies.

^e Les dernières répartitions disponibles correspondent à des ensembles de données partielles ou globales et ne reflètent pas les données au niveau national.

^f Les dernières répartitions disponibles ne sont pas aussi récentes que les dernières données communiquées au niveau national.

^g Les estimations du nombre d'enfants ayant besoin d'un traitement antirétroviral sont actuellement contrôlées et seront ajustées, le cas échéant, en fonction de la collecte et de l'analyse permanente des données.

^h À la demande du pays, seules les fourchettes des estimations sont présentées.

ⁱ Les répartitions par sexe et par groupe d'âge n'ont été communiquées que par le nord du Soudan, il convient donc d'interpréter les données avec prudence.

NOMBRE DÉCLARÉ D'ADULTES ET D'ENFANTS RECEVANT UN TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL

ESTIMATION DU NOMBRE D'ENFANTS AYANT BESOIN D'UN TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL BASÉE SUR LES MÉTHODES ONUSIDA/OMS, 2009^b

ESTIMATION DE LA COUVERTURE DU TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL PARMIS LES ENFANTS, DÉCEMBRE 2009^c

Mois et année du rapport	Adultes (15 ans et +)	% du total	Enfants (<15)	% du total	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Déc 09	6 324	94%	427	6%	1 700	<1 000	2 600	26%	17%	49%
Déc 08 ^e	1 483	92%	130	8%	...	<200	<500	...	49%	>95%
Déc 09	14 263	97%	517	3%	...	<500	1 400	...	36%	>95%
Déc 08 ^e	521	98%	11	2%	...	<100	<200	...	8%	30%
Déc 09	4 192	97%	137	3%	...	<100	<100	...	>95%	>95%
Déc 09	950	97%	34	3%	...	<100	<100	...	45%	>95%
Déc 09	7 052	97%	192	3%	...	<500	<500	...	52%	71%
Déc 08 ^e	52 902	96%	1 998	4%	...	3 400	12 000	...	17%	60%
Déc 09	70 047	91%	6 679	9%	11 000	7 000	17 000	60%	40%	>95%
...
Déc 09	121	98%	3	2%	...	...	...	...	...	...
Déc 09	159	98%	3	2%	...	...	...	...	...	...
...
Déc 08 ^e	104	95%	5	5%	...	...	...	...	...	...
Déc 09	11 455	94%	794	6%	...	1 600	4 300	...	18%	51%
Déc 09	779	99%	11	1%	...	<100	<100	...	55%	>95%
Déc 09	130	94%	9	6%	...	...	...	...	...	...
Déc 09	3 423	94%	237	6%	1 700	<1 000	2 600	14%	9%	25%
Déc 08	97	100%	0	0%	...	<100	<100	...	0%	0%
Déc 09	4	100%	0	0%	...	...	...	...	...	...
Déc 08 ^e	404	98%	9	2%	...	<1 000	1 900	...	0%	1%
Oct 09	885 286	91%	86 270	9%	160 000	92 000	210 000	54%	41%	94%
Déc 09	196	95%	11	5%	...	<100	<100	...	34%	92%
Déc 09 ^{dh}	...	...	188	...	8 700	4 400	13 000	2% ^h	1%	4%
Déc 08 ^e	778	91%	80	9%	...	<100	<200	...	74%	>95%
Déc 09	42 469	90%	4 772	10%	6 800	4 400	9 000	70%	53%	>95%
Déc 09	91	92%	8	8%	...	...	...	...	...	...
Déc 09	313	97%	9	3%	...	<100	<200	...	5%	21%
Sep 09	208 042	96%	8 076	4%	...	7 900	11 000	...	73%	>95%
...
Déc 09	23	96%	1	4%	...	...	...	...	...	...
Déc 09	28	90%	3	10%	...	...	...	...	...	...
Déc 09	15 682	94%	1 028	6%	5 200	1 800	8 800	20%	12%	58%
Déc 08	2	100%	0	0%	...	...	...	...	...	...
Déc 09	400	97%	12	3%	...	<100	<100	...	35%	86%
Déc 07 ^{de}	...	...	9	...	...	<100	<100	...	10%	21%
...
Déc 09	1	100%	0	0%	...	...	...	...	...	...
Sep 08	187 000	93%	13 413	7%	76 000	41 000	110 000	18%	12%	33%
Déc 09	14 151	89%	1 720	11%	...	1 500	2 500	...	69%	>95%
...
Déc 08	186 591	94%	12 822	6%	75 000	38 000	110 000	17%	11%	34%
Déc 06	2 350	94%	160	6%	...	<100	<200	...	81%	>95%
Déc 07 ^{de}	...	...	225	...	...^f	...	...	...	...	...
Déc 09	1	50%	1	50%	...	...	...	...	...	...
...
Déc 09	31 518	98%	784	2%	... ^f	...	...	...	...	...
Déc 09	36 008	95%	1 987	5%	...	1 700	3 700	...	54%	>95%
Déc 08 ^e	265	97%	9	3%	...	...	...	...	...	...
Déc 09	262 743	93%	21 120	7%	59 000	32 000	82 000	36%	26%	65%
Fév 10	197 068	90%	21 521	10%	71 000	43 000	95 000	30%	23%	50%

A2

POURCENTAGE D'ADULTES ET D'ENFANTS SÉROPOSITIFS DONT ON SAIT QU'ILS SONT TOUJOURS SOUS TRAITEMENT 12 MOIS APRÈS LE DÉBUT DE LA THÉRAPIE ANTIRÉTROVIRALE¹

	2005				
	Hommes	Femmes	Deux sexes		Total
			<15	15+	
Albanie					
Algérie					
Angola					
Antigua-et-Barbuda					
Argentine					
Arménie					
Autriche					
Azerbaïdjan					
Bahamas					
Bangladesh					
Barbade	93	94			93
Bélarus					
Belize					
Bénin					
Bolivie					
Bosnie-Herzégovine					
Botswana			92		
Brésil					
Brunei Darussalam					
Bulgarie					
Burkina Faso					
Burundi					
Cambodge					
Cameroun					
Cap-Vert					
République centrafricaine					
Tchad					
Chili					
Chine					
Colombie					
Comores					
Costa Rica					
Côte d'Ivoire					
Croatie					
Cuba					
Chypre					
République démocratique du Congo					
Djibouti					
Dominique					
République dominicaine					
Équateur					
Égypte					
El Salvador					
Guinée équatoriale					
Érythrée					
Éthiopie	90	86			89
Fidji					
Finlande					
Gabon					
Gambie					
Géorgie	85	100			88
Allemagne					
Ghana					
Grèce					

Indicateur UNGASS 24

2007

2009

Hommes	Femmes	Deux sexes		Total	Hommes	Femmes	Deux sexes		Total
		<15	15+				<15	15+	
									89
									98
					59	62	73	61	61
53	57			55 ²					78
				90					
80	100		84	84	77	75		77	77
					90	90			90
57	43		86	86 ³	72	94		77	77
68	71	90	68	70	83	98	30	97	91
									90
93	96		95	95	89	89	100	88	89
74	77	97	74	75	78	79	100	77	78
									76
				73	87	88	98	87	88
97	96	100	97	97	81	75	75	79	79
				100 ³					72
82	86			85 ⁴					91
					98	99	99	99	99
					67			67	67
89	93	33	97	91	91	86		90	90
77	71	77	73	73	87	80	86	82	83
77	82	77	81	80	88	91	88	90	90
		94	87	88			94	87	87
96	96	97	96	96	90	93	97	92	92
93	86	100	88	89			92	88	88
85	85	89	85	85					81
					38	54	14	50	47
				89					94
84	91	96	85	85	81	86	86	82	82
				76					
40	60	0	100	100 ³	100	100	100	100	100
				91					94
86	91	82	90	89					67
100	88	0	97	97	89	100		89	89
96	96	100	96	96	93	98	100	94	94
									11
66	72	62	70	70					77
				82	78	77		77	77
					100	100		100	100
		89	90	90					83
									95
							95	74	75
				85			87	95	90
									70
				93					
				70					72 ⁸
		100	78	79	96	93		83	83
				90					95
50	62	63	58	58	83	88	50	87	86
				92					
71	86	75	71	75 ⁵	79	87	82	81	81
77	80			78					79
									90
95	96	100	95	96	97	98	100	97	97

A2

POURCENTAGE D'ADULTES ET D'ENFANTS SÉROPOSITIFS DONT ON SAIT QU'ILS SONT TOUJOURS SOUS TRAITEMENT 12 MOIS APRÈS LE DÉBUT DE LA THÉRAPIE ANTIRÉTROVIRALE¹

	2005				
	Hommes	Femmes	Deux sexes		Total
			<15	15+	
Grenade					
Guatemala					
Guinée					
Guinée-Bissau					
Guyana					
Haiti					
Honduras					
Hongrie					
Inde					
Indonésie					
Iran (Rép. islamique d')					
Jamaïque					
Japon					
Jordanie					
Kazakhstan					
Kenya					
Koweït					
Kirghizistan					
République démocratique populaire lao					
Liban					
Lesotho					82
Lituanie					
Luxembourg					
Madagascar					100
Malawi					83
Malaisie					
Maldives					
Mali					
Îles Marshall					
Mauritanie					
Maurice					
Mexique					
Micronésie (États fédérés de)					
République de Moldavie					
Mongolie					
Monténégro					
Maroc					
Mozambique					
Myanmar					
Namibie					91 ²
Népal					
Nouvelle-Zélande					
Nicaragua					
Niger					
Nigéria					98 ⁶
Oman					
Pakistan					
Palau					
Panama					
Papouasie-Nouvelle-Guinée					
Paraguay					
Pérou					
Philippines					

2007

2009

Hommes	Femmes	Deux sexes		Total	Hommes	Femmes	Deux sexes		Total
		<15	15+				<15	15+	
83	100	100	83	88	56	67	100	50	60
				91	82	83	90	82	83
					75	79	19	81	78 ⁷
				62	81	85	65	84	84
70	78	97	73	75	70	75	65	73	72
				84					
				91	76	81	95	78	79
99	98	83	99	99	99	99	100	99	99
				80					89
									65 ⁸
78	79	75	78	78	69	72	68	70	70
			88	88					92
				100					99 ⁸
				98	95	100	100	95	96
72	61	8	73	68	73	80	100	69	75
				87					80 ⁷
					100	100	0	100	100
70	57	100	66	68	67	85	82	66	73
90	90	93	90	90	93	97	100	95	95
				100					100
74	75	79	73	74					81
54	71		58	58	83	100		88	88
					87	89		89	89
					94	97	100	95	95
				69			79	79	79 ⁸
				87					87
					100			100	100
72	72	72	72	72					72
	100		100	100 ³	50	50		50	50
				92	92	97	93	95	95
84	90		85	85	94	85		93	93
					88	89	35	96	88
					100	100		100	100
82	93	88	87	87	90	85	100	88	88
67			67	67 ³	100			100	100
75	20		60	60 ³	83	50		75	75 ⁸
				93	89	93	100	91	91
				97					
					90	85	94	87	88
		82	69	71			80	80	80
				85	88	94	98	90	91
				98					98 ⁸
				100					67
		36	47	47	95	95	67	96	95
		92	95	95	67	72	70	70	70
					84	79	100	83	83
				87					
100	100		100	100 ³					38
				96			94	76	77
67	56	10	67	61	91	91	67	91	82
30	14	6	44	49					85
85	87	95	85	85			82	87	86
96	96		96	96					90

A2

POURCENTAGE D'ADULTES ET D'ENFANTS SÉROPOSITIFS DONT ON SAIT QU'ILS SONT TOUJOURS SOUS TRAITEMENT 12 MOIS APRÈS LE DÉBUT DE LA THÉRAPIE ANTIRÉTROVIRALE¹

	2005				Total
	Hommes	Femmes	Deux sexes		
			<15	15+	
Portugal					
Qatar					
Roumanie					
Fédération de Russie					
Rwanda					
Saint-Kitts-et-Nevis					
Sainte-Lucie					80
Saint-Vincent-et-les-Grenadines					
Sao Tomé-et-Principe					
Sénégal					
Seychelles					
Sierra Leone					
Slovaquie					
Îles Salomon					
Somalie					
Afrique du Sud					
Sri Lanka					
Soudan					
Suriname					
Swaziland					
Suède					
Suisse					
Rép. arabe syrienne					
Tadjikistan					
Thaïlande					
L'Ex-République yougoslave de Macédoine					
Timor-Leste					
Togo					
Trinité-et-Tobago					
Tunisie					
Turquie					
Tuvalu					
Ouganda					
Ukraine	69	75	70	100	72
Émirats arabes unis					
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord					
République-Unie de Tanzanie					
Uruguay					
Ouzbékistan					
Venezuela					
Viet Nam					
Zambie					
Zimbabwe					

¹ Les valeurs représentent 1 cohorte avec une survie minimum de 12 mois, les patients perdus de vue au niveau du suivi et les décès sont inclus dans le dénominateur, sauf indication contraire.

² Représente le total de la survie.

³ Représente <10 personnes vivantes et toujours sous traitement antirétroviral au cours des 12 derniers mois.

⁵ Représente 2006.

⁶ Représente 8 mois de survie.

⁷ Représente 2007.

⁸ Reflète une survie supérieure à 12 mois.

2007

Hommes	Femmes	Deux sexes		Total
		<15	15+	
				84
				100
				93
				79
				91
				95 ^a
				100
				100
100	97	100	98	98
				100
43	80	50	63	62
65	82	100	74	75
79	94			89
62	43	100	53	55
				81
				84
				89
				100
				100
				72
				53
				64
				96
				86
				93
				57
				80
				57
63	65	65	64	64
				57
				63
				62
				77
				77
				99
				99
				99
92	84		89	89
				100
				100
55	61		57	57
85	85	88	85	85
				54
				71
				78
				93
				90
				85
				85 ^a
43	50		44	44 ³
				71
				100
				78
				78
				90
				90
				90
				9
				77
				86
93	90			92
				100
				96
				96 ^a
26	16	3	24	23
				100
				100
				88
				86
				85
73	83	91	76	78
				88
				86
				85
				99
				99
				89
				89
				89
				65
				74
				87
				87
				84
				80
				81
				84
				84
				86
				80
				87
				87
				84
				84
				93
				81
				84
				84
87	90	93	81	82
				81
				84
				84
				92
				88
				88
				93
				72
				77
				75

2009

Hommes	Femmes	Deux sexes		Total
		<15	15+	
				84
				100
				100
				93
				79
				91
				95 ^a
				100
				100
100	97	100	98	98
				100
43	80	50	63	62
65	82	100	74	75
79	94			89
62	43	100	53	55
				81
				84
				89
				100
				100
				72
				53
				64
				96
				86
				93
				57
				80
				57
				63
				62
				77
				77
				99
				99
				99
92	84		89	89
				100
				100
55	61		57	57
85	85	88	85	85
				54
				71
				78
				93
				90
				85
				85 ^a
43	50		44	44 ³
				71
				100
				78
				78
				90
				90
				90
				9
				77
				86
93	90			92
				100
				96
				96 ^a
26	16	3	24	23
				100
				100
				88
				86
				85
				99
				99
				89
				89
				89
				65
				74
				87
				87
				84
				80
				81
				84
				84
				86
				80
				87
				87
				84
				84
				93
				81
				84
				84
87	90	92	88	88
				88
				92
				88
				93
				72
				77
				75

A2

**PRÉVENTION DE LA
TRANSMISSION MÈRE-ENFANT
DU VIH DANS LES PAYS À
REVENU FAIBLE OU
INTERMÉDIAIRE, 2009^a**

**NOMBRE DE FEMMES
ENCEINTES VIVANT
AVEC LE VIH AYANT
REÇU DES ANTIRE-
TROVIRAUX POUR
PRÉVENIR LE RISQUE
DE TRANSMISSION
MÈRE-ENFANT**

		PÉRIODE
Afghanistan	...	
Albanie	...	
Algérie	65	Janv 09–Déc 09
Angola	3 053	Janv 09–Déc 09
Argentine	2 039	Janv 08–Déc 08
Arménie	13	Janv 09–Déc 09
Azerbaïdjan	11	Janv 09–Déc 09
Bangladesh	7	Janv 08–Déc 08
Bélarus	194	Janv 09–Déc 09
Belize	63	Janv 09–Déc 09
Bénin	1 703	Janv 09–Déc 09
Bhoutan	19	Janv 08–Déc 08
Bolivie (État pluri- national de)	105	Janv 09–Déc 09
Bosnie-Herzégovine	1	Janv 08–Déc 08
Botswana	12 406	Janv 09–Déc 09
Bésil	5 988	Janv 09–Déc 09
Bulgarie	9	Janv 09–Déc 09
Burkina Faso	2 084	Janv 09–Déc 09
Burundi	1 837	Janv 09–Déc 09
Cambodge	798	Janv 09–Déc 09
Cameroun	9 092	Janv 09–Déc 09
Cap-Vert	61	Janv 09–Déc 09
République centrafricaine	2 157	Janv 09–Déc 09
Tchad	989	Janv 09–Déc 09
Chili	121	Janv 09–Déc 09
Chine	1 554	Janv 09–Déc 09
Colombie	519	Janv 09–Déc 09
Comores	1	Janv 09–Déc 09
Congo	441	Janv 09–Déc 09
Îles Cook	...	
Costa Rica	31	Janv 08–Déc 08
Côte d'Ivoire	11 064	Janv 09–Déc 09
Croatie	2	Janv 09–Déc 09
Cuba	50	Janv 09–Déc 09
République populaire démocratique de Corée	...	
République démocra- tique du Congo	2 232	Janv 09–Déc 09
Djibouti	63	Janv 09–Déc 09
Dominique	2	Janv 09–Déc 09
République dominicaine	949	Janv 09–Déc 09
Équateur	477	Janv 09–Déc 09
Égypte	11	Janv 09–Déc 09
El Salvador	170	Janv 08–Déc 08
Guinée équatoriale	365	Janv 09–Déc 09
Érythrée	464	Janv 09–Déc 09
Éthiopie	6 721	Janv 09–Déc 09
Fidji	5	Janv 09–Nov 09
Gabon	577	Janv 09–Déc 09
Gambie	885	Janv 09–Sep 09
Géorgie	12	Janv 09–Déc 09
Ghana	3 643	Janv 09–Déc 09

Indicateur UNGASS 5

ESTIMATION DU NOMBRE DE FEMMES ENCEINTEES VIVANT AVEC LE VIH AYANT BESOIN D'ANTIRETROVIRAUX POUR PREVENIR LE RISQUE DE TRANSMISSION MERE-ENFANT BASEE SUR LES METHODES ONUSIDA/OMS^a

POURCENTAGE ESTIME DE FEMMES ENCEINTEES VIVANT AVEC LE VIH AYANT RECU DES ANTIRETROVIRAUX POUR PREVENIR LE RISQUE DE TRANSMISSION MERE-ENFANT^c

Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
...			...		
...			...		
...	<200	<500	...	14%	59%
16 000	8 400	25 000	19%	12%	36%
...	<1 000	2 400	...	86%	>95%
...	<100	<100	...	65%	>95%
...	<100	<500	...	5%	17%
...	<100	<200	...	4%	13%
...	<100	<500	...	>95%	>95%
...	<200	<500	...	22%	61%
3 700	1 900	5 800	46%	29%	92%
...	<100	<100	...	95%	>95%
...	<200	<500	...	22%	83%
...			...		
13 000	6 900	17 000	>95%	74%	>95%
...	3 700	12 000	...	49%	>95%
...	<100	<100	...	23%	82%
6 500	3 500	11 000	32%	19%	60%
15 000	8 400	21 000	12%	9%	22%
...	<1 000	3 000	...	26%	>95%
34 000	18 000	50 000	27%	18%	50%
...			...		
6 300	3 200	9 500	34%	23%	67%
16 000	8 300	29 000	6%	3%	12%
...	<500	<1 000	...	15%	55%
...	2 600	11 000	...	14%	59%
...	<1 000	3 900	...	13%	55%
...	<100	<100	...	10%	33%
3 800	1 900	5 600	12%	8%	23%
...			...		
...	<100	<200	...	17%	53%
20 000	10 000	31 000	54%	36%	>95%
...	<100	<100	...	15%	67%
...	<100	<200	...	39%	>95%
...	<100	<100	...		
... ^d	20 000	54 000	...	4%	11%
<1 000	<500	1 000	10%	6%	21%
...			...		
...	<1 000	3 000	...	32%	95%
...	<500	<1 000	...	48%	>95%
...	<200	<500	...	3%	10%
...	<500	<1 000	...	19%	71%
1 400	<1 000	2 300	26%	16%	50%
1 400	<1 000	2 200	34%	21%	71%
... ^d	17 000	51 000	...	13%	40%
...	<100	<100	...	28%	>95%
1 900	<1 000	2 900	30%	20%	60%
...	<1 000	2 000	...	43%	>95%
...	<100	<100	...	19%	86%
13 000	6 900	20 000	27%	18%	53%

**PRÉVENTION DE LA
TRANSMISSION MÈRE-ENFANT
DU VIH DANS LES PAYS À
REVENU FAIBLE OU
INTERMÉDIAIRE, 2009^a**

**NOMBRE DE FEMMES
ENCEINTES VIVANT
AVEC LE VIH AYANT
REÇU DES ANTIRE-
TROVIRAUX POUR
PRÉVENIR LE RISQUE
DE TRANSMISSION
MÈRE-ENFANT**

		PÉRIODE
Grenade	2	Janv 09–Déc 09
Guatemala	440	Janv 09–Déc 09
Guinée	783	Janv 09–Déc 09
Guinée Bissau	383	Janv 09–Déc 09
Guyana	183	Janv 09–Déc 09
Haiti	2 960	Janv 09–Déc 09
Honduras	255	Janv 09–Déc 09
Hongrie	5	Janv 09–Déc 09
Inde	11 319	Janv 09–Déc 09
Indonésie	196	Janv 08–Déc 08
Iran (Rép. islamique d')	25	Mar 08–Fév 09
Iraq	0	Janv 08–Déc 08
Jamaïque	379	Janv 09–Déc 09
Jordanie	0	Janv 09–Déc 09
Kazakhstan	193	Janv 09–Déc 09
Kenya	58 591	Janv 09–Déc 09
Kiribati	0	Janv 08–Déc 08
Kirghizistan	58	Janv 09–Déc 09
République démocra- tique populaire lao	24	Janv 09–Déc 09
Lettonie	56	Janv 09–Déc 09
Liban	...	
Lesotho	8 846	Janv 09–Déc 09
Libéria	377	Janv 09–Déc 09
Jamahiriya arabe libyenne	...	
Lituanie	12	Janv 09–Déc 09
Madagascar	17	Janv 09–Déc 09
Malawi	33 156	Janv 09–Déc 09
Malaisie	300	Janv 09–Déc 09
Maldives	0	Janv 09–Déc 09
Mali	1 710	Janv 09–Déc 09
Îles Marshall	1	Oct 08–Sep 09
Mauritanie	68	Janv 09–Déc 09
Maurice	41	Janv 09–Déc 09
Mexique	124	Janv 09–Déc 09
Micronésie (États fédérés de)	...	
Mongolie	1	Janv 09–Déc 09
Monténégro	0	Janv 09–Déc 09
Maroc	90	Janv 09–Déc 09
Mozambique	68 248	Janv 09–Déc 09
Myanmar	2 398	Janv 09–Déc 09
Namibie	6 744	Avr 08–Mar 09
Nauru	...	
Népal	56	Juil 08–Juin 09
Nicaragua	91	Janv 09–Déc 09
Niger	1 737	Janv 09–Déc 09
Nigéria	44 723	Janv 09–Déc 09
Niue	...	
Oman	9	Janv 09–Déc 09
Pakistan	25	Janv 09–Déc 09
Palau	...	

ESTIMATION DU NOMBRE DE FEMMES ENCEINTEES VIVANT AVEC LE VIH AYANT BESOIN D'ANTIRETROVIRAUX POUR PREVENIR LE RISQUE DE TRANSMISSION MERE-ENFANT BASEE SUR LES METHODES ONUSIDA/OMS^a

POURCENTAGE ESTIME DE FEMMES ENCEINTEES VIVANT AVEC LE VIH AYANT RECU DES ANTIRETROVIRAUX POUR PREVENIR LE RISQUE DE TRANSMISSION MERE-ENFANT^c

Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
...			...		
...	<1 000	2 900	...	15%	56%
4 600	2 300	7 200	17%	11%	34%
1 600	<1 000	2 400	24%	16%	49%
...	<100	<500	...	88%	>95%
5 000	2 600	7 500	60%	39%	>95%
...	<500	1 300	...	20%	82%
...	<100	<100	...	14%	63%
...	23 000	65 000	...	17%	48%
...	1 100	4 600	...	4%	17%
...	<500	1 300	...	2%	7%
...			...		
...	<200	<1 000	...	46%	>95%
...			...		
...	<200	<1 000	...	38%	>95%
81 000	41 000	120 000	73%	50%	>95%
...			...		
...	<100	<500	...	23%	>95%
...	<200	<500	...	5%	20%
...	<100	<200	...	52%	>95%
...	<100	<100	...		
14 000	8 400	18 000	64%	48%	>95%
2 400	1 100	3 700	16%	10%	33%
...			...		
...	<100	<100	...	92%	>95%
...	<500	1 100	...	1%	5%
57 000	31 000	83 000	58%	40%	>95%
...	<100	<1 000	...	55%	>95%
...	<100	<100	...	0%	0%
...	2 100	6 700	...	26%	82%
...			...		
...	<200	<1 000	...	12%	37%
...	<100	<200	...	33%	>95%
...	1 500	4 500	...	3% ^e	9%
...			...		
...	<100	<100	...	10%	33%
...			...		
...	<200	<1 000	...	13%	49%
97 000	53 000	130 000	70%	51%	>95%
...	1 800	5 600	...	43%	>95%
7 700	4 100	11 000	88%	61%	>95%
...			...		
...	<1 000	2 100	...	3%	10%
...	<100	<500	...	45%	>95%
...	2 300	7 000	...	25%	74%
210 000	110 000	300 000	22%	15%	42%
...			...		
...	<100	<100	...	29%	>95%
...	1 000	3 700	...	1%	2%
...			...		

**PRÉVENTION DE LA
TRANSMISSION MÈRE-ENFANT
DU VIH DANS LES PAYS À
REVENU FAIBLE OU
INTERMÉDIAIRE, 2009^a**

**NOMBRE DE FEMMES
ENCEINTES VIVANT
AVEC LE VIH AYANT
REÇU DES ANTIRE-
TROVIRAUX POUR
PRÉVENIR LE RISQUE
DE TRANSMISSION
MÈRE-ENFANT**

		PÉRIODE
Panama	118	Janv 09–Déc 09
Papouasie-Nouvelle-Guinée	263	Janv 09–Déc 09
Paraguay	148	Janv 09–Déc 09
Pérou	550	Janv 09–Déc 09
Philippines	3	Janv 09–Déc 09
Pologne	81	Janv 09–Déc 09
République de Moldavie	109	Janv 09–Déc 09
Roumanie	152	Janv 09–Déc 09
Fédération de Russie	9 380	Janv 09–Déc 09
Rwanda	7 030	Janv 09–Déc 09
Saint-Kitts-et-Nevis	1	Janv 09–Déc 09
Sainte-Lucie	6	Janv 09–Déc 09
Saint-Vincent-et-les-Grenadines	14	Janv 09–Déc 09
Samoa	...	
Sao Tomé-et-Principe	11	Janv 09–Déc 09
Sénégal	917	Janv 09–Déc 09
Serbie	2	Janv 08–Déc 08
Seychelles	12	Janv 09–Déc 09
Sierra Leone	637	Janv 09–Déc 09
Slovaquie	2	Janv 09–Déc 09
Îles Salomon	1	Janv 09–Déc 09
Somalie	0	Janv 09–Déc 09
Afrique du Sud	188 200	Janv 09–Déc 09
Sri Lanka	4	Janv 09–Déc 09
Soudan	245	Janv 09–Déc 09
Suriname	83	Janv 08–Déc 08
Swaziland	8 182	Janv 09–Déc 09
République arabe syrienne	2	Janv 09–Déc 09
Tadjikistan	25	Janv 09–Déc 09
Thaïlande	5 457	Oct 08–Sep 09
L'Ex-République yougoslave de Macédoine	0	Janv 09–Déc 09
Timor-Leste	1	Janv 08–Déc 08
Togo	1 451	Janv 09–Déc 09
Tonga	...	
Tunisie	3	Janv 09–Déc 09
Turquie	4	Janv 06–Déc 06
Turkménistan	...	
Tuvalu	...	
Ouganda	46 948	Janv 09–Déc 09
Ukraine	3 645	Janv 09–Déc 09
République-Unie de Tanzanie	58 833	Janv 09–Déc 09
Uruguay	70	Janv 08–Déc 08
Ouzbékistan	304	Janv 09–Déc 09
Vanuatu	...	
Venezuela (République bolivarienne du)	233	Janv 09–Déc 09
Viet Nam	1 372	Janv 09–Déc 09
Yémen	13	Janv 09–Déc 09
Zambie	47 175	Janv 09–Déc 09
Zimbabwe	28 208	Janv 09–Déc 09

^a Classification par groupes de revenu établie par la Banque mondiale.

^b Les estimations des besoins sont basées sur les méthodes décrites dans les notes explicatives afférentes aux annexes. Les estimations pour chaque pays sont susceptibles de différer en fonction des méthodes utilisées au niveau local.

^c Les estimations de couverture sont basées sur les estimations du nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH recevant des antirétroviraux et les besoins estimés non arrondis d'antirétroviraux (sur la base des méthodes de l'ONUSIDA/OMS). Les fourchettes des estimations de couverture sont basées sur des limites de plausibilité au niveau du dénominateur : cela correspond à des estimations basses et des estimations hautes des besoins. Des estimations et des fourchettes sont fournies pour les pays ayant des épidémies généralisées ; pour les pays ayant des épidémies faibles ou concentrées, seules des fourchettes sont fournies.

^d Les données sont susceptibles d'inclure des doubles comptages.

^e Le chiffre pour le Mexique indique la proportion de femmes dont la numération de CD4 est supérieure à 350 qui ont eu recours à des services de traitement antirétroviral pour la PTME proposés par le Secretaria de Salud, en pourcentage de l'ensemble des femmes enceintes vivant avec le VIH.

ESTIMATION DU NOMBRE DE FEMMES ENCEINTES VIVANT AVEC LE VIH AYANT BESOIN D'ANTIRETROVIRAUX POUR PRÉVENIR LE RISQUE DE TRANSMISSION MÈRE-ENFANT BASEE SUR LES METHODES ONUSIDA/OMS^a

POURCENTAGE ESTIMÉ DE FEMMES ENCEINTES VIVANT AVEC LE VIH AYANT REÇU DES ANTIRETROVIRAUX POUR PRÉVENIR LE RISQUE DE TRANSMISSION MÈRE-ENFANT^c

Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
...	<200	<1 000	...	19%	>95%
2 000	<1 000	3 000	13%	9%	27%
...	<200	<500	...	38%	>95%
...	<500	1 700	...	33%	>95%
...	<100	<500	...	1%	4%
...	<100	<500	...	27%	>95%
...	<100	<200	...	71%	>95%
...	<100	<500	...	76%	>95%
...	5 100	16 000	...	57%	>95%
11 000	5 400	16 000	65%	43%	>95%
...			...		
...			...		
...			...		
...			...		
...	2 000	5 900	...	16%	45%
...	<100	<100	...	3%	10%
...			...		
3 300	1 800	5 100	19%	12%	36%
...	<100	<100	...	50%	>95%
...			...		
...	1 000	3 700	...	0%	0%
210 000	120 000	290 000	88%	66%	>95%
...	<100	<100	...	9%	31%
14 000	7 300	22 000	2%	1%	3%
...	<100	<200	...	82%	>95%
9 300	5 700	12 000	88%	68%	>95%
...			...		
...	<100	<500	...	9%	36%
...	4 900	8 300	...	66%	>95%
...			...		
...			...		
5 600	2 200	9 400	26%	15%	67%
...			...		
...	<100	<100	...	6%	25%
...	<100	<200	...	3%	13%
...			...		
...			...		
88 000	48 000	130 000	53%	37%	>95%
...	1 200	4 800	...	76%	>95%
84 000	45 000	120 000	70%	48%	>95%
...	<100	<500	...	31%	>95%
... ^d			...		
...			...		
... ^d			...		
...	1 700	4 700	...	29%	79%
...			...		
68 000	37 000	94 000	69%	50%	>95%
50 000	28 000	69 000	56%	41%	>95%

A2

DÉPISTAGE DU VIH CHEZ LES MÈRES ET LES NOURRISSONS, ET PROPHYLAXIE POUR LES NOURRISSONS, DANS LES PAYS À REVENU FAIBLE OU INTERMÉDIAIRE^a

FEMMES ENCEINTES SOUMISES À UN DÉPISTAGE DU VIH

	Nombre déclaré	Couverture estimée
Afghanistan	...	
Albanie	...	
Algérie	...	
Angola	203 463	26%
Argentine	598 123 ^d	87%
Arménie	40 679	86%
Azerbaïdjan	172 153 ^d	>95%
Bangladesh	91	<1%
Bélarus	150 186 ^e	>95%
Belize	6 310	85%
Bénin	171 532 ^f	49%
Bhoutan	...	
Bolivie (État plurinational de)	73 369	28%
Bosnie-Herzégovine	1 012	3%
Botswana	44 386 ^h	93%
Brésil	2 381 280 ^d	79%
Bulgarie	...	
Burkina Faso	310 583	42%
Burundi	113 053	40%
Cambodge	153 884	42%
Cameroun	291 473	41%
Cap-Vert	8 500	71%
République centrafricaine	43 775	28%
Tchad	32 119	6%
Chili	144 772	57%
Chine	3 741 337 ^k	20%
Colombie	353 764	39%
Comores	1 034	5%
Congo	28 699	23%
Iles Cook	...	
Costa Rica	...	
Côte d'Ivoire	342 698	47%
Croatie	...	
Cuba	122 611 ^e	>95%
République populaire démocratique de Corée	...	
République démocratique du Congo	253 297	9%
Djibouti	9 371	39%
Dominique	947	...
République dominicaine	114 046	51%
Équateur	286 211 ^e	>95%
Égypte	1 750 ^g	<1%
El Salvador	65 712	53%
Guinée équatoriale	16 228	63%
Érythrée	46 544 ^d	25%
Éthiopie	488 554	16%
Fidji	9 041 ^d	52%
Gabon	9 321	23%
Gambie	31 071	50%
Géorgie	58 769 ^d	>95%
Ghana	388 254	51%

Données supplémentaires reçues de l'Organisation mondiale de la Santé, obtenue dans le cadre du suivi des progrès en direction de l'accès universel dans le secteur de la santé

NOURRISSONS NÉS DE FEMMES SÉROPOSITIVES RECEVANT DES ANTIRÉTROVIRAUX POUR PRÉVENIR LE RISQUE DE TRANSMISSION MÈRE-ENFANT		NOURRISSONS NÉS DES FEMMES SÉROPOSITIVES RECEVANT UN TRAITEMENT AU CO-TRIMOXAZOLE DANS LES DEUX MOIS SUIVANT LEUR NAISSANCE		NOURRISSONS NÉS DE FEMMES SÉROPOSITIVES SOUMIS À UN TEST VIROLOGIQUE À L'ÂGE DE DEUX MOIS	
Nombre déclaré	Couverture estimée	Nombre déclaré	Couverture estimée	Nombre déclaré	Couverture estimée
...		
...		
...		
2 435	15%	2 435	15%	...	
2 280 ^d	>95%	2 160 ^d	>95%	...	
9	75%	2	17%	0	0%
14 ^d	11%	13 ^d	10%	15 ^d	12%
12	12%	16	16%	...	
195	>95%	148	>95%	192	>95%
51	26%	...		53	27%
1 473	39%	1 473	39%	...	
13 ^d	>95%	7 ^d	58%	...	
28 ^g	10%	27 ^d	10%	23 ^d	8%
0	...	0	...	0	...
14 073 ⁱ	>95%	8 232 ^j	65%	...	
7 511 ^d	>95%	...		2 306 ^d	32%
...		
2 140	33%	1 815	28%	199	3%
1 332	9%	1 332	9%	...	
730	45%	203 ^g	12%	...	
8 378	25%	8 378	25%	8 940	26%
67	...	67	...	67	...
1 380	22%	887	14%	40	1%
676	4%	676	4%	...	
...		
1 701	28%	...		...
248	12%	...		83	4%
1	17%	1	17%	0	0%
615	16%	548	15%	444	12%
...		
38	33%	44	38%	44	38%
6 696	33%	...		...
...		
0	0%	1 ^g	1%	50	67%
...		
2 232	6%	396	1%	...	
36 ^d	6%	22	4%	...	
1	...	1	...	1	...
1 133	59%	...		391 ^d	20%
315	56%	...		5	1%
2 ^g	1%	...		5 ^g	3%
216	42%	176	34%	...	
164	11%	...		...
424 ^d	31%	225 ^d	17%	...	
5 025	15%	1 076	3%	1 375	4%
1 ^d	10%	2 ^d	20%	1 ^d	10%
312	16%	219 ^d	12%	...	
230	20%	99	8%	...	
19 ^d	58%	19 ^d	58%	19 ^d	58%
1 730 ^m	13%	...		...

DÉPISTAGE DU VIH CHEZ LES MÈRES ET LES NOURRISSONS, ET PROPHYLAXIE POUR LES NOURRISSONS, DANS LES PAYS À REVENU FAIBLE OU INTERMÉDIAIRE^a

FEMMES ENCEINTES SOUMISES À UN DÉPISTAGE DU VIH

	Nombre déclaré	Couverture estimée
Grenade	1 229	60%
Guatemala	102 957	23%
Guinée	39 893	10%
Guinée Bissau	13 864 ^o	21%
Guyana	14 283 ^e	>95%
Haiti	154 835	57%
Honduras	103 562	51%
Hongrie	8 357 ^d	8%
Inde	5 717 819	21%
Indonésie	10 026	<1%
Iran (Rép. islamique d')	158 ^a	<1%
Iraq	1 550 ^d	<1%
Jamaïque	28 659 ^d	55%
Jordanie	0	0%
Kazakhstan	434 548 ^e	>95%
Kenya	961 990	63%
Kiribati	1 159	...
Kirghizistan	171 480 ^e	>95%
République démocratique populaire lao	3 094	2%
Lettonie	20 608	88%
Liban	...	...
Lesotho	29 626	50%
Libéria	32 659	22%
Jamahiriya arabe libyenne	...	...
Lituanie	30 057	95%
Madagascar	140 261	20%
Malawi	316 000	52%
Malaisie	403 287 ^s	73%
Maldives	3 911	67%
Mali	86 814	16%
Îles Marshall	...	...
Mauritanie	6 371 ^d	6%
Maurice	15 026	83%
Mexique	757 863 ^d	37%
Micronésie (États fédérés de)	...	...
Mongolie	...	...
Monténégro	...	...
Maroc	2 723 ^d	<1%
Mozambique	672 020	77%
Myanmar	182 760	18%
Namibie	51 970	88%
Nauru	...	...
Népal	65 791	9%
Nicaragua	81 686	58%
Niger	158 695	19%
Nigéria	820 865	13%
Niue	...	...
Oman	30 875	50%
Pakistan	10 277	<1%
Palau	...	...
Panama	59 334	85%

NOURRISSONS NÉS DE FEMMES SÉROPOSITIVES RECEVANT DES ANTIRÉTROVIRAUX POUR PRÉVENIR LE RISQUE DE TRANSMISSION MÈRE-ENFANT		NOURRISSONS NÉS DES FEMMES SÉROPOSITIVES RECEVANT UN TRAITEMENT AU CO-TRIMOXAZOLE DANS LES DEUX MOIS SUIVANT LEUR NAISSANCE		NOURRISSONS NÉS DE FEMMES SÉROPOSITIVES SOUMIS À UN TEST VIROLOGIQUE À L'ÂGE DE DEUX MOIS	
Nombre déclaré	Couverture estimée	Nombre déclaré	Couverture estimée	Nombre déclaré	Couverture estimée
2	...	2	...	0	...
159 ^d	9%	222 ^d	13%	...	...
231 ⁿ	5%	801 ⁿ	17%	...	...
143 ^d	9%	...	...	0	0%
206	>95%	97 ^p	>95%	...	...
...	...	448 ^d	9%	...	...
255	35%	...	...	309	42%
5	26%	5	26%	...	...
11 593	27%	...	...	...	...
165 ^d	6%	25 ^g	1%	...	...
24 ^d	3%	20 ^d	3%	7 ^d	1%
0 ^d	...	0 ^d	...	...	...
605 ^d	>95%	...	...	...	...
0	...	0	...	0	...
198	68%	204	70%	188	64%
39 482	49%	4 043	5%	...	...
0	...	0	...	0	...
60	51%	70	59%	0	0%
18 ^d	7%	17 ^d	7%	...	...
...	...	52	84%	...	...
0	0%	...	...	...	...
4 240	31%	1 542 ^d	11%	4 621	33%
194	8%	45 ^r	2%	109 ^r	5%
...
12	>95%	...	...	10	>95%
8	1%	...	...	...	...
23 773	41%	28 079	49%	...	...
163	54%	163	54%	163	54%
0	0%	0	0%	0	0%
810	19%	722	17%	531	13%
...
15 ^d	4%	18 ^g	5%	...	...
53	73%	48	66%	...	...
58 ^d	2%	...	...	...	...
...
1	17%	1	17%	1	17%
1 ^g	...	...	...	...	...
20 ^d	5%	19 ^d	5%	4 ^d	1%
41 266	43%	...	...	...	...
1 697	46%	858	23%	...	...
7 120	93%	...	...	...	...
...
89	7%	75	6%	10	1%
81	63%	81	63%	81	63%
708	15%	309	6%	...	...
15 905	8%	3 927 ^t	2%	6 101 ^t	3%
...
4	21%	4	21%	4	21%
16	1%	0	0%	15	1%
...
154 ^{d,u}	56%	62 ^{d,u}	23%	...	...

A2

DÉPISTAGE DU VIH CHEZ LES MÈRES ET LES NOURRISSONS, ET PROPHYLAXIE POUR LES NOURRISSONS, DANS LES PAYS À REVENU FAIBLE OU INTERMÉDIAIRE^a

FEMMES ENCEINTES SOUMISES À UN DÉPISTAGE DU VIH

	Nombre déclaré	Couverture estimée
Papouasie-Nouvelle-Guinée	43 942	21%
Paraguay	73 123	47%
Pérou	599 012 ^e	>95%
Philippines	... ^y	
Pologne	...	
République de Moldavie	45 557 ^e	>95%
Roumanie	100 589	47%
Fédération de Russie	1 468 091 ^{d,w}	95%
Rwanda	294 457	71%
Saint-Kitts-et-Nevis	...	
Sainte-Lucie	...	
Saint-Vincent-et-les-Grenadines	2 635 ^e	>95%
Samoa	...	
Sao Tomé-et-Principe	6 475 ^e	>95%
Sénégal	166 830	35%
Serbie	5 665 ^d	5%
Seychelles	1 650	...
Sierra Leone	99 256	44%
Slovaquie	...	
Îles Salomon	41 ^d	<1%
Somalie	1 131	<1%
Afrique du Sud	1 099 712 ^e	>95%
Sri Lanka	13 475	4%
Soudan	33 127 ^x	3%
Suriname	8 885 ^d	91%
Swaziland	25 769	73%
République arabe syrienne	4 ^g	<1%
Tadjikistan	76 297	39%
Thaïlande	797 047	82%
L'Ex-République yougoslave de Macédoine	...	
Timor-Leste	71 ^d	<1%
Togo	42 101	20%
Tonga	...	
Tunisie	...	
Turquie	...	
Turkménistan	...	
Tuvalu	...	
Ouganda	968 157 ^r	64%
Ukraine	555 535 ^e	>95%
République-Unie de Tanzanie	1 194 172	66%
Uruguay	47 428 ^d	95%
Ouzbékistan	414 346 ^{***}	74%
Vanuatu	1 499 ^{d†}	21%
Venezuela (République bolivarienne du)	...	
Viet Nam	480 814 [†]	32%
Yémen	4 211	<1%
Zambie	532 484 ^e	>95%
Zimbabwe	175 223	46%

**NOURRISSONS NÉS DE FEMMES
SÉROPOSITIVES RECEVANT DES
ANTIRÉTROVIRAUX POUR PRÉVENIR
LE RISQUE DE TRANSMISSION MÈRE-
ENFANT**

**NOURRISSONS NÉS DES FEMMES
SÉROPOSITIVES RECEVANT UN
TRAITEMENT AU CO-TRIMOXAZOLE
DANS LES DEUX MOIS SUIVANT LEUR
NAISSANCE**

**NOURRISSONS NÉS DE FEMMES
SÉROPOSITIVES SOUMIS À UN TEST
VIROLOGIQUE À L'ÂGE DE DEUX MOIS**

Nombre déclaré	Couverture estimée	Nombre déclaré	Couverture estimée	Nombre déclaré	Couverture estimée
251	13%	19	1%	...	
148	62%	85	36%	...	
426	43%	...		...
2	1%	3	2%	2	1%
69	41%	69	41%	69	41%
118	>95%	33	37%	112	>95%
192	>95%	7	6%	192	>95%
8 744 ^d	>95%	...		...
6 684	62%	7 222	67%	5 646	52%
...		
...		
15	...	14	...	14	...
...		
17	...	17	...	...
433	11%	...		339	9%
1	2%	0	0%	1	2%
7	...	7	...	0	...
518 ^d	16%	363 ^d	11%	0 ^d	0%
...		
1 ^d	...	0 ^d		...	
6	0%	0	0%	...	
119 395 ^d	56%	43 394	20%	...	
4	15%	4	15%	0	0%
56 ^r	<1%	34 ^r	<1%	...	
91 ^d	>95%	...		9	16%
7 655	82%	9 189	>95%	...	
...		
19	12%	23	15%	1 ^g	1%
5 722	88%	2 074	32%	...	
...		
1 ^d	...	...		...
1 508	27%	945	17%	614	11%
...		
1	4%	0	0%	0	0%
...		
...		
...		
24 554	28%	...		5 607	6%
3 840	>95%	3 021	>95%	2 033	69%
43 119	51%	8 348 ^r	10%	11 345	13%
...		
399	...	...		2	...
0 ^d	...	...		...
274	...	...		...
1 511	48%	944	30%	...	
10	...	8	...	0	...
26 743	39%	25 139	37%	35 824	53%
17 331	35%	13 852	28%	...	

DÉPISTAGE DU VIH CHEZ LES MÈRES ET LES NOURRISSONS, ET PROPHYLAXIE POUR LES NOURRISSONS, DANS LES PAYS À REVENU FAIBLE OU INTERMÉDIAIRE^a

^a Classification par groupes de revenu établie par la Banque mondiale.

^b Pas de référence b.

^c Pas de référence c.

^d Les dernières données communiquées sont à décembre 2008.

^e Le nombre déclaré de femmes enceintes soumises à un dépistage du VIH était plus élevé que le nombre estimatif de femmes enceintes, ce qui représente une couverture supérieure à 100 %. L'année dernière, la couverture était déjà supérieure à 95 % dans ces pays ; de ce fait, les données sont corrigées dans les analyses régionales et mondiales.

^f Les données viennent de 323 des 364 maternités hospitalières proposant des services de PTME.

^g Les dernières données communiquées sont à décembre 2007.

^h Un grand nombre de tests ont été communiqués, les tests concernant les femmes qui ont été soumises à plus d'un test dans un dispensaire prénatal, pendant le travail/l'accouchement et après l'accouchement ne pouvant être dédupliés.

ⁱ Les données sont susceptibles d'inclure des doubles comptages.

^j Les données ne précisent pas si les chiffres indiqués concernent les nourrissons de moins de deux mois, mais la politique prévoit que tous les nourrissons soient mis sous co-trimoxazole à l'âge de 6 semaines. Les données suggèrent que les deux tiers environ des nourrissons mis sous cotrimoxazole l'ont été dans les deux mois suivant leur naissance.

^k Les données ont été collectées dans 453 circonscriptions prioritaires sur un total de 2 860 circonscriptions.

^l Pas de référence l.

^m Les chiffres déclarés en 2009 sont inférieurs à la valeur déclarée de 2 450 en 2008. Cela tient au passage de l'ancien traitement (dose unique de nevirapine) au nouveau traitement (dose unique de Nevirapine à la naissance + Zidovudine + Lamivudine pendant 1 ou 6 semaines, si nécessaire) qui étaient tous deux utilisés en 2008. Aujourd'hui, on a uniquement recours au nouveau traitement et celui-ci continue d'être élargi et intensifié.

ⁿ Seules des données partielles ont été collectées.

^o Les données sont basées sur le nombre de femmes enceintes ayant accès à un dispensaire prénatal/une maternité hospitalière qui ont connaissance de leur séropositivité.

^p Les données sont collectées sur un formulaire de compte rendu mensuel à 6 semaines, pas à 2 mois. En conséquence, certains nourrissons sont susceptibles d'être exclus du suivi.

^q Les dernières données communiquées sont à août 2007.

^r Les données sont susceptibles d'être affectées par une insuffisance d'informations.

^s Seules les données publiques ont été communiquées, ce qui représente environ 70 % de l'ensemble des cas des dispensaires prénatals.

^t Quatre partenaires de mise en œuvre sur 10 ont répondu concernant cet indicateur.

^u Les données proviennent de trois des quatre dispensaires de soins pédiatriques.

^v Une valeur de 26 a été communiquée. Elle provient d'un site uniquement et couvre la période septembre-novembre 2009.

^w La Fédération de Russie a déclaré que 4 827 215 femmes enceintes avaient été soumises à un dépistage du VIH. Comme le nombre de femmes ayant fait l'objet d'un dépistage inclut probablement des doubles ou des triples comptages, on a utilisé 95 % du nombre estimé de naissances en Russie (1 545 359) comme indicateur ; ce chiffre est très vraisemblablement représentatif du nombre total de tests réalisés parmi les femmes enceintes.

^x Deux rapports distincts ont été reçus du Soudan : le nord du Soudan a déclaré un chiffre de 19 986 pour la période comprise entre janvier et décembre 2009 ; le Sud-Soudan a déclaré un chiffre de 13 141 à novembre 2009, ce qui donne un total de 33 127.

^y Deux rapports distincts ont été reçus du Soudan : le nord du Soudan a déclaré un chiffre de 34 pour la période comprise entre janvier et décembre 2009 ; le Sud-Soudan a déclaré un chiffre de 22 à novembre 2009, ce qui donne un total de 56.

^z Deux rapports distincts ont été reçus du Soudan : le nord du Soudan a déclaré un chiffre de 34 pour la période comprise entre janvier et décembre 2009 ; le Sud-Soudan n'a déclaré aucun chiffre mais indiqué que les services venaient d'être mis en place et que le co-trimoxazole ne faisait initialement pas partie des biens destinés à la PTME. Le Sud-Soudan devrait fournir des données pour la prochaine période d'établissement de rapports.

[^] Les données sont communiquées pour la période allant de juillet 2008 à juillet 2009.

^{^^} Données affectées par une insuffisance d'informations.

^{^^^} En 2009, on a noté une augmentation substantielle du nombre de femmes enceintes diagnostiquées séropositives, en hausse par rapport au dernier chiffre communiqué de 58 063 en 2007. Avant, seules les femmes enceintes ayant des comportements les exposant à un risque d'infection ou celles dont les partenaires sexuels avaient des comportements les exposant à un risque d'infection étaient orientées vers des services de CTV. Aujourd'hui, toutes les femmes enceintes sont orientées vers ces services. Toutefois, les services de CTV avaient seulement atteint 77 % des femmes enceintes à la fin 2009.

[†] Les données ont été collectées auprès de l'hôpital du district nord, l'hôpital Vila Central, l'hôpital Leneakel, l'hôpital Lolowai et l'hôpital Norsup.

^{††} Les données sont basées sur le nombre total de personnes testées et de résultats reçus.

POURCENTAGE DE CAS ESTIMÉS DE TUBERCULOSE LIÉS À UNE SÉROPOSITIVITÉ CONCOMITANTE AUXQUELS ONT ÉTÉ ADMINISTRÉS UN TRAITEMENT ANTITUBERCULEUX ET UN TRAITEMENT CONTRE LE VIH

TRAITEMENT ANTITUBERCULEUX ET CONTRE LE VIH

	2007		2009	
	Adultes traités	Pourcentage de patients traités	Adultes traités	Pourcentage de patients traités
Afghanistan	2	<1	4	1
Albanie			4	
Algérie	82	87 ¹	111	99
Angola			359	20
Argentine	415	55	250	83
Arménie	15	59 ¹	6	
Autriche			12	100
Azerbaïdjan	3	4	62	53
Bahamas	26	81	15	100
Barbade	2	100		
Bélarus	136	72	138	73
Belize	9	69		
Bénin	157	31	629	16
Bolivie	60	41	94	51
Bosnie-Herzégovine			25	25
Bésil			3333	26 ⁵
Brunei Darussalam			1	50
Bulgarie	32	²	23	
Burkina Faso	199	1	503	4
Burundi			594	3
Cote d'Ivoire	994	10	1633	31
Cambodge			526	5
Cameroun			117	3
Cap-Vert	3	3	61	61
République centrafricaine	3671	15	414	36
Tchad			7560	70
Chine	901	13		
Colombie			343	45
Comores			0	0
Costa Rica	13	100	36	100
Croatie	3	100		
Cuba	46	90	31	97
République tchèque			3	60
République démocratique du Congo	162	<1	724	5
Djibouti			170	23
Dominique	1	100	2	67
République dominicaine	322	115 ¹	260	42
Équateur	150	40		
Égypte			3	2
El Salvador	63	100	37	50
Guinée équatoriale			205	11 ⁵
Éthiopie	2658	13	4515	41
Fidji	2	40	0	
Finlande	0			90
Gabon	521	13	366	33
Géorgie	34	71	76	67
Ghana			531	
Grenade	0	²	1	100
Guatemala	109	33	342	11
Guinée	245	61	335	6

Indicateur UNGASS 6

POURCENTAGE DE CAS ESTIMÉS DE TUBERCULOSE LIÉS À UNE SÉROPOSITIVITÉ CONCOMITANTE AUXQUELS ONT ÉTÉ ADMINISTRÉS UN TRAITEMENT ANTITUBERCULEUX ET UN TRAITEMENT CONTRE LE VIH

TRAITEMENT ANTITUBERCULEUX ET CONTRE LE VIH

	2007		2009	
	Adultes traités	Pourcentage de patients traités	Adultes traités	Pourcentage de patients traités
Guinée Bissau			171	10
Guyana			75	94
Haiti	61	5	2409	24
Honduras	383	71	203	33
Hongrie	7	<1 ³	1	100
Inde	19 400	23	2693	4
Indonésie			2976	3
Iran (République islamique d')	52	20	120	32
Jamaïque	18	72		
Japon	10	83	16	94
Jordanie	0		0	
Kazakhstan	76	33	103	43
Kenya			14116	23
Koweït			0	0
Kirghizistan			177	52
République démocratique populaire lao			85	
Lettonie	27	57	8	13
Liban	3	148 ¹		
Lesotho			2235	27
Libéria			926	
Lituanie	5	38	5	38
Malawi	18 910	70	4929	16
Malaisie	72	33	390	30
Malte			6	100
Îles Marshall			2	100
Mauritanie	95	86 ^{1,4}	55	6
Maurice	3	16	7	100
Mexique	806	78	216	77
République de Moldavie	23	10	63	39
Maroc	88	73	103	22
Mozambique	1008	4 ¹	5622	10
Myanmar			959	11 ⁵
Népal	321	46 ¹		
Nouvelle-Zélande			8	100
Nicaragua	13	14	40	77
Niger	197	1	271	3
Nigéria	28 625	56	18 788	69
Oman			3	100
Panama	270	5	171	35
Papouasie-Nouvelle-Guinée	320	35	127	20
Paraguay	20	14	72	
Pérou	93	11	529	71
Philippines	99	49		80
Pologne	70	176 ¹		
Portugal			309	100
Qatar			0	
Fédération de Russie	463	39 ^{1,4}	6679	40
Rwanda			1148	9
Saint-Kitts-et-Nevis	2	100		
Sainte-Lucie	2	50	1	100

POURCENTAGE DE CAS ESTIMÉS DE TUBERCULOSE LIÉS À UNE SÉROPOSITIVITÉ CONCOMITANTE AUXQUELS ONT ÉTÉ ADMINISTRÉS UN TRAITEMENT ANTITUBERCULEUX ET UN TRAITEMENT CONTRE LE VIH

TRAITEMENT ANTITUBERCULEUX ET CONTRE LE VIH

	2007		2009	
	Adultes traités	Pourcentage de patients traités	Adultes traités	Pourcentage de patients traités
Saint-Vincent-et-les-Grenadines	4	100	3	27
Sao Tomé-et-Principe	0	²	10	77
Sénégal	319	15	259	6
Seychelles	11	100	2	100
Slovaquie			0	0
Slovénie	0	²		
Somalie	14	2	59	3
Afrique du Sud	159 382	50 ³	42 576	42
Sri Lanka			3	10
Soudan			823	8
Suriname			15	60
Suède			57	100
République arabe syrienne			0	
Tadjikistan	6	8	52	14
Thaïlande	2260	23 ¹	4151	26
L'Ex-République yougoslave de Macédoine	2	²		
Togo	44	2 ¹	94	4
Trinité-et-Tobago			6	6
Tunisie			11	55
Turquie	47	²		
Ouganda			18 062	60
Ukraine	411	15	740	21
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord			310	100
République-Unie de Tanzanie	188	12	5918	30
Uruguay	20	25	18	18
Venezuela			81	22
Viet Nam	390	15	1818	28
Yémen			25	
Zambie	21103	35	6951	41

¹ Estimation du dénominateur fournie par l'OMS (Rapport sur la lutte mondiale contre la tuberculose, 2008).

² Aucun dénominateur disponible.

³ Le dénominateur est égal au nombre total de cas de tuberculose déclarés en 2007.

⁴ Pour la Mauritanie, données disponibles pour la période de deux ans uniquement ; en conséquence, l'indicateur pour 2007 se fonde sur l'hypothèse d'une répartition égale du nombre de cas entre les deux années. Pour la Fédération de Russie, données communiquées par 4 régions géographiques uniquement - Oblast d'Oulianovsk, Oblast de Saratov, Oblast de Tver et l'Altai.

⁵ La collecte des données a débuté avant 2008.

TRAITEMENT ET DÉPISTAGE DU VIH CHEZ LES PATIENTS TUBERCULEUX

	Année d'enquête	Patients tuberculeux (nouveaux et re-traités) dont le résul- tat du test du VIH est enre- gistré dans leur dossier tuberculose	Patients tuberculeux (nouveaux et re-traités) enregistrés comme étant séropositifs au VIH	Patients tuberculeux séropositifs au VIH mis ou main- tenus sous traitement préventif au co-trimoxa- zole	Patients tuberculeux séropositifs au VIH mis ou main- tenus sous traitement antirétroviral	Personnes enregistrées comme étant séroposi- tives au VIH soumises à un dépistage de la tuberculose au moins une fois par an	Personnes enregistrées comme étant séropositifs au VIH mises sous traitement à l'isoniazide (traitement de la tuberculose latente)
Afghanistan	2009	1175	5		5	93	
Albanie	2009	211	6	4	6	51	3
American Samoa	2009	4	0	0	0	0	0
Andorre	2009	0	0	0	0	0	0
Angola	2009	2023	306	42	29		
Antigua-et-Barbuda	2009	4	0	0	0	1	0
Argentine	2009	131	115				
Arménie	2009	521	17	8	6	167	0
Australie	2009	297	15				
Bahamas	2009	46	15	6	9		
Bahrein	2009	256	9	0	1		
Bangladesh	2009	662	36	35	36	57	
Barbade	2009	2	0	0	0		0
Bélarus	2009		190				
Belize	2009	89	17	17	17		
Bénin	2009	3845	629				
Bolivie (État plurinational de)	2009	1105	38	8	29		
Bosnie-Herzégovine	2009						
Botswana	2009	6128	4036	1467	1467	159 112	11 732
Bésil	2009	39 744	8668		7935	8668	
Burkina Faso	2009	4817	981	959	503		
Burundi	2009	2857	1305	617	423	768	617
Cambodge	2009	28 246	3597	1081	526		66
Cameroun	2009	18 677	7494	0	0	18 677	0
Cap-Vert	2009	282	57				0
République centrafricaine	2009	3749	1230	808	427		0
Tchad	2009	0	0	0	0	0	0
Chine	2009	63 227	2511	2176	1072		
Chine, Hong Kong SAR	2009	3993	40	9	11	606	78
Chine, Macao SAR	2009	336	1	0	0	17	1
Colombie	2009	5031	1018		237		
Comores	2009	117	0	0	0	1	0
Congo	2009	205	99	99	99		
Îles Cook	2009	0	0	0	0	0	0
Costa Rica	2009	476	41			41	
Côte d'Ivoire	2009	17 253	5207	3674	1633	88	0
Cuba	2009	687	3	0	3	1249	1561
Rép. populaire démocratique de Corée	2009	0	0	0	0	0	0
Rép. démocra- tique du Congo	2009	20 630	4173	1435	656	5161	0
Djibouti	2009	1819	197	0	152		
Dominique	2009	4	1	0	1	12	2
Équateur	2009	2262	443		443		
Égypte	2009	3204	11	11	11	89	1
El Salvador	2009	1650	204	58	71	67	97
Guinée équatoriale	2009	720	121	0	0		
Estonie	2009	380	39	0	21		0

Données supplémentaires reçues de l'Organisation mondiale de la Santé, obtenues par le biais des rapports annuels des programmes nationaux de lutte contre la tuberculose

TRAITEMENT ET DÉPISTAGE DU VIH CHEZ LES PATIENTS TUBERCULEUX

	Année d'enquête	Patients tuberculeux (nouveaux et re-traités) dont le résul- tat du test du VIH est enre- gistré dans leur dossier tuberculose	Patients tuberculeux (nouveaux et re-traités) enregistrés comme étant séropositifs au VIH	Patients tuberculeux séropositifs au VIH mis ou main- tenus sous traitement préventif au co-trimoxa- zole	Patients tuberculeux séropositifs au VIH mis ou main- tenus sous traitement antirétroviral	Personnes enregistrées comme étant séroposi- tives au VIH soumises à un dépistage de la tuberculose au moins une fois par an	Personnes enregistrées comme étant séropositives au VIH mises sous traitement à l'isoniazide (traitement de la tuberculose latente)
Éthiopie	2009	56 040	11 098	7516	4515	24 112	2403
Fidji	2009	144	0	0	0	30	0
French Polynesia	2009	12	0	0	0		0
Gabon	2009	1130	667	348	348		
Gambie	2009	2045	326		35	1238	
Ghana	2009	9870	2218	1601	531	10 730	0
Grenade	2009	5	1	1	1	1	0
Guam	2009	63	0	0	0	7	0
Guatemala	2009	1920	342	342	342	525	250
Guinée	2009	5444	1288	520	84		
Guyana	2009	562	156	116	87	893	162
Honduras	2009	1619	192	192	170	764	96
Inde	2009	258 037	31 058			280 903	
Indonésie	2009	2782	479		201	2812	0
Iran (République islamique d')	2009	700	223	28	47	11 400	418
Iraq	2009	6121	1	1	0	7	0
Israël	2009	20	20		8	20	
Jamaïque	2009	96	29				
Jordanie	2009	387	0	0	0	15	2
Kenya	2009	96 676	42 294	38 989	14 250	14 116	
Kiribati	2009	152	0	0	0		
Koweït	2009	933	4	4	4	11	0
Kirghizistan	2009	6615	88		12		58
Rép. démocra- tique populaire lao	2009	686	179	159			
Lettonie	2009	830	73		44		0
Liban	2009	298	25	25	25	97	19
Lesotho	2009	10 563	8084	7636	2235		
Libéria	2009	5964	72	30	35	0	0
Libyan Arab Jamahiriya	2009	950	144			148	
Lituanie	2009		14				
Malawi	2009	19 289	13 329	12 748	6185	0	0
Malaisie	2009	15 192	1644	164	164	2156	0
Mali	2009	3760	585	263	61		0
Malte	2009	30	4				
Îles Marshall	2009	98	2	0	2	4	0
Mauritanie	2009	199	23				
Maurice	2009	110	7	7	5	210	0
Mexique	2009	4196	945	945	216	2368	676
Micronésie (États fédérés de)	2009	49	0	0	0	0	0
Monaco	2009						
Mongolie	2009	3993	0	0	0	53	0
Monténégro	2009	91	0	0	0	1	0
Montserrat	2009						
Maroc	2009	77	0	0	0	4972	0
Mozambique	2009	38 087	25 056	22 183	5622	24 330	2429
Myanmar	2009	4174	1015	981	681	489	333
Namibie	2009	9849	5676	5192	1995	87 529	17 737
Nauru	2009					0	0

TRAITEMENT ET DÉPISTAGE DU VIH CHEZ LES PATIENTS TUBERCULEUX

	Année d'enquête	Patients tuberculeux (nouveaux et re-traités) dont le résul- tat du test du VIH est enre- gistré dans leur dossier tuberculose	Patients tuberculeux (nouveaux et re-traités) enregistrés comme étant séropositifs au VIH	Patients tuberculeux séropositifs au VIH mis ou main- tenus sous traitement préventif au co-trimoxa- zole	Patients tuberculeux séropositifs au VIH mis ou main- tenus sous traitement antirétroviral	Personnes enregistrées comme étant séroposi- tives au VIH soumises à un dépistage de la tuberculose au moins une fois par an	Personnes enregistrées comme étant séropositives au VIH mises sous traitement à l'isoniazide (traitement de la tuberculose latente)
Nouvelle-Zélande	2009	137	4				
Nicaragua	2009	1081	30	30	30	60	60
Niger	2009	2424	300				
Nigéria	2009	64 246	16 813	7730	5486	195 112	1853
Niue	2009	0	0	0	0	0	0
Îles Mariannes du Nord	2009	32	0	0	0	1	0
Oman	2009	334	3	3	3	116	0
Pakistan	2009	4714	7	7	7	2917	0
Palau	2009	19	0	0	0		0
Panama	2009	1494	107		107		196
Papouasie- Nouvelle-Guinée	2009	1305	196				
Paraguay	2009	239	133	0	72	273	0
Pérou	2009	11 893	697		121		1361
Philippines	2009	1136	1	0	0		1
Puerto Rico	2009	59	8	3	3	4	0
Qatar	2009	619	0	0	0	5	0
Roumanie	2009	5755	209		169		188
Fédération de Russie	2009	204 624	7442		1448	235 753	10 451
Rwanda	2009	7448	2529	2329	1239	12 152	0
Saint-Kitts-et-Nevis	2009	4	0	0	0		
Sainte-Lucie	2009	11	4		4		
Saint-Vincent-et- les-Grenadines	2009	13	7		1		1
Samoa	2009	0	0	0	0		
Saint-Marin	2009						
Sao Tomé-et- Principe	2009	79	10	10	3	10	2
Arabie saoudite	2009	1929	49				
Sénégal	2009	6906	455	386	123		0
Seychelles	2009	15	3	3	2	52	0
Sierra Leone	2009	8625	987				
Singapour	2009	1121	52				
Îles Salomon	2009	0	0	0	0	8	0
Somalie	2009	698	96	89	7		0
Afrique du Sud	2009	197 448	114 523	80 954	48 314	433 662	23 583
Soudan	2009	16 168	692	296	375	1482	
Suriname	2009	154	49	6	25		
Swaziland	2009	8272	6895				
Tadjikistan	2009	3714	49	0	22	435	0
Thaïlande	2009	49 955	8202	5930	4151	25 172	127
L'Ex-République yougoslave de Macédoine	2009	43	0	0	0	12	0
Timor-Leste	2009	108	0	0	0	12	2
Togo	2009	1429	357		94		0
Tonga	2009	8	0	0	0	1	0
Trinité-et-Tobago	2009	306	95	22	17	335	4
Tunisie	2009	130	2	0	2	35	24
Tuvalu	2009	0	0	0	0	0	0
Ouganda	2009	31 695	17 131	14 731	3766	57 679	
Ukraine	2009		3380		915		

TRAITEMENT ET DÉPISTAGE DU VIH CHEZ LES PATIENTS TUBERCULEUX

Année d'enquête	Patients tuberculeux (nouveaux et re-traités) dont le résultat du test du VIH est enregistré dans leur dossier Tuberculose	Patients tuberculeux (nouveaux et re-traités) enregistrés comme étant séropositifs au VIH	Patients tuberculeux séropositifs au VIH mis ou maintenus sous traitement préventif au co-trimoxazole	Patients tuberculeux séropositifs au VIH mis ou maintenus sous traitement antirétroviral	Personnes enregistrées comme étant séropositives au VIH soumises à un dépistage de la tuberculose au moins une fois par an	Personnes enregistrées comme étant séropositives au VIH mises sous traitement à l'isoniazide (traitement de la tuberculose latente)	
République-Unie de Tanzanie	2009	56 162	21 031	19 007	6639	5526	153
États-Unis d'Amérique	2009	7032	703				
Uruguay	2009	666	109	0	18		
Ouzbékistan	2009	21 453	357	89	37	3022	1056
Vanuatu	2009	11	0	0	0	3	0
Venezuela (République bolivarienne du)	2009	4856	487	0	102	30 158	102
Viet Nam	2009	34 907	5934	5265	354	7092	1500
Territoire de Wallis et Futuna	2009	9	0	0	0	0	0
Cisjordanie et Bande de Gaza	2009	35	0	0	0	0	0
Yémen	2009						
Zambie	2009	34 992	23 584	15 041	10 009		
Zimbabwe	2009	28 006	21 967				

**POURCENTAGE D'ENFANTS
RENDUS ORPHELINS ET
D'AUTRES ENFANTS
VULNÉRABLES ÂGÉS DE 0 À
17 ANS VIVANT DANS DES
FOYERS BÉNÉFICIAIRE D'UNE
AIDE EXTÉRIEURE GRATUITE
POUR LEUR PRISE EN CHARGE**

	2005		2007	
	Année d'enquête	Couverture	Année d'enquête	Couverture
Angola				
Barbade				
Bénin			2006	69 ¹
Botswana	2004	34		
Burkina Faso			2007	5 ¹
Burundi			2006	50 ¹
Côte d'Ivoire			2006	9 ¹
Cameroun			2006	9
République centrafricaine			2006	20 ²
Tchad				
République du Congo				
Costa Rica			2006	100 ¹
Croatie			2007	100 ¹
Cuba				
République démocrati- que du Congo				
Djibouti				
République dominicaine			2007	4 ¹
Érythrée			2007	
Éthiopie	2004	4	2004	4
Finlande				99
Gabon			2007	10
Ghana			2006	2 ¹
Guinée			2007	17 ¹
Guinée Bissau			2006	8
Haiti			2006	5
Honduras				
Indonésie				
Kenya		10		
Lesotho	2004	25		
Madagascar	2003	7		
Malawi			2006	53 ²
Mali	2005	39	2007	45 ¹
Mozambique				
Namibie			2007	17
Nigéria			2007	10 ¹
Rwanda			2005	13
Sainte-Lucie			2007	69 ¹
Saint-Vincent-et- les-Grenadines				
Sénégal			2007	44 ¹
Seychelles			2006	100 ¹
Sierra Leone			2005	1
Afrique du Sud			2007	67 ¹
Swaziland			2007	41
Togo		10	2006	60 ²
Turquie			2006	100 ¹
Ouganda			2006	11
République-Unie de Tanzanie			2006	51 ¹
Zambie	2005	13	2007	16
Zimbabwe			2006	31

Indicateur UNGASS 10
Indicateur OMD 6a

2009		ENQUÊTE DHS (OU MICS) LA PLUS RÉCENTE ³	
Année d'enquête	Couverture	Année d'enquête	Couverture
2009	17		
2009	100		
2009	7		
2008	31		
2008	5		
2009	7		
2009	27	2005	9
2009	16		
2006	7	2006	7
2009	35		
2009			
2009	100		
2007	9	2007	9
2009	14		
2008	37		
2004	3		
2009	100		
2010	20		
2008	7		
2009	17		
2005	5	2005	5
2009	0		
2007	13		
2007	21		
2010			
2006	19		
2009	17		
2008	22		
2006	17	2006	17
2008	6	2008	6
2005	13	2005	13
2009	83		
2008			
2007	43		
2005	1		
2009	75		
2006	41	2007	41
2007	60		
2010		2006	11
2008	16		
2006	16	2007	16
2009	21	2005-06	28

¹ Méthodologie non harmonisée avec les directives 2008 de l'UNGASS.

² Diffère de la valeur fournie par l'UNICEF.

³ Enquête démographique et de santé (DHS) (ou enquête par grappes à indicateurs multiples).

**RATIO DE SCOLARISATION
ACTUELLE ENTRE
ORPHELINS ET
NON-ORPHELINS,
ÂGÉS DE 10 À 14 ANS**

Scolarisation des orphelins

	2003	2005		2007		2009	
	Ratio	Année d'enquête	Ratio	Année d'enquête	Ratio	Année d'enquête	Ratio
Angola	0,90			2001	0,90	2009	0,87
Argentine				2005	1,03		
Bahamas						2009	1,00
Belize						2006	0,66
Bénin				2006	0,85	2009	0,00
Bolivie				2003	0,74 ¹		
Botswana	0,99						
Burkina Faso				2007	0,87	2007	1,15
Burundi	0,70			2005	0,85		
Côte d'Ivoire	0,83			2005	1,21 ³	2009	0,69
Cambodge				2006	0,83	2005	0,83
Cameroun	0,94			2006	0,89	2006	0,91
République centrafricaine	0,91			2006	0,96	2006	0,97
Tchad	0,96			2004	1,03	2004	1,17
Colombie				2005	0,85 ¹		
Comores	0,59						
République du Congo				2005	1,12	2009	0,88
Croatie				2007	1,00		
Cuba				2005	1,00	2009	1,00
République démocratique du Congo	0,72			2007	0,77 ¹	2007	0,77
République dominicaine						2006	0,71
Guinée équatoriale	0,95						
Érythrée				2002	0,83 ¹		
Éthiopie	0,60			2004		2004	0,90
Finlande					>0,99		
Gabon	0,98			2007	1,14	2010	0,84
Gambie	0,85			2006	0,87		
Ghana	0,93			2006	1,04 ⁴	2008	0,76
Guinée	1,13			2005	0,73 ¹		
Guinée Bissau	1,03			2006	0,97		
Guyana				2005	0,95 ¹		
Haiti				2000	0,87 ¹	2005	0,86
Honduras						2005	1,08
Inde				2006	0,72 ¹		
Indonésie				2002	0,84 ¹	2007	0,94
Iran (République islamique d')						2008	0,81
Japon						2008	1,00
Kenya	0,74	2005	0,97	2003	0,95 ¹	2007	1,05
Lesotho	0,87			2007	0,95		
Madagascar	0,65	2003	0,80	2004	0,83	2009	1,00
Malawi	0,93	2004	0,97			2006	0,97
Mali	0,72					2006	0,87
Mauritanie						2007	0,72
République de Moldavie						2010	0,52
Mozambique	0,47			2004	0,80	2008	0,91
Namibie	0,92	2005	0,97	2007	1,00	2006	1,01
Nicaragua				2007	0,88		
Niger	1,07			2006	0,67	2006	0,66

Indicateur UNGASS 12
Indicateur OMD 6a

**RATIO DE SCOLARISATION
ACTUELLE ENTRE
ORPHELINS ET
NON-ORPHELINS,
ÂGÉS DE 10 À 14 ANS**

Scolarisation des orphelins

	2003	2005		2007		2009	
	Ratio	Année d'enquête	Ratio	Année d'enquête	Ratio	Année d'enquête	Ratio
Nigéria	0,87			2007	0,86	2008	1,17
Papouasie-Nouvelle-Guinée				2007	0,86	2006	0,86
Rwanda	0,80			2005	0,82	2005	0,82
Sainte-Lucie				2007	1,76 ²	2009	1,38
Saint-Vincent-et-les-Grenadines						2008	1,00
Sénégal	0,74			2007	1,25 ²		
Sierra Leone	0,71			2005	0,83	2008	0,62
Somalie	0,65			2006	0,78		
Afrique du Sud	0,95			2007	0,81 ²	2008	0,99
Espagne						2007	0,00
Soudan	0,96					2006	0,80
Swaziland	0,91			2007	0,97	2006	0,97
Thaïlande				2006	0,93	2005	0,99
Togo	0,96			2007	0,94	2007	0,96
Turquie				2007	0,70 ²		
Ouganda	0,95			2000	0,95	2010	0,00
République-Unie de Tanzanie	0,74			2007	0,64	2008	
Zambie	0,87	2005	0,17	2005	1,02 ²	2006	0,92
Zimbabwe	0,85			2006	0,95		

¹ La valeur pour l'enquête démographique et de santé a été fournie par MEASURE DHS (www.measuredhs.com).

² La méthode de collecte des données diffère de la méthode UNGASS recommandée.

³ Diffère de la valeur fournie par l'UNICEF.

⁴ Enquête par grappes à indicateurs multiples basée sur de petits dénominateurs, généralement 25-49 cas non pondérés.

**POURCENTAGE D'ÉCOLES
AYANT INCLUS UN
ENSEIGNEMENT RELATIF AU
VIH DANS LES PROGRAMMES
DE PRÉPARATION À LA VIE
ACTIVE AU COURS DE LA
DERNIÈRE ANNÉE SCOLAIRE**

	2007	2009
Afghanistan		1
Angola	1	
Antigua-et-Barbuda	13	100
Argentine		3
Azerbaïdjan	19	100
Bahamas	72	78
Bangladesh		0
Barbade	41	85
Bélarus	79	13
Belize		38
Bosnie-Herzégovine	24	
Botswana	100	100
Bésil		63 ¹
Bulgarie	6	17
Burkina Faso	1	10
Burundi	64	66
Côte d'Ivoire	1	2
Cambodge	26	34
Cameroun		6 ¹
Cap-Vert	100	100
République centrafricaine	15	27
Tchad	4	75
Comores	15	27
République du Congo	82	63
Costa Rica	100	100
Croatie	5	5
Cuba	71	94
République tchèque		59
République démocratique du Congo	0	68
Djibouti		38
Dominique	100	100
République dominicaine	1	8
Équateur		63
El Salvador	4	100
Érythrée	26	31
Éthiopie	70	38
Finlande	95	100
Gabon	35	35 ¹
Gambie	33	
Allemagne	50	¹
Ghana	58	79
Grenade	0	94
Guatemala		2
Guinée		82
Guyana		62
Haiti		13

Indicateur UNGASS 11

	2007	2009
Honduras	39	11
Inde		31
Indonésie	10	
Iran (République islamique d')	0	
Jamaïque	24	44
Japon	72	100
Kazakhstan		81
Kenya		100
Kirghizistan		84
République démocratique populaire lao	32	74
Lesotho		88
Libéria		2
Luxembourg		100
Malaisie		0 ¹
Mali		49
Mexique	27	
République de Moldavie	93	0
Monténégro		27
Namibie	79	
Népal	6	8
Nicaragua	8	88
Niger	8	82
Nigéria	34	23
Oman		100
Pakistan	6	
Papouasie-Nouvelle-Guinée	25	100
Portugal		100 ¹
Roumanie	64	67
Fédération de Russie	82	92
Saint-Kitts-et-Nevis		45
Sainte-Lucie	91	59
Saint-Vincent-et-les-Grenadines	87	100
Sao Tomé-et-Principe	100	
Serbie	1	
Seychelles	100	100
Singapour		100
Afrique du Sud	96	100
Soudan		13
Suriname		0
Swaziland	51	85
Suède		100
Tadjikistan		5
Timor-Leste		0
Togo	0	0
Turquie	100	

	2007	2009
Tuvalu		100
Ukraine	57	59
Uruguay		90
Ouzbékistan		100
Vanuatu		8
Venezuela		100
Viet Nam		34
Yémen		4
Zambie	60	
Zimbabwe	100	100

¹ La collecte des données a débuté avant 2008.

**POURCENTAGE DE JEUNES
ÂGÉS DE 15 À 24 ANS
POSSÉDANT TOUT À LA FOIS
DES CONNAISSANCES
EXACTES SUR LES MOYENS
DE PRÉVENIR LE RISQUE DE
TRANSMISSION SEXUELLE
DU VIH ET QUI REJETTENT
LES PRINCIPALES IDÉES
FAUSSES CONCERNANT LA
TRANSMISSION DU VIRUS**

	2003	2005		
	Femmes	Année d'enquête	Hommes	Femmes
	15-24		15-24	15-24
Albanie	<1			
Algérie				
Angola			43	35
Antigua-et-Barbuda				
Argentine				
Arménie				
Azerbaïdjan	2			
Bangladesh				
Barbade				
Bélarus				
Belize				
Bénin			11	8
Bolivie	22			
Bosnie-Herzégovine				
Botswana	28			
Bésil				
Bulgarie				
Burkina Faso				
Burundi	24	2004	4	4
Côte d'Ivoire	16			
Cambodge	37			
Cameroun	16	2004	34	27
Cap-Vert				
République centrafricaine	5			
Tchad	5			
Chili				
Chine				
Colombie				
Comores	10			
République du Congo				
Costa Rica				
Croatie				
Cuba	52			
Chypre				
République démocratique du Congo				
Djibouti				
République dominicaine	33			
Équateur				
Égypte				
El Salvador				
Guinée équatoriale	4			
Érythrée				
Estonie				
Éthiopie				
Gabon				
Gambie	15			
Géorgie				
Allemagne				
Ghana		2003	40	36
Grèce				

Indicateur UNGASS 13
Indicateur OMD 6a

2007				2009				DERNIÈRE ENQUÊTE DHS (OU MICS) ¹		
Année d'enquête	Hommes	Femmes	Deux sexes	Année d'enquête	Hommes	Femmes	Deux sexes	Année d'enquête	Hommes	Femmes
	15-24	15-24	15-24		15-24	15-24	15-24		15-24	
2006		16	16	2008	22	36				
2006	25	21	23	2006		16				
2005			48	2009	32	25	28			
2005	83	89	86	2008			93			
2007	42	34	36					2005	15%	23%
				2006	5	5	5	2006	5%	5%
2005	24	21	22	2008	22	13	18			
				2009	52	49	50			
2007	70	65	68	2009	68	72	70			
2006	26	26	26	2009	47	53	50			
2006	35	16	20	2008	34	34	34	2006	35%	16%
				2008	28	30	24	2008	28%	25%
2006		44								
				2008	39	45	42			
2006	18	21	19	2008	53	50	52			
2007	45	46	45	2009	21	25	23			
2005		31		2008	29	21	25	2003	23%	15%
2005	28	18	22	2007	45	39	35			
2006	45	49	47	2009	17	13	15	2005	28%	18%
2006		32	32	2005	45	50	48	2005	45%	50%
2005	37	38	38	2004	35	27	30	2004	35%	27%
				2009	65	68	67	2005	36%	36%
2006	31	22	24	2006	26	17	20	2006	27%	17%
2004	20	8	11	2004	20	8	11	2004	20%	8%
2007				2009	78	85	82			
2007	50	55	42	2008			85			
								2005		
2005	22	10	13	2009	22	8	14	2009	22%	8%
2006	43	42	42							
2006	16	25	20	2008						
2006	55	61	58							
2007	10	11	10							
				2007	21	15	17	2007	21%	15%
2006	29	22	26	2008	23	18	21			
				2007	34	41	37	2007	34%	41%
2007	34	41	37							
2006	31	27	29	2007	18	5	11			
				2008		27				
				2006			2			
				2008	77	78	77	2002		37%
2007	28	37	32	2007	28	37	32			
2005	33	21	24	2005	33	21		2005	33%	21%
2007	58	60	59	2010	58	53	55			
2005	34	25	29							
2005		4								
2007				2009						
				2008	34	28		2008	34%	28%
2007	27	23	25	2009	27	50	38			

A2

**POURCENTAGE DE JEUNES
ÂGÉS DE 15 À 24 ANS
POSSÉDANT TOUT À LA FOIS
DES CONNAISSANCES
EXACTES SUR LES MOYENS
DE PRÉVENIR LE RISQUE DE
TRANSMISSION SEXUELLE
DU VIH ET QUI REJETTENT
LES PRINCIPALES IDÉES
FAUSSES CONCERNANT LA
TRANSMISSION DU VIRUS**

	2003	2005		
	Femmes 15-24	Année d'enquête	Hommes 15-24	Femmes 15-24
Grenade				
Guatemala				
Guinée				
Guinée Bissau	8			
Guyana	36			
Haiti	14			
Honduras				
Inde				
Indonésie	7			
Iran (République islamique d')				
Jamaïque				
Japon				
Kazakhstan				
Kenya	26	2005	80	58
Kirghizistan				
Lettonie				
Lesotho	18			
Libéria				
Lituanie				
Madagascar		2003	16	19
Malawi	34	2005	36	24
Malaisie				
Mali				
Îles Marshall				
Mauritanie				
Maurice				
Mexique				
Micronésie				
République de Moldavie	19			
Mongolie	32	2005	3	5
Monténégro				
Maroc				
Mozambique				
Myanmar				
Namibie				
Népal				
Nicaragua				
Niger	5			
Nigéria				
Norvège				
Oman				
Palau				
Panama				
Papouasie-Nouvelle- Guinée				
Pérou				
Philippines				
Fédération de Russie				
Rwanda	23			
Saint-Kitts-et-Nevis				
Sainte-Lucie				

2007				2009				DERNIÈRE ENQUÊTE DHS (OU MICS) ¹		
Année d'enquête	Hommes	Femmes	Deux sexes	Année d'enquête	Hommes	Femmes	Deux sexes	Année d'enquête	Hommes	Femmes
	15-24	15-24	15-24		15-24	15-24	15-24		15-24	
2006	43	40	41							
2002	10	9	9	2008	24	22	23			
2007	20	12	16	2009	23	20	22	2005	23%	17%
2006		18		2008	13	13	13			
2005	34	44	39	2008			46	2005	47%	53%
2006	40	32	35	2005	40	34	35	2005	40%	34%
2005	39	89	77	2005		30		2005-06		30%
2006	33	24	28	2009	44	35	40	2005-06	36%	20%
				2007	14	15	14			
				2008	15	17	16			
2004	23	47	35	2008	38	43	40			
2004				2008						
2007	18	20	19	2008	29	32	30			
				2008	55	48		2003	47%	34%
2006	30	33	32	2009	33	37	35			
2007	3	3	3							
				2009				2004	19%	27%
				2006	67	57	62	2007	27%	21%
				2009	50	34	41			
2006	46	45	45	2008	57	54		2003-04	16%	19%
				2006	42	42	42	2004	36%	24%
				2008			23			
2006	22	18	20	2006	59	54	55	2006	22%	18%
2006	8	4	6	2007	39	27	32	2007	39%	27%
				2007	14	5	7			
2004			22							
2002	18	18		2006-07						
	0									
2006	26	27	26	2008	39	42	41	2005	na	na
2005	17	15	16	2009	19	16	18			
2006				2007						
2007				2007				2003	na	12%
2004	39	25	28					2009	34%	36%
				2007	47	48	48			
2007	62	65	63	2006	62	65		2006	62%	65%
2006	44	28	32	2006	44	28	32	2006	44%	28%
2007		81	81					2001		22%
2006	16	13	14	2006	16	13	14	2006	16%	13%
2005	25	20	23	2007	27	21	24	2008	33%	22%
				2008	66	67	65			
				2007	4	4	4			
2006		27		2008	0	27	27			
				2009	12	15	14			
2006			55	2007	26	17	22			
				2008	28	20	23	2007		19%
								2008		21%
2007	33	35	34	2009	35	39	37			
2005	54	51	52	2005	54	51	52	2005	54%	51%
2006			52	2005			52			
2006	61	57	59	2005	61	57	60			

**POURCENTAGE DE JEUNES
ÂGÉS DE 15 À 24 ANS
POSSÉDANT TOUT À LA FOIS
DES CONNAISSANCES
EXACTES SUR LES MOYENS
DE PRÉVENIR LE RISQUE DE
TRANSMISSION SEXUELLE
DU VIH ET QUI REJETTENT
LES PRINCIPALES IDÉES
FAUSSES CONCERNANT LA
TRANSMISSION DU VIRUS**

	2003	2005		
	Femmes 15-24	Année d'enquête	Hommes 15-24	Femmes 15-24
Saint-Vincent-et-les-Grenadines				
Samoa				
Sao Tomé-et-Principe	11			
Sénégal				
Serbie				
Seychelles				
Sierra Leone	16			
Singapour				
Îles Salomon				
Somalie		2004	13	8
Afrique du Sud	20			
Espagne				
Sri Lanka				
Soudan				
Suriname	27			
Swaziland	27			
Suède				
Tadjikistan				
Thaïlande				
L'Ex-République yougoslave de Macédoine				
Timor-Leste				
Togo	20			
Tonga				
Trinité-et-Tobago	33			
Tunisie				
Turquie				
Turkménistan				
Tuvalu				
Ouganda	28			
Ukraine				
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord				
République-Unie de Tanzanie	26			
Uruguay				
Ouzbékistan	3			
Vanuatu				
Viet Nam	25			
Zambie	26	2005	46	41
Zimbabwe		2003	56	54

¹ Enquête démographique et de santé (ou enquête par grappes à indicateurs multiples).

2007				2009				DERNIÈRE ENQUÊTE DHS (OU MICS) ¹		
Année d'enquête	Hommes	Femmes	Deux sexes	Année d'enquête	Hommes	Femmes	Deux sexes	Année d'enquête	Hommes	Femmes
	15-24	15-24	15-24		15-24	15-24	15-24		15-24	
2006	59	40	49	2008	59	40	49			
2006				2008				2008-09	43%	43%
2005	24	19	22	2008				2005	24%	19%
2006	20	21	20	2005	24	19	23			
2006	20	21	20	2006	20	21	20			
2003	59	67	63							
2007				2008	28	17		2008	28%	17%
2007	15	20	17							
				2008						
2006		4	4	2006		4				
				2008	30	27	29			
				2008						
2007	10	7	8	2006		17				
				2006		7	7			
2006		41	41	2006		41				
2007	52	52	52	2006	52	52	52	2007	52%	52%
				2009	59	61	60			
2007	11	11	11	2008	11	9	10			
2006	47	33	40	2006	44	30	37			
2007	19	26	22	2007	18	25	22			
				2008	21	36				
2007	59	44	51	2007	59	44	51			
				2008						
2007			56							
	26	29	27	2009	5	11	8			
2007	35	39	37							
								2000		3%
2005				2007	61	39	48			
2006	38	32	33	2010				2006	38%	32%
2007	39	42	40	2009	40	41	40	2007	43%	45%
				2007			65			
				2008	42	39	40	2007-08	42%	39%
2007	52	48	50	2008	23	44	34			
				2009	14	11	13			
				2008						
2005	50	42	46	2009	44	41	42	2005	50%	42%
2007	37	34	35	2007	37	34	35	2007	37%	34%
2006	46	44	45	2009	53			2005-06	46%	44%

**POURCENTAGE DE JEUNES
ÂGÉS DE 15 À 24 ANS AYANT
EU DES RAPPORTS SEXUELS
AVANT L'ÂGE DE 15 ANS**

	2005 ¹		
	Année d'enquête	Hommes	Femmes
		15-24	15-24
Albanie			
Angola		47	24
Antigua-et-Barbuda			
Argentine			
Arménie			
Azerbaïdjan			
Bahamas			
Bangladesh			
Barbade		36	26
Bélarus			
Belize			
Bénin		16	9
Bolivie			
Bosnie-Herzégovine			
Botswana			
Brésil			
Bulgarie			
Burkina Faso			
Burundi		14	6
Côte d'Ivoire	2004	13	15
Cambodge		<1	<1
Cameroun	2004	23	35
Cap-Vert			
République centrafricaine	2004	10	10
Tchad			
Chili			
Colombie			
Comores			
République du Congo	2003	10	10
Costa Rica			
Cuba			
Chypre			
République tchèque			
République démocra- tique du Congo			
Djibouti			
République dominicaine			
Équateur			
El Salvador			
Érythrée			
Estonie			
Éthiopie		40	42
Fidji			
Finlande			
Gabon			
Gambie			
Géorgie			
Allemagne			
Ghana			
Grèce			
Grenade			
Guatemala			

Indicateur UNGASS 15

2007¹

Année d'enquête	Hommes	Femmes	Deux sexes
	15-24	15-24	15-24

2006	36	28	32
2006			25
2005	27	19	23
2007	11	<1	3
2005	4	1	2
2007	8	4	5
2006	11	6	9
2006	13	12	12
2006		1	
2006	13	7	10
2007	3	7	6
2005		3	
2005	15	19	18
2006	<1	1	1
2006		14	
2005	41	24	30
2006	20	33	30
2004	19	39	35
2006	12	6	9
2007			37
2005	27	24	24
2006	15	7	11
2006	33	15	24
2007	15	1	8
2006	31	23	28
2007	24	33	29
2004		10	
2003	54	21	27
2007	10	11	10
2005	2	16	12
2007			50
2007	38	14	25
2006		5	
2005		2	2
2006	10	12	11
2007	35	7	24
2006	32	20	25
2002	20	9	11

2009¹

Année d'enquête	Hommes	Femmes	Deux sexes
	15-24	15-24	15-24

2008	1	1	
2009	37	23	30
2008			19
2006	1	1	
2009	70	41	58
2008	12	31	24
2009	22	16	20
2009	7	2	4
2009	11	5	8
	22	13	17
2008	13	7	8
2009	17		18
2008	5	3	4
2008	41	29	35
2009	11	5	8
2008	9	7	8
2007	5	3	4
2009			21
2005	0	1	1
2004	23	35	31
2009	26	13	26
2006	36	52	48
2004	10	26	
2009	13	8	11
1996	16	8	10
	25	20	22
2008	32	15	24
2008	3	4	3
2007	18	18	18
2008	11	2	7
2007	24	15	19
2008		11	
2007	11	11	11
2005	2	16	
2009	27	30	28
2010	28	8	15
2005	12	14	13
2008	4	8	
2009	22	10	16
2008	16	8	11

DERNIÈRE ENQUÊTE DHS (OU MICS)²

Année d'enquête	Hommes	Femmes
-----------------	--------	--------

2005	3	0
2006	1	1
2007	1	
2006	13	12
2008	13	7
2003	4	7
2005	15	19
2005	0	1
2004	11	20
2005	41	24
2006	13	25
2004	10	26
2005		13
2009	25	20
2007	18	18
2007	24	15
2002		13
2005	2	16
2000	42	24
2008	4	8
1999		10

A2

**POURCENTAGE DE JEUNES
ÂGÉS DE 15 À 24 ANS AYANT
EU DES RAPPORTS SEXUELS
AVANT L'ÂGE DE 15 ANS**

	2005 ¹		
	Année d'enquête	Hommes	Femmes
		15-24	15-24
Guinée	2005	16	18
Guinée Bissau			
Guyana			
Haïti			
Honduras			
Inde			
Indonésie			
Iran (République islamique d')			
Jamaïque			
Japon			
Kazakhstan			
Kenya	2005	20	17
Kirghizistan			
Lettonie			
Liban			
Lesotho	2004	27	14
Libéria			
Lituanie			
Luxembourg			
Madagascar	2003	22	31
Malawi			
Malaisie			
Mali			
Malte			
Îles Marshall			
Mauritanie			
Maurice			
Mexique			
Micronésie (États fédérés de)			
République de Moldavie	2005	34	24
Mongolie	2005	3	<1
Monténégro			
Maroc			
Mozambique			
Myanmar			
Namibie			
Népal			
Nicaragua			
Niger			
Nigéria	2005	5	15
Norvège			
Pakistan			
Palau			
Panama			
Papouasie-Nouvelle- Guinée			
Paraguay			
Pérou			
Philippines			
Portugal			
Roumanie			
Fédération de Russie	2004	17	8

2007¹

Année d'enquête	Hommes	Femmes	Deux sexes
	15-24	15-24	15-24
2007	20	31	25
2006		22	
2005	30	12	21
2006	43	15	23
2005	19	11	13
2006	2	4	3
2005			
2004			
2004	8	9	9
2007	20	3	9
2003	29	14	21
2007	9	<1	5
2007	16	9	12
2004			4
2005	12	6	8
2006	22	10	16
2006	33	39	36
2006			
2006	5	25	6
2006	17	10	14
2007		14	14
2004	3	1	2
2005	4	4	4
2006	8	1	4
2005	3	<1	1
2007	4	2	3
2007	8	1	5
2004	26	28	28
2007	18	7	12
2007		14	14
2006	8	39	25
2005	5	15	10
2006	1	<1	
2006		5	
2007	4	4	4
2007		6	
2006	17	3	10
2007	12	3	7

2009¹

Année d'enquête	Hommes	Femmes	Deux sexes
	15-24	15-24	15-24
2009	25	29	26
2008	26	16	21
2009	19	10	14
2005	43	15	23
2006	19	11	13
2009	2	10	0
2007	0	0	0
2007	7	1	4
2008	57	16	36
2008	7	0	4
2008	22	11	
2009	6	0	3
2004			4
2006	8	17	13
2008	18	7	13
2006	18	15	16
2009	9	18	
2004	14	15	15
2001			5
2006	5	25	21
2009	7	6	7
2007	27	14	19
2007		14	14
2008	10	5	7
2005	4	4	4
2006			22
2008	13	1	7
2009	2	0	1
2007			
2007	8	1	5
2009	25	25	25
2007	1	1	1
2006	18	7	
2006	5	30	
2007	7	17	12
2009	8	10	9
2008	17	15	10
2009	30	21	24
2007	8	7	8
2008		64	
2008	12	7	8
2008	11	6	8
2009	10	3	6

DERNIÈRE ENQUÊTE DHS (OU MICS)²

Année d'enquête	Hommes	Femmes
	2005	17	22
2009		
2005	43	15
2005-06		11
2005-06	2	10
2007		
2003	29	14
2004	13	6
2007	9	17
2003-04	9	15
2004	14	15
2006	5	25
2007	27	14
2005	9	1
1992		0
2009	25	25
2006	18	7
2006	4	8
2001		12
2006	5	30
2008	6	16
2007		6
2008		2

**POURCENTAGE DE JEUNES
ÂGÉS DE 15 À 24 ANS AYANT
EU DES RAPPORTS SEXUELS
AVANT L'ÂGE DE 15 ANS**

2005 ¹			
	Année d'enquête	Hommes	Femmes
		15-24	15-24
Rwanda			
Saint-Kitts-et-Nevis			
Sainte-Lucie			
Saint-Vincent-et-les-Grenadines	2005	63	37
Samoa			
Sao Tomé-et-Principe			
Sénégal			
Serbie			
Sierra Leone			
Singapour			
Îles Salomon			
Afrique du Sud			
Espagne			
Sri Lanka			
Soudan			
Suriname			
Swaziland			
Suède			
Suisse			
Tadjikistan			
Thaïlande		11	7
L'Ex-République yougoslave de Macédoine			
Togo			
Trinité-et-Tobago			
Tunisie			
Turkménistan			
Tuvalu			
Ouganda			
Ukraine			
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord			
République-Unie de Tanzanie			
Uruguay			
Ouzbékistan			
Viet Nam			
Zambie			
Zimbabwe		9	8

¹ La méthodologie peut varier pour certains pays.

² Enquête démographique et de santé (ou enquête par grappes à indicateurs multiples).

2007 ¹				2009 ¹				DERNIÈRE ENQUÊTE DHS (OU MICS) ²		
Année d'enquête	Hommes	Femmes	Deux sexes	Année d'enquête	Hommes	Femmes	Deux sexes	Année d'enquête	Hommes	Femmes
	15-24	15-24	15-24		15-24	15-24	15-24		15-24	
2005	13	4	7	2005	13	4	7	2005	13	4
2006	36	10	22	2005	36	10	22			
2006	32	20	26	2005	32	20	26			
2006	31	14	22	2008	31	14	22			
				2008	11	5	9			
2006								2008-09	12	9
2005	12	9	10	2005	12	9	10	2005	12	9
				2006	4	1	2			
2005	25		25	2008	11	25		2008	11	25
2007	3	2	2							
				2008	44	22	29			
2005	5	12	8	2008	11	6	9			
2003	18	11	15	2008	30	18				
2007			3	2006		1				
				2009			41			
2006			8	2006		9				
2007	5	7	6	2006	5	7	6	2007	5	7
2007	15	21	19	2009	19	24	22			
2007	10	7	8	2007	9	7	8			
2006	1	<1	1	2008	1	0	0			
2006	21	5	13	2006	8	1	5			
2007	8	1	5	2007	9	1	5			
2007	13	10	11	2007	13	10	11	1998	0	19
2007			12							
	7	<1	4	2009	52	14	36			
								2000		0
				2007	15	2	7			
2006	12	16	15	2010				2006	12	16
2007	7	3	5	2009	4	0	2	2007	2	1
2001	14	12	13	2001	14	12	13			
2005	10	13	11	2008	10	11	10	2007-08	10	11
2007	25	10	18	2008	44	30	37			
				2009	1	0	1	1996		1
2005	1	<1	<1	2009	0	0	0	2005	0	1
2007	16	14	15	2006	16	13	14	2007	16	14
2006	5	5	5	2007	4	5	5	2005-06	5	5

**POURCENTAGE DE FEMMES
ET D'HOMMES ÂGÉS DE 15 À
49 ANS AYANT EU DES
RAPPORTS SEXUELS AVEC
PLUS D'UN PARTENAIRE AU
COURS DES 12 DERNIERS
MOIS**

		2003 ¹			
	Année d'enquête	Hommes	Femmes	Deux sexes	
		15-49	15-49	15-24	25-49
Albanie					
Angola					
Antigua-et-Barbuda					
Arménie	2000	9	<1	4	4
Azerbaïdjan					
Bangladesh					
Bélarus					
Belize					
Bénin	1996		2		
Bolivie					
Bosnie-Herzégovine					
Botswana					
Bésil					
Bulgarie					
Burkina Faso	1999	13	1	9	6
Burundi					
Côte d'Ivoire	1998	33	5	19	19
Cambodge	2000		<1		
Cameroun	1998	41	10	25	25
Canada					
Cap-Vert					
République centrafricaine					
Tchad	1997	19	1	11	8
Chili					
Colombie	2000		3		
Comores					
République du Congo					
Costa Rica					
Cuba					
Chypre					
République tchèque					
République démocratique du Congo					
Djibouti					
République dominicaine	1996	16	2	4	6
Érythrée					
Estonie					
Éthiopie	2000	7	1	3	5
Gabon	2000	24	14	20	18
Gambie					
Allemagne					
Ghana					
Grèce					
Grenade					
Guatemala					
Guinée	1999	26	4	15	15
Guinée Bissau					
Guyana					
Haiti	2000	24	1	11	13
Honduras					
Hongrie					
Inde					

Indicateur UNGASS 16

**POURCENTAGE DE FEMMES
ET D'HOMMES ÂGÉS DE 15 À
49 ANS AYANT EU DES
RAPPORTS SEXUELS AVEC
PLUS D'UN PARTENAIRE AU
COURS DES 12 DERNIERS
MOIS**

		2003 ¹			
	Année d'enquête	Hommes	Femmes	Deux sexes	
		15-49	15-49	15-24	25-49
Indonésie					
Iran (République islamique d')					
Jamaïque					
Japon					
Kazakhstan					
Kenya	1998	24	3	16	11
Kirghizistan					
Liban					
Lesotho					
Libéria					
Lituanie					
Madagascar					
Malawi	2000	15	1	6	9
Mali	1996	13			
Malte					
Îles Marshall					
Maurice					
Mexique					
Micronésie (États fédérés de)					
République de Moldavie					
Mongolie					
Maroc					
Mozambique					
Myanmar					
Namibie	2000	16	2	9	10
Népal	2001	3			
Nicaragua	2001		1		
Niger	1998	10	1	7	5
Nigéria					
Palau					
Panama					
Papouasie-Nouvelle- Guinée					
Paraguay					
Pérou	1996	23	<1	4	9
Philippines					
Pologne					
Portugal					
Fédération de Russie					
Rwanda	2000	2	<1	1	2
Saint-Kitts-et-Nevis					
Sainte-Lucie					
Saint-Vincent-et- les-Grenadines					
Sao Tomé-et-Principe					
Sénégal					
Serbie					
Seychelles					
Sierra Leone					
Singapour					
Îles Salomon					
Afrique du Sud					
Espagne					

**POURCENTAGE DE FEMMES
ET D'HOMMES ÂGÉS DE 15 À
49 ANS AYANT EU DES
RAPPORTS SEXUELS AVEC
PLUS D'UN PARTENAIRE AU
COURS DES 12 DERNIERS
MOIS**

2003¹

	Année d'enquête	Hommes		Femmes		Deux sexes	
		15-49	15-49	15-24	25-49	15-24	25-49
Sri Lanka							
Soudan							
Suriname							
Swaziland							
Suède							
Suisse							
Tadjikistan							
Thaïlande							
Timor-Leste							
Togo	1998	21	3	13	13		
Tonga							
Trinité-et-Tobago							
Tunisie							
Turquie							
Turkménistan	2000		<1				
Tuvalu							
Ouganda	1995	8	1	5	4		
Ukraine							
Émirats arabes unis							
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord							
République-Unie de Tanzanie	1999	29	9	17	20		
États-Unis d'Amérique							
Uruguay							
Vanuatu							
Viet Nam							
Zambie	1996	27	4	18	12		
Zimbabwe	1999	13	2	6	8		

¹ Données fournies par MEASURE DHS.

² 15-24 ans.

³ 25-64 ans seulement.

⁴ La méthodologie peut varier pour certains pays.

⁵ Enquête démographique et de santé (ou enquête par grappes à indicateurs multiples).

**POURCENTAGE DE FEMMES
ET D'HOMMES ÂGÉS DE 15 À
49 ANS AYANT EU DES
RAPPORTS SEXUELS AVEC
PLUS D'UN PARTENAIRE AU
COURS DES 12 DERNIERS
MOIS**

	Année d'enquête	2009 ⁴				
		Hommes		Femmes		
		15-49	15-49	15-19	20-24	25-49
Albanie	2008	5	0	2	15	
Angola	2009	25	3	10	31	27
Antigua-et-Barbuda						
Arménie						
Azerbaïdjan	2006	6		3	16	5
Bangladesh	2005	12		39	28	9
Bélarus	2009	22	10	28	17	18
Belize	2009	15	5	11	27	14
Bénin	2006	21	1	5	18	27
Bolivie	2008	12		10	21	11
Bosnie-Herzégovine	2009	64				
Botswana	2008	16	7	5	26	16
Bésil	2008	76	57	66	74	78
Bulgarie	2009	29	12	27	43	
Burkina Faso	2008	27	2	24	26	27
Burundi	2007					
Côte d'Ivoire	2005	31	5	32	33	30
Cambodge	2005	6	0	2	9	7
Cameroun	2004	40	9	35	45	40
Canada						
Cap-Vert	2009	54	42	93	80	36
République centrafricaine	2006	21	6	12	29	
Tchad	2004	17	1	7	20	21
Chili	2009	21	7	16	29	21
Colombie	2005		3			
Comores	2003	24	4			
République du Congo	2009	29	7	9	34	33
Costa Rica						
Cuba	2008	34	12			
Chypre						
République tchèque	2008	29	21	47	36	26
Rép. populaire démocra- tique de Corée						
République démocra- tique du Congo	2007	17	3	10	19	18
Djibouti	2008			70	90	
République dominaicaine	2007	30	4	33	43	27
Guinée équatoriale	2006					
Érythrée						
Estonie	2007	23	21	14	31	
Éthiopie	2005	3	0	0	2	4
Gabon	2010	57	33	54	63	55
Gambie						
Allemagne	2009	13	7	23	30	10
Ghana	2008	11	1	3	10	15
Grèce	2009	32	22	50	35	28
Grenade						
Guatemala	2008	12	1	13	18	10
Guinée	2008					
Guinée Bissau	2008	37	10	31	41	41
Guyana	2009	10	1	8	18	9
Haiti	2005	23	1	13	29	26

Indicateur UNGASS 16

2009 ⁴			DERNIÈRE ENQUÊTE DHS (OU MICS) ⁵		
Femmes			Année d'enquête	Hommes	Femmes
15-19	20-24	25-49		15-49	15-49
0	0				
4	4	2			
			2005	9	0
			2006	6	0
			2007		
9	26	5			
4	6	5			
1	1	0	2006	21	1
			2008	12	
4	13	7			
56	63	55			
10	14				
6	3	2	2003	15	1
7	6	3	2005	24	4
0	0	0	2005	6	0
20	11	6	2004	31	6
71	62	27	2005	36	3
5	7		2006		
1	1	1	2004	17	1
5	10	6			
4	6	2	2005		3
9	10	5	2009	29	7
43	28	18			
3	4	3	2007	17	3
56	85				
10	7	2	2007	24	3
			1995	6	
19	22				
0	0	0	2005	2	0
34	44	28	2000	46	14
14	17	5			
1	2	1	2008	11	1
28	27	17			
1	1	1			
			2005	25	2
9	13	9			
1	2	1	2009		1
1	2	1	2005	23	1

**POURCENTAGE DE FEMMES
ET D'HOMMES ÂGÉS DE 15 À
49 ANS AYANT EU DES
RAPPORTS SEXUELS AVEC
PLUS D'UN PARTENAIRE AU
COURS DES 12 DERNIERS
MOIS**

2009⁴

	Année d'enquête	Hommes		Femmes		
		15-49	15-49	15-19	20-24	25-49
Honduras	2006	19	1	32	29	14
Hongrie	2009	85	25			
Inde	2009	9	3	1	5	1
Indonésie	2007	0		0	0	0
Iran (République islamique d')	2008	12	1	11	14	
Jamaïque	2008	62	17	50	81	61
Japon	1999	22	7			
Kazakhstan	2008	22	4	16	31	21
Kenya	2008	9	1	4	12	11
Kirghizistan	2009	22	1	16	32	
Liban	2004					
Lesotho						
Libéria	2006	22	7	16	27	21
Lituanie	2008	26	8			
Madagascar	2009			14	24	15
Malawi	2004	9	1	5	9	11
Mali	2006	25	6	93	64	20
Malte	2009	7	3	11	23	8
Îles Marshall	2007	32	15	59	47	16
Maurice	2008	23	3	41	26	
Mexique						
Micronésie (États fédérés de)	2006	45	18			
République de Moldavie	2009	18	2	17	29	15
Mongolie						
Maroc	2007	37	2			
Mozambique	2009	20	3	10	24	22
Myanmar	2006	13	0	1	11	17
Namibie	2006	11	2	6	17	
Népal						
Nicaragua	2007		2			
Niger	2006	9	1	76	27	5
Nigéria	2007	19	4	6	18	26
Palau	2008		9			
Panama	2009	45	41	31	54	48
Papouasie-Nouvelle- Guinée	2007	37	1	62	38	34
Paraguay	2008		6			
Pérou	2008	14	1	18	25	9
Philippines						
Pologne						
Portugal	2007	27	9	45	43	23
Fédération de Russie	2008	21	9	32	36	16
Rwanda	2005	3	0	0	1	4
Saint-Kitts-et-Nevis	2005					
Sainte-Lucie	2007	42	25			
Saint-Vincent-et- les-Grenadines	2008	24	10	16	52	13
Sao Tomé-et-Principe	2008	22	1	21	23	
Sénégal	2005	13	1	4	9	19
Serbie	2006	11	1	11	25	8
Seychelles						
Sierra Leone	2008	21	5	12	23	34

2009 ⁴			DERNIÈRE ENQUÊTE DHS (OU MICS) ⁵		
Femmes			Année d'enquête	Hommes	Femmes
15-19	20-24	25-49		15-49	15-49
1	1	0	2005-06		1
0	0	0	2005-06	1	0
1	1				
17	23	14			
2	8	4			
1	2	1	2003	12	
0	2				
			2004	21	8
12	8	6	2007	18	6
3	2	2	2003-04	17	3
1	1	1	2004	9	1
21	9	2	2006	15	1
3	4	2			
31	22	7	2007	7	3
2	3				
3	5	1	2005	11	1
4	4	2	2009		3
0	0	0			
1	4		2006	11	2
			2006	2	0
1	2		2001		1
1	1	1	2006	12	1
3	5	4	2008	10	1
36	13	5			
23	41	46			
0	0	1			
7	8	4			
1	3	1	2004-08		1
			2003	6	
26	22	7			
14	13	8			
0	0	0	2000	2	0
10	15	5			
3	2			18	2
1	1	2	2005	13	1
1	4	1			
7	6	12	2008	16	4

A2

**POURCENTAGE DE FEMMES
ET D'HOMMES ÂGÉS DE 15 À
49 ANS AYANT EU DES
RAPPORTS SEXUELS AVEC
PLUS D'UN PARTENAIRE AU
COURS DES 12 DERNIERS
MOIS**

2009⁴

	Année d'enquête	Hommes		Femmes		
		15-49	15-49	15-19	20-24	25-49
Singapour						
Îles Salomon	2008	91	24	71	82	
Afrique du Sud	2008	19	4			
Espagne	2008					
Afrique du Sud	2008	19	4			
Sri Lanka						
Suriname	2006		1			
Swaziland	2006	14	1	26	30	20
Suède	2009	42	51	37	47	
Suisse	2007	18	10			
Tadjikistan	2008	15	5	8	20	16
Thaïlande	2006	18	1			
Timor-Leste	2008	92				
Togo	2007	26	6	15	31	27
Tonga	2008			19		
Trinité-et-Tobago						
Tunisie	2009	37	14			
Turquie						
Turkménistan						
Tuvalu	2007	5	1	13	18	1
Ouganda	2010	29	4			
Ukraine	2009	23	7	18	41	20
Émirats arabes unis						
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	2008	15	8		25	13
République-Unie de Tanzanie	2008	18	3	4	18	24
États-Unis d'Amérique						
Uruguay	2007	23	11	40	52	14
Vanuatu	2008	53	27			
Viet Nam	2009	2	0	1	5	
Zambie	2007	14	1	5	14	18
Zimbabwe	2007	28	9	18	34	29

¹ Données fournies par MEASURE DHS.

² 15-24 ans.

³ 25-64 ans seulement.

⁴ La méthodologie peut varier pour certains pays.

⁵ Enquête démographique et de santé (ou enquête par grappes à indicateurs multiples).

2009 ⁴			DERNIÈRE ENQUÊTE DHS (OU MICS) ⁵		
Femmes			Année d'enquête	Hommes	Femmes
15-19	20-24	25-49		15-49	15-49
45	32	6			
4	4	2	2007	14	2
49	53				
1	3	7			
24	18	7			
7	11	4	1998	21	3
10					
			2000		0
0	1	1			
			2006	21	2
3	10	7	2007	13	2
	24	5			
2	3	3	2007-08	18	3
16	16	9			
0	0		2005	1	0
2	1	1	2007	14	1
8	12	8	2005-06	9	1

**POURCENTAGE DE FEMMES
ET D'HOMMES DE 15 À
49 ANS AYANT EU PLUS D'UN
PARTENAIRE AU COURS DES
12 DERNIERS MOIS ET QUI
ONT UTILISÉ UN PRÉSERVATIF
LORS DE LEUR DERNIER
RAPPORT SEXUEL**

		2003 ¹			
	Année d'enquête	Hommes	Femmes	Deux sexes	
		15-49	15-49	15-24	25-49
Albanie					
Angola					
Antigua-et-Barbuda					
Argentine					
Arménie	2000	32			
Azerbaïdjan					
Bangladesh					
Bélarus					
Belize					
Bénin					
Bolivie					
Bosnie-Herzégovine					
Botswana					
Brésil					
Bulgarie					
Burkina Faso	1999	55	36	56	
Burundi					
Côte d'Ivoire	1998	45	23	53	34
Cambodge					
Cameroun	1998	23	13	27	17
Canada					
Cap-Vert					
République centrafricaine					
Tchad	1997	20	10	22	17
Chili					
Colombie	2000		22		
République du Congo					
Costa Rica					
Cuba					
Chypre					
République démocratique du Congo	1996	9	19	7	10
Djibouti					
République dominicaine					
El Salvador					
Guinée équatoriale					
Erythrée					
Estonie					
Éthiopie	2000	20	11	43	10
Gabon	2000	40	26	41	29
Allemagne					
Ghana					
Grèce					
Grenade					
Guatemala					
Guinée	1999	24	9	31	17
Guinée-Bissau					
Guyana					
Haiti	2000	21	30	30	16
Honduras					
Hongrie					
Inde					
Indonésie					

Indicateur UNGASS 17

**POURCENTAGE DE FEMMES
ET D'HOMMES DE 15 À
49 ANS AYANT EU PLUS D'UN
PARTENAIRE AU COURS DES
12 DERNIERS MOIS ET QUI
ONT UTILISÉ UN PRÉSERVATIF
LORS DE LEUR DERNIER
RAPPORT SEXUEL**

		2003 ¹			
	Année d'enquête	Hommes	Femmes	Deux sexes	
		15-49	15-49	15-24	25-49
Iran (République islamique d')					
Jamaïque					
Japon					
Kazakhstan					
Kenya	1998	36	18	38	30
Kirghizistan					
Liban					
Lesotho					
Libéria					
Lituanie					
Madagascar					
Malawi	2000	14	15	26	7
Mali	1996	34			
Malte					
Îles Marshall					
Mauritanie					
Maurice					
Mexique					
Micronésie (États fédérés de)					
République de Moldavie					
Mongolie					
Maroc					
Mozambique					
Myanmar					
Namibie	2000	65	45	72	56
Népal					
Nicaragua	2001		19		
Niger	1998	26	28		
Nigéria					
Palau					
Panama					
Papouasie-Nouvelle-Guinée					
Paraguay					
Pérou	2000		15		
Philippines					
Portugal					
Fédération de Russie					
Rwanda	2000	28	30		
Saint-Kitts-et-Nevis					
Sainte-Lucie					
Saint-Vincent-et-les-Grenadines					
Samoa					
Sao Tomé-et-Príncipe					
Sénégal					
Serbie					
Sierra Leone					
Singapour					
Afrique du Sud					
Espagne					
Suriname					
Swaziland					

**POURCENTAGE DE FEMMES
ET D'HOMMES DE 15 À
49 ANS AYANT EU PLUS D'UN
PARTENAIRE AU COURS DES
12 DERNIERS MOIS ET QUI
ONT UTILISÉ UN PRÉSERVATIF
LORS DE LEUR DERNIER
RAPPORT SEXUEL**

2003¹

	Année d'enquête	Hommes		Femmes		Deux sexes	
		15-49	15-49	15-24	25-49	15-24	25-49
Suède							
Suisse							
Tadjikistan							
Thaïlande							
Timor-Leste							
Togo	1998	33	21	42	25		
Tonga							
Tunisie							
Turquie							
Tuvalu							
Ouganda	1995	18	8	24	9		
Ukraine							
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord							
République-Unie de Tanzanie	1999	22	16	25	17		
Uruguay							
Viet Nam							
Zambie	1996	31	18	36	23		
Zimbabwe	1999	40	46	56	30		

¹ Données fournies par MEASURE DHS.

² Données de deux villes seulement.

³ 'Femmes' désigne les 15-24 ans uniquement.

⁴ Pas de référence 4.

⁵ Pas de référence 5.

⁶ La méthodologie peut varier pour certains pays.

⁷ Enquête démographique et de santé (ou enquête par grappes à indicateurs multiples).

2005¹

Année d'enquête	Hommes	Femmes	Deux sexes	
	15-49	15-49	15-24	25-49
2001	24	25		
2004	29	21	37	23
2005	58			
2001	27	21	40	20
2006	36	41	57	24

2007⁶

Année d'enquête	Hommes	Femmes	Deux sexes			
	15-49	15-49	15-49	15-19	20-24	25-49
2007	62	52	58	83	61	48
2006			65	53	69	
2006	53	14	51	63	49	50
2007	73	69	73	72	76	71
2007		58	53	52	71	45
2006	42	41	42		30	41
2007	75	61	72	77	64	72
2001	10	5	7	15	15	5
2005	50	38	44	38	41	
2007	69	65	68	76	81	56
	1	0	0	0	1	0
2007	50	37	46	39	49	48
2006	71	47	64	50	67	68

A2

**POURCENTAGE DE FEMMES
ET D'HOMMES DE 15 À
49 ANS AYANT EU PLUS D'UN
PARTENAIRE AU COURS DES
12 DERNIERS MOIS ET QUI
ONT UTILISÉ UN PRÉSERVATIF
LORS DE LEUR DERNIER
RAPPORT SEXUEL**

	Année d'enquête	2009 ⁶				
		Hommes		Femmes	Hommes	
		15-49	15-49	15-19	20-24	25-49
Albanie	2008	40			50	
Angola	2009	42	45	48	56	35
Antigua-et-Barbuda						
Argentine	2008					
Arménie						
Azerbaïdjan	2006	26			26	24
Bangladesh	2005	33				
Bélarus	2009	70	68	80	71	54
Belize	2009	66	56	81	70	61
Bénin	2006	17	21	49	43	11
Bolivie	2008	35		44	39	31
Bosnie-Herzégovine	2009					
Botswana	2008	82	80	83	88	79
Bésil	2008	43	34	76	58	33
Bulgarie	2009	71	64	71	70	
Burkina Faso	2008	69	78	93	94	60
Burundi	2007					
Côte d'Ivoire	2005	38	41	64	61	25
Cambodge	2005	41	9	86	72	24
Cameroun	2004	38	35	57	56	28
Canada						
Cap-Vert	2009	75	59	83	75	66
République centrafricaine	2006	60	41			
Tchad	2004	16	7	30	18	14
Chili	2009	55	38	57	55	48
Colombie	2005		31			
République du Congo	2009	28	29	49	37	24
Costa Rica						
Cuba	2008	48	38			
Chypre						
République populaire démocratique de Corée						
République démocra- tique du Congo	2007	16	7	28	19	12
Djibouti	2008			33	70	
Rép. dominicaine	2007	45	35	72	57	35
El Salvador	2008		81			
Guinée équatoriale	2006					
Érythrée						
Estonie	2007	61	42	66	59	
Éthiopie	2005	9			24	5
Gabon	2010	35	22	30	40	34
Allemagne	2009	64	49	74	65	61
Ghana	2008	26		24	49	22
Grèce	2009	23	17	33	25	20
Grenade						
Guatemala	2008	62	24	79	68	47
Guinée	2008					
Guinée Bissau	2009	64	55	65	62	65
Guyana	2009	65	48	86	70	58
Haiti	2005	34	21	42	56	23
Honduras	2006		27			
Hongrie	2009	100		5	18	77

Indicateur UNGASS 17

2009 ⁶			DERNIÈRE ENQUÊTE DHS (OU MICS) ⁷		
Femmes			Année d'enquête	Hommes	Femmes
15-19	20-24	25-49		15-49	15-49
47	51	42			
			2005	58	
			2006	26	0
69	77	46			
58	77	50			
20	35	10	2006	17	21
			2008	35	
85	83	78			
52	37	30			
60	65				
76	86	75	2003	43	44
45	45	35	2005	38	41
0	100	2	2005	41	8
47	37	27	2004	38	35
78	60	41	2005	69	57
			2006		
			2004	16	7
49	34	31			
35	36	27	2005		31
24	26	33	2009	28	29
7	10	7	2007	16	8
47	90				
37	31	36	2007	45	35
83	79	81			
			1995	54	
56	33				
			2005	9	
24	30	18	2000	40	26
58	51	45			
			2008	26	18
23	24	11			
13	43	23			
			2005	24	20
57	46	66			
		48	2009	65	48
31	18	19	2005	34	21
34	17	26	2005-06		27

**POURCENTAGE DE FEMMES
ET D'HOMMES DE 15 À
49 ANS AYANT EU PLUS D'UN
PARTENAIRE AU COURS DES
12 DERNIERS MOIS ET QUI
ONT UTILISÉ UN PRÉSERVATIF
LORS DE LEUR DERNIER
RAPPORT SEXUEL**

	Année d'enquête	2009 ⁶				
		Hommes		Femmes		
		15-49	15-49	15-19	20-24	25-49
Inde	2009	79		100	70	100
Indonésie	2007	60			100	58
Iran (République islamique d')	2008	55	63	52	59	
Jamaïque	2008	65	52	90	65	52
Japon	2008			77		
Kazakhstan	2008	72	64	83	84	65
Kenya	2008	37	32	69	67	20
Kirghizistan	2009	81	62	87	77	
Liban	2004					
Lesotho	2009			60	60	
Libéria	2006	23	12	29	28	21
Lituanie	2008	65	60			
Madagascar	2008			3	5	3
Malawi	2004	20	16	31	36	14
Mali	2006	39	17	31	40	43
Malte	2009	80	72	85	85	76
Îles Marshall	2007	20	10	21	25	14
Mauritanie						
Maurice	2008	37	15	47	26	
Mexique						
Micronésie (États fédérés de)	2006					
Rép. de Moldavie	2009	52	38	81	59	40
Mongolie						
Maroc	2007	61	75			
Mozambique	2009	22	23	41	35	15
Myanmar	2006	45	0	67	71	40
Namibie	2006	74	66	84	81	
Népal						
Nicaragua	2007		19			
Niger	2006	7	8			4
Nigéria	2007	66	39	94	81	49
Palau	2008	0	23	0	0	0
Panama	2009	25	9	47	32	18
Papouasie-Nouvelle- Guinée	2008	40	0	38	43	39
Paraguay	2008		5			
Pérou	2008	72	25	73	80	65
Philippines						
Portugal	2007	55	46	74	71	47
Fédération de Russie	2008	52	45	62	64	43
Rwanda	2005	25	19			25
Saint-Kitts-et-Nevis	2005					
Sainte-Lucie	2007	48	39			
Saint-Vincent-et- les-Grenadines	2008			62	62	
Samoa	2008					
Sao Tomé-et-Principe	2008	60	48	65	63	
Sénégal	2005	62	37			
Serbie	2006	71	61	83	77	64
Sierra Leone	2008	15	7	14	34	
Singapour						
Afrique du Sud	2008	77	68			
Espagne	2008					

2009 ⁶			DERNIÈRE ENQUÊTE DHS (OU MICS) ⁷		
Femmes			Année d'enquête	Hommes	Femmes
15-19	20-24	25-49		15-49	15-49
			2005-06	23	12
60	67				
45	64	48			
76					
71	70	59			
	36		2003	33	12
100	56				
39	48		2004	41	19
11	22	9	2007	22	14
4	2	8	2003-04	9	2
16	23	9	2004	20	16
14	21	17	2006	12	8
80	50	75			
9	7	14			
17	14				
60	14	50	2005	45	22
31	32	15	2009	22	24
	0	0			
77	46		2006	74	66
			2006	30	
12	30	16	2001		19
		8	2006	7	8
69	37	28	2008	33	23
0	0	60			
17	14	7			
		0			
5	8	4			
82	32	8	2007		31
			2008		
65	55	39			
56	50	41			
			2005	8	14
55	50				
		59			
53	54		2008-09	33	28
			2005	32	21
67	71	53			
11	14	4	2008	15	7

**POURCENTAGE DE FEMMES
ET D'HOMMES DE 15 À
49 ANS AYANT EU PLUS D'UN
PARTENAIRE AU COURS DES
12 DERNIERS MOIS ET QUI
ONT UTILISÉ UN PRÉSERVATIF
LORS DE LEUR DERNIER
RAPPORT SEXUEL**

2009⁶

	Année d'enquête	Hommes		Femmes		
		15-49	15-49	15-19	20-24	25-49
Suriname	2006		80			
Swaziland	2006	56	55	74	64	50
Suède	2009	36	27	33	38	
Suisse	2007	99	87			
Tadjikistan	2008	60	19	74	61	55
Thaïlande	2006	53	14			
Timor-Leste	2008	25				
Togo	2007	73	69	73	77	72
Tonga	2008			22		
Tunisie	2009					
Turquie						
Tuvalu	2007	45				
Ouganda	2010	16	9			
Ukraine	2009	60	61	84	73	51
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	2008	82	75			
République-Unie de Tanzanie	2008	16	7	10	27	15
Uruguay	2007	69	65	78	80	56
Viet Nam						
Zambie	2006	27	33	50	40	23
Zimbabwe	2005	36	41	71	56	22

¹ Données fournies par MEASURE DHS.

² Données de deux villes seulement.

³ 'Femmes' désigne les 15-24 ans uniquement.

⁴ Pas de référence 4.

⁵ Pas de référence 5.

⁶ La méthodologie peut varier pour certains pays.

⁷ Enquête démographique et de santé (ou enquête par grappes à indicateurs multiples).

2009 ⁶			DERNIÈRE ENQUÊTE DHS (OU MICS) ⁷		
Femmes			Année d'enquête	Hommes	Femmes
15-19	20-24	25-49		15-49	15-49
52	56	55	2007	56	55
26	29				
20	42	15			
63	49	50			
69	72	64	1998	33	21
19					
			2006	20	24
100	75	54			
			2007	46	48
10	8	6	2007-08	22	21
71	86	56			
			2005	58	
			2007	28	33
		43	2005-06	36	41

POURCENTAGE DE JEUNES DE 15 À 24 ANS QUI DÉCLARENT AVOIR UTILISÉ UN PRÉSERVATIF LORS DE LEUR DERNIER RAPPORT SEXUEL AVEC UN PARTENAIRE NON MARITAL NON COHABITANT PAR RAPPORT AUX JEUNES QUI ONT EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC UN TEL PARTENAIRE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS

	Période	Hommes	Femmes
		15-24	15-24
Albanie	2008-2009	55	25
Arménie	2005	86	
Arménie	2000	44	
Azerbaïdjan	2006	31	
Belize	2006		50
Bénin	2006	45	28
Bénin	2001	35	19
Bénin	1996		9
Bolivie	2008	49	
Bolivie	2003	37	20
Bosnie-Herzégovine	2006	–	71
Botswana	2001	88	75
Botswana	1996	85	
Bésil	2004		
Bésil	1996	59	32
Bulgarie	2005	70	57
Burkina Faso	1998–1999	56	41
Burkina Faso	2006		64
Burkina Faso	2003	67	54
Burundi	2005		25
Cambodge	2005	84	
Cameroun	2006		62
Cameroun	2004	57	47
Cameroun	1998	31	16
Cap-Vert	2005	79	56
République centrafricaine	2006	60	41
Tchad	2004	25	17
Colombie	2005		36
Colombie	2000		30
Congo	2005	38	20
République démocratique du Congo	2007	27	17
Côte d'Ivoire	1998–1999	56	25
Côte d'Ivoire	2005	53	39
Djibouti	2005	51	26
Rép. dominicaine	2007	70	44
Rép. dominicaine	2002	52	29
Rép. dominicaine	1996	48	12
Érythrée	1995	81	
Éthiopie	2005	50	28
Éthiopie	2000	31	17
Gabon	2000	48	33
Gambie	2006		54
Gambie	2000		
Ghana	2008	46	28
Ghana	2006	56	42
Ghana	2003	52	33
Guinée	2005	37	26
Guinée	1999	32	17
Guinée Bissau	2006		39
Guyana	2005	68	62
Haiti	2005–2006	43	29
Haiti	2000	30	19
Honduras	2005–2006		24
Inde	2005–2006	37	22

Données supplémentaires reçues de l'UNICEF, obtenues par le biais de l'enquête par grappes à indicateurs multiples et de l'enquête démographique et de santé.
Indicateur OMD 6a

	Période	Hommes	Femmes
		15-24	15-24
Inde	2001	59	51
Kazakhstan	1999	65	32
Kenya	2008-2009	64	40
Kenya	2003	47	25
Kenya	1998	43	14
Kirghizistan	2006		56
Lesotho	2004	48	50
Libéria	2007	22	14
Madagascar	2003-2004	12	5
Malawi	2006	58	40
Malawi	2004	47	35
Malawi	2000	38	32
Mali	1995-1996	31	
Mali	2006	36	17
Mali	2001	30	14
Îles Marshall	2007	22	9
Rép. de Moldavie	2008	76	60
Rép. de Moldavie	2005	63	44
Monténégro	2006		66
Mozambique	2008		44
Mozambique	2003	33	29
Namibie	2006-2007	81	64
Namibie	2000	69	48
Nauru	-	17	10
Népal	2006	78	
Népal	2001	52	
Nicaragua	2001		17
Niger	2006	37	18
Niger	1998	30	7
Nigéria	2008	49	36
Nigéria	2007		39
Nigéria	2003	46	24
Pérou	2004-2006		34
Pérou	2004-2005		32
Pérou	2000		19
Philippines	2008		13
Philippines	2003	25	11
Rwanda	2005	40	26
Rwanda	2000	55	23
Sao Tomé-et-Principe	2008-2009	63	54
Sao Tomé-et-Principe	2006		56
Sénégal	2005	52	36
Serbie	2006		74
Sierra Leone	2008	22	10
Sierra Leone	2005		20
Îles Salomon	2007	26	17
Afrique du Sud	2003	72	52
Afrique du Sud	1998		20
Suriname	2006		49
Swaziland	2006-2007	70	54
République-Unie de Tanzanie	2007-2008	49	46
République-Unie de Tanzanie	2004-2005	46	34
République-Unie de Tanzanie	2003-2004	47	42

	Période	Hommes	Femmes
		15-24	15-24
République-Unie de Tanzanie	1999	31	21
République-Unie de Tanzanie	1996	31	18
L'Ex-République yougoslave de Macédoine	2005		70
Togo	2006		50
Togo	1998	41	22
Trinité-et-Tobago	2006		51
Tuvalu	2007	44	-
Ouganda	2004-2005	55	53
Ouganda	2006	55	38
Ouganda	2001	62	44
Ouganda	1995	42	25
Ukraine	2007	71	68
Ouzbékistan	2006		61
Ouzbékistan	2002	50	
Viet Nam	2005	68	
Zambie	2001-2002	42	33
Zambie	2007	48	38
Zambie	2005	38	26
Zambie	2003	40	35
Zambie	2000	41	38
Zambie	1996	39	20
Zimbabwe	2005-2006	68	42
Zimbabwe	1999	69	42
Zimbabwe	1994	61	42

**POURCENTAGE DE FEMMES
ET D'HOMMES DE 15 À
49 ANS AYANT BÉNÉFICIÉ
D'UN DÉPISTAGE DU VIH
AU COURS DES
12 DERNIERS MOIS ET
QUI EN CONNAISSENT
LE RÉSULTAT**

		2007					
	Année d'enquête	Hommes		Femmes		Deux sexes	
		15-49	15-49	15-19	20-24	25-49	15-49
Afghanistan	2007						27
Albanie							
Algérie	2006	0	1	0	1 ¹	1	1
Angola	2006	7	4				5
Antigua-et-Barbuda	2006						25
Argentine	2005		8	4	12		
Arménie							
Autriche							
Azerbaïdjan							
Bahamas							
Barbade	2006	97 ¹	99 ¹				99 ¹
Bélarus	2007	26	33	26	35	31	31
Belgique		8	9		5	10	9
Belize	2006	10	20				15
Bénin	2006	12	15	7	17	15	14
Bhoutan							
Bolivie	2007	87 ¹	87 ¹	86 ¹	88 ¹	87 ¹	87 ¹
Bosnie-Herzégovine	2006		0	0	0	0	
Botswana							
Bésil							
Bulgarie							
Burkina Faso	2007	18	23	15	28	27	21
Burundi	2007	91 ¹	93 ¹	91 ¹	92 ¹	93 ¹	92 ¹
Côte d'Ivoire	2005	3	4	2	3	4	3
Cambodge	2006	5	3	2	6	4	4
Cameroun	2004	7	5	3	6	6	5
Canada	2006						32
Cap-Vert	2005	10	10	3	13	13	10
République centrafricaine	2006	15	17	10	19	17	16
Tchad	2004	2	1	0	1	1	1
Chili	2007	22	35	8	33	48	28
Chine	2006	2	2				2
Colombie	2007	11 ²	27 ²				19 ²
République du Congo	2005	3	3	1	4	4	3
Costa Rica	2007	8 ¹	7 ¹			80 ¹	12 ¹
Cuba	2006	28	32	17	32	32	30
Chypre							
République démocratique du Congo	2007	4	4	2	5	5	4
Djibouti							
République dominicaine	2007	19	21	8	22	23	20
Équateur	2007		11	7	13	12	
El Salvador							
Guinée équatoriale							
Érythrée	2007						6
Estonie							
Éthiopie	2005	2	2				2
Gabon	2007	50 ¹	64 ¹	33 ¹	54 ¹	62 ¹	59 ¹
Gambie	2005	8	12				10
Allemagne	2007	14	11				13
Ghana	2006						

Indicateur UNGASS 7

Année d'enquête	Hommes			Femmes			Deux sexes			Année d'enquête	Hommes		Femmes	
	15-49	15-49	15-49	15-19	20-24	25-49	15-19	20-24	25-49		15-49	15-49		
2008	1	0		0	1		0	0						
2009	6	12	9	2	5	10	7	15	13					
2009	35	65	80											
2008			23											
2009			100							2005				
2009	1	4	2	1			4			2006				
2009	16	17	16	10	15	22	11	19	23					
2009	30	42	37	12	32	35	15	52	46					
2009	92	98	95	85	90	94	90	86	100	2006	5%	7%		
2008	2	2	2	1	3	2	1	3	2	2008	2%			
2009	91	62	93											
2008	38	62	41	29	36	39	71	65	61					
2008	10	16	13											
2009	8	7	8											
2007	23	18	21							2003	2%			
2008	16	16	16											
2005	3	4	3	2	2	4	2	3	5	2005	3%	4%		
2005	5	3	4	1	8	6	2	5	3	2005	5%	3%		
2004	14	10	11	3	11	20	5	10	12	2004	7%	5%		
2009	19	32	26	3	23	25	13	50	38	2005	10%	10%		
2006	15	17	16							2006	6%			
2004	2	0	1	1	2	2	1	1	0	2004	2%	1%		
2009	19	40	30	7	26	39	17	53	66					
2007	22	36	30							2005				
2009	7	8	8	2	6	9	5	11	9	2009	9%	9%		
2008	26	32	29											
2009														
2007	4	4	4	1	4	5	2	4	4	2007	4%	4%		
2008				14	55		14	48						
2007	19	21	20	5	17	24	12	12	22	2007	19%	21%		
2008		10					8	14	10					
2006			33											
2008	10	15	13	7	11	11	6	29	14					
2005		2		2	2	4	2	4	1	2005	2%	2%		
2010	44	66	57	12	26	64	36	51	79					
2009	14	12	13	7	17	14	6	16	12					
2009	4	7		2	6	5	3	8	7	2008	4%	7%		

**POURCENTAGE DE FEMMES
ET D'HOMMES DE 15 À
49 ANS AYANT BÉNÉFICIÉ
D'UN DÉPISTAGE DU VIH
AU COURS DES
12 DERNIERS MOIS ET
QUI EN CONNAISSENT
LE RÉSULTAT**

		2007					
	Année d'enquête	Hommes	Femmes	Deux sexes			
		15-49	15-49	15-19	20-24	25-49	15-49
Grèce	2007	13	11	5	9	16	12
Grenade	2006	6	13	3	19	10	10
Guatemala							
Guinée	2005	3	1	1	2	2	2
Guinée Bissau	2006		5				
Guyana	2005	10	11	7	17	11	11
Haiti	2006	5	8	3	8	8	7
Honduras	2006	21 ¹	23 ¹				23 ¹
Hongrie	2007	0	0				0
Inde	2006	1	1	0	2	2	1
Israël				16	14	14	15
Jamaïque	2004	12	19			17	16
Japon	2006						98 ¹
Kazakhstan	2007	4	5	2	4	5	7
Kenya	2003	8	7	4	9	7	14
Lesotho	2005	5	6	2	7	8	6
Libéria							
Lituanie	2007	24 ¹	20 ¹			24 ¹	24 ¹
Madagascar	2004	1 ³	0 ³				
Malawi	2007						11 ¹
Malaisie	2007						75 ¹
Mali	2006	3	7	2	4	3	5
Îles Marshall	2006	56 ¹	67 ¹	67 ¹	50 ¹		60 ¹
Mauritanie	2007	10	3				5
Maurice	2004				3 ¹	2 ¹	2 ¹
Mexique	2006						1 ¹
République de Moldavie	2007	6	11	3	10	10	8
Mongolie							
Monténégro	2006		3	1	4	3	
Maroc	2007	6 ¹	4 ¹	3 ¹	6 ¹		5 ¹
Mozambique	2004	2	2	3	3	2	2
Myanmar							
Namibie	2007	18	29	9	26	27	23
Nauru							
Nicaragua	2007		5	2	4	7	5
Niger	2006	4	2	2	2	3	2
Nigéria	2005	9	8	3	8	11	9
Oman							
Palau	2006		16 ¹	27 ¹	20 ¹	14 ¹	
Panama							
Papouasie- Nouvelle-Guinée							
Pérou							
Philippines	2003	2					
Pologne	2007						1 ¹
Portugal							
Fédération de Russie	2007	30 ¹	38 ¹	20 ¹	35 ¹	37 ¹	34 ¹
Rwanda	2005	11	12	4	16	13	11
Saint-Kitts-et-Nevis	2006					10 ¹	10 ¹
Sainte-Lucie	2007	34 ¹	39 ¹				36 ¹
Saint-Vincent-et- les-Grenadines	2006	8	12	6	12	12	10

Année d'enquête	Hommes			Femmes			Deux sexes			Année d'enquête	Hommes		Femmes	
	15-49	15-49	15-49	15-19	20-24	25-49	15-19	20-24	25-49		15-49	15-49		
2009	22	11	18	8	23	23	5	14	12					
2009	96	87	88	98	27	96	85	100	88					
2008	3	4	4	2	3	4	3	6	4					
2008			4							2005	3%	1%		
2008	12	11	11	9	14	14	7	14	12					
2009	22	27	25							2005	10%	11%		
2005	5	8	7	2	6	10	4	10	8	2005	5%	8%		
2006	21	23	23	4	19	27	10	27	27					
2009	3	3	3	2	3	4	1	3	5	2005-06	1%	1%		
2008	20	35	28	8	22	27	26	49	35					
2008	20	24	22	12	21	22	15	29	25					
2008	23	29		13	25	26	18	39	30	2003	8%	7%		
2009										2004	5%	6%		
2006	2	2	2	0	3	3	2	2	1	2007	2%	2%		
2009	16	20	18											
2008				16	22		18	29		2004	1%	0%		
2004	8	7		4	10		5	10		2004	8%	7%		
2009			98											
2006	3	3	3	1	3	3	3	4	3	2006	3%	3%		
2007	22	22	22	17	23	24	18	27	21					
2007	10	3	5											
2008	6	6	6	4	8		3	9						
2009	10	16	13	5	9	11	8	19	18	2005	10%	12%		
2008		32	32				9	42	33					
2009			1											
2007	6	4	5											
2009	9	14	12	6	12	9	13	19	13	2009	9%	15%		
2006	12	11	11	5	11	13	7	12	12					
2006	18	29		6	16		13	36		2006	18%	29%		
2009	100	100	100	100	100	100	100	100	100					
2007		5												
2006	4	2	2	1	2	5	2	2	2	2006	2%	1%		
2007	12	11	12	5	9	16	5	13	14	2008	7%	7%		
2009			100											
2008		18	18				8	47	45					
2009	10	12	12	3	11	12	9	17	12					
2008	6	4	5	0	8	7	0	8	3					
2008	5	30	22	1	6	7	10	26	36	2007				
2008		1					0	1		2008		1%		
2009														
2009	18	17	18	8	21	18	8	30	15					
2009	32	34	33	32	43	30	23	31	36					
2005	11	12	11	4	14	13	5	17	13	2005	11%	12%		
2005			10			17			15					
2007	34	39	36											
2008	8	12	12	4	12	9	8	12	16					

**POURCENTAGE DE FEMMES
ET D'HOMMES DE 15 À
49 ANS AYANT BÉNÉFICIÉ
D'UN DÉPISTAGE DU VIH
AU COURS DES
12 DERNIERS MOIS ET
QUI EN CONNAISSENT
LE RÉSULTAT**

		2007					
	Année d'enquête	Hommes	Femmes	Deux sexes			
		15-49	15-49	15-19	20-24	25-49	15-49
Sao Tomé-et-Principe							
Sénégal	2005	2	1	1	1	1	1
Seychelles	2006	100 ¹	100 ¹	100 ¹	100 ¹	100 ¹	100 ¹
Sierra Leone	2007	8 ¹	9 ¹				9 ¹
Singapour	2007	9	7	0	13	8	8
Slovaquie							
Îles Salomon							
Somalie	2004	5 ¹	3 ¹				4 ¹
Afrique du Sud	2006	90 ¹	90^{1}	90^{1}	90^{1}	90^{1}	90^{1}
Espagne	2003						25
Sri Lanka	2007	0^{1}	0^{1}	0^{1}	0^{1}	0^{1}	0 ¹
Soudan							
Suriname	2006		30				
Swaziland	2007	9	22	6	18	21	16
Suède							
Suisse	2007	7	7	5	7	7	7
Tadjikistan	2007	4 ¹	2 ¹	2 ¹	5 ¹		3 ¹
Thaïlande	2006	16	22	16	22	19	19
L'Ex-République yougoslave de Macédoine	2006		3	2	3	3	
Togo	2007	16	15	10	17	17	16
Tonga							
Trinité-et-Tobago	2006						8 ¹
Tunisie							
Turquie	2006	100 ¹	100 ¹	100 ¹	100 ¹	100 ¹	100 ¹
Tuvalu							
Ouganda	2006	10	12				12
Ukraine	2007	11 ¹	20 ¹	12 ¹	19 ¹	16 ¹	16 ¹
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	2006	1 ¹	3 ¹				2 ¹
République-Unie de Tanzanie	2007						36
Uruguay	2007	20	19	15	20	20	20
Vanuatu							
Viet Nam	2005	3	2	1	3	3	2
Zambie	2007	12	19	10	19	17	15
Zimbabwe	2006	7	7	4	9	7	7

¹ Méthodologie non harmonisée avec les directives 2008 de l'UNGASS.

² 14-26 ans.

³ 15-24 ans.

Année d'enquête	Hommes			Femmes			Deux sexes			Année d'enquête	Hommes		Femmes	
	15-49	15-49	15-49	15-19	20-24	25-49	15-19	20-24	25-49		15-49	15-49		
2009	100	100	100	100	100	100	100	100	100	2008-09	23%	31%		
2005	2	1	1	1	1	2	1	1	1	2005	2%	1%		
2008	3	4		0	2	5	3	6	4	2008	3%	4%		
2009			2											
2008	3	7	5	2	5		4	5	33					
2003	5	3	4											
2008			25											
2008														
2009			29											
2006		30												
2006	9	22	16	2	7	15	10	28	25	2007	9%	22%		
2007	12	22	18	4	20	20	9	25	31					
2009														
2008	9	5	7	2	9	11	0	6	7					
2006	16	22	19				16	22	19					
2005		3					2	3	3					
2007	16	15	16	13	16	18	9	19	17					
2008				73			2							
2009	3	1	2											
2009			14											
2007	13	3	6	3	15	16	3	4	3					
2010			20							2006	10%	12%		
2009	12	15	13	9	12	12	9	18	15	2007	7%	12%		
2008	3	6	4	2	5	2	5	11	6					
2008	19	19	19	11	21	22	15	23	20	2007-08	19%	19%		
2007	19	17	18	4	27	22	9	20	18					
2008	12	11	11											
2005	3	2	2							2005	3%	2%		
2006	12	19	15	7	14	13	13	22	20	2007	12%	19%		
										2005-06	7%	7%		

POURCENTAGE, PARMIS LES PROFESSIONNEL(LE)S DU SEXE, LES CONSOMMATEURS DE DROGUES INJECTABLES ET LES HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES HOMMES, DE PERSONNES POSSÉDANT TOUT À LA FOIS DES CONNAISSANCES EXACTES SUR LES MOYENS D'ÉVITER LA TRANSMISSION SEXUELLE DU VIH ET QUI REJETTENT LES PRINCIPALES IDÉES FAUSSES CONCERNANT LA TRANSMISSION DU VIRUS

Professionnel(le)s du sexe

	2005		2007 ¹		2009		
	Tous	Tous	Hommes	Femmes	Tous	Hommes	Femmes
Afghanistan					2		2
Albanie							
Angola					69		69
Argentine	69		67 ⁶		96		
Arménie	49	54 ⁴		54			
Azerbaïdjan					43		43
Bahamas							
Bangladesh	23	31	30	31	31 ⁷	30	31
Barbade		37 ^{3,4}		37 ³			
Bélarus	24	50 ⁴		50	67		67
Belize							
Bénin					60		60
Bolivie					48		48
Bosnie-Herzégovine							
Brésil							42
Bulgarie		35 ⁴		35	37	38	37
Burundi	4	44 ^{2,4}		44 ²	52 ⁷		52
Côte d'Ivoire		32 ⁴		32	32 ⁷		32
Cameroun		40 ^{2,4}		40 ²	81 ⁷		81
Tchad					5		5
Chili							
Chine	24 ⁴	41			54		54
Colombie							24
République du Congo	67						
Costa Rica							
Croatie					40		
Cuba		52	49	61	60	62	56
Rép. tchèque							
République démocratique du Congo		30 ^{2,4}		30 ²	31		31
République dominicaine					73		73
Équateur				47 ³			
El Salvador		6					
Érythrée					60		60
Estonie		83 ^{3,4}		83 ³	⁷		
Éthiopie		36 ⁴		36	36 ⁷		36
Gabon		24	13	25	27	39	26
Géorgie	1	4 ⁴		4	8		8
Grèce					3		3
Guatemala		3 ⁴		3	3 ⁷		3
Guinée		4 ⁴		4			
Guinée Bissau					31		31
Guyana		63		,	35		35
Haiti		6 ⁴		6	6 ⁷		6
Honduras		21 ⁴		21	30 ⁷		30
Hongrie							
Inde				38	24		24
Indonésie	24	28	37	26	27 ⁷	37	25
Iran (République islamique d')		8 ⁴		8	8		8
Jamaïque	26	26 ⁴		26			
Kazakhstan		63 ⁴		63	69		69
Kenya							59

Indicateur UNGASS 14

Consommateurs de drogues injectables

Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

2005		2007 ¹		2009			2005		2007		2009	
Tous	Tous	Hommes	Femmes	Tous	Hommes	Femmes	Tous	Tous	Tous	Tous	Tous	
				29	29						18	
							56				96 ⁷	
60	68	69	56				54	74			36	
				33 ⁷	33	38			45		36	
14	20 ⁵	20		19 ⁷	19		14	27			28 ⁷	
61	58	51	68	58	59	53	63	56			72	
				20	20	0	42				55	
	22 ⁵	22		36	31						62	
	29	28	34	37	37	39		32			38	
											65	
36	49	48	52	57	56	63	37	55			51	
							3				88	
							49	85			59	
								54			71	
											73	
								59 ³			52	
								25			60 ⁷	
	75 ³	75 ³	74 ³	7				60 ³			25 ⁷	
36	41 ⁵	41		38	38			0 ²			10	
								74			33 ⁷	
								33			47	
								67			37 ⁷	
								36			8 ⁷	
								21			100	
				27	24	30					30	
7	58	58	68	59 ⁷	58	69	43	42			44 ⁷	
	24	24	15	24	24	15					7	
	63	63	63	77	76	80		66			68	

A2

POURCENTAGE, PARMI LES PROFESSIONNEL(LE)S DU SEXE, LES CONSOMMATEURS DE DROGUES INJECTABLES ET LES HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES HOMMES, DE PERSONNES POSSÉDANT TOUT À LA FOIS DES CONNAISSANCES EXACTES SUR LES MOYENS D'ÉVITER LA TRANSMISSION SEXUELLE DU VIH ET QUI REJETTENT LES PRINCIPALES IDÉES FAUSSES CONCERNANT LA TRANSMISSION DU VIRUS

Professionnel(le)s du sexe

	2005	2007 ¹		2009			
	Tous	Tous	Hommes	Femmes	Tous	Hommes	Femmes
Kirghizistan	1	36 ⁴		36	89		89
Rép. démocratique populaire lao	21				45		45
Lettonie							
Lituanie		24 ⁴		24	41		41
Madagascar		30					
Malawi							38
Malaisie		78 ²			38		
Mali	90						
Mauritanie					22 ⁷		22
Maurice		2 ^{2,4}					
Mexique		49	54	47			
République de Moldavie	35	58 ⁴		58	29		29
Mongolie		29 ⁴		29	47		47
Monténégro							
Maroc	72						
Myanmar					71		71
Népal	17	32	41	30		81	36
Niger					11		11
Nigéria		33 ⁴		33	33 ⁷		33
Pakistan		10 ³	21 ³	<1 ³	13	23	1
Panama		91	91	92	91 ⁷	91	92
Papouasie-Nouvelle-Guinée		35 ⁴		35	35 ⁷		35
Paraguay					20	28	17
Pérou							5
Philippines		2		2	30		30
Roumanie	14	14 ⁴		14	11		11
Fédération de Russie		36 ⁴		36	45		45
Rwanda		36 ⁴		36	36 ⁷		36
Sainte-Lucie							
Sao Tomé-et-Principe				72			
Sénégal		41 ⁴		41	41 ⁷		41
Serbie					14	17	13
Somalie							6
Afrique du Sud							
Sri Lanka		10 ⁴		10			
Soudan					25		25
Suriname		78	75	79	21		
Swaziland		46 ⁴		46 ⁴	32		32
Suède		46	100	45	71	60	100
Tadjikistan		41 ⁴		41	31		31
Thaïlande		28	23	29	38	29	41
L'Ex-République yougoslave de Macédoine	10	47	67	43	47 ⁷	67	43
Timor-Leste							24
Togo		45	46	42	52	50	52
Tunisie					13		13
Turquie	22						
Ukraine	8	48 ⁴		48	51		51
Ouzbékistan					36		36
Viet Nam	24	35 ⁴		35	51		51
Zambie		41	41	42			

¹ Rapport de 2007, mais la collecte des données va de 2005 à 2007.

² La collecte des données a débuté avant 2005.

³ Méthodologie non harmonisée avec les directives 2008 de l'UNGASS.

⁴ Femmes uniquement.

⁵ Hommes uniquement.

⁶ Personnes transsexuelles.

⁷ La collecte des données a débuté avant 2008.

Consommateurs de drogues injectables

Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

2005				2007 ¹			2009			2005			2007		2009												
Tous				Tous			Tous			Tous			Tous		Tous												
				Hommes			Femmes																				
				64			62			69			51			49		61		7			89				
				45			44			50						31 ³							48				
				98 ²						50						39							39				
				62 ²						14						48 ²							66				
37				64			64			66			65			65		67		38			47		54		
7																										68	
50				66 ⁵			66						68			68				27			45		64		
				34			34			36			34 ⁷			34		35					44		44 ⁷		
							20			23			26							78		78 ⁷					
										30									73			40		22			
18				26			27			23			45			44		57					10		34		
				30			24			63			10			10		8					45				
				46			47			43			40			40		42					26		66		
				13 ³			10 ³			33 ³			15			15		19									
										64			61		75									65			
																										24	
																						20					
										65			63		78												
				46			45			51			55			55		59									
				49																		25		26			
27				34			32			47			34 ⁷			32		47		34			41		41 ⁷		
																										27	
																										54	
										24			24		20									23			
21				47			47			45			55			55		53		49			47		71		
													46			46		50							47		
34				38 ^{3,5}			38 ³						49			49							55 ³		60		

A2

POURCENTAGE, PARMI LES PROFESSIONNEL(LE)S DU SEXE, LES CONSOMMATEURS DE DROGUES INJECTABLES ET LES HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES HOMMES, DE PERSONNES QUE LES PROGRAMMES DE PRÉVENTION DU VIH PARVIENNENT À ATTEINDRE¹

Professionnel(le)s du sexe

	2007 ¹			2009		
	Tous	Hommes	Femmes	Tous	Hommes	Femmes
Afghanistan	11 ³	9 ³	11 ³	1		1
Angola	17			23		23
Argentine			82	90		
Arménie	41 ⁴		41			
Azerbaïdjan				6		6
Bahamas						
Bangladesh	54	47	57	10 ⁷	18	7
Bélarus	86 ⁴		86	86		86
Bénin	60 ⁴		60	56		56
Bolivie						
Bosnie-Herzégovine						
Brésil						47
Bulgarie	77 ⁴		77	59	72	57
Burkina Faso	37	15	59	37 ⁷	15	59
Burundi	72 ^{2,4}		72 ²	77 ⁷		77
Côte d'Ivoire				7		
Cameroun	70 ^{2,4}		70 ²			
Tchad				17		17
Chili				7		43
Chine	46 ⁴		46	74		74
Colombie						21
Comores	59 ⁴		59	74 ⁷	0	74
Costa Rica						
Cuba	60	59	65	97	96	98
République tchèque						
République démocratique du Congo				26 ⁷		26
Djibouti				89		89
Rép. dominicaine				44		
Équateur			76			
El Salvador	73					77
Érythrée	88 ^{3,4}		88 ³			
Estonie						
Gabon	29	27	29	35	48	34
Géorgie				67		67
Ghana				48		
Grèce				14		14
Guatemala	93 ⁴		93	93 ⁷		93
Guinée	92 ⁴		92	89		89
Guyana	28 ⁴		28			
Honduras	23 ⁴		23	33		33
Hongrie						
Inde				31		31
Indonésie	40	60	34	29 ⁷	55	24
Jamaïque	60					
Kazakhstan	71 ³			88		88
Kirghizistan	89 ^{3,4}		89 ³	61		61
République démocratique populaire lao				70		70
Lettonie						
Liban	<1 ³	11 ³	22 ³			
Lituanie	43 ⁴		43	74		74
Malawi	69		69			
Malaisie	86 ⁴			12		

Indicateur UNGASS 9

Consommateurs de drogues injectables

Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

2007			2009			2007	2009
Tous	Hommes	Femmes	Tous	Hommes	Femmes	Tous	Tous
			17	17			
						98	
54	55	44				10	
			2	2	0		22
						48	71
82	82	90	2 ⁷	2		13	8 ⁷
56	54	61	64	64	64	90	85
			0	0	0		
							51
			32	39			
			40				37
47	45	60	52	52	52	30	38
						100 ³	100 ⁷
							57
25	25	25	39	38	45	38	75
						26	64
						56	92
							65
						49	
						62	58
						56	56 ⁷
17 ⁵	17		11	11			66 ⁷
						19	74
						75	75 ⁷
						17	⁷
						24	31 ⁷
							55
			15	9	22		18
45	44	55	43 ⁷	43	52	40	44 ⁷
44 ³			60	60	61	48 ³	68
78 ³	78 ³	78 ³	38	36	48	77 ³	
47	45	53	⁷				
						15 ³	
						40	43
			7			100 ³	

POURCENTAGE, PARMI LES PROFESSIONNEL(LE)S DU SEXE, LES CONSOMMATEURS DE DROGUES INJECTABLES ET LES HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES HOMMES, DE PERSONNES QUE LES PROGRAMMES DE PRÉVENTION DU VIH PARVIENNENT À ATTEINDRE¹

Professionnel(le)s du sexe

	2007 ¹			2009		
	Tous	Hommes	Femmes	Tous	Hommes	Femmes
Mexique	36	55	28	60	61	59
République de Moldavie	96		96	15		15
Mongolie	64			74		74
Monténégro				44	43	45
Maroc	49 ⁴		49	49 ⁷		49
Myanmar				76		76
Népal	42	56	39		93	41
Nigéria				49 ⁷		49
Norvège						
Pakistan	3 ³	3 ³	2 ³	10	13	6
Panama	76	73	78	76 ⁷	73	78
Papouasie-Nouvelle-Guinée	31 ⁴		31	31 ⁷		31
Paraguay	18					
Pérou			80			
Philippines	14 ⁴		14	55		55
Roumanie				33		33
Fédération de Russie	39			22		22
Sainte-Lucie						
Sao Tomé-et-Principe	80 ^{3,4}		80 ³			
Sénégal						
Serbie				30	19	38
Sierra Leone	73 ⁴		73			
Singapour			100 ³			
Slovénie						
Soudan				2		2
Swaziland	77 ^{3,4}		77 ³	100		100
Suède	50 ³	100 ³	55 ³	43	41	50
Tadjikistan	60 ⁴		60	51		51
Togo	76	75	81	82	63	84
Tunisie				38		38
Turquie	42 ⁴		42			
Ukraine	69 ⁴		69	58		
République-Unie de Tanzanie						68
Ouzbékistan				71		71
Viet Nam	65 ^{3,4}		65 ³	47		47
Zambie	63 ^{2,4}		63 ^{2,3}			

¹ Rapport de 2007, mais la collecte des données va de 2005 à 2007.

² La collecte des données a débuté avant 2005.

³ Méthodologie non harmonisée avec les directives 2008 de l'UNGASS.

⁴ Femmes uniquement.

⁵ Hommes uniquement.

⁷ La collecte des données a débuté avant 2008.

Consommateurs de drogues injectables

Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

2007			2009			2007	2009
Tous	Hommes	Femmes	Tous	Hommes	Femmes	Tous	Tous
5	5	4	20	22	13	18	38
89	89	89	7	7	8	86	77
			53	53			69
78 ⁵	78		57	57		47	77
			59 ⁷	60	54		60 ⁷
	16 ³		51	51			56 ⁷
						89	89 ⁷
						10	10
						44	
14	13	28	11	11	17	19	29
						59	
24	33	21	14	11	21	17	
							100
							85 ⁷
			21	19	25		14
							85
27	26	30	8	8	12		54
25	21	41	64	63	69		
							46
							53
	22	30				19	
46	45	50	32	31	33	50	63
			34	32	49		42
43 ³	43 ³		15	15		26	24

**POURCENTAGE DE
PROFESSIONNEL(LE)S DU
SEXE INDIQUANT AVOIR
UTILISÉ UN PRÉSERVATIF
AVEC LEUR DERNIER CLIENT**

	2005 ⁷			2007 ⁷		
	Tous	Hommes	Femmes	Tous	Hommes	Femmes
Afghanistan				50 ^{3,5}		50 ³
Angola				78 ⁵		78
Argentine						
Arménie	89	100	89	91 ⁵		91
Azerbaïdjan						
Bangladesh	40	44	32	63	44	67
Barbade				80 ⁵		80
Bélarus	77	100	77	76 ⁵		76
Bénin				83 ⁵		83
Bolivie				88 ⁴	57 ⁴	88 ⁴
Bosnie-Herzégovine						
Brésil						
Bulgarie				95 ⁵		95
Burkina Faso	96			99	98	99
Burundi	74		74	74 ^{2,5}		74 ²
Côte d'Ivoire				96 ⁵		96
Cambodge	96		96	99 ⁵		99
Cameroun				74 ^{2,4,5}		74 ^{2,4}
Canada					61 ⁴	80 ⁴
Cap-Vert				74 ⁵		74
Tchad						
Chili						
Chine			69	82 ⁵		82
Colombie				89	82	97
Comores				59 ⁵		59
Costa Rica				92 ⁵		92
Croatie				86 ²		
Cuba				61	63	56
République démocratique du Congo				61 ^{2,5}		61 ²
Djibouti						
République dominicaine				96 ²		
Équateur						95
Égypte						
El Salvador				96	89	97
Erythrée				76 ⁵		
Estonie				94 ⁵		94
Éthiopie				87 ⁵		84
Gabon				67	53	67
Géorgie			95	94 ⁵		94
Allemagne						
Ghana				98		
Grèce						
Guatemala				96	91	97
Guinée				100 ⁵		100
Guinée Bissau						60
Guyana				89 ⁵		89
Haiti				90 ⁵		90
Honduras				68	71	66
Inde						88
Indonésie	55	48	56	69	72	68
Iran (République islamique d')				55 ⁵		55
Jamaïque	84			84		
Japon						
Jordanie						
Kazakhstan				97 ⁵		97
Kenya						

Indicateur UNGASS 18

2009⁷

Tous	Hommes	Femmes
58		58
81 ⁵		81
99 ^{1,5}		99
75 ^{1,5}		75
63 ¹	44	67
70		70
25 ⁵		25
87 ⁵		87
76 ⁵		76
		90
93	90	94
99 ¹	98	99
82 ^{1,5}		82
97	97	97
99 ^{1,5}		99
73 ⁵		73
38 ⁵		38 ¹
		73 ¹
85 ⁵		85
		96
59 ^{1,5}		59
89		
98		
56	53	63
62 ^{1,5}		62
94		94
81		81
		97
21 ¹	9	31
		90
45 ⁵		45
94 ^{1,5}		94
98 ^{1,5}		98
76	57	77
99 ⁵		99
64	62	64
5 ⁵		5
96 ¹	91	97
65 ⁵		65
93 ⁵		93
61 ⁵		61
90		
80	87	79
83 ⁵		83
68 ¹	79	66
55 ^{1,5}		55
97 ⁵		97
65 ^{1,5}		65
51 ⁵		51
96 ⁵		96
		88

A2

**POURCENTAGE DE
PROFESSIONNEL(LE)S DU
SEXE INDIQUANT AVOIR
UTILISÉ UN PRÉSERVATIF
AVEC LEUR DERNIER CLIENT**

	2005 ⁷			2007 ⁷		
	Tous	Hommes	Femmes	Tous	Hommes	Femmes
Kirghizistan	81			84 ⁵		84
République démocratique populaire lao	83	59	89			
Liban				34 ⁴	47 ⁴	34 ⁴
Lituanie				77 ⁵		77
Madagascar				79		
Malawi				69 ⁵		69
Malaisie				35 ²		
Mali				99 ⁵		99
Mauritanie						
Maurice				100 ^{2,5}		100 ²
Mexique				96	96	96
République de Moldavie	98			93 ⁵		93
Mongolie	94	50	96	92 ⁵		92
Monténégro						
Maroc	38		38	54 ⁵		54
Myanmar						
Népal	67			81	93	77
Nicaragua						
Niger				96 ⁵		96
Nigéria				98 ⁵		98
Pakistan	23	7	37	34	21	45
Panama	92	91	92	76	64	84
Papouasie-Nouvelle-Guinée				94 ⁵		94
Paraguay				76	71	78
Pérou					42	96
Philippines				65	50	65
Pologne						46 ²
Roumanie			85	85 ⁵		85
Fédération de Russie	77			92 ⁵		92
Rwanda				87 ⁵		87
Sao Tomé-et-Principe						60
Sénégal	86		87	99 ⁵		99
Serbie						
Sierra Leone				68 ⁵		68
Singapour						99
Somalie						
Sri Lanka			65	89 ⁵		89
Soudan						
Suriname				70	79	68
Swaziland				98 ⁵		98
Suède				22	100	20
Suisse					72	
Tadjikistan				75 ⁵		75
Thaïlande				96 ^{4,5}		
L'Ex-République yougoslave de Macédoine	86	88	84	78	93	75
Timor-Leste						
Togo				78	76	84
Tunisie						
Turquie				33 ⁵		33
Ukraine	80		80	86 ⁵		86
Uruguay						
Ouzbékistan				65 ⁵		65
Vanuatu						
Viet Nam	90		90	97 ^{4,5}		97 ⁴
Zambie				81	72	82
Zimbabwe				4 ^{4,6}	4 ⁴	

¹ La collecte des données a débuté avant 2008.

² La collecte des données a débuté avant 2005.

³ Période de collecte des données non précisée.

⁴ Méthodologie non harmonisée avec les directives 2008 de l'UNGASS.

⁵ Femmes uniquement.

⁶ Hommes uniquement.

⁷ La méthodologie peut varier pour certains pays.

2009⁷

Tous	Hommes	Femmes
94 ⁵		94
94 ⁵		94
92 ⁵		92
		92
61		
99 ^{1,5}		99
88 ^{1,5}		88
62	45	66
91 ⁵		91
90 ⁵		90
72 ¹	64	73
54 ^{1,5}		54
96 ⁵		96
	38	75
74		
85 ⁵		85
98 ^{1,5}		98
38	33	43
76 ¹	64	84
50	42	53
65 ⁵		65
98 ⁵		98
71 ⁵		71
87 ^{1,5}		87
97 ^{1,5}		97
91	93	89
		68 ¹
99		
		25
89 ^{1,5}		89
45 ⁵		45
87		
87 ⁵		87
19	20	14
	72 ^{1,6}	
84 ⁵		84
92 ⁵		92
78 ¹	93	75
		65
88	67	89
52 ⁵		52
		42
88 ⁵		88
76 ⁶	76	
81 ⁵		81
67 ^{1,5}		67
78 ⁵		78

A2

**POURCENTAGE D'HOMMES
DÉCLARANT AVOIR UTILISÉ
UN PRÉSERVATIF LORS DE
LEUR DERNIER RAPPORT
ANAL AVEC UN PARTENAIRE
MASCULIN**

	2005 ⁵	2007 ⁵	2009 ⁵
Argentine		91	
Arménie	30	84	
Australie		58 ^{3,4}	47
Azerbaïdjan			57
Bahamas		69	69
Bangladesh	49	24	31 ¹
Barbade			
Bélarus	62	67	61
Bolivie			69
Bosnie-Herzégovine			56
Brésil			48
Bulgarie		46	70
Burkina Faso			52
Côte d'Ivoire		47	42
Cambodge		86	86
Cameroun			43
Canada			62 ¹
Chili		29	56
Chine	41	64	73
Costa Rica		71	65
Cuba		55	52
République tchèque			30
Danemark			73
République dominicaine		79 ²	66
Égypte			13 ¹
El Salvador		83	55
Estonie		47	47
Fidji	20		
Géorgie	54		62
Allemagne		58	59
Ghana		48	
Grèce		89	11
Guatemala		78	78
Guyana		81	84
Haiti		73	73 ¹
Honduras		47	47 ¹
Hongrie			25
Inde			58
Indonésie	48	39	57
Iran (République islamique d')			38 ¹
Jamaïque			73
Japon		55	65
Kazakhstan		66	76
Kenya		75	
Kirghizistan	68	81	
République démocratique populaire lao		24 ⁴	
Lettonie			50
Liban		39 ⁴	
Lituanie		58	47
Malaisie			21
Mali		54	54
Maurice		52 ²	
Mexique		79	64
République de Moldavie	63	48	

Indicateur UNGASS 19

	2005 ⁵	2007 ⁵	2009 ⁵
Mongolie	13	67	78
Myanmar			82
Népal		74	75
Nicaragua			36
Nigéria		53	53
Norvège			53
Pakistan	8	24	
Panama	84	86	86
Papouasie-Nouvelle-Guinée		88 ⁴	51
Paraguay			63
Pérou	46	47	
Philippines		32	32
Pologne		32 ^{2,4}	
Portugal			43
Roumanie		73	43
Fédération de Russie	39	60	56
Rwanda			50
Sainte-Lucie		74	63
Sénégal	45	55 ²	76
Serbie			67
Singapour			17
Slovénie		75 ⁴	43
Afrique du Sud			35
Espagne			66
Sri Lanka		61	61
Suriname		89	89 ¹
Suède		42 ⁴	51
Suisse		80 ⁴	80
Thaïlande		88	
L'Ex-République yougoslave de Macédoine	29	56	56
Timor-Leste			38
Togo		60	72
Trinité-et-Tobago		47 ²	
Tunisie			40
Turquie		37	
Tuvalu		63	
Ukraine	72	39	64
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord			63 ¹
Uruguay			47
Ouzbékistan		61	87
Vanuatu			63
Viet Nam		61	66

¹ La collecte des données a débuté avant 2008.

² La collecte des données a débuté avant 2005.

³ Période de collecte des données non précisée.

⁴ Méthodologie non harmonisée avec les directives 2008 de l'UNGASS.

⁵ La méthodologie peut varier pour certains pays.

**POURCENTAGE DE
CONSUMMATEURS DE
DROGUES INJECTABLES QUI
ONT DÉCLARÉ AVOIR
UTILISÉ UN PRÉSERVATIF
DURANT LEUR DERNIER
RAPPORT SEXUEL**

	2007 ^{1,6}			2009 ⁴		
	Tous	Hommes	Femmes	Tous	Hommes	Femmes
Afghanistan				35	35	
Argentine	64	63	65	5		
Arménie	56	56	55			
Australie	20 ³	20 ³	20 ³	27	27	25
Azerbaïdjan	18 ²			15	16	8
Bangladesh	44	44	55	43 ⁵	43	
Bélarus	59	57	65	59	56	68
Bénin				30	29	33
Bosnie-Herzégovine	23 ⁴	23		30		
Brésil				70		
Bulgarie	19	18	28	38	37	43
Canada	43			39 ⁵	42	35
Chine	34 ³	32 ³	43 ³	36	35	42
Croatie				50		
Égypte					5 ⁵	
Estonie	68	66	74	66	66	113
Géorgie	48 ⁴	48		78	78	
Grèce	48					
Inde				16	16	
Indonésie	34	34	30	36	36	35
Iran (République islamique d')	33	33	30	33	33	30
Japon	65 ⁴	65				
Jordanie						
Kazakhstan	37	37	36	46	46	47
Kirghizistan	11	11	9	53	55	48
Lettonie	38	40	34			
Liban	15 ³	15 ³		43		
Luxembourg				49		
Malaisie	5 ²			28		
Maurice	13 ²	15 ²	0 ²	31		
Mexique	29	27	38	28	29	25
République de Moldavie	68	73	52	36	41	12
Monténégro						
Maroc	13	12	21	13	12	21
Myanmar				78	78	
Népal	38 ⁴	38		51	51	
Nigéria	66	66	68	66	66	68
Pakistan		21		31	31	
Paraguay	33	33	36	22		
Philippines				22	23	0
Portugal				38	39	31
Roumanie				17	18	12
Fédération de Russie	37	39	31	45	46	40
Serbie				29	29	29
Espagne				55		
Suède	25	28	19	7	8	0
Suisse	50 ³	53 ³	42 ³	50 ⁵	53	42
Tadjikistan	36	33	47	28	26	40
Thaïlande	35			42	45	29
L'Ex-République yougoslave de Macédoine	51	51	51	51	51	51
Tunisie				35		
Turquie	10	9	13			
Ukraine	55	55	56	48	50	45
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord				44	43	46
Ouzbékistan	39	37	50	26	25	32
Viet Nam	36 ^{3,4}	36 ³		52	52	

Indicateur UNGASS 20

¹ Rapport de 2007, mais la collecte des données va de 2005 à 2007.

² La collecte des données a débuté avant 2005.

³ Méthodologie non harmonisée avec les directives 2008 de l'UNGASS.

⁴ Hommes uniquement.

⁵ La collecte des données a débuté avant 2008.

⁶ La méthodologie peut varier pour certains pays.

**POURCENTAGE DE
CONSUMMATEURS DE
DROGUES INJECTABLES
DÉCLARANT AVOIR UTILISÉ
DU MATÉRIEL D'INJECTION
STÉRILE LA DERNIÈRE FOIS
QU'ILS SE SONT INJECTÉ DE
LA DROGUE**

	2007 ⁶			2009 ⁶		
	Tous	Hommes	Femmes	Tous	Hommes	Femmes
Afghanistan	46			94	94	
Albanie				82		
Argentine	65	64	67	91		
Arménie	95	95	93			
Australie	71 ⁴			80		
Azerbaïdjan	77			62	62	65
Bangladesh	34	34	74	32 ¹	32	
Bélarus	71	71	70	87	87	88
Belgique				53		
Bénin				31	31	33
Bosnie-Herzégovine	25 ⁵	25		87	90	
Brésil				54		
Bulgarie	25	26	23	86	87	84
Canada	68 ^{3,4}					
Chine	41	42	32	72	72	68
Égypte					40 ¹	
Géorgie	93 ⁵	93		48	48	
Grèce	67					
Hongrie				74		
Inde				87	83	90
Indonésie	82 ²	82 ²	89 ²	88 ¹	88	94
Iran (Rép. islamique d')	75	75	62	74	75	62
Japon	47 ⁵	47				
Kazakhstan	59	59	58	63	65	55
Kirghizistan	77	76	81			
Lettonie	90	87	96	82	85	80
Liban	60 ⁴	63 ⁴	0 ⁴			
Lituanie				98	98	97
Luxembourg				71		
Malaisie	28 ²			83		
Maldives				72	74	29
Maurice	32 ²	32 ²	33 ²	72		
Mexique	14	15	9	40	39	43
République de Moldavie	96	96	95	99	99	100
Monténégro				24		
Maroc	7	7	12	7 ¹	7	12
Myanmar				81	81	
Népal	96 ⁵	96		99	99	
Nigéria	89	89	86	89	89	86
Pakistan		28		77	77	
Paraguay	80	80	79	71		
Philippines	48	47	63	85	84	94
Portugal				69	71	59
Roumanie	28 ²	30 ²	17 ²	85	86	83
Fédération de Russie	82	83	81	83	85	76
Serbie				80	81	73
Espagne				81		
Suède	38	38	35	58	58	58
Suisse	94 ⁴	95 ⁴	92 ⁴	94 ¹	95	92
Tadjikistan	32	35	21	63	61	84
Thaïlande				63	63	64
L'Ex-République yougoslave de Macédoine	73	73	69	73	73	69
Timor-Leste					3	11
Tunisie				78		
Turquie	10	9	13			
Ukraine	84	85	81	87	89	84
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord				81	82	77
Ouzbékistan	23	23	25	82	81	81
Viet Nam	89 ⁵	89		95	95	

Indicateur UNGASS 21

¹ La collecte des données a débuté avant 2008.

² La collecte des données a débuté avant 2005.

³ Période de collecte des données non précisée

⁴ Méthodologie non harmonisée avec les directives de l'UNGASS.

⁵ Hommes uniquement.

⁶ La méthodologie peut varier pour certains pays.

POURCENTAGE, PARMI LES PROFESSIONNEL(LE)S DU SEXE, LES CONSOMMATEURS DE DROGUES INJECTABLES ET LES HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES HOMMES, DE PERSONNES AYANT BÉNÉFICIÉ D'UN DÉPISTAGE DU VIH DANS LES 12 DERNIERS MOIS ET QUI EN CONNAISSENT LE RÉSULTAT

Professionnel(le)s du sexe

	2005	2007 ¹		2009			
	Tous	Tous	Hommes	Femmes	Tous	Hommes	Femmes
Afghanistan		11 ⁵		11	4		4
Albanie							
Algérie							
Angola		42 ⁵		42	35		35
Argentine	36		38	65	62		
Arménie	33	18 ⁵		18			
Australie		63 ⁵		63	82		44
Azerbaïdjan					6 ⁷		6
Bahamas							
Bangladesh	2 ⁵	6	8	5	4 ⁷	4	4
Barbade		73 ^{4,5}		73 ⁴	73 ⁷		73
Bélarus	49	63 ⁵		63	85		85
Belgique							
Bénin		30 ⁵		30	87		87
Bolivie		78 ⁴	85 ⁴	78 ⁴	45		45
Bosnie-Herzégovine		96 ^{2,4}			14		14
Brésil							18
Bulgarie		53 ⁵		53	58	60	58
Burkina Faso		94 ^{4,5}		94 ⁴	100		100
Burundi	38	38 ^{2,5}		38 ²	65 ⁷		65
Côte d'Ivoire		51 ⁵		51	51 ⁷		51
Cambodge		68 ⁵		68	68 ⁷		68
Cameroun		32 ^{2,5}		32 ²			
Canada							
Tchad					38		38
Chili					⁷		85
Chine		29 ⁵		29	37		37
Colombie		82	71	85			42
Comores					100 ⁷	0	100
République du Congo	3						
Costa Rica					49		
Cuba		36	38	32	35	35	35
Rép. tchèque							
Rép. démocratique du Congo		37 ^{2,5}		37 ²	36 ⁷		36
Danemark							
Djibouti					85		85
République dominicaine		64 ^{2,5}		64 ²	67		67
Équateur				87 ⁴			
El Salvador		96 ⁵		96			89
Érythrée		78			93		93
Estonie		52 ⁵		56	52 ⁷		52
Éthiopie		97 ⁵		97	97 ⁷		
Finlande							
Gabon		54	33	55	64	52	65
Géorgie	24	33 ⁵		33	28		28
Allemagne							
Ghana		39					
Grèce					66		66
Guatemala		93 ⁵		93	93 ⁷		93
Guinée		58 ⁵		58			

Indicateur UNGASS 8

Consommateurs de drogues injectables

Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

2005				2007 ¹			2009			2005			2007 ¹			2009		
Tous	Tous	Hommes	Femmes	Tous	Hommes	Femmes	Tous	Hommes	Femmes	Tous	Tous	Tous	Tous	Tous	Tous	Tous	Tous	
	6			22	22													
15				17													45	
	47	43	62							96	98	85 ⁷						
21	23	23	13							42	5							
	57 ⁴										50	61						
				5	5	15					61	50						
3	3 ⁶	3		4 ⁷	4						6	3 ⁷						
39	49	49	49	57	56	58				55	53	80						
				36 ⁷	35	40					62 ³	86						
				25	25	33					100 ⁴	35						
	53 ⁶	53		31	28						10 ^{2,4}	26						
				13								19						
	38	36	52	48	47	49					29	42						
												100						
											57 ⁴	57 ⁷						
				35 ⁷							58	58 ⁷						
	59			47 ⁷	44	52					43 ⁴	34						
											37	25						
	41	40	45	37	36	46					33	45						
											61							
										8								
											43	61						
											33	32						
				34 ⁷								43						
												55						
												33						
											50 ⁴							
											55	85						
	62	63	60	47 ⁷	45	62					27 ⁴	27 ⁷						
				63														
6	9 ⁶	9		6	6					27	30 ²	24 ⁷						
											18	23 ⁷						
											25							
											39	78						
											64	64 ⁷						

A2

POURCENTAGE, PARMI LES PROFESSIONNEL(LE)S DU SEXE, LES CONSOMMATEURS DE DROGUES INJECTABLES ET LES HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES HOMMES, DE PERSONNES AYANT BÉNÉFICIÉ D'UN DÉPISTAGE DU VIH DANS LES 12 DERNIERS MOIS ET QUI EN CONNAISSENT LE RÉSULTAT

Professionnel(le)s du sexe

	2005		2007 ¹		2009		
	Tous	Tous	Hommes	Femmes	Tous	Hommes	Femmes
Guinée Bissau					43		43
Guyana		64		64	88		88
Haiti		71		71	71 ⁷		
Honduras		71 ⁵		71	76		76
Hongrie							
Inde				34	32		32
Indonésie	15	31	52	25	33 ⁷	57	28
Iran (République islamique d')		20 ⁵		20	20 ⁷		20
Jamaïque	43	43 ⁵		43	73		73
Japon							
Kazakhstan		70 ⁵		70	81		81
Kenya		12 ²					92
Kirghizistan		53 ⁵		53	42		42
Rép. démocratique populaire lao	9				14		14
Lettonie							
Liban		24 ⁴	11 ⁴	25 ⁴	7		69
Lituanie		50 ⁵		50	53		53
Luxembourg							
Madagascar		49 ⁵		49			
Malawi		69 ⁵		69			
Malaisie		100 ^{3,4}			20		
Maldives					14		14
Mali		7			91 ⁷		91
Mauritanie		100 ^{4,5}		100 ⁴	69 ⁷		69
Maurice		30 ²					
Mexique		72	63	76			
République de Moldavie		31 ⁵		31	23		23
Mongolie	67	53 ⁵		53	52		52
Monténégro		73 ^{4,5}		73 ⁴	83 ⁷		
Maroc		51 ⁵		51	51 ⁷		51
Myanmar					71		71
Népal		40	52	37		65	32
Nicaragua					91		
Niger		38 ⁵		38	45		45
Nigéria		38 ⁵		38	38 ⁷		38
Norvège							
Pakistan		4	4	5	14	13	15
Panama	77	55	59	52	55 ⁷	59	52
Papouasie-Nouvelle-Guinée		47 ⁵		47	56	47	60
Paraguay		100 ⁵	100	100	100		100
Pérou				54 ⁴	20	6	55
Philippines		12 ⁵		12	19		19
Pologne							
Portugal							
Roumanie	36	35 ⁵		35	29		29
Fédération de Russie		61 ⁵		61	39		39
Rwanda		65 ⁵		65	7		65
Sainte-Lucie							
Sao Tomé-et-Principe		72 ^{4,5}		72 ⁴	31 ⁷		31

Consommateurs de drogues injectables

Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

2005		2007 ¹		2009			2005		2007 ¹		2009	
Tous	Tous	Hommes	Femmes	Tous	Hommes	Femmes	Tous	Tous	Tous	Tous	Tous	
								44		87		
								48		71 ⁷		
								40		29 ⁷		
	8			100	100	100				100		
				21	9	36				17		
18	36	36	42	44 ⁷	43	61	15	32		34 ⁷		
9	23	23	16	23 ⁷	23	16				11 ⁷		
										53 ⁷		
								38		32		
	42	41	49	56	56	56		38		60		
								40				
	34	32	43	40	39	45		70				
								5		14		
	61	62	60	63 ⁷	60	70				26		
	4 ⁴	2 ⁴	50 ⁴					14 ⁴		30		
	64	60	81	73 ⁷	73	72		28		41		
				65 ⁷								
	100 ⁴			33				100				
				17	15	67				10		
								15 ⁴				
	20 ²	24 ²	0 ²	75				16 ²				
	31 ²	28 ²	48 ²	32	29	49		54		50		
	34	33	38	48	49	41		38				
							23	60		78		
								81 ⁴				
13	13	13	11	13 ⁷	13	10						
				27	27					48		
	21 ⁶	21		22	22			30		42		
	23	23	33	23 ⁷	23	32		30		30 ⁷		
										56 ⁷		
		4 ⁴		12	12							
							45	76		76 ⁷		
								42		67		
	100	100	100					100		100		
								21		6		
	4	4	15	1	2	0		16		7		
	<1							<1				
				36 ⁷	35	41				27 ⁷		
36	16 ⁴	17 ⁴	10 ⁴	19	18	20		47		75		
	46	44	50	26	23	33		32		61		
										47		
	100 ⁴	100 ⁴	100 ⁴	17	16	23				100		

POURCENTAGE, PARMI LES PROFESSIONNEL(LE)S DU SEXE, LES CONSOMMATEURS DE DROGUES INJECTABLES ET LES HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES HOMMES, DE PERSONNES AYANT BÉNÉFICIÉ D'UN DÉPISTAGE DU VIH DANS LES 12 DERNIERS MOIS ET QUI EN CONNAISSENT LE RÉSULTAT

Professionnel(le)s du sexe

	2005	2007 ¹		2009			
	Tous	Tous	Hommes	Femmes	Tous	Hommes	Femmes
Sénégal		70 ⁵		70	70		70
Serbie					45	35	52
Sierra Leone		79	75		48 ⁷		48
Singapour				100	100		100
Slovénie							
Somalie							5
Afrique du Sud							
Espagne		67 ^{2,4,5}			67 ⁷		
Sri Lanka		43 ⁵		43	43 ⁷		43
Soudan					7		7
Suriname		62	75	59	64		
Swaziland		94 ^{4,5}		94 ⁴			
Suède		34 ⁴	100 ⁴	33 ⁴	78	70	100
Suisse			38		7	38	
Tadjikistan		29 ⁵		29	42		42
Thaïlande		53	54	52	36	35	36
L'Ex-République yougoslave de Macédoine	67	47	87	39	47 ⁷	87	39
Timor-Leste							53
Togo		40	22	89	58	43	59
Tonga							
Tunisie				100 ⁴	14		14
Turquie	26	97	100	97			
Ukraine	32	46 ⁵		46	59		
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord							
Uruguay					26	26	
Ouzbékistan		19 ⁵		19	35		35
Vanuatu					12 ⁷		12
Viet Nam		15 ⁵		15	35		35
Zambie		17	14	23			

¹ Rapport de 2007, mais la collecte des données va de 2005 à 2007.

² La collecte des données a débuté avant 2005.

³ Période de collecte des données non précisée.

⁴ Méthodologie non harmonisée avec les directives 2008 de l'UNGASS.

⁵ Femmes uniquement.

⁶ Hommes uniquement.

⁷ La collecte des données a débuté avant 2008.

Consommateurs de drogues injectables

Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

2005				2007 ¹			2009			2005			2007 ¹		2009				
Tous		Tous		Hommes		Femmes		Tous		Hommes		Femmes		Tous		Tous		Tous	
								32	30	39				11			34 ⁷		
														53			31		
															47		43		
																	33		
																	27		
		68 ^{2,4}		67 ^{2,4}		72 ^{2,4}		76 ⁷						49 ³		87 ⁷			
														14		14 ⁷			
																	59		
		84 ⁴		83 ⁴		86 ⁴		82	82	81				41		39			
		60		59		61		60 ⁷	59	61				31		31 ⁷			
		24		23		30		36	37	30									
								62	61	71				35		21			
	32	44		42		53		44 ⁷	42	53			7	56		56 ⁷			
																	26		
																	53		
								21	22	13				35 ³		18			
		8		11		0								31					
	27	29		29		30		26	25	29			25	27		43			
								70											
														17 ²		31 ⁷			
																	26		
		18		18		18		34	33	37				25		44			
		11 ⁶		11				18	18					16		19			



20 Avenue Appia
CH-1211 Genève 27
Suisse

+41 22 791 3666
distribution@unaids.org

unaids.org

