

RAPPORT MONDIAL

RAPPORT ONUSIDA SUR
L'ÉPIDÉMIE MONDIALE DE SIDA | 2012

Copyright © 2012

Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA).

Tous droits de reproduction réservés.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'ONUSIDA aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. L'ONUSIDA ne garantit pas que l'information contenue dans la présente publication est complète et correcte et ne pourra être tenu pour responsable des dommages éventuels résultant de son utilisation.

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

Rapport mondial : rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2012

« ONUSIDA / JC2417F »

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

ISBN 978-92-9253-010-5

(Classification NLM : WC 503.4)

RAPPORT MONDIAL

RAPPORT ONUSIDA SUR
L'ÉPIDÉMIE MONDIALE DE SIDA | 2012

TABLE DES MATIÈRES



AVANT-PROPOS		4
INTRODUCTION		6
LE POINT SUR L'ÉPIDÉMIE		8
OBJECTIF 1	<i>Transmission par voie sexuelle</i>	16
OBJECTIF 2	<i>Consommateurs de drogues injectables</i>	34
OBJECTIF 3	<i>Infection à VIH chez les enfants et maintien en vie de leurs mères</i>	42
OBJECTIF 4	<i>Traitement</i>	50
OBJECTIF 5	<i>Tuberculose et VIH</i>	58
OBJECTIF 6	<i>Ressources et dépenses</i>	62
OBJECTIF 7	<i>Égalité des sexes et riposte au VIH</i>	70
OBJECTIF 8	<i>Stigmatisation, discrimination et droit</i>	78
OBJECTIF 9	<i>Éliminer les restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence</i>	86
OBJECTIF 10	<i>Intégration</i>	90
RÉFÉRENCES		96
ANNEXES		A1

AVANT-PROPOS



Les progrès mis en évidence dans ce rapport seront source d'espoir dans le monde entier. Les résultats des efforts déployés pour assurer la survie des patients et enrayer l'infection sont toujours aussi spectaculaires.

Alors même que la reprise économique mondiale est incertaine, notre objectif « zéro nouvelle infection à VIH, zéro discrimination et zéro décès lié au sida » demeure une forte priorité essentielle à l'échelle internationale. Les données présentées dans ce rapport indiquent que les pays respectent leurs engagements en faveur des objectifs de la Déclaration politique des Nations Unies sur le VIH/sida de 2011.

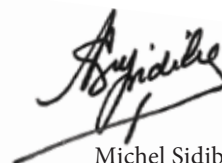
Le rythme des progrès s'est accéléré. Les actions qui nécessitaient auparavant des années d'efforts sont maintenant réalisables dans des délais beaucoup plus courts. En 24 mois, le nombre de patients bénéficiant d'un traitement antirétroviral a augmenté

de 60 %. Leur survie a entraîné dans le même temps une baisse de la mortalité. Les taux de nouvelles infections ont chuté de 50 % au minimum dans 25 pays, dont 13 en Afrique subsaharienne. La moitié des baisses constatées en matière d'infections à VIH au cours des deux dernières années concerne les enfants, renforçant notre conviction que l'objectif d'une génération sans sida est non seulement possible, mais aussi imminent.

Cependant, l'heure des réjouissances n'est pas encore venue. Le sida n'a pas dit son dernier mot. D'après les données de ce rapport fournies par le nombre record de 186 États membres des Nations Unies, les personnes vivant avec le VIH et touchées par ce fléau continuent de faire face à la stigmatisation, à la discrimination et à l'injustice dans de nombreux pays. Du fait de l'inégalité des sexes et de la violence sexuelle, les femmes et les filles demeurent

les plus exposées aux risques liés au VIH. Aujourd'hui de 30 %, l'écart, l'écart entre les ressources annuelles disponibles et les ressources nécessaires d'ici 2015, persiste.

Il reste environ 1 000 jours avant la date limite fixée pour atteindre les objectifs 2015 en matière de sida. Chacun de ces 1 000 prochains jours mettra à l'épreuve notre engagement à éradiquer cette épidémie. Nous comptons sur tous nos partenaires à l'échelle mondiale, régionale et nationale pour s'unir en faveur de la lutte contre le sida et obtenir des résultats décisifs en la matière. Nos objectifs sont en vue.



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

INTRODUCTION

La communauté internationale s'est engagée dans une quête historique visant à jeter les bases de l'éradication définitive de l'épidémie du sida.

Notre quête n'est pas seulement visionnaire. Elle est tout à fait réalisable. Des progrès sans précédents ont été effectués quant à la diminution du nombre de nouvelles infections à VIH chez les adultes et les enfants, au nombre de décès liés au sida ainsi qu'à la mise en œuvre de cadres politiques à fort impact favorisant des avancées rapides. Les pays et les communautés du monde où le sida avait précédemment fait des ravages, y puisent de nouvelles raisons d'espérer.

Cependant, seuls un engagement et une solidarité renouvelés et durables permettront de libérer le monde du sida. Il est également impératif que les données factuelles disponibles ainsi que les ressources limitées soient utilisées de manière optimale.

Reconnaissant qu'il s'agissait d'une véritable occasion de prévoir l'éradication du sida, les pays se sont engagés en faveur de la Déclaration politique des Nations Unies sur le VIH/sida de 2011 : intensifier nos efforts en vue d'éliminer le VIH/sida (1) et prendre des mesures spécifiques afin d'atteindre d'ici 2015 les objectifs ambitieux qui ont été fixés. S'inspirant de la Déclaration politique de 2011, l'ONUSIDA a formulé 10 objectifs spécifiques visant à guider l'action collective.

1. Réduire de 50 % le taux de transmission du VIH par voie sexuelle.
2. Réduire de 50 % le taux de transmission du VIH parmi les utilisateurs de drogues injectables.
3. Enrayer les nouvelles infections par le VIH chez les enfants, et réduire sensiblement le nombre de décès maternels liés au sida.
4. Assurer un traitement antirétroviral à 15 millions de personnes.
5. Réduire de 50 % le nombre de décès dus à la tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH.
6. Réduire le déficit mondial de moyens de lutte contre le sida et parvenir à un investissement moyen annuel de 22 à 24 milliards de dollars US dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire.
7. Éliminer les inégalités fondées sur le sexe ainsi que la maltraitance et la violence sexistes et renforcer la capacité des femmes et des adolescentes à se protéger du VIH.
8. Éliminer la stigmatisation et la discrimination contre les personnes vivant avec le VIH et touchées par lui à travers la promotion des lois et des mesures qui assurent la pleine réalisation de tous les droits de l'homme et libertés fondamentales.
9. Éliminer les restrictions qui touchent les personnes vivant avec le VIH en matière d'entrée, de séjour et de résidence dans un pays.
10. Éliminer les circuits parallèles de soins en matière de VIH pour intégrer davantage la riposte au sida dans les efforts mondiaux de santé et de développement.

En adhérant aux objectifs fixés dans la Déclaration politique de 2011, les pays se sont engagés à assurer le suivi des progrès et des défis qui jalonnent leur riposte nationale au sida, et à les communiquer. Afin de faciliter l'établissement de rapports biennaux sur les progrès nationaux, l'ONUSIDA a collaboré avec les partenaires pour mettre au point un ensemble d'indicateurs de base en fonction desquels les pays pourraient élaborer leur rapport (2).

En 2012, 186 pays ont soumis des rapports complets sur les progrès réalisés en matière de riposte nationale au sida. Le Système mondial de rapports d'activité sur la riposte au sida détient l'un des taux de réponse les plus élevés parmi les mécanismes internationaux de suivi du développement et de la santé. 96 % des 193 États membres des Nations Unies ont en effet fourni un rapport à ce sujet en 2012, témoignant ainsi de l'ampleur de l'engagement mondial en faveur de la lutte contre le sida.

S'appuyant sur les informations qu'ont fourni les pays, le présent rapport résume la situation actuelle concernant les efforts déployés pour atteindre les objectifs de 2015 fixés dans la Déclaration politique de 2011. Il fournit également un instantané de la situation actuelle correspondant à chaque objectif, et identifie les tendances clés. Grâce à une méthode basée sur une feuille de résultats des indicateurs de base, ce rapport permet aux pays de comparer leurs propres réalisations à celles des autres pays. Les ventilations par région donnent la possibilité de comparer les progrès réalisés entre les diverses régions du monde. Ce rapport met en évidence les cas où les politiques et les programmes recommandés restent à mettre en œuvre.

Dans le cadre du suivi de la riposte mondiale au sida, les pays ont réalisé des enquêtes complètes sur les cadres politiques nationaux visant à contrer ce fléau. L'Indice composite des politiques nationales (NCPI) recueille des informations sur le processus d'élaboration de stratégies nationales de lutte contre le sida, l'engagement de la société civile et des autres groupes constitutifs ainsi que les approches politiques en matière de prévention et de traitement du VIH.

Les résultats résumés dans ce rapport sont encourageants car les progrès réalisés à ce jour démontrent de manière irréfutable la faisabilité des objectifs fixés dans la Déclaration politique de 2011. Cependant, ils indiquent également qu'il est impératif de poursuivre résolument les efforts déjà entrepris si nous voulons atteindre la plupart de ces objectifs d'ici 2015.

186

**PAYS ONT ÉTABLI
DES RAPPORTS**

En 2012, 186 pays ont soumis des rapports complets sur leur riposte nationale au sida, ce qui représente 96 % des États membres des Nations Unies.

LE POINT SUR L'ÉPIDÉMIE

Bien que le sida demeure l'un des défis sanitaires les plus importants du monde, la solidarité internationale qui s'est mise en place au cours de la dernière décennie pour lutter contre ce fléau continue de générer d'extraordinaires progrès en matière de santé. Combinée à l'émergence de nouveaux outils efficaces conçus pour prévenir les nouvelles infections et les décès liés au sida, la réussite spectaculaire de l'élargissement et de l'intensification des programmes liés au VIH a permis de jeter les bases de l'éradication définitive de cette maladie.

Les actualités concernant le sida sont globalement encourageantes mais il reste d'importants défis à relever. Le nombre de nouvelles infections à l'échelle mondiale continue de diminuer. Cependant, les épidémies nationales poursuivent leur progression dans de nombreuses régions du monde. De plus, bien qu'importante, la baisse du nombre de décès liés au sida et de nouvelles infections à VIH chez les enfants doit s'accélérer si l'on veut atteindre les objectifs mondiaux en matière de lutte contre le sida.

L'ÉPIDÉMIE MONDIALE EN BREF

À l'échelle mondiale, 34 millions [31,4 – 35,9 millions] de personnes vivaient avec le VIH à la fin de l'année 2011. Selon les estimations, 0,8 % des adultes âgés entre 15 et 49 ans dans le monde entier vit avec le VIH bien que les circonstances de l'épidémie qui pèsent sur les pays et les régions continuent de varier considérablement.

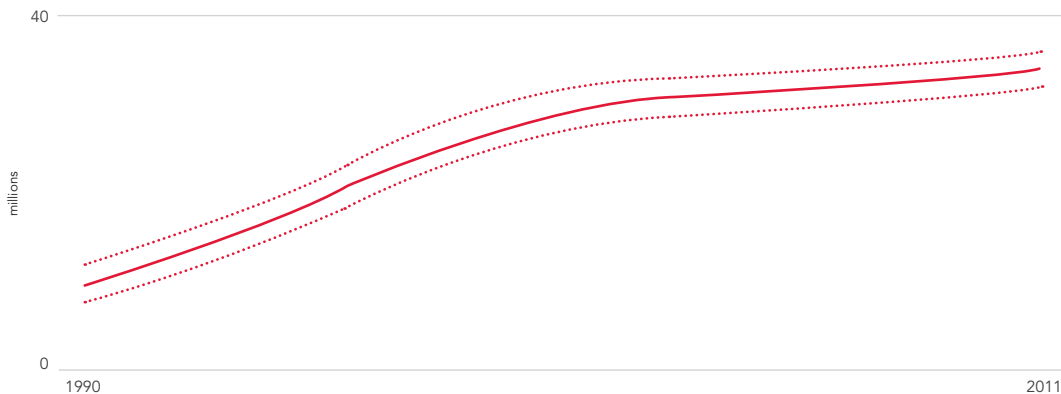
L'Afrique subsaharienne reste l'une des régions les plus gravement touchées avec près d'1 adulte sur 20 (4,9 %) vivant avec le VIH, ce qui représente 69 % des personnes vivant avec le VIH dans le monde. La prévalence régionale de l'infection à VIH est près de 25 fois plus élevée en Afrique subsaharienne qu'en Asie mais environ 5 millions de personnes vivent avec le virus dans l'ensemble de l'Asie du Sud, du Sud-Est et de l'Est. Après l'Afrique subsaharienne, les régions les plus fortement touchées sont les Caraïbes, l'Europe de l'Est et l'Asie centrale, où 1 % des adultes vivait avec le VIH en 2011.

DIMINUTION DU NOMBRE DE NOUVELLES INFECTIONS

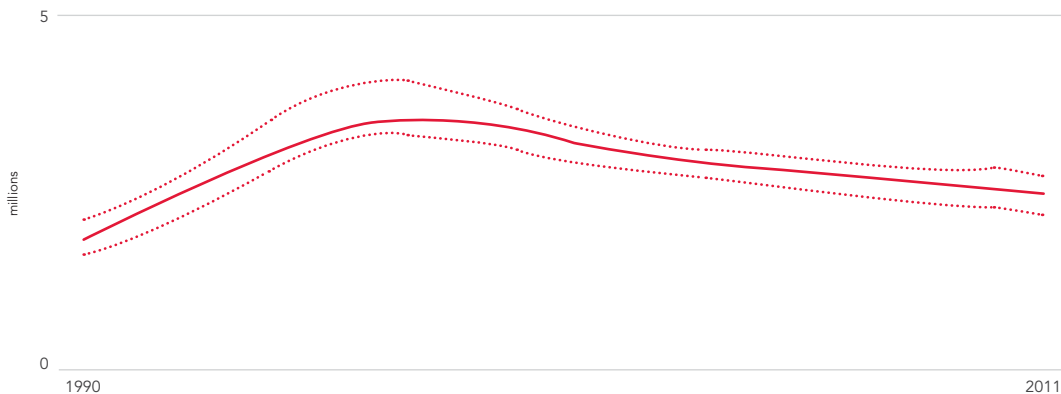
À l'échelle mondiale, le nombre de nouvelles infections continue de diminuer : le nombre de personnes (adultes et enfants confondus) infectées par le VIH en 2011 (2,5 millions [2,2 – 2,8 millions]) était de 20 % inférieur à celui de 2001. Là encore, les variations sont flagrantes. Les baisses les plus importantes du nombre de nouvelles infections à VIH depuis 2001 ont été observées dans les Caraïbes (42 %) et en Afrique subsaharienne (25 %).

Tendances mondiales en matière de VIH, 1990–2011

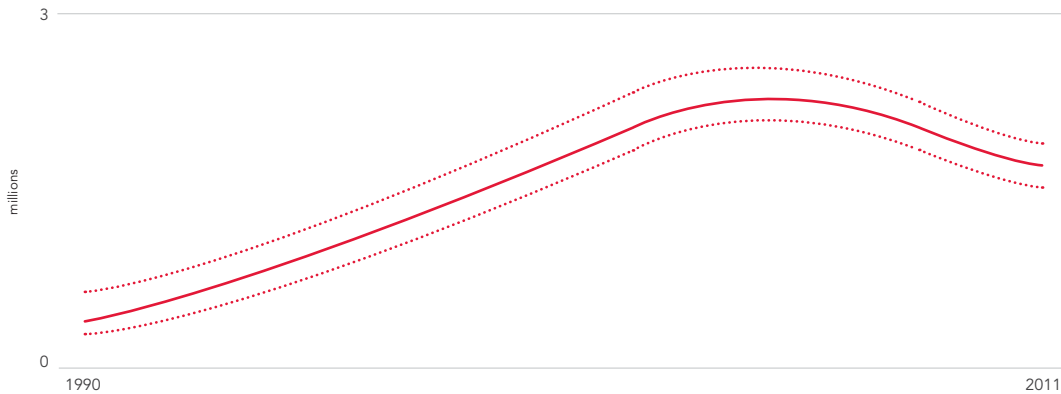
NOMBRE DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH DANS LE MONDE, 1990–2011



NOMBRE DE PERSONNES NOUVELLEMENT INFECTÉES PAR LE VIH DANS LE MONDE, 1990–2011



NOMBRE DE DÉCÈS D'ADULTES ET D'ENFANTS DUS AU SIDA DANS LE MONDE, 1990–2011



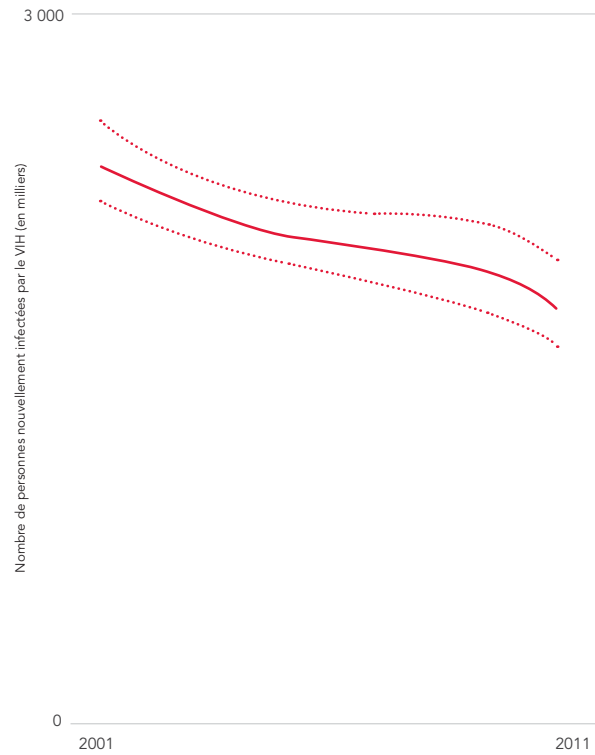
..... Estimations hautes
 — Estimations
 Estimations basses

Source : estimations de l'ONUSIDA.

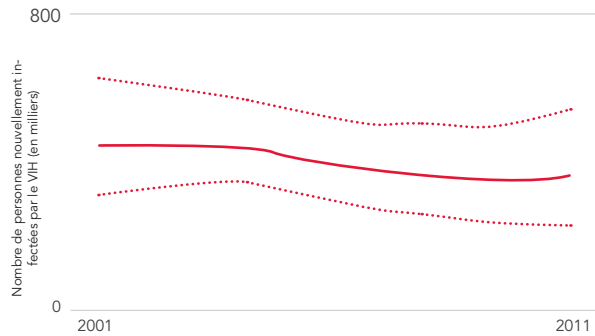
Dans d'autres régions du monde, les tendances en matière de VIH (enfants et adultes confondus) demeurent préoccupantes. Depuis 2001, le nombre de nouvelles infections au Moyen-Orient et en Afrique du Nord a augmenté de plus de 35 % (passant ainsi de 27 000 [22 000 – 34 000] à 37 000 personnes [29 000 – 46 000]). D'après les données factuelles, l'incidence de l'infection à VIH en Europe de l'Est et en Asie centrale a commencé à augmenter à la fin des années 2000 après être restée relativement stable pendant plusieurs années.

Nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH par région, 2001–2011

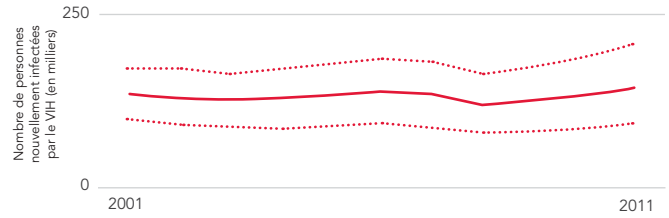
AFRIQUE SUBSAHARIENNE



ASIE



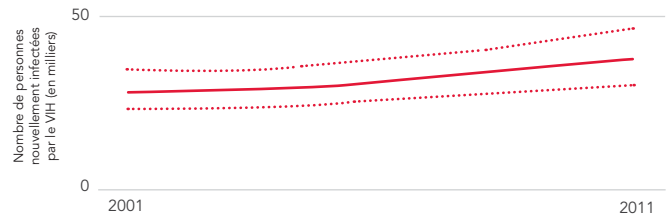
EUROPE DE L'EST ET ASIE CENTRALE



AMÉRIQUE LATINE



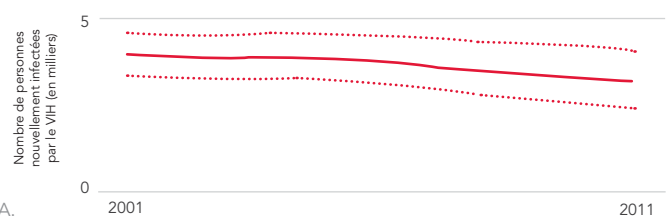
MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD



CARAÏBES



Océanie



- Estimations hautes
- Estimations
- Estimations basses

Source : estimations de l'ONUSIDA.

Ces dix dernières années, de nombreuses épidémies nationales ont considérablement évolué. Dans 39 pays, l'incidence de l'infection à VIH chez les adultes a chuté de plus de 25 % de 2001 à 2011 (voir tableau). Parmi les pays ayant enregistré de fortes baisses en matière d'incidence du VIH, 23 se situent en Afrique subsaharienne où le nombre de personnes infectées par le VIH en 2011 (1,8 million [1,6 – 2,0 millions]) était de 25 % inférieur à celui de 2001 (2,4 millions [2,2 – 2,5 millions]). Malgré ces progrès, l'Afrique subsaharienne représentait 71 % des nouvelles infections chez les adultes et les enfants en 2011 soulignant ainsi l'importance de poursuivre et de renforcer les efforts de prévention du VIH dans la région.

Les tendances épidémiologiques sont moins favorables dans plusieurs autres pays. Dans au moins 9 pays, le nombre de nouvelles infections en 2011 était au minimum 25 % plus élevé qu'en 2001.

Variations du taux d'incidence de l'infection à VIH chez les adultes de 15 à 49 ans, 2001–2011, sélection de pays



^a Pays dont les variations du taux d'incidence sont inférieures à 25 % (à la hausse ou à la baisse).

Source : estimations de l'ONUSIDA.

Les pays qui ne figurent pas dans ce Tableau ne disposent pas de données et/ou d'analyses suffisantes pour évaluer les tendances récentes en matière d'incidence chez les adultes ainsi que l'impact des programmes de prévention du VIH qui leur sont destinés. L'analyse a été soit publiée dans des documents examinés par des pairs soit effectuée par le biais d'outils de modélisation recommandés pour les estimations nationales en matière de VIH/sida. Les critères d'inclusion des pays disposant de modèles d'estimation sont, entre autres, les suivants : au moins quatre ans de données de prévalence de la surveillance du VIH sont nécessaires pour les pays à épidémies concentrées et trois ans pour les pays où l'épidémie est généralisée (ces données doivent être récoltées pour chaque sous-catégorie de population utilisée dans l'estimation) ; les données de surveillance du VIH doivent exister jusqu'en 2009 au moins ; et les tendances estimées en matière d'incidence ne doivent pas être en contradiction avec d'autres sources de données. Pour les pays touchés par des épidémies complexes, incluant plusieurs groupes de population aux comportements à risque divers ainsi que des différences géographiques importantes, tels que le Brésil, la Chine et la Fédération de Russie, ce type d'évaluation est très compliqué. Il n'a donc pas pu être terminé dans le cadre du cycle d'estimation 2012.

BAISSE DU NOMBRE DE DÉCÈS LIÉS AU SIDA

Le nombre de décès liés au sida a commencé à baisser au milieu des années 2000 en raison de l'élargissement et de l'intensification des traitements antirétroviraux ainsi que de la diminution stable de l'incidence du VIH depuis le pic de 1997. En 2011, cette baisse s'est poursuivie, les données factuelles montrant une accélération du phénomène dans plusieurs pays.

Cette même année, 1,7 million [1,5 – 1,9 million] de décès liés au sida ont été enregistrés dans le monde entier. Cela représente une baisse de 24 % de la mortalité liée au sida par rapport à 2005 (où 2,3 millions [2,1 – 2,6 millions] de décès ont été enregistrés).

1,7
MILLION DE DÉCÈS

En 2011, 1,7 million de personnes dans le monde sont décédées d'une cause liée au sida, ce qui représente une baisse de 24 % par rapport au pic de 2005.

Le nombre de décès liés au sida en Afrique subsaharienne a diminué de 32 % de 2005 à 2011, malgré le fait que la région représentait encore 70 % du nombre total des décès dus au sida en 2011. Les Caraïbes (48 %) et l'Océanie (41 %) ont enregistré une baisse considérable du nombre de décès liés au sida entre 2005 et 2011. Des baisses moins spectaculaires ont été observées au cours de la même période en Amérique latine (10 %), en Asie (4 %) ainsi qu'en Europe de l'Ouest, en Europe centrale et en Amérique du Nord (1 %). Deux autres régions cependant ont enregistré des augmentations importantes

de la mortalité liée au sida : l'Europe de l'Est et l'Asie centrale (21 %) d'une part et le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord (17 %) d'autre part.

Un examen des expériences des divers pays témoigne de manière frappante des variations observées au niveau des tendances de mortalité liées au sida ces dernières années (voir tableau). Dans 14 pays, le nombre annuel de décès liés au sida a diminué d'au moins 50 % entre 2005 et 2011. Dans 74 autres pays, des baisses plus modestes, quoique notables, de l'ordre de 10 à 49 % ont été enregistrées au cours de cette même période.

L'élargissement et l'intensification de la thérapie antirétrovirale dans les pays à revenu faible et intermédiaire ont fait évoluer les ripostes nationales au sida et généré de vastes progrès en matière de santé. Depuis 1995, la thérapie antirétrovirale a sauvé l'équivalent de 14 millions d'années de vie humaine dans ces pays, dont 9 millions en Afrique subsaharienne. Les progrès en matière de santé se sont accélérés à mesure que se sont poursuivis l'élargissement et l'intensification des programmes. Le nombre d'années de vie sauvées grâce à la thérapie antirétrovirale en Afrique subsaharienne ces quatre dernières années, a quadruplé. L'expérience de KwaZulu-Natal, une province hyperendémique d'Afrique du Sud, montre les avantages macroéconomiques et ceux en matière de moyens de subsistance des ménages qu'offre l'accès élargi au traitement, notamment un fort accroissement des perspectives d'emploi chez les personnes bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale.

Variation en pourcentage du nombre de décès liés au sida, 2005–2011^a

Aucune variation ou diminution < 25 %

Afghanistan	Gambie	Ouganda
Algérie	Géorgie	Pakistan
Angola	Guatemala	Philippines
Arménie	Guinée-Bissau	Pologne
Australie	Guinée équatoriale	République de Moldova
Azerbaïdjan	Indonésie	République démocratique
Bangladesh	Iran (République islamique d')	populaire lao
Bélarus	Italie	Roumanie
Belize	Kazakhstan	Royaume-Uni
Brésil	Kirghizistan	Sénégal
Bulgarie	Lettonie	Serbie
Cameroun	Liban	Sierra Leone
Canada	Madagascar	Singapour
Cap-Vert	Malaisie	Somalie
Colombie	Mauritanie	Soudan
Costa Rica	Maurice	Sri Lanka
Cuba	Maroc	Tadjikistan
Équateur	Mozambique	Togo
Égypte	Myanmar	Ukraine
États-Unis d'Amérique	Népal	Uruguay
Fédération de Russie	Nicaragua	Venezuela
France	Niger	Viet Nam
Gabon	Nigéria	Yémen

Baisse 25–49 %

Afrique du Sud	Lesotho
Allemagne	Libéria
Bahamas	Malawi
Bénin	Mali
Bolivie (État plurinational de)	Mexique
Burkina Faso	Panama
Congo	Papouasie-Nouvelle-Guinée
Djibouti	République centrafricaine
El Salvador	Swaziland
Érythrée	Tchad
Ghana	Thaïlande
Guinée	République-Unie de Tanzanie
Haïti	
Honduras	
Jamaïque	

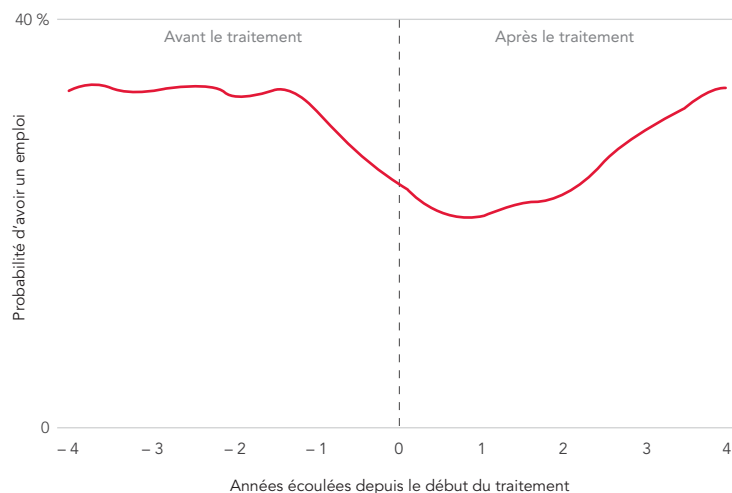
Baisse ≥ 50 %

Botswana
Burundi
Cambodge
Côte d'Ivoire
Éthiopie
Guyana
Kenya
Namibie
Pérou
République dominicaine
Rwanda
Suriname
Zambie
Zimbabwe

^a Pays dont le nombre de décès liés au sida est égal ou supérieur à 100 en 2011.

Source : estimations de l'ONUSIDA.

Probabilité d'emploi avant et après la thérapie antirétrovirale dans la province de KwaZulu-Natal, Afrique du Sud



Source : Bärnighausen T et al. The economic benefits of ART: evidence from a complete population cohort in rural South Africa. 2^{ème} atelier international sur le VIH : le traitement comme prévention, Vancouver, Canada, 22–25 avril 2012.

Statistiques régionales sur le VIH et le sida, 2001, 2005 et 2011

		Adultes et enfants vivant avec le VIH	Adultes et enfants nouvellement infectés par le VIH
AFRIQUE SUBSAHARIENNE	2011	23,5 millions [22 100 000–24 800 000]	1,8 million [1 600 000–2 000 000]
	2001	20,9 millions [19 300 000–22 500 000]	2,4 millions [2 200 000–2 500 000]
MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD	2011	300 000 [250 000–360 000]	37 000 [29 000–46 000]
	2001	210 000 [170 000–270 000]	27 000 [22 000–34 000]
ASIE DU SUD ET DU SUD-EST	2011	4,0 millions [3 100 000–4 600 000]	280 000 [170 000–370 000]
	2001	3,7 millions [3 200 000–5 100 000]	370 000 [250 000–450 000]
ASIE DE L'EST	2011	830 000 [590 000–1 200 000]	89 000 [44 000–170 000]
	2001	390 000 [280 000–530 000]	75 000 [55 000–100 000]
OCÉANIE	2011	53 000 [47 000–60 000]	2 900 [2 200–3 800]
	2001	38 000 [32 000–46 000]	3 700 [3 100–4 300]
AMÉRIQUE LATINE	2011	1,4 million [1 100 000–1 700 000]	83 000 [51 000–140 000]
	2001	1,2 million [970 000–1 500 000]	93 000 [67 000–120 000]
CARAÏBES	2011	230 000 [200 000–250 000]	13 000 [9 600–16 000]
	2001	240 000 [200 000–270 000]	22 000 [20 000–25 000]
EUROPE DE L'EST ET ASIE CENTRALE	2011	1,4 million [1 100 000–1 800 000]	140 000 [91 000–210 000]
	2001	970 000 [760 000–1 200 000]	130 000 [99 000–170 000]
EUROPE OCCIDENTALE ET CENTRALE	2011	900 000 [830 000–1 000 000]	30 000 [21 000–40 000]
	2001	640 000 [590 000–710 000]	29 000 [26 000–34 000]
AMÉRIQUE DU NORD	2011	1,4 million [1 100 000–2 000 000]	51 000 [19 000–120 000]
	2001	1,1 million [850 000–1 300 000]	50 000 [35 000–71 000]
MONDE	2011	34,0 millions [31 400 000–35 900 000]	2,5 millions [2 200 000–2 800 000]
	2001	29,4 millions [27 200 000–32 100 000]	3,2 millions [2 900 000–3 400 000]

Source : estimations de l'ONUSIDA.

Prévalence chez les adultes (15–49 ans), %	Prévalence chez les jeunes (15–24 ans), %		Décès liés au sida chez les adultes et les enfants, 2005 et 2011	
	Femmes	Hommes		
4,9 [4,6–5,1]	3,1 [2,6–3,9]	1,3 [1,1–1,7]	2011	1,2 million [1 100 000–1 300 000]
5,9 [5,4–6,2]	5,1 [4,2–6,7]	2,0 [1,6–2,7]	2005	1,8 million [1 600 000–1 900 000]
0,2 [0,1–0,2]	<0,1 [<0,1–0,1]	<0,1 [<0,1–0,1]	2011	23 000 [18 000–29 000]
0,1 [0,1–0,2]	<0,1 [<0,1–<0,1]	<0,1 [<0,1–0,1]	2005	20 000 [15 000–25 000]
0,3 [0,2–0,3]	0,1 [<0,1–0,1]	0,1 [<0,1–0,2]	2011	250 000 [190 000–330 000]
0,3 [0,3–0,5]	0,2 [0,1–0,3]	0,2 [0,2–0,3]	2005	290 000 [270 000–310 000]
0,1 [<0,1–0,1]	<0,1 [<0,1–<0,1]	<0,1 [<0,1–<0,1]	2011	59 000 [41 000–82 000]
<0,1 [<0,1–<0,1]	<0,1 [<0,1–<0,1]	<0,1 [<0,1–<0,1]	2005	39 000 [27 000–56 000]
0,3 [0,2–0,3]	0,1 [0,1–0,2]	0,1 [<0,1–0,1]	2011	1 300 [<1 000–1 800]
0,2 [0,2–0,3]	0,2 [0,1–0,3]	0,1 [0,1–0,2]	2005	2 300 [1 700–3 000]
0,4 [0,3–0,5]	0,1 [<0,1–0,2]	0,2 [<0,1–0,5]	2011	54 000 [32 000–81 000]
0,4 [0,3–0,5]	0,1 [<0,1–0,2]	0,3 [0,1–0,7]	2005	60 000 [36 000–93 000]
1,0 [0,9–1,1]	0,6 [0,4–0,7]	0,3 [0,2–0,5]	2011	10 000 [8 200–12 000]
1,2 [1,0–1,3]	1,0 [0,8–1,2]	0,5 [0,3–0,9]	2005	20 000 [16 000–23 000]
1,0 [0,6–1,0]	0,5 [0,4–0,7]	0,7 [0,5–0,9]	2011	92 000 [63 000–120 000]
0,3 [0,4–0,7]	0,2 [<0,1–0,2]	0,3 [0,2–0,3]	2005	76 000 [58 000–100 000]
0,2 [0,2–0,3]	<0,1 [<0,1–<0,1]	0,1 [<0,1–0,1]	2011	7 000 [6 100–7 500]
0,2 [0,2–0,2]	<0,1 [<0,1–<0,1]	0,1 [<0,1–0,1]	2005	7 800 [7 600–9 000]
0,6 [0,5–1,0]	0,2 [<0,1–0,4]	0,3 [0,1–0,5]	2011	21 000 [17 000–28 000]
0,6 [0,5–0,7]	0,2 [0,1–0,3]	0,3 [0,2–0,4]	2005	20 000 [16 000–26 000]
0,8 [0,7–0,8]	0,6 [0,4–0,6]	0,3 [0,2–0,4]	2011	1,7 million [1 500 000–1 900 000]
0,8 [0,7–0,9]	0,7 [0,6–0,9]	0,4 [0,3–0,5]	2005	2,3 millions [2 100 000–2 600 000]

1 TRANSMISSION PAR VOIE SEXUELLE

La transmission du VIH par voie sexuelle, qui concerne la vaste majorité des personnes nouvellement infectées, devra démontrer des baisses annuelles importantes afin de réduire à zéro le nombre de nouvelles infections à VIH. Bien qu'il existe des raisons de faire preuve d'optimisme (tendances favorables des comportements sexuels dans de nombreux pays, impact accru des nouvelles stratégies de prévention biomédicales, etc.), le rythme actuel des progrès reste insuffisant pour réduire de moitié la transmission par voie sexuelle d'ici 2015 et de ce fait atteindre l'objectif mondial, soulignant ainsi la nécessité urgente d'intensifier les actions.

Atteindre l'objectif « zéro nouvelle infection » nécessitera une méthode de prévention combinée efficace, c'est-à-dire l'utilisation intensive d'une association de stratégies comportementales, biomédicales et structurelles visant les populations spécifiques en cas d'épidémies concentrées et l'ensemble de la population en cas d'épidémies généralisées (1, 2)¹. Les éléments programmatiques essentiels de prévention combinée de la transmission du VIH par voie sexuelle comprennent le changement des comportements, la fourniture de préservatifs, la circoncision masculine, les programmes ciblés en faveur des travailleurs du sexe et des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ainsi que l'accès à la thérapie antirétrovirale.

LE CHANGEMENT DES COMPORTEMENTS, UN FACTEUR CRUCIAL DE PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION SEXUELLE DANS LES CAS D'ÉPIDÉMIES GÉNÉRALISÉES

Les programmes de changement des comportements cherchent à promouvoir un comportement individuel plus sûr ainsi que des changements en matière de normes sociales, lesquels génèrent des modèles plus sains de comportements sexuels. Le changement des comportements est complexe : il suppose des connaissances, des motivations et des choix qui subissent l'influence des normes socioculturelles ainsi que l'évaluation des risques par rapport aux avantages immédiats et aux conséquences à venir. Il implique à la fois une prise de décisions rationnelle et un comportement impulsif et automatique (3). Les programmes de changement des comportements en matière de VIH ont été largement évalués par rapport aux résultats de la baisse du nombre de jeunes sexuellement précoces, la baisse du nombre de partenaires sexuels, et l'augmentation de l'utilisation correcte et régulière de préservatifs chez les personnes sexuellement actives.

¹ Cette section rend compte des informations disponibles concernant le comportement sexuel de la population générale, la couverture en matière de circoncision ainsi que le VIH chez les travailleurs du sexe et les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes. Sauf indication contraire, les données proviennent des rapports d'activité remis par les pays 2012 (www.unaids.org/cpr). Les données sur les populations clés les plus exposées qui sont tirées des rapports d'activité des pays proviennent des enquêtes réalisées dans les capitales. Elles ne sont donc pas représentatives de l'ensemble du pays concerné. Ces enquêtes ont en particulier tendance à surestimer la prévalence nationale du VIH et la couverture des services.



Figure 1.1

Risques sexuels : variations du pourcentage d'hommes et de femmes de 15 à 24 ans ayant eu des rapports sexuels avant 15 ans ; du pourcentage d'hommes et de femmes de 15 à 49 ans ayant des partenaires multiples ; et du pourcentage d'hommes et de femmes ayant des partenaires multiples et ayant utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel, dans une sélection de pays où la prévalence du VIH chez les adultes est supérieure à 1 %, pour certaines années de la période 2000–2011^a



^a Pour l'Éthiopie, la colonne « Répondants ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans » correspond aux années 2000 et 2011.

Sources : enquêtes à domicile représentatives du pays.

Afin de mesurer les progrès réalisés pour atteindre ces objectifs, les pays contrôlent le pourcentage des jeunes des deux sexes déclarant avoir eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans, le pourcentage des hommes et des femmes déclarant avoir eu plusieurs partenaires au cours d'une période de 12 mois ainsi que le pourcentage des hommes et des femmes déclarant avoir eu plusieurs partenaires au cours des 12 derniers mois et avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel.

D'après la Figure 1.1, le comportement sexuel chez les hommes et les femmes a changé favorablement dans de nombreux pays touchés par des épidémies généralisées. Les changements favorables en matière de comportements sexuels à risque sont flagrants dans bon nombre de pays, notamment le Kenya, le Malawi, la Mozambique, la Namibie, le Nigéria et la Zambie. Dans d'autres pays, tels que la Côte d'Ivoire, le Guyana et le Rwanda, une augmentation des comportements sexuels à risque a été observée, mettant ainsi en évidence la nécessité d'intensifier le soutien des efforts en matière de changement des comportements.

Des programmes d'éducation sexuelle adaptés à l'âge peuvent accroître les connaissances et contribuer à un comportement sexuel plus responsable. Cependant, il existe des lacunes considérables quant aux connaissances de base même du VIH et de son mode de transmission. Dans 26 des 31 pays touchés par une épidémie généralisée et ayant récemment fait l'objet d'enquêtes représentatives à l'échelle nationale, moins de la moitié des jeunes femmes possèdent des connaissances complètes et correctes sur le VIH. Elles manquent en particulier de connaissances sur l'efficacité des préservatifs à prévenir la transmission du VIH. Dans 21 des 25 pays disposant d'enquêtes représentatives à l'échelle nationale, les jeunes hommes possédaient moins de la moitié des connaissances complètes et correctes sur le VIH.

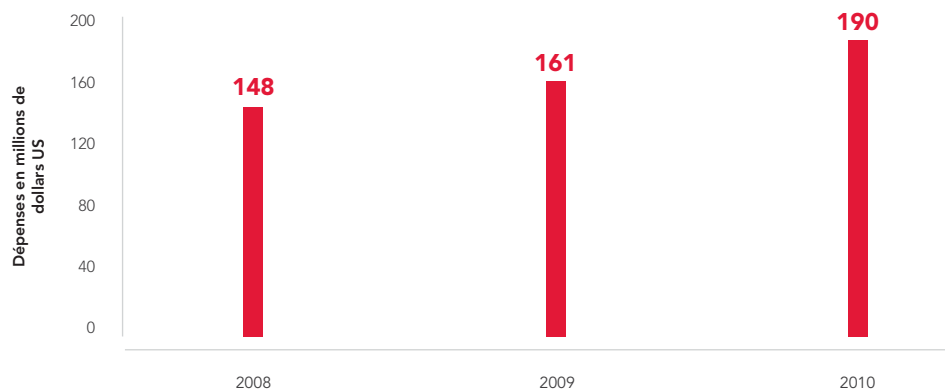
Bien qu'il ait été démontré que le changement des comportements au niveau de la population réduisait la prévalence de l'infection à VIH dans plusieurs pays touchés par des épidémies généralisées (4–6), il demeure très difficile d'attribuer des résultats spécifiques aux programmes de changement des comportements. L'association régulière entre changement des comportements et incidence réduite soutient de manière plausible l'impact des programmes de changement des comportements en général. Cependant, il est urgent de disposer de données factuelles supplémentaires qui montrent les effets des divers éléments programmatiques afin d'orienter les investissements de façon avisée (pour consulter les variations du nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH, voir la section « Le point sur l'épidémie »). Concernant l'attribution des effets, il est également difficile de faire la distinction entre les éléments des programmes spécifiques de VIH et les changements d'ordre plus général dans un environnement favorable, tels que la réduction de la stigmatisation et l'éducation universelle (voir Section 8).

En raison de ces défis, il n'est pas facile de tirer des conclusions claires sur l'étendue des financements nécessaires pour les programmes de changement des comportements. Parmi les 26 pays touchés par des épidémies généralisées qui ont soumis les données sur les dépenses correspondant à l'année la plus récente, 5 % en moyenne des dépenses en matière de VIH ont été attribués aux programmes de changement des comportements (y compris la promotion des préservatifs), ce qui représente 36 % des dépenses totales de prévention. Des données factuelles indiquent une augmentation absolue des dépenses : sur 17 pays disposant de données comparables sur plusieurs années², les dépenses totales relatives aux programmes de changement des comportements (y compris la promotion des préservatifs) sont passées de 148 millions de dollars US en 2008 à 190 millions de dollars US en 2010. Ces chiffres incluent les dépenses relatives aux informations liées au VIH, à l'éducation et à la communication en matière de VIH ; à la mobilisation des communautés ; à la réduction des risques pour les populations vulnérables ; au marketing social en faveur de l'utilisation des préservatifs ; à la communication en matière de changement des comportements ; et aux activités de prévention pour les jeunes, entre autres (Figure 1.2).

² Angola, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Congo, Gabon, Ghana, Guinée-Bissau, Haïti, Kenya, Lesotho, Nigéria, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Tchad et Togo.

Figure 1.2

Dépenses consacrées au changement des comportements et à la promotion de l'utilisation des préservatifs dans 17 pays touchés par des épidémies généralisées et disposant de données, 2008–2010



Source : rapports d'activité remis par les pays 2012 (www.unaids.org/cpr).

DISTRIBUTION ET PROMOTION DES PRÉSERVATIFS

L'utilisation des préservatifs constitue un élément essentiel de la prévention combinée et l'une des technologies disponibles les plus efficaces pour réduire la transmission du VIH par voie sexuelle. Bien que les taux d'utilisation des préservatifs qui ont été communiqués semblent augmenter dans plusieurs pays où la prévalence de l'infection à VIH est élevée, des données récentes issues d'enquêtes représentatives du pays indiquent une diminution de l'utilisation des préservatifs au Bénin, au Burkina Faso, en Côte d'Ivoire et en Ouganda (Figure 1.1). De plus, les connaissances sur les préservatifs restent limitées dans plusieurs pays à forte prévalence, en particulier chez les jeunes femmes.

Selon les estimations de 2011 du Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), seuls 9 préservatifs masculins ont été fournis par les donateurs pour chaque homme âgé de 15 à 49 ans en Afrique subsaharienne. Un seul préservatif féminin pour 10 femmes de la même tranche d'âge, dans la même région, a quant à lui été distribué. Moins d'informations sont disponibles sur l'achat direct de préservatifs par les pays à revenu faible et intermédiaire. D'après une estimation (7), ces pays ont directement acheté plus de 2 milliards de préservatifs en 2010 alors qu'environ 13 milliards de préservatifs seront nécessaires pour la prévention du VIH en 2015 (8).

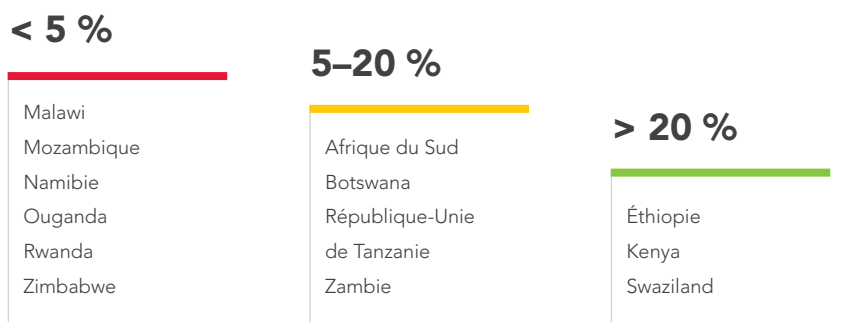
L'augmentation du taux d'utilisation des préservatifs exige à la fois une offre et une demande suffisantes. Une étude récente réalisée au Kenya a révélé que si l'utilisation des préservatifs était faible parmi la population objet de l'étude, les besoins non satisfaits en la matière l'étaient aussi, soulignant ainsi l'importance de créer de la demande pour les préservatifs dans le cadre de la prévention du VIH (9). Les autres programmes de prévention peuvent aussi avoir une incidence sur la demande de préservatifs pour prévenir l'infection à VIH (par exemple, les risques d'infection sembleront plus faibles en raison d'interventions telles que la circoncision masculine ou la prophylaxie post-exposition ; les partenaires sous traitement antirétroviral paraîtront également moins contagieux). De même les conséquences de l'infection à VIH peuvent être perçues comme moins dévastatrices dans le cadre d'une thérapie efficace, diminuant ainsi le besoin de se protéger. Ces effets potentiels de compensation des risques font actuellement l'objet d'un examen minutieux mais le suivi des dynamiques reste complexe.

PROGRÈS LIMITÉS EN MATIÈRE D'ÉLARGISSEMENT ET D'INTENSIFICATION DE LA CIRCONCISIONS MÉDICALE VOLONTAIRE MASCULINE

La circoncision masculine réduit la probabilité qu'un homme soit infecté à VIH par une femme. Depuis 2007, l'OMS et l'ONUSIDA ont recommandé la circoncision médicale volontaire dans les pays qui enregistrent des taux élevés d'infection à VIH et des taux faibles de circoncision masculine. L'élargissement et l'intensification rapides de la circoncision médicale volontaire masculine ont la capacité de prévenir l'infection par le VIH d'environ 1 personne sur 5 en Afrique orientale et australe jusqu'en 2025 (10). Les pays où la circoncision médicale volontaire est recommandée ont majoritairement accepté cette intervention, adopté les politiques de déploiement et commencé à former les travailleurs de la santé à la gestion des procédures de circoncision.

Tableau 1.1

Pourcentage des objectifs nationaux 2015 en matière de circoncision masculine atteints avant l'année 2011



Remarque : le Soudan du Sud et la République centrafricaine comptent parmi les autres pays à forte prévalence du VIH et à faible taux de circoncision masculine.

Source : OMS et ONUSIDA. *Progress in scaling up voluntary medical male circumcision for HIV prevention in east and southern Africa*. Genève, Organisation mondiale de la Santé (à paraître).

Les pays qui ont accordé la priorité à la circoncision masculine ont fixé des objectifs nationaux quant au nombre de circoncisions médicales volontaires à réaliser d'ici 2015. Le déploiement des services de circoncision médicale au Kenya se concentre sur la province de Nyanza, où 54 % des 230 000 circoncisions ciblées ont été réalisées dès décembre 2011. L'Éthiopie et le Swaziland ont atteint plus de 20 % de leurs objectifs nationaux en matière de circoncision médicale volontaire. Dans d'autres pays prioritaires, les progrès ont été beaucoup plus lents (Tableau 1.1) Dans 6 pays, (Malawi, Mozambique, Namibie, Rwanda, Ouganda et Zimbabwe), moins de 5 % du nombre cible d'hommes avaient été circoncis à la fin de 2011 (11). Seuls 2 des pays prioritaires (Éthiopie et Swaziland) ont intégré la circoncision masculine dans les programmes de soins infantiles.

Le coût unitaire des circoncisions médicales volontaires est relativement faible et, contrairement à la plupart des autres efforts de prévention ou de traitement, suppose une dépense unique et non une dépense permanente. Cependant, des pays ont affecté relativement peu de ressources à l'élargissement et l'intensification de cette intervention, avec moins de 2 % des dépenses totales en VIH allouées à la circoncision médicale volontaire dans 6 des 14 pays prioritaires disposant de données (Botswana, Kenya, Lesotho, Namibie, Rwanda et Swaziland). Plus récemment, certains pays, tels que le Botswana, le Kenya, la Namibie et le Swaziland, ont augmenté les dépenses de déploiement des services de circoncision. Vu la réduction permanente des risques qu'entraîne la circoncision, les programmes ont tout intérêt à garantir des niveaux élevés de couverture.

PRÉVENTION DE L'INFECTION À VIH DANS LE TRAVAIL DU SEXE

Le nombre de pays communiquant des données sur les tendances épidémiologiques et sur la couverture des services destinés aux travailleurs du sexe a considérablement augmenté entre 2006 et 2012, témoignant ainsi de la reconnaissance officielle accrue des besoins liés au VIH de cette population. Parmi les pays touchés par une épidémie généralisée, la prévalence du VIH communiquée par les pays est systématiquement plus élevée chez les travailleurs du sexe de la capitale qu'au sein de la population générale, avec une moyenne de 23 % (Figure 1.4). La prévalence moyenne du VIH chez les travailleurs du sexe dans les capitales est restée stable entre 2006 et 2011, selon les données communiquées par les pays. De même, un examen récent des données disponibles communiquées par 50 pays, qui estimait la prévalence mondiale du VIH chez les travailleuses du sexe à 12 %, a révélé que ces dernières avaient 13,5 fois plus de chances de vivre avec le VIH que les autres femmes (12).

Près des trois quarts des pays déclarants (73 %) ont indiqué avoir mis en œuvre des programmes de réduction des risques destinés aux travailleurs du sexe. Parmi les 58 pays ayant communiqué les données issues d'enquêtes réalisées dans les capitales, la couverture moyenne des services de prévention du VIH pour les travailleurs du sexe est de 56 % (Tableau 1.2), ce qui représente un pourcentage un peu plus élevé qu'en 2010, année où 11 pays auraient atteint au moins 80 % de cette catégorie de travailleurs. Bien que les données communiquées par les pays restent limitées et rendent difficiles une comparaison cohérente, il semble que le taux moyen de couverture en matière de prévention soit plus faible dans les pays qui manquent de protections juridiques en faveur des travailleurs du sexe. Selon les données fournies par 85 pays, 85 % des travailleurs du sexe dans les capitales ont déclaré avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel.

13,5 x

Les travailleuses du sexe sont
13,5 fois plus susceptibles de vivre
avec le VIH que les autres femmes.

Les programmes ciblant les travailleurs du sexe sont courants. Leurs clients quant à eux ne bénéficient pas d'une couverture harmonisée. Les programmes qui ciblent et impliquent les clients des travailleurs du sexe de manière efficace constituent un grave oubli dans la mesure où ces personnes représentent une vaste catégorie de population dans de nombreux pays. Diminuer la demande de rapports sexuels tarifés non protégés est donc un important élément complémentaire des programmes ciblant les travailleurs du sexe eux-mêmes.

La grande majorité des pays (86 %) traitent le travail du sexe dans leurs stratégies multisectorielles en matière de sida. Bien que la plupart des rapports d'activité des pays sur les travailleurs du sexe concernent les femmes, un nombre croissant de pays (10 % en 2012) communique également des informations sur les hommes qui exercent ce métier.

Le financement des programmes de prévention du VIH destinés aux travailleurs du sexe a considérablement augmenté ces dernières années. Parmi les 30 pays qui ont communiqué les dépenses consacrées aux programmes en faveur des travailleurs du sexe (données disponibles pour une année minimum en 2006–2007, 2008–2009 ou 2010–2011), les dépenses totales ont été multipliées par 3,7 au cours de la période 2006–2011. Les tendances observées en matière de financement soulèvent des questions concernant la pérennité des programmes de prévention destinés aux travailleurs du sexe. Le financement international a généré près de la totalité de l'augmentation du financement, représentant 91 % des dépenses totales relatives aux programmes de VIH destinés aux travailleurs du sexe en 2010–2011.

Figure 1.3

Dépenses de VIH consacrées aux programmes de prévention en faveur des travailleurs du sexe et de leurs clients

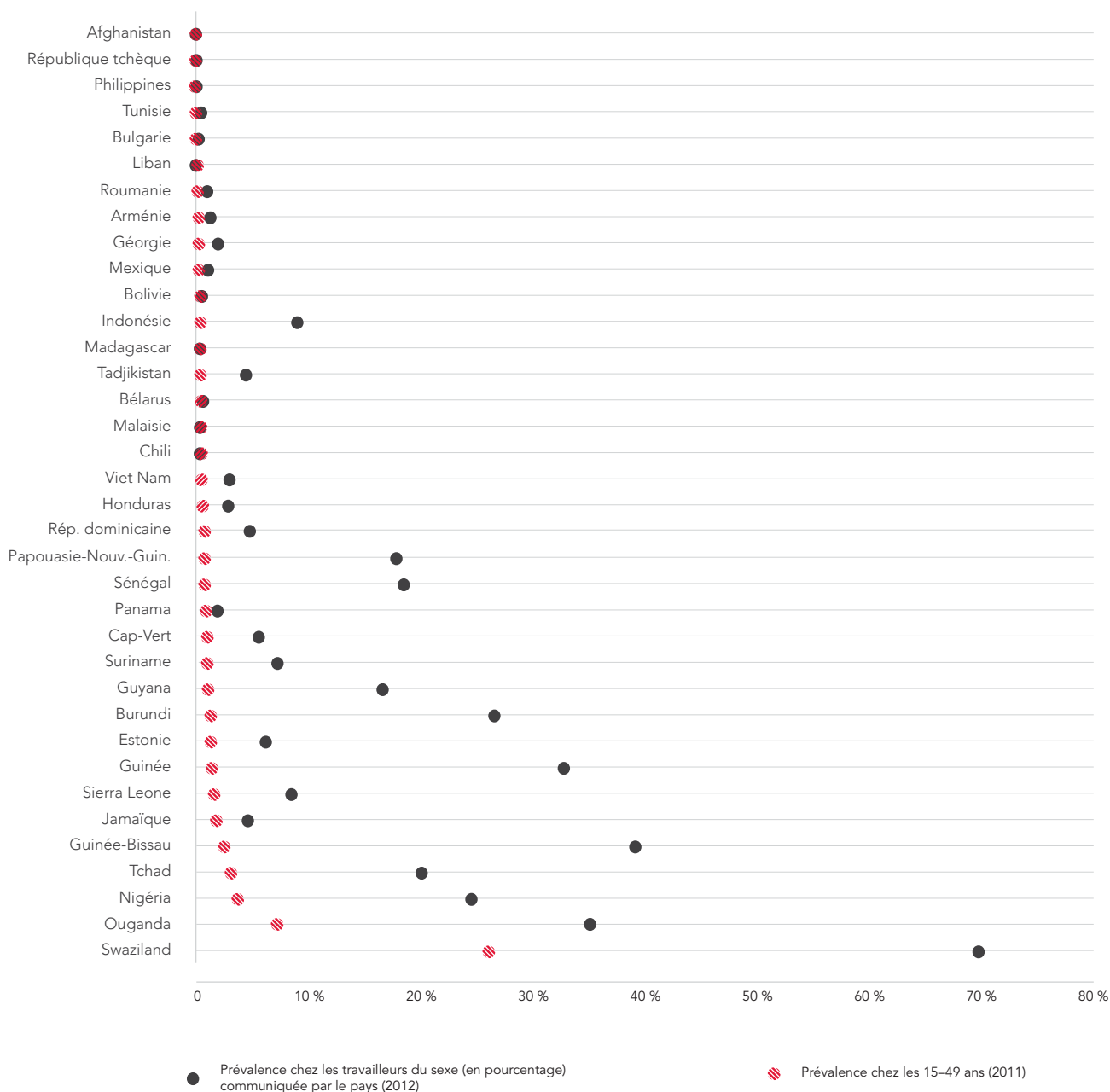
30 pays à revenu faible et intermédiaire disposant de données, dernière année disponible



Source : rapports d'activité remis par les pays 2012 (www.unaids.org/cpr).

Figure 1.4

Prévalence de l'infection à VIH chez les travailleurs du sexe par rapport à la population générale dans les pays disposant de données, 2012



Sources : prévalence au sein de la population générale : estimations de l'ONUSIDA pour 2011 ; prévalence chez les travailleurs du sexe : rapports d'activité remis par les pays 2012 (www.unaids.org/cpr).

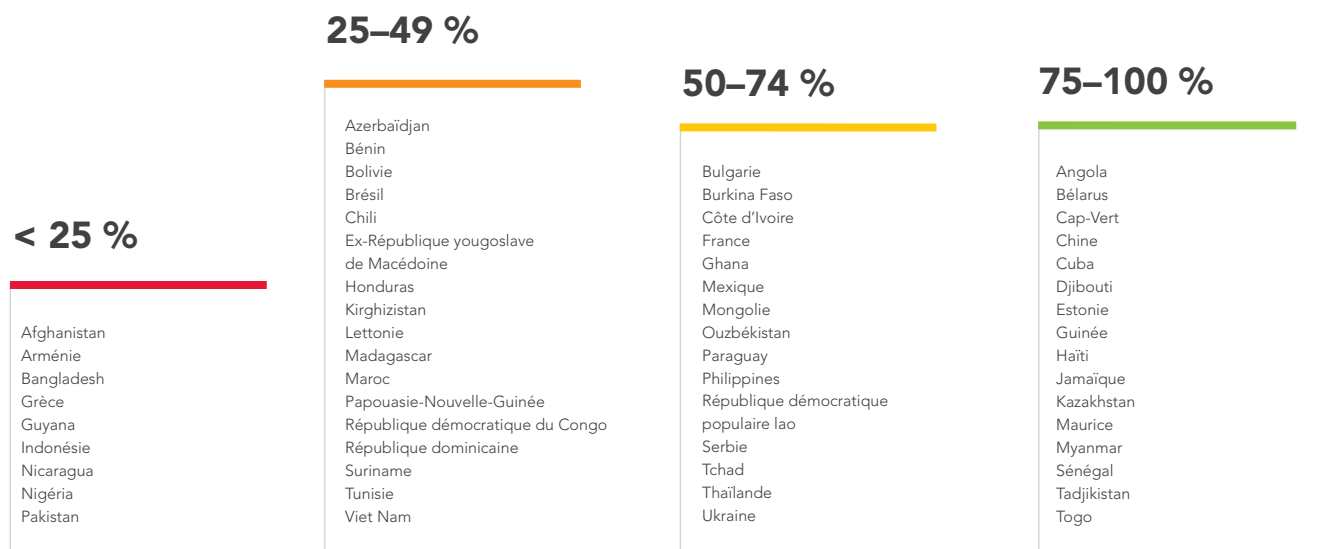
Les travailleurs du sexe sont classés dans la catégorie des personnes ayant bénéficié de services de prévention s'ils répondent « oui » à la question « Savez-vous où faire un test de dépistage du VIH ? » et s'ils ont reçu des préservatifs au cours des 12 derniers mois.

Ces données ont été communiquées en 2012 mais les méthodes peuvent varier selon les pays. Les enquêtes sont habituellement réalisées dans les capitales et peuvent ne pas être représentatives du pays.

Les données sont indiquées uniquement pour les pays qui ont communiqué un échantillon de données supérieur à 100.

Tableau 1.2

Couverture déclarée des programmes de prévention du VIH chez les travailleurs du sexe dans une sélection de pays, rapports d'activité des pays 2012



Pays non déclarants

Afrique du Sud	Croatie	Iraq	Namibie	Sainte-Lucie
Albanie	Chypre	Irlande	Nauru	Samoa
Algérie	Danemark	Israël	Népal	Saint-Marin
Allemagne	Dominique	Italie	Nouvelle-Zélande	Sao Tomé-et-Principe
Andorre	Équateur	Japon	Niger	Seychelles
Antigua-et-Barbuda	Égypte	Jordanie	Norvège	Sierra Leone
Arabie Saoudite	El Salvador	Kenya	Oman	Singapour
Argentine	Émirats arabes unis	Kiribati	Ouganda	Slovaquie
Australie	Espagne	Koweït	Palaos	Slovénie
Autriche	Érythrée	Liban	Panama	Somalie
Bahamas	États-Unis d'Amérique	Lesotho	Pays-Bas	Sri Lanka
Bahrein	Éthiopie	Libéria	Pérou	Soudan
Barbade	Fédération de Russie	Libye	Pologne	Suède
Belgique	Fidji	Liechtenstein	Portugal	Suisse
Belize	Finlande	Lituanie	Qatar	Swaziland
Bhoutan	Gabon	Luxembourg	République arabe syrienne	Timor-Leste
Bosnie-Herzégovine	Gambie	Malawi	République centrafricaine	Tonga
Botswana	Géorgie	Malaisie	République de Corée	Trinité-et-Tobago
Brunei Darussalam	Guinée équatoriale	Maldives	République de Moldova	Turkménistan
Burundi	Grenade	Mali	République populaire démocratique de Corée	Turquie
Cambodge	Guatemala	Malte	République tchèque	Tuvalu
Cameroun	Guinée-Bissau	Îles Marshall	République-Unie de Tanzanie	Uruguay
Canada	Hongrie	Mauritanie	Roumanie	Vanuatu
Colombie	Îles Salomon	Micronésie (États fédérés de)	Royaume-Uni	Venezuela (République bolivarienne du)
Comores	Islande	Monaco	Rwanda	Yémen
Congo	Inde	Monténégro	Saint-Kitts-et-Nevis	Zambie
Costa Rica	Iran (République islamique d')	Mozambique	Saint-Vincent-et-les Grenadines	Zimbabwe

Source : rapports d'activité remis par les pays 2010 et 2012 (www.unaids.org/cpr).

Ces données ont été communiquées en 2012 mais les méthodes peuvent varier selon les pays. Les enquêtes sont habituellement réalisées dans les capitales et peuvent ne pas être représentatives du pays.

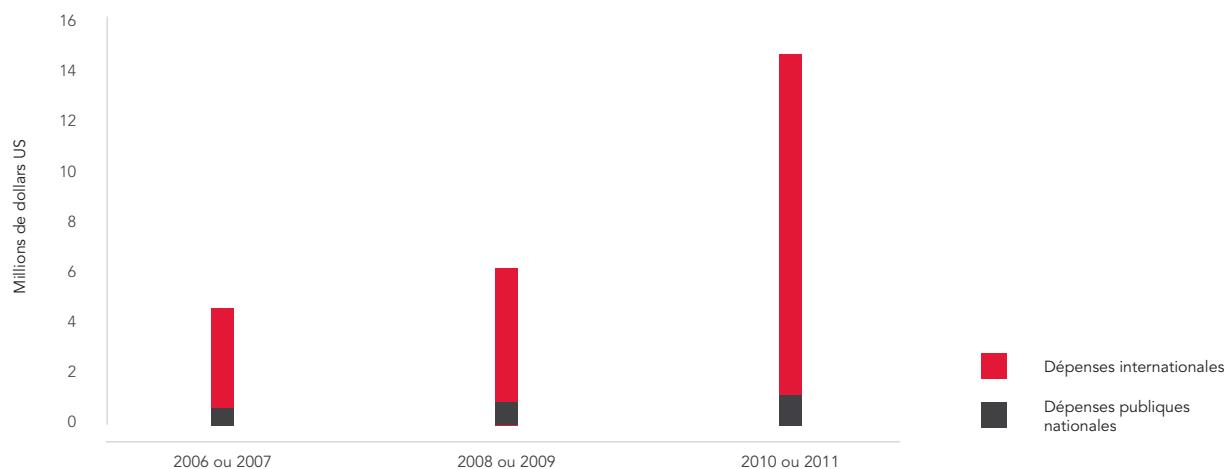
RIPOSTE À L'ÉPIDÉMIE MONDIALE DE VIH CHEZ LES HOMMES QUI ONT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES HOMMES

La prévalence du VIH chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes dans les capitales est systématiquement plus élevée que celle au sein de la population générale (Figure 1.6) (13). Selon les enquêtes réalisées dans les capitales, la prévalence de l'infection du VIH chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes est en moyenne 13 fois plus élevée que celle au sein de la population générale du pays. Les études réalisées en Asie de l'Est indiquent des tendances à la hausse en matière de prévalence du VIH chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes. De plus, des données factuelles montrent que la prévalence mondiale de l'infection du VIH dans cette catégorie de la population semble avoir augmenté de 2010 à 2012 bien que les données soient limitées et que l'utilisation de diverses méthodes d'analyse entrave la comparaison des résultats dans le temps et d'un environnement à l'autre (13, 14).

Figure 1.5

Dépenses de VIH consacrées aux programmes de prévention en faveur des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes

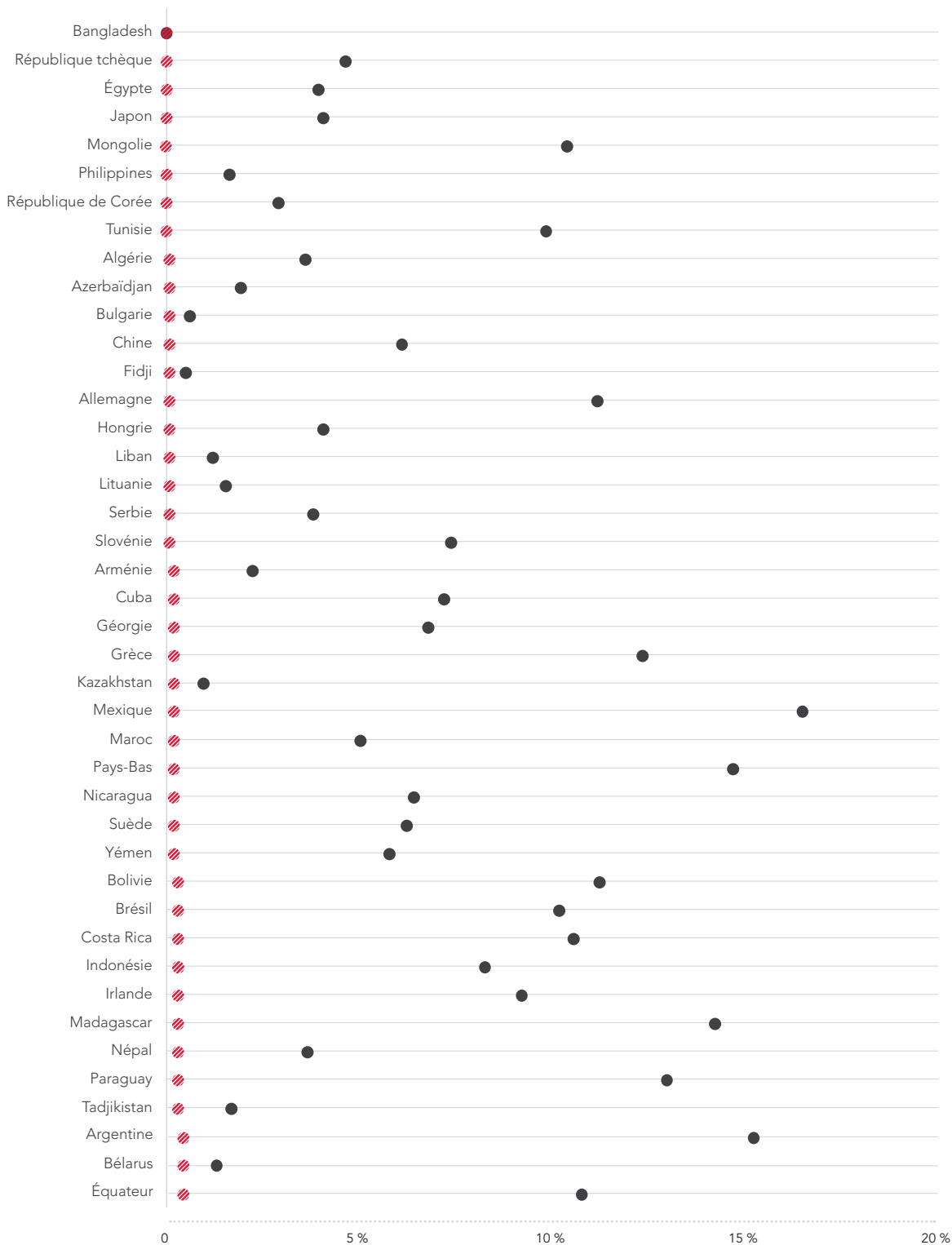
21 pays à revenu faible et intermédiaire disposant de données, dernière année disponible

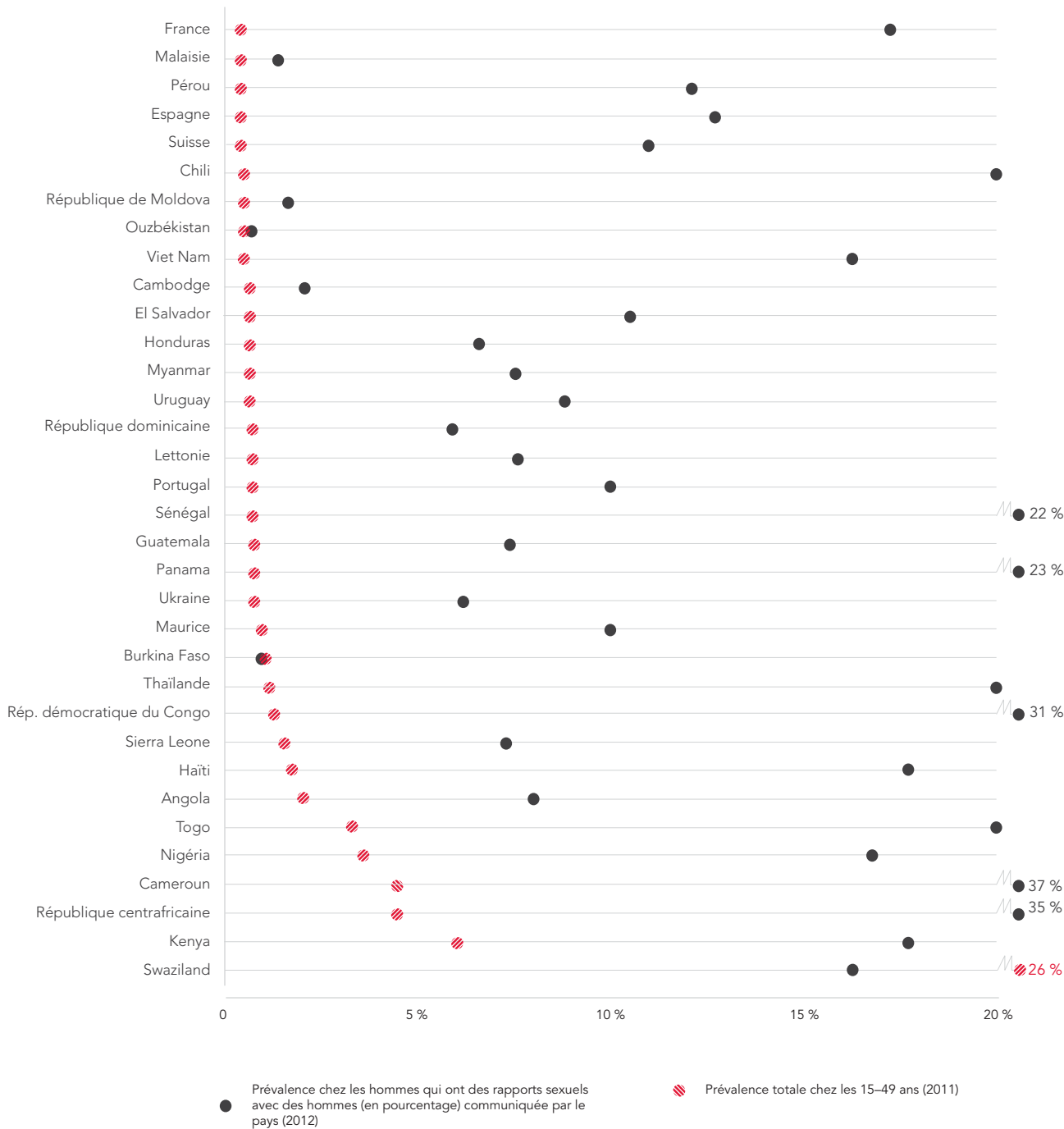


Source : rapports d'activité remis par les pays 2012 (www.unaids.org/cpr).

Figure 1.6

Prévalence de l'infection à VIH chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes par rapport à la population générale dans les pays disposant de données, année la plus récente





Sources : prévalence au sein de la population générale : estimations de l'ONUSIDA pour 2011 ; prévalence chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes : rapports d'activité remis par les pays 2012 (www.unaids.org/cpr) : les enquêtes concernent plusieurs années entre 2005 et 2011. Ces données ont été communiquées en 2012 mais les méthodes peuvent varier selon les pays. Les enquêtes sont habituellement réalisées dans les capitales et peuvent ne pas être représentatives du pays. Les données sont indiquées uniquement pour les pays qui ont communiqué un échantillon de données supérieur à 100.

La couverture en matière de prévention demeure insuffisante pour les hommes qui ont des rapports sexuels avec les hommes. À l'échelle mondiale, la couverture moyenne mesurée dans les enquêtes réalisées dans les capitales est de 55 % en matière de prévention. La majorité des pays atteindraient une couverture de 40 % minimum pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (Tableau 1.3). La proportion moyenne des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes et qui ont bénéficié d'un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois est de 38 %, avec moins d'1 homme sur 3 ayant effectué un test pendant cette période en Asie du Sud et du Sud-Est ainsi qu'en Europe occidentale et centrale, où cette catégorie de la population joue un rôle prépondérant dans les épidémies nationales (Tableau 1.4).

La persistance de l'épidémie chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes s'explique en partie par l'insuffisance du taux d'utilisation systématique des préservatifs. Les hommes interrogés ont majoritairement déclaré avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel dans 69 des 96 pays déclarants. Cependant, seuls 13 de ces pays enregistrent un taux d'utilisation du préservatif supérieur à 75 % chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (Tableau 1.5). Il est impératif d'obtenir plus d'informations sur l'étendue de la non-utilisation du préservatif chez les partenaires réguliers dont le statut VIH concordant est connu. Néanmoins, les taux d'utilisation systématique du préservatif au sein de cette population doivent manifestement augmenter pour endiguer l'épidémie.

38 %

**ONT SUBI UN TEST
DE DÉPISTAGE**

La proportion moyenne des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes et qui ont fait l'objet d'un test de dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois est de 38 %.

Davantage de pays reconnaissent l'existence des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes et les considèrent comme une population clé par rapport à l'épidémie. Ce constat se reflète dans l'inclusion de ces hommes dans les stratégies nationales de 146 pays et dans la communication accrue de données de prévalence. Le nombre de pays communiquant des données sur la prévalence du VIH chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes est passé de 67 en 2010 à 104 en 2012. De plus, 62 pays supplémentaires reconnaissent l'importance de cet indicateur mais signalent que les données en la matière ne sont pas disponibles. Onze pays ont indiqué que cet indicateur serait non pertinent. Le nombre de pays établissant des rapports sur les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes a augmenté en particulier en Afrique subsaharienne : il est passé de 11 pays en 2010 à 22 pays en 2012. Les pays qui incluent ces hommes dans les stratégies nationales de lutte contre le sida ont communiqué des données sur cette population tandis que seuls 4 des 15 pays qui ne les incluent pas dans leurs stratégies nationales ont communiqué des données sur les indicateurs pertinents en 2012.

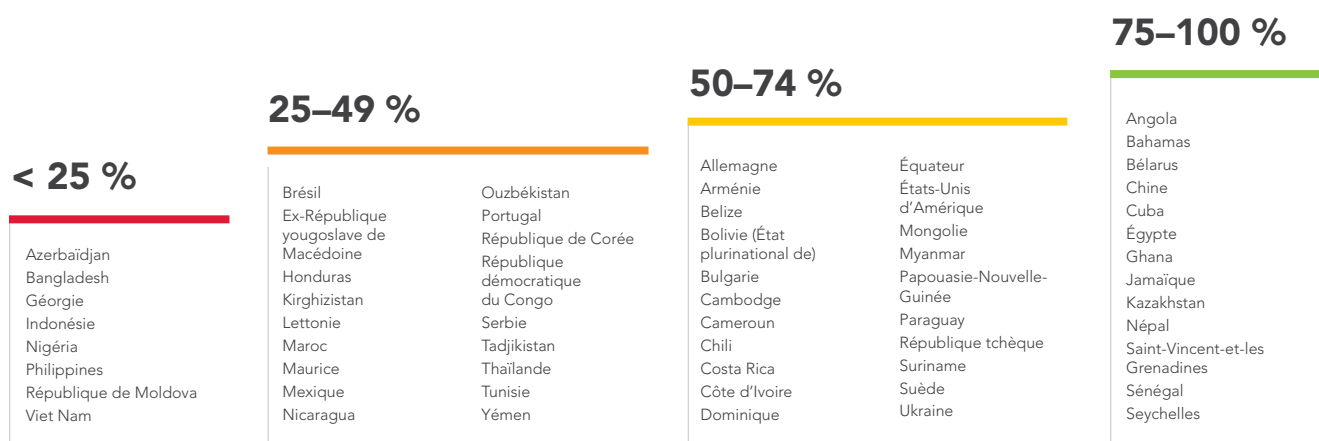
Le financement des programmes de VIH destinés aux hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes a augmenté entre 2006 et 2011. Parmi les 21 pays ayant communiqué des données sur les dépenses en matière de VIH pour ces hommes (données disponibles pour un an minimum en 2006–2007, 2008–2009 et 2010–2011), les dépenses totales ont été multipliées par 3,2.

Bien que les pays reconnaissent de plus en plus la nécessité de traiter le VIH parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, les récentes augmentations de ressources destinées aux programmes de VIH en faveur de ces hommes résultent principalement des efforts déployés par les donateurs internationaux. En 2010–2011, le financement international a représenté 92 % des dépenses totales consacrées aux

programmes de VIH destinés aux hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes. Parmi les 58 pays qui ont communiqué des données sur ces dépenses, 45 se sont principalement appuyés sur des sources extérieures pour les programmes de ce type, notamment 19 des 21 pays à revenu intermédiaire de tranche supérieure.

Tableau 1.3

Taux déclarés de couverture des programmes de prévention chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, année la plus récente



Pays non déclarants

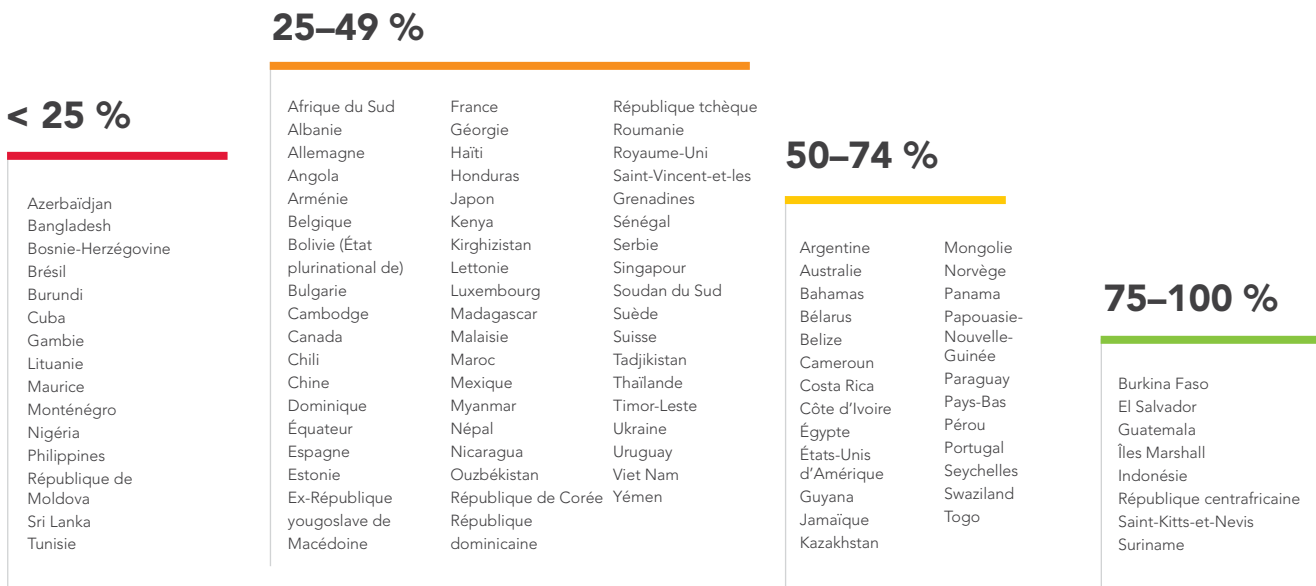
Afghanistan	Émirats arabes unis	Islande	Nauru	Samoa
Afrique du Sud	Érythrée	Israël	Niger	Sao Tomé-et-Principe
Algérie	Espagne	Japon	Norvège	Sierra Leone
Andorre	Estonie	Jordanie	Nouvelle-Zélande	Singapour
Antigua-et-Barbuda	Éthiopie	Kenya	Oman	Slovaquie
Arabie Saoudite	Fédération de Russie	Kiribati	Ouganda	Somalie
Argentine	Fidji	Koweït	Pakistan	Soudan
Australie	Finlande	Lesotho	Palaos	Soudan du Sud
Autriche	France	Liban	Pays-Bas	Sri Lanka
Bahreïn	Gabon	Libéria	Pérou	Suisse
Barbade	Gambie	Libye	Pologne	Tchad
Belgique	Grèce	Liechtenstein	Qatar	Tonga
Bénin	Grenade	Lituanie	République arabe syrienne	Trinité-et-Tobago
Bhoutan	Guatemala	Luxembourg	République centrafricaine	Turkménistan
Bosnie-Herzégovine	Guinée	Malawi	République démocratique populaire lao	Turquie
Botswana	Guinée équatoriale	Maldives	République dominicaine	Tuvalu
Brunei Darussalam	Guinée-Bissau	Mali	République populaire démocratique de Corée	Uruguay
Canada	Haïti	Malte	République-Unie de Tanzanie	Vanuatu
Cap-Vert	Hongrie	Mauritanie	Royaume-Uni	Venezuela (République bolivarienne du)
Comores	Îles Marshall	Micronésie (États fédérés de)	Rwanda	Zambie
Congo	Îles Salomon	Monaco	Sainte-Lucie	Zimbabwe
Croatie	Inde	Monténégro	Saint-Marin	
Chypre	Iran (République islamique d')	Mozambique		
Djibouti	Iraq	Namibie		

Source : rapports d'activité remis par les pays 2012 (www.unaids.org/cpr).

Ces données ont été communiquées en 2012 mais les méthodes peuvent varier selon les pays. Les enquêtes sont habituellement réalisées dans les capitales et peuvent ne pas être représentatives du pays.

Tableau 1.4

Taux déclarés de couverture des tests de dépistage du VIH chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, année la plus récente



Pays non déclarants

Afghanistan	Fédération de Russie	Libye	République populaire démocratique de Corée
Algérie	Fidji	Liechtenstein	République-Unie de Tanzanie
Andorre	Gabon	Malawi	Rwanda
Antigua-et-Barbuda	Ghana	Maldives	Sainte-Lucie
Arabie Saoudite	Grenade	Malte	Saint-Marin
Autriche	Guinée	Mauritanie	Samoa
Bahrein	Guinée équatoriale	Micronésie (États fédérés de)	Sao Tomé-et-Principe
Barbade	Guinée-Bissau	Monaco	Sierra Leone
Bénin	Hongrie	Mozambique	Slovaquie
Bhoutan	Îles Salomon	Namibie	Somalie
Botswana	Inde	Nauru	Soudan du Sud
Brunei Darussalam	Iran (République islamique d')	Niger	Tchad
Cap-Vert	Iraq	Nouvelle-Zélande	Tonga
Chypre	Islande	Oman	Trinité-et-Tobago
Comores	Israël	Ouganda	Turkménistan
Congo	Jordanie	Pakistan	Turquie
Croatie	Kiribati	Palaos	Tuvalu
Djibouti	Koweït	Qatar	Vanuatu
Émirats arabes unis	Lesotho	République arabe syrienne	Venezuela (République bolivarienne du)
Érythrée	Liban	République démocratique du Congo	Zambie
Éthiopie	Libéria	République démocratique populaire lao	Zimbabwe

Source : rapports d'activité remis par les pays 2012 (www.unaids.org/cpr).

Ces données ont été communiquées en 2012 mais les méthodes peuvent varier selon les pays. Les enquêtes sont habituellement réalisées dans les capitales et peuvent ne pas être représentatives du pays.

Tableau 1.5

Taux déclarés d'utilisation du préservatif chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, année la plus récente



Pays non déclarants

Afghanistan	Djibouti	Israël	Namibie	Sainte-Lucie
Afrique du Sud	Émirats arabes unis	Jordanie	Nauru	Saint-Marin
Algérie	Érythrée	Kiribati	Niger	Samoa
Andorre	Éthiopie	Koweït	Norvège	Sao Tomé-et-Principe
Antigua-et-Barbuda	Fédération de Russie	Lesotho	Nouvelle-Zélande	Slovaquie
Arabie Saoudite	Fidji	Liban	Oman	Somalie
Autriche	Gabon	Libéria	Ouganda	Soudan du Sud
Bahreïn	Ghana	Libye	Pakistan	Swaziland
Barbade	Grenade	Liechtenstein	Palaos	Tchad
Bénin	Guinée équatoriale	Madagascar	Pologne	Tonga
Bhoutan	Guinée-Bissau	Malawi	Qatar	Trinité-et-Tobago
Botswana	Hongrie	Maldives	République arabe syrienne	Turkménistan
Brunei Darussalam	Îles Marshall	Mali	République démocratique populaire lao	Turquie
Cap-Vert	Îles Salomon	Malte	République populaire démocratique de Corée	Tuvalu
Chypre	Inde	Mauritanie	République-Unie de Tanzanie	Venezuela (République bolivarienne du)
Comores	Iran (République islamique d')	Micronésie (États fédérés de)	Rwanda	Zambie
Congo	Iraq	Mozambique		Zimbabwe
Croatie	Islande			

Source : rapports d'activité remis par les pays 2012 (www.unaids.org/cpr).

Ces données ont été communiquées en 2012 mais les méthodes peuvent varier selon les pays. Les enquêtes sont habituellement réalisées dans les capitales et peuvent ne pas être représentatives du pays.

CAP SUR 2015 : RÉDUIRE DE MOITIÉ LA TRANSMISSION PAR VOIE SEXUELLE

L'association complète et efficace des stratégies de prévention disponibles a prouvé de manière irréfutable la capacité à réduire rapidement le nombre de nouvelles infections à VIH. Afin d'optimiser l'utilisation des options de prévention combinée, les pays doivent se concentrer avec précision sur les facteurs déterminants et les populations clés les plus exposées aux épidémies nationales. Pour un impact maximal, ils doivent travailler de concert à la mise en œuvre du changement des comportements, des interventions biomédicales ainsi que des approches structurelles visant à réduire la vulnérabilité sous-jacente à l'infection à VIH.

D'après de nouvelles données factuelles provenant du Kenya et du Malawi, même des transferts en espèces limités peuvent avoir une incidence notable sur les dynamiques de la transmission du VIH par voie sexuelle. Au Kenya, les jeunes qui ont bénéficié d'un transfert en espèces étaient moins susceptibles d'avoir eu des rapports sexuels. Dans le cas où ils étaient actifs sexuellement, ils étaient moins susceptibles d'avoir eu plus de deux partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois (15). Au Malawi, une intervention de transfert en espèces a donné lieu à une baisse considérable du nombre de mariages et de grossesses précoces ainsi que de l'activité sexuelle signalée par les jeunes eux-mêmes (16).

La promesse de la thérapie antirétrovirale en matière de prévention de la transmission du VIH, alliée à des données factuelles probantes quant à son impact sur la transmission mère-enfant, est devenue une préoccupation centrale ces deux dernières années. En 2011, les chercheurs ont signalé que la thérapie antirétrovirale permettait de réduire les chances de transmission par voie sexuelle entre les partenaires hétérosexuels sérodiscordants (17). En 2012, l'OMS a publié des directives sur les couples sérodiscordants et préconisé que l'on propose une thérapie antirétrovirale au partenaire vivant avec le VIH et ce, indépendamment de leur numération de CD4 (18). Outre la réduction de la transmission du VIH due au succès de la suppression virale parmi les personnes vivant avec le VIH, des études ont également indiqué que les médicaments antirétroviraux peuvent réduire la probabilité d'infection à VIH chez les personnes non infectées. L'impact que pourrait avoir cette stratégie en matière de réduction de l'incidence du VIH sur la santé publique dépend en grande partie du degré d'observance aux dosages quotidiens dont font preuve les utilisateurs potentiels (non infectés par le VIH) de médicaments antirétroviraux à des fins prophylactiques.

Dans les pays prioritaires d'Afrique subsaharienne, il est impératif de prendre des mesures supplémentaires pour accélérer l'élargissement et l'intensification de la circoncision médicale volontaire masculine. Bien que certains pays aient signalé une forte demande en la matière dans les régions où ces services sont proposés, d'autres pays prioritaires doivent poursuivre leurs efforts afin de stimuler et d'accroître la demande. L'investissement dans la participation et la mobilisation des communautés constitue une priorité urgente en vue d'accélérer l'élargissement et l'intensification des services de circoncision médicale masculine. D'importants efforts sont actuellement déployés afin d'évaluer le potentiel de réussite de méthodes de circoncision non chirurgicales

prometteuses. Le non recours aux scalpels ou aux sutures lors de la circoncision pourrait accélérer l'élargissement et l'intensification des services dans ce domaine en remplaçant les chirurgiens par des infirmières formées à cet effet. Cette stratégie permettrait de limiter les pénuries de professionnels de la santé et de réduire le manque d'adhésion des hommes à cette procédure. En 2012, des études sur le terrain ont été réalisées au Rwanda et au Zimbabwe pour Prepex (une méthode non chirurgicale permettant la circoncision des hommes adultes en toute sécurité) ainsi qu'au Kenya et en Zambie pour le « Shang Ring » (un outil de circoncision permettant aux prestataires de soins de santé qui ont reçu une formation limitée de réaliser l'intervention). Une nouvelle méthode destinée aux nourrissons (AccuCirc) est également en cours d'évaluation au Botswana. Qu'elle soit chirurgicale ou non, la circoncision médicale volontaire est une procédure dont la résonance culturelle est importante, soulignant ainsi la nécessité d'un véritable échange culturel sur le sens et les avantages de cette pratique.

Bien que des progrès encourageants aient été réalisés en matière de stabilisation de la prévalence du VIH et de la promotion de l'utilisation des préservatifs chez les travailleurs du sexe, de réels progrès seront nécessaires afin de réduire de moitié la transmission du VIH par voie sexuelle parmi cette catégorie de la population d'ici à 2015. Grâce à des estimations précises de la taille et de la répartition des populations de travailleurs du sexe, les pays pourront adhérer à l'approche de planification de la prévention « Connaître votre épidémie et votre riposte ». L'expérience des programmes a également montré que l'examen et, si nécessaire, la réforme des cadres juridiques et politiques visant à réduire la stigmatisation ainsi que la discrimination envers les travailleurs du sexe peuvent promouvoir une utilisation accrue des services de prévention.

Les services visant à réduire la transmission du VIH par voie sexuelle parmi les populations transsexuelles sont également essentiels. La grave marginalisation que subissent de nombreuses personnes transsexuelles, les possibilités d'emploi limitées, la stigmatisation et la discrimination permanentes et, dans bon nombre de cas, la violence ciblée, constituent toutes des facteurs qui accroissent la vulnérabilité de cette population à l'infection à VIH (pour obtenir plus d'informations sur les populations transsexuelles, voir Section 7).

Si le monde souhaite réduire de moitié la transmission par voie sexuelle d'ici 2015, il est essentiel de déployer des efforts programmatiques efficaces pour atteindre une proportion plus élevée d'hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes. Il s'agit d'un des nombreux domaines où l'insuffisance du financement national alloué à des programmes solides met non seulement en danger leur pérennité mais suggère aussi que le manque d'appropriation nationale entrave la réussite de tels efforts. Il est impératif de renforcer le suivi du VIH chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes et de réviser les cadres juridiques punitifs afin d'adapter les ripostes au sida aux normes relatives aux droits de l'homme. En plus des efforts axés sur le comportement lié au VIH, l'accès à la thérapie antirétrovirale des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes vivant avec le VIH ainsi que l'utilisation potentielle de la prophylaxie préexposition doivent être combinés de façon coordonnée et accélérée afin de réduire la transmission du VIH par voie sexuelle. Les recherches visant à élaborer des microbicides à usage rectal constituent également une mesure potentiellement importante pour cette population et doivent se poursuivre.

2 CONSOMMATEURS DE DROGUES INJECTABLES

L'épidémie fait des ravages parmi cette population et, dans de nombreux pays, est principalement alimentée par la transmission liée à la consommation de drogues, comme le reconnaît l'objectif mondial, qui envisage de réduire de moitié le nombre de consommateurs de drogues injectables infectés par le VIH d'ici 2015. Plusieurs pays ayant mis en œuvre des programmes basés sur des données factuelles, destinés aux consommateurs de drogues, ont réduit considérablement le nombre de nouvelles infections à VIH. Certains sont proches de l'élimination de la transmission du VIH liée à la consommation de drogues. Cependant, l'objectif mondial de 2015 est loin d'être atteint.

LES CONSOMMATEURS DE DROGUES INJECTABLES SONT DUREMENT TOUCHÉS PAR L'ÉPIDÉMIE

22 x

Dans 49 pays disposant de données, le taux d'infection à VIH des consommateurs de drogues injectables est 22 fois plus élevé que celui de la population générale.

Les consommateurs de drogues injectables comptent parmi les groupes de population les plus gravement touchés par l'infection à VIH. Dans pratiquement tous les pays qui ont communiqué des données en 2012, la prévalence de l'infection à VIH est plus élevée chez les consommateurs de drogues injectables qu'au sein de la population générale (Figure 2.1). Dans 49 pays disposant de données, la prévalence de l'infection à VIH est au moins 22 fois supérieure chez les consommateurs de drogues injectables qu'au sein de l'ensemble de la population. Elle est au minimum 50 fois plus élevée dans 11 pays. D'après les estimations d'une étude de 2007 (1), environ 16 millions de personnes consomment des drogues injectables à l'échelle mondiale (dont de nombreux jeunes de moins de 25 ans) parmi lesquelles 3 millions vivent avec le VIH.

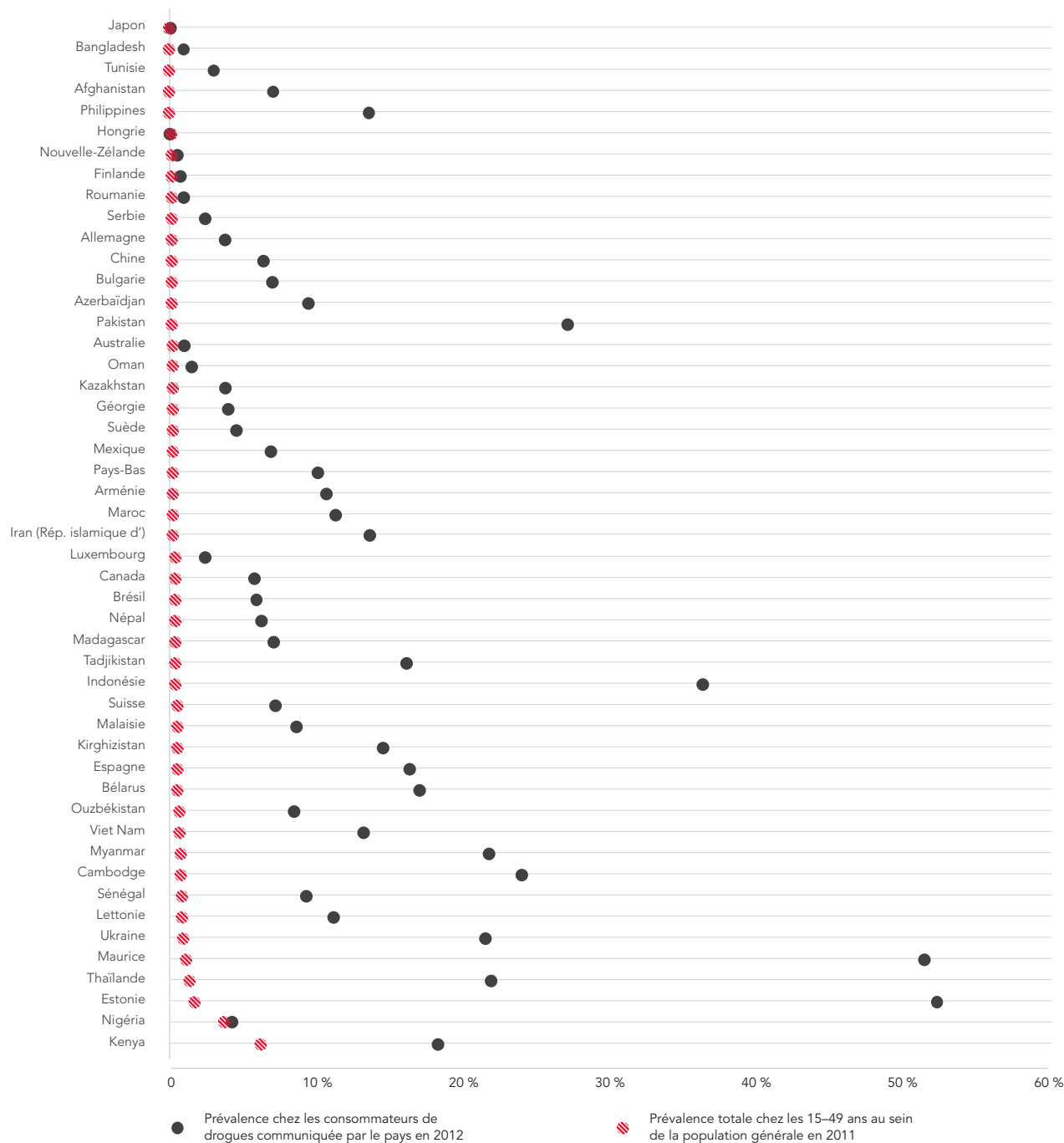
En plus des graves problèmes qu'elle impose aux consommateurs de drogue, la transmission du VIH liée à la consommation de drogues sape également les efforts déployés au niveau mondial pour jeter les bases de l'éradication définitive du sida. En Europe de l'Est et en Asie centrale, l'un des deux ensembles régionaux où augmente le nombre de nouvelles infections, les épidémies nationales sont généralement déclenchées par la transmission liée à la consommation de drogues, puis par la transmission aux partenaires sexuels des consommateurs de drogues.

Cependant, les pays à revenu faible et intermédiaire ont continué à ralentir, de façon limitée, la propagation du VIH chez les consommateurs de drogues injectables. Il est néanmoins possible de réduire considérablement la transmission. Les pays tels que l'Australie et le Royaume-Uni, qui ont mis en œuvre des stratégies de prévention du VIH basées sur des données factuelles, ont réduit fortement le nombre de consommateurs de drogues injectables infectés par le VIH. Certains se rapprochent de l'élimination de la transmission liée à la consommation de drogues.



Figure 2.1

Prévalence de l'infection à VIH chez les consommateurs de drogues injectables par rapport à la population générale dans les pays disposant de données, année la plus récente



Sources : rapports d'activité remis par les pays 2012 (www.unaids.org/cpr) et estimations de l'ONUSIDA.

Ces données ont été communiquées en 2012 mais les méthodes peuvent varier selon les pays. Les enquêtes sont habituellement réalisées dans les capitales et peuvent ne pas être représentatives du pays.

Les données sont indiquées uniquement pour les pays qui ont communiqué un échantillon de données supérieur à 100.

LES PROGRAMMES BASÉS SUR DES DONNÉES FACTUELLES FONT ACTUELLEMENT L'OBJET D'UN ÉLARGISSEMENT ET D'UNE INTENSIFICATION INSUFFISANTS

D'après les rapports d'activité des pays, près de 80 % des consommateurs de drogues injectables interrogés lors d'enquêtes réalisées dans 49 capitales ont accès à du matériel d'injection stérile. Selon les dires, l'accès est le même pour tous, quel que soit le sexe. Cependant, des données factuelles issues d'études récemment publiées (2, 3) suggèrent que l'accessibilité aux programmes de distribution d'aiguilles et de seringues est faible dans la plupart des pays où la consommation de drogues chez les femmes est fortement stigmatisée. Elles suggèrent également que l'accès aux services de VIH chez les consommatrices de drogues reste très limité par rapport à leurs homologues masculins. De plus, les rapports d'activité des pays indiquent que l'étendue de ces programmes est insuffisante, la plupart des pays signalant que lesdits programmes fournissent moins de 100 aiguilles par consommateur et par an (Tableau 2.1).¹ Selon les estimations d'une étude distincte réalisée en 2010 (4), deux seringues à aiguille (éventail de 1 à 4) ont été distribuées par consommateur et par mois tous les mois tandis qu'une autre étude (5) estime qu'à l'échelle mondiale, seules 5 % des injections sont effectuées à l'aide de matériel stérile.

De nouvelles données factuelles indiquent que, dans le cas des consommateurs de drogues injectables, les femmes peuvent connaître plus de risques que les hommes (6). Elles sont, en particulier, plus vulnérables à la violence de leurs partenaires intimes, de la police et de leurs clients dans le cadre du commerce du sexe (7). Associées à l'exclusion au logement (8) et aux troubles mentaux comorbides (9), ces vulnérabilités peuvent agir en synergie et accroître le risque d'exposition au VIH. Les consommatrices de drogues enceintes et vivant avec le VIH, sont beaucoup moins susceptibles d'accéder aux services de prévention infantile que les autres femmes vivant avec le virus, une constatation également appuyée par des données factuelles.

Les pays enregistrent également du retard en matière d'élargissement et d'intensification des autres mesures essentielles de prévention destinées aux consommateurs de drogues injectables (Tableaux 2.2 et 2.3). Par exemple, l'utilisation déclarée des préservatifs est plus faible chez les consommateurs de drogues injectables interrogés lors des enquêtes réalisées dans les capitales que chez les travailleurs du sexe ou les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes. Parmi les 56 pays qui ont communiqué des données, l'utilisation moyenne des préservatifs chez les consommateurs de drogues injectables est de 40 % (30–48 %). Seuls 3 pays ont signalé un taux d'utilisation des préservatifs supérieur à 75 %.

De plus, les services de dépistage du VIH ne parviennent pas à atteindre un grand nombre de consommateurs de drogues injectables. Parmi les 57 pays qui ont communiqué des données, 39 % (22–60 %) en moyenne des consommateurs de drogues injectables interrogés lors des enquêtes réalisées dans les capitales ont déclaré avoir fait l'objet d'un test de dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois. Seuls 8 pays ont signalé un taux de dépistage d'au moins 75 %.

¹ Il est difficile de connaître le nombre moyen d'aiguilles distribuées par consommateur de drogues injectables car cela nécessite d'estimer de manière fiable la taille des populations nationales consommatrices de drogues.

Tableau 2.1

Nombre de seringues distribuées par le biais des programmes de distribution d'aiguilles et de seringues par consommateur de drogues injectables, année la plus récente disponible

Couverture faible < 100

Afghanistan	Maurice
Albanie	Mexique
Arménie	Népal
Azerbaïdjan	Pakistan
Bélarus	Pologne
Bosnie-Herzégovine	République de Moldova
Bulgarie	Roumanie
Chypre	Sénégal
Ex-République yougoslave de Macédoine	Serbie
Géorgie	Sri Lanka
Grèce	Suisse
Indonésie	Tadjikistan
Iran (République islamique d')	Thaïlande
Lettonie	Tunisie
Lituanie	Ukraine
Maroc	

Couverture moyenne 100–200

Cambodge
Chine
Estonie
Hongrie
Kazakhstan
Kirghizistan
Luxembourg
Malaisie
Myanmar
Ouzbékistan
Viet Nam

Couverture élevée > 200

Australie
Bangladesh
Finlande
Madagascar
Malte
Nouvelle-Zélande
Norvège
République tchèque
Suède

Pays non déclarants comptant des consommateurs de drogues injectables^a

Afrique du Sud	Brunei Darussalam	États-Unis d'Amérique	Italie	Nicaragua	République de Corée	Suriname
Algérie	Canada	Fédération de Russie	Japon	Nigéria	République démocratique populaire lao	Swaziland
Allemagne	Chili	Fidji	Jordanie	Oman	République dominicaine	Taiwan, Chine
Andorre	Colombie	France	Kenya	Ouganda	République-Unie de Tanzanie	Timor-Leste
Arabie Saoudite	Costa Rica	Gabon	Kiribati	Panama	Royaume-Uni	Togo
Argentine	Côte d'Ivoire	Ghana	Koweït	Papouasie-Nouvelle-Guinée	Saint-Marin	Tonga
Autriche	Croatie	Guatemala	Liban	Paraguay	Samoa	Turquie
Bahamas	Danemark	Honduras	Libye	Pays-Bas	Sierra Leone	Uruguay
Bahreïn	Djibouti	Îles Salomon	Malawi	Pérou	Singapour	Vanuatu
Bermudes	Égypte	Inde	Maldives	Philippines	Slovaquie	Venezuela (République bolivarienne de)
Bhoutan	El Salvador	Iraq	Micronésie (États fédérés de)	Portugal	Slovénie	Yémen
Bolivie (État plurinational de)	Émirats arabes unis	Irlande	Monaco	Qatar	Soudan	Zambie
Brésil	Équateur	Islande	Mongolie	République arabe syrienne		
	Espagne	Israël	Monténégro			

^a Mathers BM et al. HIV prevention, treatment, and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional, and national coverage. *Lancet*, 2010, 375:1014–1028.

Oman et la Slovaquie ont communiqué des données sur le nombre de seringues distribuées mais ne disposaient pas d'estimations quant au nombre de consommateurs de drogues injectables.

Source : rapports d'activité remis par les pays 2012 (www.unaids.org/cpr).

Ces données ont été communiquées en 2012 mais les méthodes peuvent varier selon les pays. Les enquêtes sont habituellement réalisées dans les capitales et peuvent ne pas être représentatives du pays.

Tableau 2.2

Couverture déclarée des tests de dépistage du VIH chez les consommateurs de drogues injectables, année la plus récente disponible



Pays non déclarants comptant des consommateurs de drogues injectables^a

Afrique du Sud	Chypre	France	Jordanie	Oman	République-Unie de Tanzanie	Timor-Leste
Andorre	Colombie	Gabon	Kiribati	Ouganda	de Tanzanie	Tonga
Arabie Saoudite	Costa Rica	Ghana	Koweït	Panama	Royaume-Uni	Turquie
Argentine	Côte d'Ivoire	Grèce	Lettonie	Papouasie-Nouvelle-Guinée	Saint-Marin	Uruguay
Arménie	Croatie	Guatemala	Liban	Guinée	Samoa	Vanuatu
Autriche	Danemark	Honduras	Libye	Pérou	Sierra Leone	Venezuela (République bolivarienne du)
Bahamas	Djibouti	Îles Salomon	Malawi	Pologne	Singapour	Yémen
Bahreïn	Égypte	Inde	Maldives	Portugal	Slovaquie	Zambie
Belgique	El Salvador	Iraq	Micronésie (États fédérés de)	Qatar	Slovénie	
Bermudes	Émirats arabes unis	Irlande	Monaco	République de Corée	Soudan	
Bolivie (État plurinational de)	Équateur	Islande	Mongolie	République de Moldova	Sri Lanka	
Brunei Darussalam	Espagne	Israël	Nicaragua	République démocratique populaire lao	Suisse	
Chili	Fédération de Russie	Italie	Norvège	République dominicaine	Suriname	
	Fidji	Japon			Swaziland	

^a Mathers BM et al. HIV prevention, treatment, and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional, and national coverage. *Lancet*, 2010, 375:1014–1028.

Source : rapports d'activité remis par les pays 2012 (www.unaids.org/cpr).

Ces données ont été communiquées en 2012 mais les méthodes peuvent varier selon les pays. Les enquêtes sont habituellement réalisées dans les capitales et peuvent ne pas être représentatives du pays.

Tableau 2.3

Couverture déclarée d'utilisation des préservatifs chez les consommateurs de drogues injectables, année la plus récente disponible

25–49 %

Afghanistan
Albanie
Algérie
Allemagne
Arménie
Bangladesh
Bosnie-Herzégovine
Brésil
Bulgarie
Canada
Chine
Estonie
Hongrie
Japon
Kazakhstan
Kirghizistan
Liban
Lituanie
Madagascar
Malaisie
Maroc
Mexique
Monténégro
Népal
Nouvelle-Zélande
Ouzbékistan
Paraguay
Sénégal
Serbie
Soudan du Sud
Suisse
Tadjikistan
Thaïlande
Togo
Ukraine

< 25 %

Azerbaïdjan
États-Unis d'Amérique
Géorgie
Iran (République islamique d')
Kenya
Maurice
Pakistan
Suède
Tunisie

50–74 %

Bélarus
Bhoutan
Ex-République yougoslave de Macédoine
Indonésie
Lettonie
Micronésie (États fédérés de)
Nigéria
Roumanie
Viet Nam

75–100%

Cambodge
Myanmar
Seychelles

Pays non déclarants comptant des consommateurs de drogues injectables^a

Afrique du Sud	Colombie	France	Kiribati	Papouasie-Nouvelle-Guinée	République dominicaine	Swaziland
Andorre	Costa Rica	Gabon	Koweït	Guinée	République tchèque	Timor-Leste
Arabie Saoudite	Côte d'Ivoire	Ghana	Libye	Pays-Bas	République-Unie de Tanzanie	Tonga
Argentine	Croatie	Grèce	Luxembourg	Pérou	de Tanzanie	Turquie
Australie	Danemark	Guatemala	Malawi	Philippines	Royaume-Uni	Uruguay
Autriche	Djibouti	Honduras	Maldives	Pologne	Saint-Marin	Vanuatu
Bahamas	Égypte	Îles Salomon	Malte	Portugal	Samoa	Venezuela (République bolivarienne de)
Belgique	El Salvador	Inde	Monaco	Qatar	Sierra Leone	Yémen
Bermudes	Émirats arabes unis	Iraq	Mongolie	République arabe syrienne	Singapour	Zambie
Bolivie (État plurinational de)	Équateur	Irlande	Nicaragua	République de Corée	Slovaquie	
Brunei Darussalam	Espagne	Islande	Norvège	République de Moldova	Slovénie	
Chili	Fédération de Russie	Israël	Oman	République démocratique populaire lao	Soudan	
Chypre	Fidji	Italie	Ouganda		Sri Lanka	
	Finlande	Jordanie	Panama		Suriname	

^a Mathers BM et al. HIV prevention, treatment, and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional, and national coverage (en anglais uniquement). *Lancet*, 2010, 375:1014–1028.

Source : rapports d'activité remis par les pays 2012 (www.unaids.org/cpr).

Ces données ont été communiquées en 2012 mais les méthodes peuvent varier selon les pays. Les enquêtes sont habituellement réalisées dans les capitales et peuvent ne pas être représentatives du pays.

LA RIPOSTE AU SIDA CHEZ LES CONSOMMATEURS DE DROGUES INJECTABLES SOUFFRE D'UN MANQUE DE LEADERSHIP

15 %
DE FINANCEMENT
NATIONAL

En Europe de l'Est et en Asie centrale, les sources nationales du secteur public ne fournissent que 15 % des dépenses consacrées aux programmes de prévention en faveur des consommateurs de drogues injectables.

L'allocation de solides ressources nationales est le test le plus probant. Il éprouvera clairement le leadership d'un pays quant à la satisfaction des besoins liés au VIH des consommateurs de drogues injectables. Le financement des programmes de prévention du VIH destinés à cette catégorie de la population a augmenté, doublant entre 2006–2007 et 2010–2011 dans 18 pays disposant de données. Cependant, cette augmentation résulte en grande partie des efforts des donateurs internationaux, qui représentaient 92 % des dépenses totales en matière de lutte contre le VIH en faveur des consommateurs de drogues injectables en 2010–2011. Dans la plupart des pays, les sources nationales du secteur public doivent encore donner la priorité aux programmes de financement afin de traiter les besoins liés au VIH des consommateurs de drogues injectables.

Ces tendances sont particulièrement évidentes en Europe de l'Est et en Asie centrale, qui constituent un ensemble régional clé duquel dépendra la réussite de l'objectif mondial visant à réduire de moitié le nombre de consommateurs de drogues injectables infectés par le VIH d'ici à 2015. Les fonds provenant de donateurs extérieurs représentent 60 % minimum des dépenses consacrées aux programmes de prévention du VIH en faveur de cette catégorie de la population, dans la totalité des pays de cet ensemble régional. Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme y est responsable des programmes de prévention destinés aux consommateurs de drogues injectables, les sources nationales du secteur public ne représentant guère que 15 % des dépenses relatives à la prévention.

Concernant les services de prévention destinés aux consommateurs de drogues injectables, les pays financés principalement par des donateurs extérieurs se situent en Europe de l'Est et en Asie centrale (10 sur 10) ainsi qu'en Asie et dans le Pacifique (11 sur 13). Dans l'ensemble des régions, 43¹ pays ont communiqué les dépenses consacrées par les donateurs aux consommateurs de drogues injectables. Seuls 8 d'entre eux ont indiqué que 75 % des dépenses provenaient de sources nationales destinées à financer les programmes de prévention en faveur de cette population clé plus exposée au risque d'infection. Alors que le Fonds mondial et la communauté internationale, plus large, des donateurs reconsidèrent à présent leurs approches de financement (de nombreux donateurs prennent des mesures pour recentrer leur soutien sur les pays dont les ressources sont les plus limitées), ces tendances génèrent de sérieuses préoccupations concernant la durabilité des programmes de prévention destinés aux consommateurs de drogues injectables et appellent à une appropriation nationale accrue de ces programmes, en particulier dans les pays à revenu intermédiaire.

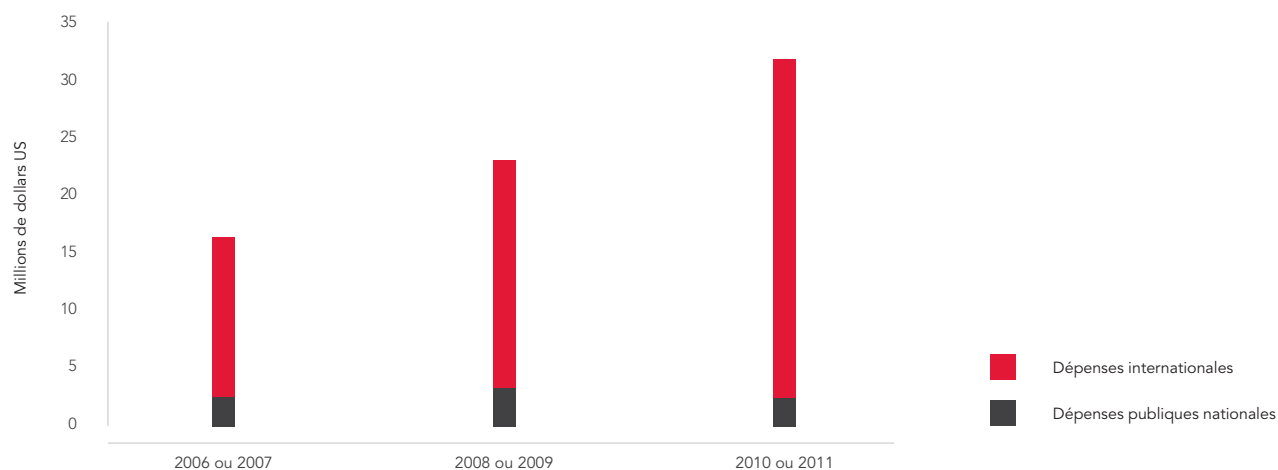
¹ Afghanistan (2011), Angola (2011), Argentine (2009), Arménie (2011), Azerbaïdjan (2011), Bangladesh (2011), Bélarus (2011), Brésil (2009), Bulgarie (2011), Burundi (2010), Cambodge (2009), Colombie (2011), Ex-République yougoslave de Macédoine (2010), Géorgie (2011), Ghana (2010), Guatemala (2010), Haïti (2011), Inde (2011), Indonésie (2010), Jamaïque (2010), Kazakhstan (2011), Kenya (2010), Kirghizistan (2011), Lituanie (2011), Madagascar (2011), Malaisie (2011), Maurice (2010), Mexique (2009), Myanmar (2011), Népal (2009), Nigéria (2010), Ouzbékistan (2011), Pakistan (2010), Philippines (2011), République démocratique populaire lao (2011), République de Moldova (2011), Roumanie (2011), Sri Lanka (2010), Swaziland (2009), Tadjikistan (2011), Thaïlande (2011), Ukraine (2010) et Viet Nam (2010).

RÉDUIRE DE MOITIÉ LE NOMBRE DES CONSOMMATEURS DE DROGUES INJECTABLES INFECTÉS PAR LE VIH : CAP SUR 2015

Les données factuelles disponibles indiquent que les progrès de la communauté internationale concernant les consommateurs de drogues injectables sont encore loin de l'objectif mondial. Il est urgent que celle-ci s'engage plus fermement afin d'élargir et d'intensifier les ripostes basées sur des données factuelles. De nombreux pays négligent de communiquer les données sur le VIH et les consommateurs de drogues injectables. C'est pourquoi des mesures immédiates s'imposent pour améliorer la communication des données épidémiologiques et de couverture des services de VIH, ventilées par sexe, correspondant à cette population. L'objectif est d'assurer la fiabilité des estimations nationales du nombre total de consommateurs de drogues injectables. Les pays qui ne traitent pas actuellement les besoins de cette catégorie de la population dans leurs stratégies nationales en matière de VIH doivent prendre des mesures immédiates afin de pallier cette défaillance. Il est désormais urgent que les gouvernements engagent d'importantes ressources en faveur des programmes de prévention complets basés sur des données factuelles et destinés aux consommateurs de drogues injectables. Il leur faut également intensifier leurs efforts visant à accroître l'étendue des tests de dépistage du VIH, de la thérapie de substitution aux opiacés, de la distribution d'aiguilles et de l'utilisation des préservatifs.

Figure 2.2

Dépenses de VIH consacrées aux consommateurs de drogues injectables 18 pays à revenu faible et intermédiaire disposant de données, année la plus récente



Source : rapports d'activité remis par les pays 2012 (www.unaids.org/cpr).

3 INFECTION À VIH CHEZ LES ENFANTS ET MAINTIEN EN VIE DE LEURS MÈRES

La communauté internationale s'est engagée à déployer des efforts sans précédent pour mettre fin aux nouvelles infections à VIH chez les enfants et réduire le nombre de femmes vivant avec le VIH qui décèdent des suites de leur grossesse. Les parties prenantes ont travaillé de concert afin d'élaborer le Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie (1). Des progrès supplémentaires ont été réalisés en 2011 en vue d'atteindre l'objectif mondial. L'élimination des nouvelles infections chez les enfants d'ici 2015 apparaît aujourd'hui comme une réelle possibilité.

POURSUITE DE LA BAISSÉ DU NOMBRE DE NOUVELLES INFECTIONS À VIH CHEZ LES ENFANTS

409 000

Entre 2009 et 2011, la prophylaxie antirétrovirale a empêché l'infection par le VIH de 409 000 enfants dans les pays à revenu faible et intermédiaire.

En 2011, 330 000 [280 000–390 000] enfants ont été infectés par le VIH. Cela représente une baisse de 43 % depuis 2003 (année où 560 000 [510 000–650 000] nouvelles infections ont été constatées chez les enfants) et une baisse de 24 % depuis 2009 (année où 430 000 [370 000–490 000] enfants ont été infectés par le VIH).

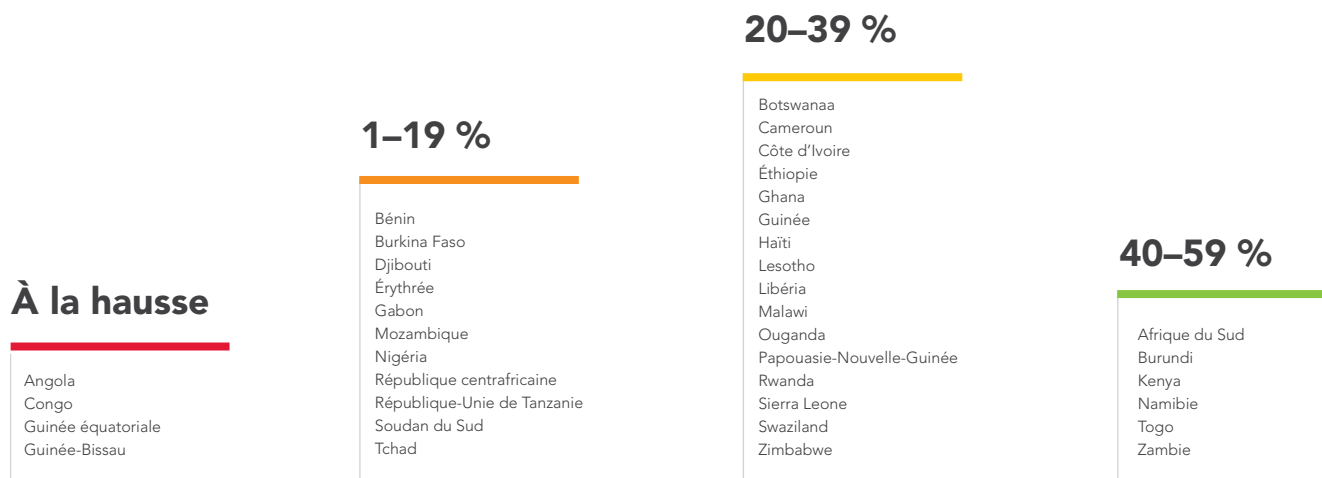
Plus de 90 % des enfants qui ont été infectés par le VIH en 2011 vivent en Afrique subsaharienne. Dans cette région, le nombre de nouvelles infections chez les enfants a diminué de 24 % entre 2009 et 2011. Le nombre d'enfants infectés par le VIH a également considérablement diminué dans les Caraïbes (32 %) et en Océanie (36 %), l'Asie enregistrant une baisse plus modérée (12 %). Des baisses modérées ont aussi été observées en Amérique latine (24 %), en Europe de l'Est et en Asie centrale (13 %). Cependant, ces trois régions avaient déjà considérablement réduit le nombre de nouvelles infections à VIH chez les enfants. Le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord sont les deux seules régions où aucune diminution du nombre de nouvelles infections chez les enfants n'a encore été constatée.

Des progrès notables ont été enregistrés au cours de la dernière décennie dans les pays touchés par des épidémies généralisées qui représentent la grande majorité des nouvelles infections chez les enfants. Dans six pays (Burundi, Kenya, Namibie, Afrique du Sud, Togo et Zambie), le nombre de nouvelles infections chez les enfants a diminué de 40 à 59 % entre 2009 et 2011. Des baisses de l'ordre de 20 à 39 % ont été observées au cours de la même période dans 16 autres pays.



Tableau 3.1

Baisse, en pourcentage, du nombre d'enfants (0 à 14 ans) infectés par le VIH dans les pays à épidémies généralisées entre 2009 et 2011



Sources : estimations de l'ONUSIDA

* Remarque : dans le cadre du Plan mondial, l'année de référence est 2008. Certains pays avaient déjà réalisé d'importants progrès en matière de réduction du nombre de nouvelles infections à VIH chez les enfants au cours des années précédant 2009. C'est en particulier le cas du Botswana qui avait déjà atteint un taux de couverture des médicaments antirétroviraux de 92 % chez les femmes enceintes avant cette même année. Il est plus difficile de diminuer davantage le nombre d'infections à VIH chez les enfants dans les pays qui enregistrent des taux de couverture élevés.

Cependant, les avancées constatées sont hétérogènes, soulignant ainsi l'importance d'intensifier l'action visant à atteindre l'objectif mondial « zéro nouvelle infection » chez les enfants d'ici à 2015. Dans 11 pays, le nombre de nouvelles infections chez les enfants a modérément baissé de 1 à 19 % depuis 2009 mais cette tendance a quant à elle augmenté dans quatre pays : l'Angola, le Congo, la Guinée équatoriale et la Guinée-Bissau (Tableau 3.1).

Bien que les baisses du nombre d'adultes infectés par le VIH permettent de réduire le risque d'infection à VIH chez les enfants, ce sont les progrès récents réalisés en matière d'élargissement et d'intensification des services de prévention basés sur les médicaments antirétroviraux et l'alimentation des nourrissons qui expliquent principalement les fortes diminutions du nombre de nouvelles infections chez les enfants. De 2009 à 2011, la prophylaxie antirétrovirale a empêché l'infection par le VIH de 409 000 enfants dans les pays à revenu faible et intermédiaire.

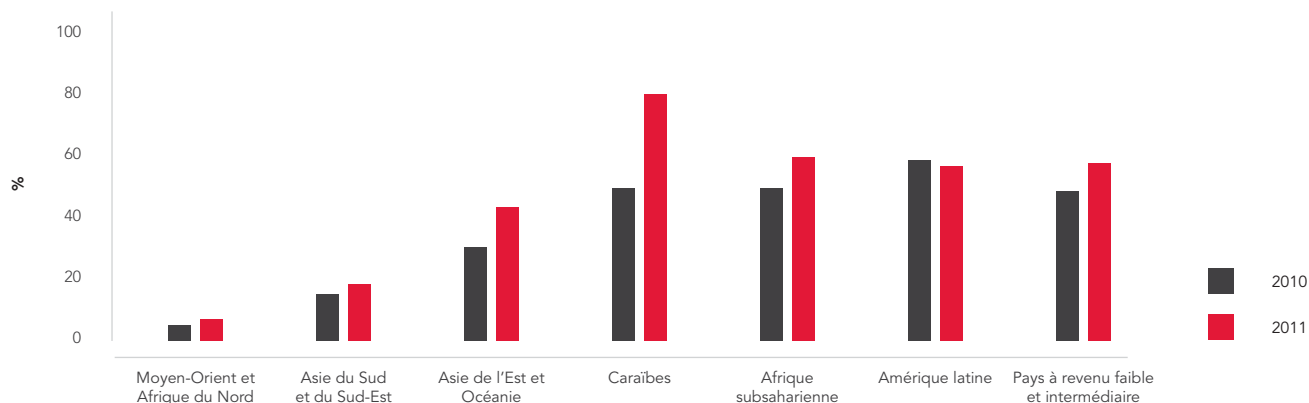
PLAN D'ACTION POUR ÉLIMINER LES NOUVELLES INFECTIONS À VIH CHEZ LES ENFANTS

Quatre actions clés sont recommandées pour réduire le nombre d'enfants infectés par le VIH : (1) renforcer les services de prévention primaire du VIH afin de prévenir toute infection à VIH chez les femmes en âge de procréer et leurs partenaires, (2) prendre les mesures nécessaires (par exemple, fourniture de moyens contraceptifs et de conseils) pour répondre aux besoins non satisfaits de planification familiale chez les femmes vivant avec le VIH, (3) fournir des tests de dépistage du VIH, des conseils et des médicaments antirétroviraux en temps utile aux femmes enceintes vivant avec le VIH afin d'empêcher la transmission du virus à leur enfant, et (4) garantir une prise en charge, un traitement et un soutien adaptés et opportuns en matière de VIH pour les femmes et les enfants vivant avec le VIH ainsi que leur famille.

La prévention de l'infection à VIH chez les enfants connaît de rapides progrès, alors que de nouvelles données factuelles émergent concernant les méthodes les plus efficaces de réduction du risque de transmission. De même, les pays doivent adapter les systèmes et les approches existants à mesure que de nouvelles données factuelles apparaissent. Les décisions majeures incluent notamment la nécessité ou non de garder sous trithérapie antirétrovirale à vie les femmes enceintes vivant avec le VIH qui débutent leur traitement à une numération de CD4 supérieure à 350 par ml ; la nécessité ou non d'inclure l'éfavirenz dans les traitements combinés ; le choix du type et de la durée des pratiques recommandées en matière d'alimentation des nourrissons afin d'optimiser les avantages de la prévention pour l'enfant.

Figure 3.1

Pourcentage de femmes enceintes vivant avec le VIH qui suivent des traitements antirétroviraux efficaces afin de prévenir la transmission mère-enfant, par région, 2010 et 2011



Les taux de couverture pour l'Europe de l'Est et l'Asie centrale ne sont pas communiqués car les données n'ont pas été complètement validées.

Sources : rapports d'activité remis par les pays 2012 (www.unaids.org/cpr) et estimations de l'ONUSIDA.

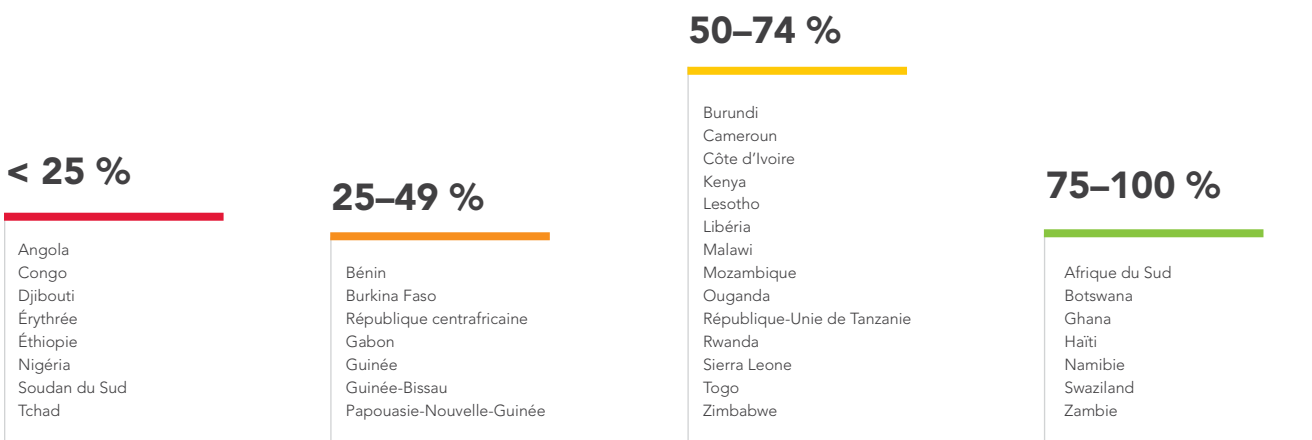
FOURNIR DES SERVICES AUX PERSONNES QUI EN ONT BESOIN

Peu de données factuelles indiquent que les programmes visant à réduire le nombre de grossesses involontaires ont considérablement évolué depuis l'avènement des programmes de prévention de l'infection à VIH chez les enfants. En Afrique subsaharienne, seuls 5 pays sur les 15 disposant d'enquêtes nationales à domicile ont enregistré une baisse de plus de 5 % en matière de besoins de planification familiale non satisfaits entre 2000 et 2011.

Dans les pays à revenu faible et intermédiaire, le taux de couverture des traitements antirétroviraux efficaces contre la transmission mère-enfant a atteint 57 % [51–64 %] en 2011. Les pays à revenu élevé enregistrent depuis longtemps une couverture quasi universelle en matière de médicaments antirétroviraux destinés aux femmes enceintes. Cependant, avec un taux de 79 % [67–97 %] (Figure 3.1), seuls les Caraïbes s'en rapprochent. En Afrique subsaharienne, région qui concentre 92 % des femmes enceintes vivant avec le VIH, le pourcentage de ces femmes qui ont bénéficié d'une thérapie antirétrovirale ou d'une prophylaxie est actuellement de 59 % [53–66 %]. La couverture déclarée serait considérablement plus faible en Asie du Sud et du Sud-Est (18 % [13–23 %]) et au Moyen-Orient et en Afrique du Nord (7 % [6–9 %]). Cependant, dans les pays touchés par des épidémies concentrées, les tendances de fertilité chez les femmes au sein des populations dont le comportement accroît le risque de transmission du VIH ne sont pas bien comprises. Résultat : il est difficile d'évaluer le taux de couverture des services car l'estimation du nombre de femmes vivant avec le VIH n'est pas chose aisée dans de tels cas.

Tableau 3.2

Pourcentage de femmes enceintes suivant des traitements antirétroviraux (à l'exclusion de la névirapine à dose unique) afin de prévenir la transmission mère-enfant dans les pays à épidémie généralisée, 2011



Sources : rapports d'activité remis par les pays 2012 (www.unaids.org/cpr) et estimations de l'ONUSIDA.

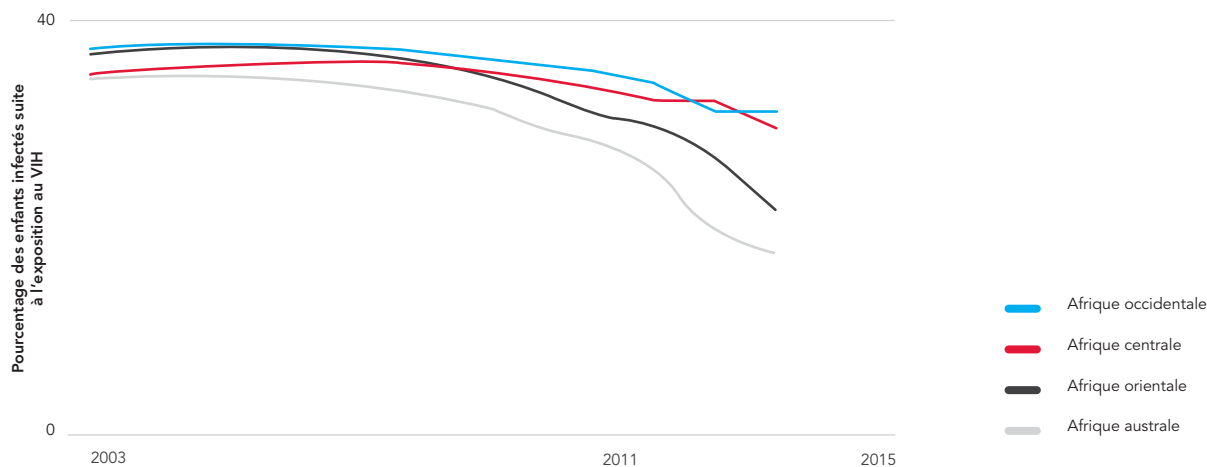
Le pourcentage de femmes enceintes et de leurs nourrissons recevant des médicaments antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant dépasse 50 % dans la plupart des pays touchés par des épidémies généralisées et disposant de données. Le taux de couverture des traitements antirétroviraux dépasse 75 % dans 8 pays touchés par des épidémies généralisées, 13 autres pays signalant un taux de couverture de l'ordre de 50 à 74 % (Tableau 3.2).

Chez les femmes allaitantes, il est également très important de fournir des médicaments antirétroviraux à la mère ou au nourrisson au cours de l'allaitement afin de prévenir la transmission du virus à l'enfant (2). Parmi les 21 pays prioritaires du Plan mondial situés en Afrique subsaharienne, la proportion des mères vivant avec le VIH et allaitant un nourrisson maintenu sous prophylaxie a augmenté depuis 2009.

La Figure 3.2 indique les taux de transmission chez les enfants dans les diverses sous-régions de l'Afrique subsaharienne. Comme le montrent les résultats, certaines régions ont réalisé d'importants progrès : l'Afrique australe, la sous-région de l'Afrique subsaharienne où le taux de couverture des services visant à prévenir l'infection à VIH chez les enfants est le plus élevé, a enregistré le taux de transmission après allaitement le plus faible (17 %). En revanche, la sous-région de l'Afrique centrale et occidentale continue d'enregistrer des taux de transmission proches de 30 % en raison d'une couverture plus faible des services, en particulier de la prophylaxie au cours de l'allaitement.

Figure 3.2

Tendances en matière de taux de transmission mère-enfant par sous-région en Afrique subsaharienne, 2000–2011



Source : estimations de l'ONUSIDA.

Pour les enfants qui sont tout de même infectés par le VIH malgré ces précautions, les directives internationales recommandent que tous ceux qui ont moins de deux ans soient immédiatement placés sous thérapie antirétrovirale. Les enfants plus âgés doivent suivre des directives différentes en fonction de leur numération de CD4 (3). En 2011, seuls 28 % [25–31 %] des enfants de 0 à 14 ans admissibles à un traitement vital en bénéficiaient. En fonction de l'âge de l'enfant au moment de l'infection, cela signifie que le décès pourrait survenir en moins d'un an (4).

Garantir l'accès des mères vivant avec le VIH au traitement profite aux mères comme à leurs enfants. En effet, les études indiquent que les enfants dont la mère décède sont exposés à un plus grand risque de décès et ce, indépendamment de leur statut VIH. Le pourcentage de femmes enceintes vivant avec le VIH et admissibles au traitement qui suivent une thérapie antirétrovirale pour leur propre santé était de 30 % [27–32 %] en 2011. Ce chiffre est inférieur à la couverture estimée pour l'ensemble des adultes admissibles à la thérapie antirétrovirale (selon les directives de l'OMS), qui est de 54 % [51–59 %]. Des études qualitatives sont nécessaires afin de déterminer la raison pour laquelle les femmes enceintes n'entreprennent pas de thérapie antirétrovirale, ou ne sont pas déclarées comme tel, malgré un taux d'accès plus élevé aux soins de santé. Selon de récentes estimations, le nombre de décès liés à la grossesse chez les femmes vivant avec le VIH a diminué, passant de 46 000 en 2005 à environ 37 000 en 2010. Il est impératif de déployer plus d'efforts pour s'assurer que les femmes enceintes ayant fait l'objet d'un test de dépistage du VIH au cours des soins prénatals sont également soumises à un test d'admissibilité à la thérapie antirétrovirale.

Étant donné que les femmes enceintes vivant avec le VIH sont plus exposées au risque de contracter la tuberculose (TB), le dépistage, la prévention et le contrôle de l'infection de TB font partie intégrante des mesures de prise en charge visant à éliminer la transmission mère-enfant. Le risque de contracter la forme active de la TB est 10 fois plus élevé chez les femmes enceintes vivant avec le VIH que chez les femmes enceintes séronégatives. De plus, la TB est associée à des résultats obstétricaux et périnataux extrêmement mauvais, notamment la multiplication par plus de 2 du risque de transmission du VIH au fœtus, par 2,2 à 3,2 du risque de mortalité maternelle et par 3,4 du risque de mortalité infantile (5). La thérapie antirétrovirale réduit de 65 % le risque de TB, indépendamment de la numération de CD4. L'association d'une thérapie antirétrovirale précoce à des tests de dépistage réguliers de la TB lors de chaque visite médicale permet donc de s'assurer que les mères qui y sont admissibles bénéficient d'un traitement préventif à l'isoniazide ou d'un traitement précoce de la tuberculose active, augmentant ainsi les chances de survie de la mère et l'enfant.

Les femmes enceintes vivant avec le VIH en situation de crise humanitaire sont particulièrement exposées. Afin de réduire totalement le nombre d'enfants nés avec le VIH et de maintenir en vie leur mère, les acteurs du monde humanitaire doivent élargir et intensifier les services de prévention et s'assurer que les femmes victimes de déplacements forcés ont accès à ces services ainsi qu'au traitement, à la prise en charge et au soutien nécessaires.

30 %
**TAUX DE COUVERTURE
DU TRAITEMENT**

Seules 30 % des femmes enceintes admissibles au traitement suivaient une thérapie antirétrovirale pour leur propre santé en 2011, par rapport à 54 % de l'ensemble des adultes qui y sont admissibles.

RENFORCEMENT NÉCESSAIRE DES POLITIQUES NATIONALES

Parmi les 22 pays prioritaires inclus dans le Plan mondial¹, 21 ont élaboré des objectifs nationaux afin de prévenir de nouvelles infections à VIH chez les enfants et ont aligné leurs stratégies nationales sur les éléments du Plan. Cependant, les données factuelles disponibles mettent au jour des lacunes persistantes dans les cadres politiques et les pratiques cliniques de bon nombre de ces pays. En 2011, par exemple, 32 pays (notamment 12 pays lourdement touchés par l'infection à VIH) ont signalé qu'ils continuaient de fournir à certaines femmes enceintes des traitements de névirapine à dose unique, dont l'effet n'est pas optimal, afin de prévenir l'infection à VIH chez les enfants.

Bien que l'allaitement soit la norme dans la majeure partie de l'Afrique subsaharienne et de nombreuses autres régions du monde, seuls 10 des 43 pays de cette région ont communiqué le nombre de femmes allaitantes ou de nourrissons sous prophylaxie antirétrovirale pendant l'allaitement. Ces résultats décevants peuvent en partie s'expliquer par la faiblesse des mécanismes de communication de l'information mais ils ont également tendance à refléter les difficultés des pays à établir des liens entre les femmes allaitantes et les services ainsi que l'assistance dont elles ont besoin au niveau des établissements et des communautés.

Il est également impératif d'améliorer le leadership, aux échelons national et mondial, en vue d'éliminer les nouvelles infections chez les enfants. Sur les 22 pays prioritaires du Plan mondial, 13 ont communiqué un historique des dépenses consacrées aux services de prévention de nouvelles infections à VIH chez les enfants entre 2008 et 2010. Selon les données communiquées, les ressources allouées aux programmes destinés à prévenir l'infection à VIH chez les enfants ont augmenté dans certains pays (Botswana, Burundi, Cameroun, Ghana et Kenya) mais des baisses de financement (Angola, Tchad et Namibie) ou un manque d'homogénéité (République démocratique du Congo, Inde, Lesotho et Nigéria) sont signalées dans d'autres pays.

ÉLIMINER LES NOUVELLES INFECTIONS À VIH CHEZ LES ENFANTS ET MAINTENIR LES MÈRES EN VIE : CAP SUR 2015

La couverture des services destinés à prévenir l'infection à VIH chez les enfants a atteint 57 %, ce qui constitue une réalisation majeure. Cependant, afin d'éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants d'ici 2015 et atteindre ainsi l'objectif mondial, il sera non seulement nécessaire d'accélérer les efforts en matière d'élargissement et d'intensification des services dans ce domaine, mais aussi d'instaurer des mesures visant à garantir la mise en œuvre complète de tous les éléments programmatiques du Plan mondial. Il faudra également empêcher les femmes en âge de procréer de contracter le VIH et permettre aux femmes vivant avec le VIH de prendre des décisions concernant leur vie reproductive. Il est impératif d'utiliser les traitements prophylactiques les plus efficaces et de prolonger les

¹ Les pays prioritaires du Plan mondial incluent : l'Afrique du Sud, l'Angola, le Botswana, le Burundi, le Cameroun, la Côte d'Ivoire, l'Éthiopie, le Ghana, l'Inde, le Kenya, le Lesotho, le Malawi, le Mozambique, la Namibie, le Nigéria, l'Ouganda, le Swaziland, le Tchad, la République démocratique du Congo, la République-Unie de Tanzanie, la Zambie et le Zimbabwe.

efforts de prévention au-delà de la période prénatale afin d'englober également la durée de l'allaitement (6). Le diagnostic et le traitement précoces constitueront des éléments essentiels pour améliorer la survie des enfants exposés au VIH et garantir la qualité des programmes. Les partenaires devront collaborer afin de former à nouveau les infirmières et s'assurer que tous les établissements cliniques ont accès aux médicaments essentiels.

Il est nécessaire d'intensifier les efforts pour fournir en temps utile un traitement et une prise en charge de qualité aux femmes vivant avec le VIH. Selon les estimations, 70 % [68–73 %] des femmes enceintes dont la numération de CD4 est inférieure à 350 par ml ne suivent aucune thérapie antirétrovirale, tendance qui nuit à leur santé et aux efforts de la communauté internationale visant à prévenir la transmission du VIH à leurs enfants.

De plus en plus de données factuelles confirment l'intérêt de fournir aux mères vivant avec le VIH un traitement à vie similaire aux traitements combinés qu'elles prennent comme prophylaxie au cours de la grossesse (Option B+). Cette approche a la capacité de réduire les taux de transmission pour les futures naissances, de diminuer les chances de transmission aux partenaires sexuels, d'améliorer la survie des mères et de promouvoir des protocoles thérapeutiques simplifiés (7). Il est fondamental que sa mise en œuvre s'effectue avec le consentement éclairé des femmes concernées et dans le respect de leurs droits.

L'intégration de services complets de prévention et de traitement antirétroviral aux services de santé maternelle, néonatale et infantile améliorera l'efficacité et l'efficience de l'ensemble des interventions. Les services groupés permettent davantage aux femmes d'accéder à ceux dont elles ont besoin. L'efficacité des services s'en trouvera améliorée (8). L'intégration des services est particulièrement importante dans les pays touchés par des épidémies généralisées de VIH dans la mesure où la prise en charge du virus constitue un lourd fardeau pour des systèmes de soins de santé déjà faibles.

Des efforts supplémentaires seront également nécessaires afin de minimiser les obstacles sociaux et structurels qui entravent l'élargissement et à l'intensification des programmes. Les programmes communautaires qui offrent des activités de mentorat aux mères, soutiennent la divulgation du statut VIH, promeuvent l'implication des hommes et des garçons et réduisent la stigmatisation ainsi que la discrimination, sont indispensables pour favoriser l'accès aux services essentiels et maintenir la prise en charge des familles. De plus, même les pays où les taux de couverture des services sont élevés devront déployer des efforts concertés afin d'atteindre les populations les plus marginalisées et les plus vulnérables, telles que les consommatrices de drogues, les travailleuses du sexe, les détenues, les migrants en situation irrégulière et les minorités ethniques. Les groupes marginalisés, que les services de santé maternelle et infantile courants peinent souvent à atteindre, enregistrent des taux de transmission mère-enfant qui sont près de 2,5 fois plus élevés que ceux observés au sein de la population générale (9).

L'implication des communautés touchées, l'innovation et l'engagement sont indispensables pour réduire la stigmatisation qui dissuaderait les femmes vivant avec le VIH ainsi que les femmes vulnérables de recourir aux soins prénatals. Reconnaisant l'occasion unique d'éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants d'ici à 2015, les partenaires nationaux et internationaux doivent également s'assurer que les priorités concurrentes en matière de santé n'évincent pas l'assistance indispensable aux services de prévention du VIH.

× 2,5

Le taux de transmission du VIH est près de 2,5 fois plus élevé chez les enfants dont les mères font partie de populations marginalisées qu'au sein de la population générale.

4 TRAITEMENT

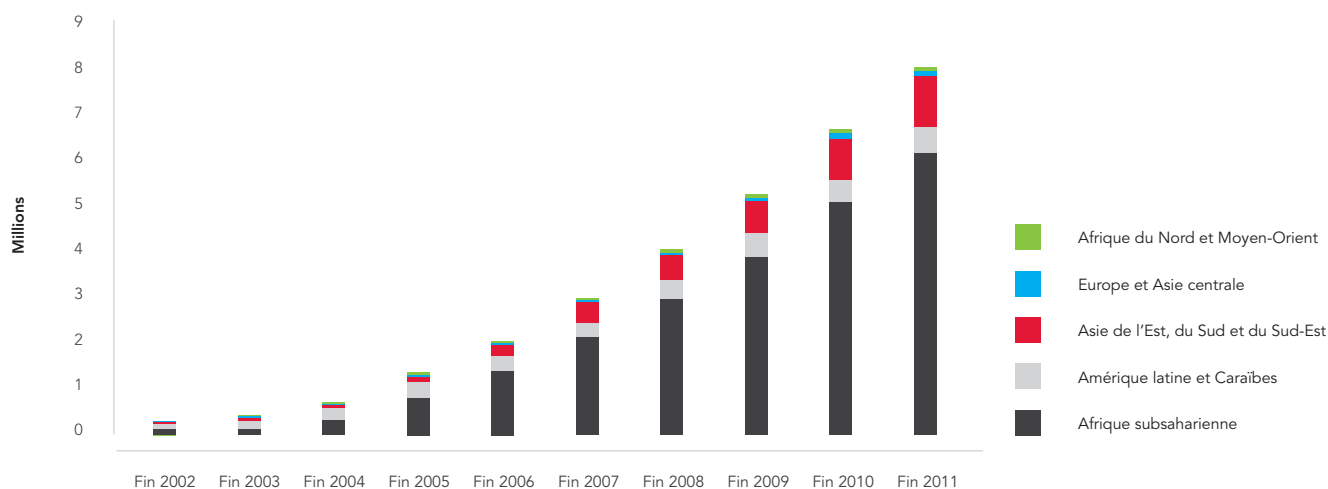
L'expansion rapide de la thérapie antirétrovirale, l'une des réalisations les plus remarquables de l'histoire récente de la santé publique, s'est poursuivie en 2011. L'année 2011 a vu le nombre de nouvelles thérapies antirétrovirales augmenter à des niveaux encore jamais atteints. D'après les données provenant des rapports d'activité des pays, le nombre de personnes vivant avec le VIH qui suivent un traitement a augmenté de 21 % en 2011 par rapport à 2010. L'expansion de la couverture contribue à sauver des patients : on estime qu'environ la moitié des personnes dont la numération de CD4 est inférieure à 350 par ml (seuil actuel pour démarrer un traitement) décèderaient dans les deux ans si elles ne bénéficiaient pas de thérapie antirétrovirale. Il est primordial de conserver ce rythme si le monde souhaite atteindre l'objectif qui consiste à offrir un traitement contre le VIH à 15 millions de personnes d'ici à 2015.

COUVERTURE DU TRAITEMENT : DES CHIFFRES PROMETTEURS

À la fin de l'année 2011, 8 millions de personnes bénéficiaient d'une thérapie antirétrovirale, soit une multiplication par 20 depuis 2003 (Figure 4.1). Depuis 1995, la thérapie antirétrovirale a sauvé l'équivalent de 14 millions d'années de vie dans les pays à revenu faible et intermédiaire, dont 9 millions en Afrique subsaharienne.

Figure 4.1

Nombre de personnes bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale dans les pays à revenu faible et intermédiaire, par région, 2002-2011



Source : rapports d'activité remis par les pays 2012 (www.unaids.org/cpr).



En 2011, pour la première fois, une majorité (54 %) de personnes admissibles à la thérapie antirétrovirale dans les pays à revenu faible et intermédiaire bénéficiait du traitement. L'Amérique latine (68 %), les Caraïbes (67 %) et l'Océanie (69 %) ont enregistré les taux de couverture les plus élevés. Le taux de couverture en Afrique subsaharienne est un peu plus élevé que la moyenne mondiale : 56 % des personnes admissibles au traitement sont sous thérapie. Ce taux reste faible en Europe de l'Est et en Asie centrale (25 %) ainsi qu'au Moyen-Orient et en Afrique du Nord (15 %).

Le nombre de pays ayant atteint un taux de couverture du traitement de 80 % minimum a augmenté, passant de 7 en 2009 à 10 en 2011, tandis que le nombre de pays dont le taux de couverture est inférieur à 20 % a diminué, passant de 28 en 2009 à 10 en 2011. Cela représente une véritable avancée bien qu'il faille accorder une attention urgente au fait que dans 10 pays, sur 5 personnes admissibles au traitement, moins d'1 suit une thérapie.

Le taux de couverture de la thérapie antirétrovirale demeure plus élevé chez les femmes (68 %) que chez les hommes (47 %) dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Le clivage entre les enfants et les adultes persiste en matière d'accès au traitement : le taux de couverture mondiale est beaucoup plus faible chez les enfants (28 %) que chez les adultes (58 %). Les pays qui fournissent une thérapie antirétrovirale à moins d'1 enfant sur 5 admissibles au traitement sont au nombre de 42 alors que ceux qui enregistrent un taux de couverture inférieur à 20 % chez les adultes ne sont que 10. Cependant, davantage de pays ont atteint un taux de couverture antirétrovirale de 80 % chez les enfants (18 pays) par rapport au taux similaire réalisé pour les adultes (14 pays).

L'accès au traitement du VIH ainsi que la continuité des soins demeurent une question importante pour les populations touchées par les crises humanitaires. En 2011, 93 % des réfugiés en Asie, en Afrique, en Amérique latine, au Moyen-Orient et en Afrique du Nord ont eu accès à la thérapie antirétrovirale à un niveau similaire à celui de la population environnante.

AMÉLIORER LES RÉSULTATS DES PROGRAMMES

Des éléments de preuve irréfutables indiquent que les personnes chargées de la mise en œuvre des programmes profitent des enseignements de la dernière décennie afin d'accroître la réussite des initiatives de traitement. La délégation des tâches et la baisse des coûts des médicaments permettent de fournir un traitement à un plus grand nombre de personnes avec la même quantité limitée de ressources. Au Mozambique, le renforcement du suivi des programmes a contribué à réduire les coûts individuels de la thérapie antirétrovirale de 45 % entre 2009 et 2011 (1). Selon une étude réalisée en 2012 par l'Initiative Clinton pour l'accès à la santé (Clinton Health Access Initiative : CHAI) sur plus de 160 cliniques dans 5 pays de l'Afrique subsaharienne (2), le coût par personne de la fourniture du traitement VIH a régulièrement baissé au fil du temps.

28 %

**TAUX DE COUVERTURE
CHEZ LES ENFANTS**

Le taux de couverture du traitement VIH est de 68 % chez les femmes et de 47 % chez les hommes dans les pays à revenu faible et intermédiaire contre 28 % chez les enfants à l'échelle mondiale.

RÉDUCTION ACCRUE DES COÛTS DE TRAITEMENT

Outre la nécessité de réduire les coûts de traitement par personne en améliorant la gestion des programmes, il est également indispensable de diminuer davantage le coût des médicaments antirétroviraux. Avec le soutien des partenaires internationaux, les pays doivent progressivement renforcer leur capacité pharmaceutique locale et tirer pleinement parti de la souplesse des conditions de l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC). Le Groupe de travail consultatif d'experts de l'OMS souligne l'urgence de se pencher sur l'élaboration de mécanismes de financement innovants, l'objectif étant d'accélérer davantage la recherche et le développement sanitaires en matière de VIH et d'autres problèmes sanitaires que rencontrent les pays à revenu faible et intermédiaire. Les nouveaux outils devront notamment être plus abordables afin de pouvoir traiter les questions de santé prioritaires.

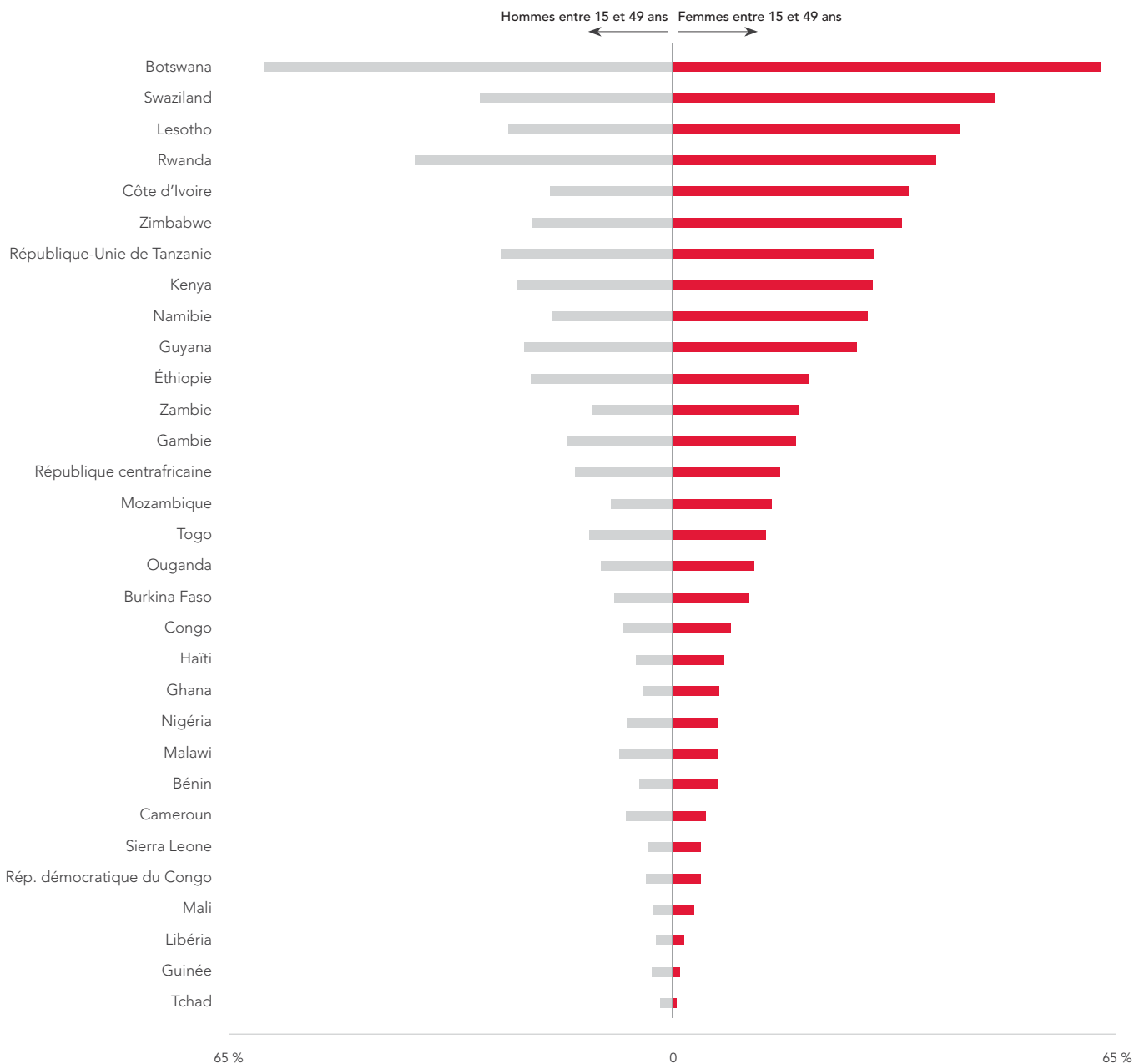
EFFORTS DES COMMUNAUTÉS POUR ÉLARGIR L'ACCÈS AU TRAITEMENT

« Traitement 2.0 », une approche programmatique destinée à stimuler la prochaine phase du traitement du VIH, appelle à la pleine participation des personnes vivant avec le VIH et celle des communautés concernées à la planification, la mise en œuvre et l'évaluation de programmes de prise en charge et de traitement du VIH de qualité, fondés sur les droits. Le leadership communautaire a la capacité de générer une demande solide et durable en matière de services de traitement et d'améliorer l'observance du traitement ainsi que les autres résultats connexes. Selon un examen récent des expériences disponibles, 70 % des personnes bénéficiant de programmes de traitement antirétroviral dans les dispensaires en Afrique subsaharienne continuaient de l'observer deux ans après. Cependant, les taux d'observance ont atteint 98 % dans un programme au Mozambique qui utilisait des stratégies de soutien communautaire en complément des services cliniques. L'ONUSIDA travaille actuellement à l'élaboration d'une base de données factuelles en matière de participation communautaire afin de renforcer les programmes de prise en charge et de traitement du VIH.

Les travaux en cours cherchent à améliorer les résultats à chaque étape du continuum du traitement. D'après des enquêtes réalisées entre 2004 et 2011 dans 14 pays d'Afrique subsaharienne, le pourcentage d'adultes ayant subi un test de dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois a considérablement augmenté au fur et à mesure de l'élargissement et de l'intensification des programmes de thérapie antirétrovirale, ainsi que de l'investissement des pays dans un éventail plus large de stratégies de dépistage telles que les services de dépistage et d'accompagnement proposés par le personnel médical, les technologies de dépistage rapide et les campagnes de dépistage à domicile (Figure 4.2). Des approches innovantes, notamment les campagnes de prévention multiple menées au Kenya et en Ouganda sur plusieurs maladies, ont démontré la faisabilité et le potentiel des approches de dépistage basées sur les communautés. Dans 14 pays ayant fait l'objet d'une étude en Afrique subsaharienne, les taux de dépistage tendent à être plus élevés chez les femmes que chez les hommes. Cela peut en partie s'expliquer par la disponibilité accrue des services de dépistage dans les points d'accès aux soins prénatals. Bien que cette tendance vers l'augmentation des taux de dépistage au sein de la population soit encourageante, les données factuelles disponibles ne permettent pas de démontrer de manière irréfutable que les programmes de dépistage atteignent les individus appartenant aux catégories d'âge et de population les plus exposés au risque d'infection.

Figure 4.2

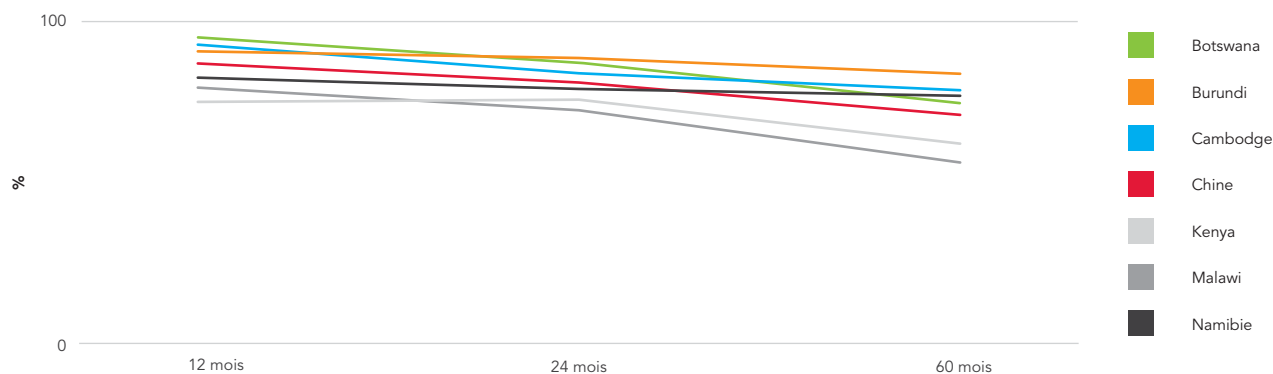
Pourcentage des femmes et des hommes entre 15 et 49 ans ayant fait l'objet d'un test de dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et ayant reçu leurs résultats, 2004–2011



Source : enquêtes démographiques et sanitaires (www.measuredhs.com).

Figure 4.3

Taux d'observance de la thérapie antirétrovirale à 12, 24 et 60 mois dans une sélection de pays, rapports d'activité de pays 2012



Source : rapports d'activité remis par les pays 2012 (www.unaids.org/cpr).

AMÉLIORER L'OBSERVANCE DU TRAITEMENT

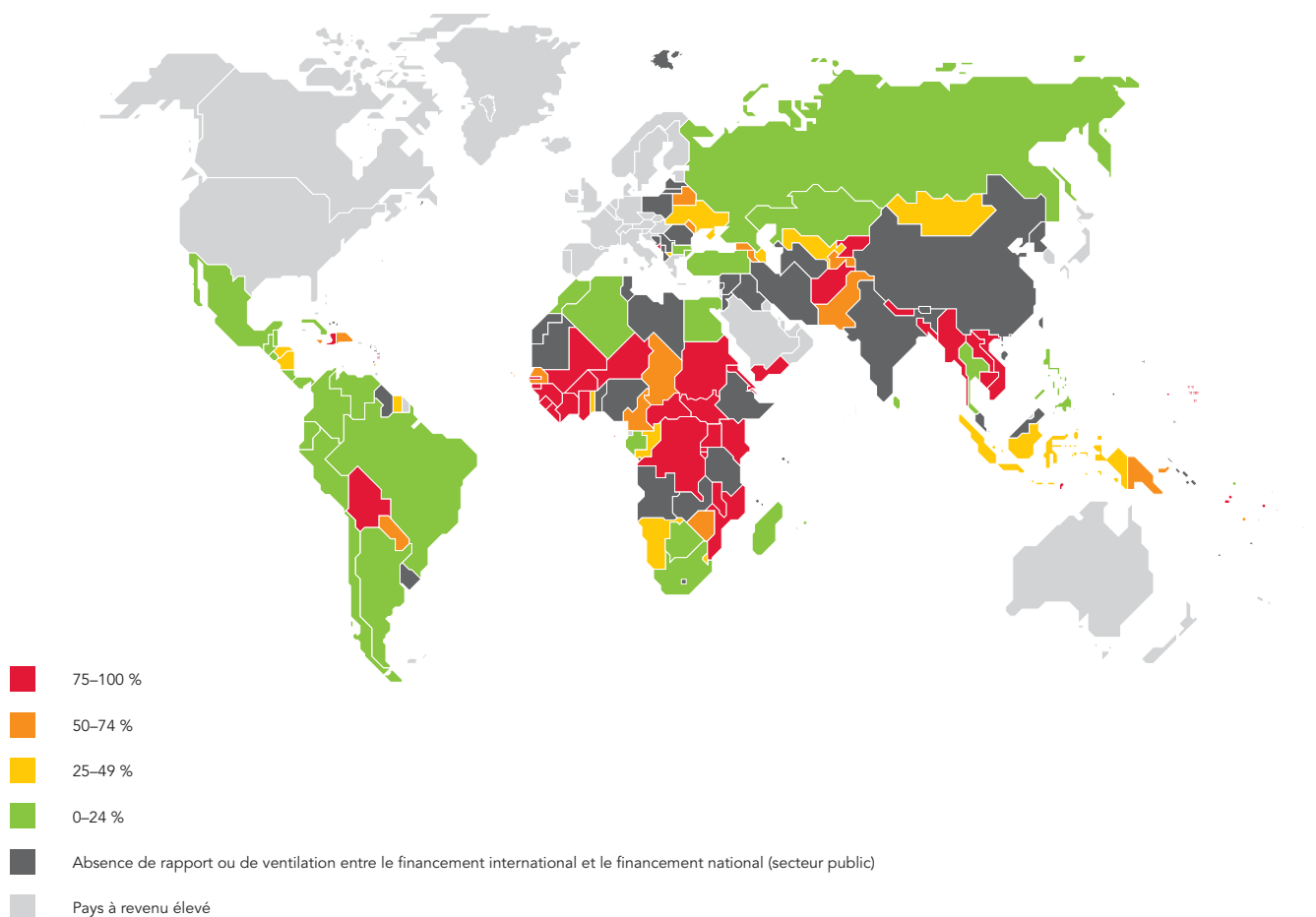
Les données factuelles continuent de mettre en avant la nécessité urgente d'améliorer les taux d'observance chez les personnes inscrites aux services de prise en charge et de traitement du VIH. Au Malawi, près de la moitié des personnes ayant démarré une thérapie antirétrovirale dans le même centre de traitement n'en bénéficient plus 5 ans après. Cette proportion atteint près de 40 % au Kenya (Figure 4.3). Il est difficile de tirer des conclusions fiables sur les évolutions des taux d'observance car peu de pays produisent des données à l'échelle nationale qui permettent d'en assurer le suivi au fil du temps. Le suivi de la communication des informations est rendu particulièrement difficile lors du transfert des patients vers d'autres centres.

DÉPENDANCE MONDIALE À L'AIDE AU TRAITEMENT

En dépit des efforts considérables déployés pour accroître le financement national, de nombreux pays dépendent fortement de l'aide internationale pour le traitement, la prise en charge et l'accompagnement (Figure 4.4). Sur les 102 pays à revenu faible et intermédiaire ayant communiqué au moins une fois la proportion des dépenses internationales et nationales (secteur public) consacrées au traitement de 2007 à 2011, le financement international représentait plus de la moitié des dépenses pour 59 d'entre eux et plus de 75 % pour 43.

Figure 4.4

Part des dépenses de soin et de traitement provenant de l'aide internationale, pays à revenu faible et intermédiaire, 2007–2011



Source : rapports d'activité remis par les pays 2012 (www.unaids.org/cpr).

TRAITER 15 MILLIONS DE PERSONNES CONTRE LE VIH D'ICI 2015 : CAP SUR 2015

Au rythme actuel auquel l'élargissement et l'intensification des programmes de traitement évoluent chaque année, il est tout à fait possible d'assurer une thérapie antirétrovirale à 15 millions de personnes d'ici 2015. Cependant, des efforts supplémentaires seront nécessaires afin d'améliorer l'efficacité et l'efficacité des programmes de traitement et ainsi atteindre cet objectif.

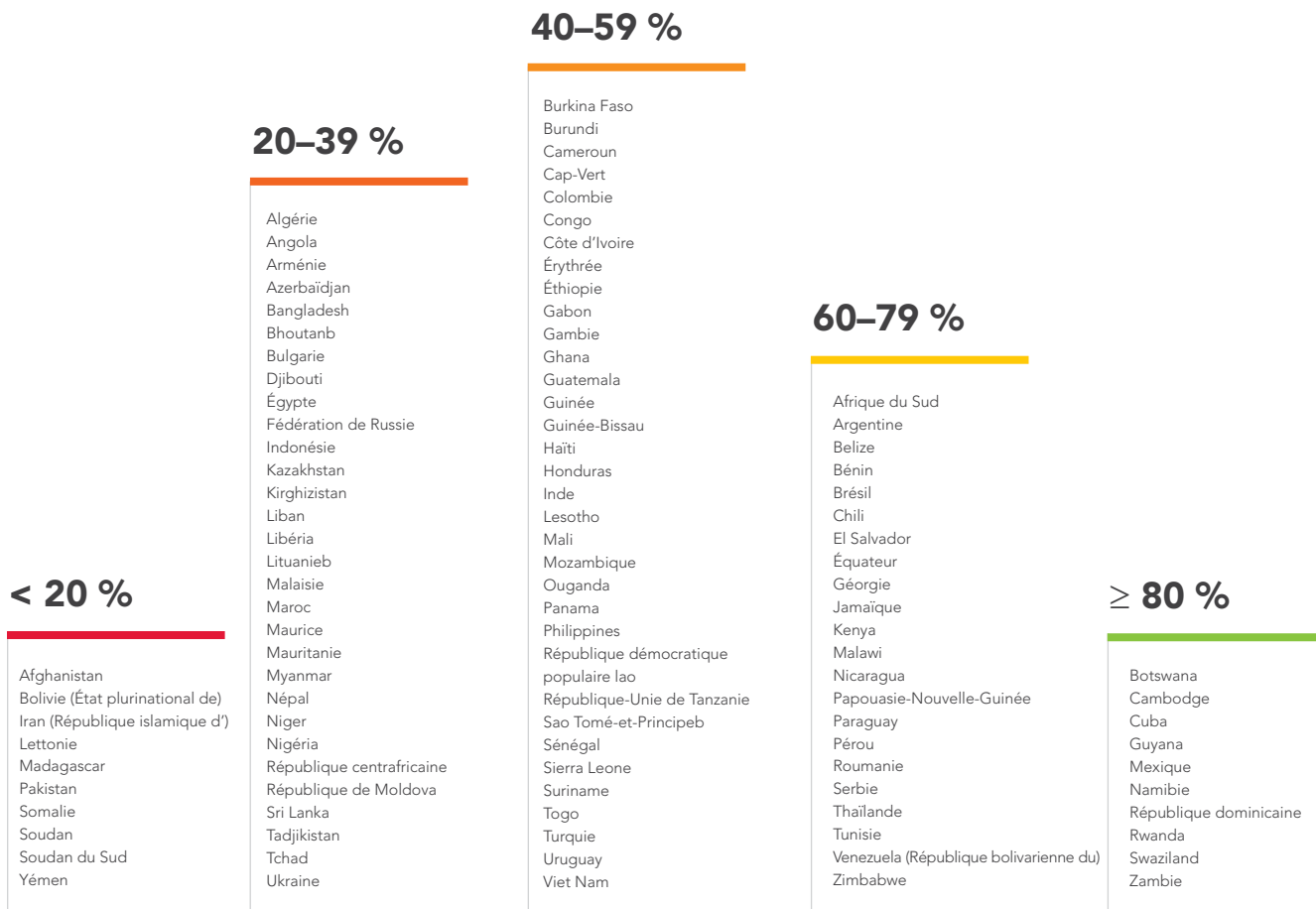
L'optimisation des avantages thérapeutiques et préventifs du traitement nécessite de parvenir à combler les lacunes observées dans le continuum du traitement. Les personnes vivant avec le VIH doivent être diagnostiquées dès le début de l'infection grâce à des services de dépistage simples et faciles d'accès. Celles qui s'avèrent séropositives doivent bénéficier de soins facilement accessibles et faire rapidement l'objet d'un bilan. De plus, il est impératif de démarrer la thérapie antirétrovirale en temps opportun, de maintenir les patients sous thérapie et de les encourager à observer les traitements prescrits. Les systèmes d'approvisionnement des médicaments doivent gagner en fiabilité et les programmes, mieux exploiter les possibilités de compléter le traitement par d'autres programmes (par exemple, conseils et tests de dépistage pour les couples, initiatives en faveur de la circoncision médicale volontaire masculine et thérapie de substitution aux opiacés). Les communautés devront s'engager plus avant dans le soutien des initiatives de traitement.

Il est impératif de réduire davantage le coût de la thérapie antirétrovirale, en particulier pour les traitements de deuxième et de troisième intention qui seront de plus en plus demandés dans les années à venir. Les stratégies de gestion de la propriété intellectuelle axées sur les objectifs de santé publique, comme l'utilisation complète, le cas échéant, de la souplesse des conditions des réglementations internationales, telles que l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (géré par l'Organisation mondiale du Commerce), sont amenées à jouer un rôle fondamental. Dans les accords de libre-échange, les acteurs internationaux doivent éviter les dispositions susceptibles de réduire l'accès à des médicaments et des technologies de santé abordables et vitaux.

Il est nécessaire de continuer à améliorer la couverture du traitement chez les enfants, en particulier les plus jeunes et les plus vulnérables. Dans les environnements à forte prévalence, il est également nécessaire de cibler davantage d'hommes afin que ceux-ci puissent bénéficier de tests de dépistage du VIH et de services de traitement, à un stade plus précoce. Les systèmes de santé doivent mieux répondre aux besoins des populations vulnérables. Il est indispensable de renforcer les systèmes de communication des informations de santé pour pouvoir suivre le taux d'observance du traitement par âge et par sexe. Enfin, il est nécessaire d'intensifier les recherches sur la mise en œuvre et de tenir compte des enseignements tirés dans les diverses parties du monde, afin de pouvoir accélérer la prochaine phase du traitement contre le VIH (Tableau 4.1).

Tableau 4.1

Proportion des personnes admissibles au traitement bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale dans une sélection de pays à revenu faible et intermédiaire à la fin de l'année 2011^a



^a Le tableau n'inclut pas les pays dont le nombre de personnes nécessitant une thérapie antirétrovirale est inférieur à 100.

^b Pays dont les besoins estimés en matière de thérapie antirétrovirale sont inférieurs à 1 000 personnes. Il est impératif d'interpréter avec prudence les données correspondant à ces pays dans la mesure où il existe des zones d'incertitude concernant les estimations.

Source : estimations de l'ONUSIDA.

5 TUBERCULOSE ET VIH

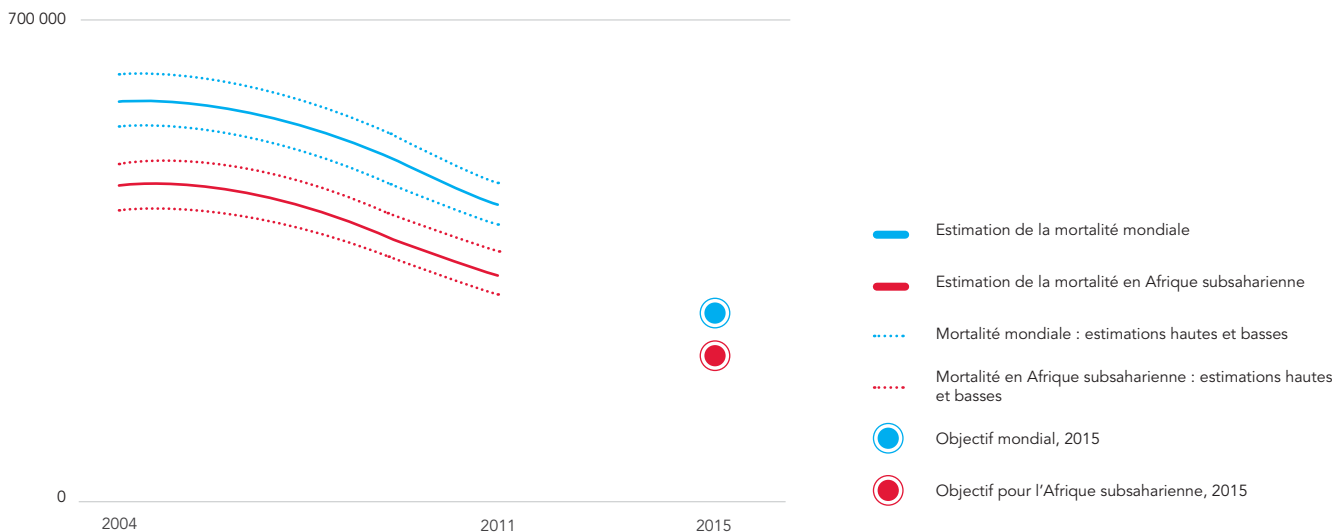
Des progrès majeurs ont été réalisés en vue de réduire le nombre de décès liés à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH et ainsi atteindre l'objectif mondial, qui prévoit une réduction de 50 % d'ici à 2015. Depuis 2004, ce nombre a diminué de 25 % à l'échelle mondiale (Figure 5.1) et de 28 % en Afrique subsaharienne, région qui concentre près de 80 % de l'ensemble des personnes vivant à la fois avec la tuberculose et le VIH. Selon l'OMS, l'élargissement et l'intensification des activités conjointes de lutte contre le VIH et la tuberculose ont permis d'éviter le décès lié au VIH d'environ 1,3 million de personnes entre 2005 et 2011.

En 2011, sur les quelque 8,7 millions de personnes dans le monde ayant contracté la tuberculose et vivant avec le VIH, 1,1 million (soit 13 %) vivait avec le virus. Parmi les personnes atteintes de tuberculose qui ont reçu les résultats du test de dépistage du VIH, 23 % étaient séropositives en 2011 (Tableau 5.1) (1).

Plusieurs mesures essentielles s'imposent afin de s'appuyer sur les progrès récents et d'atteindre l'objectif mondial en réduisant de moitié le nombre de décès liés à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH.

Figure 5.1

Nombre estimé de décès liés à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH, 2004–2011



Source : Rapport 2012 sur la lutte contre la tuberculose dans le monde. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012 (www.who.int/tb/publications/global_report/fr/index.html).



En soignant les systèmes immunitaires affaiblis par l'infection à VIH, la thérapie antirétrovirale diminue considérablement le risque de développer et de succomber à la tuberculose. Il est donc impératif de poursuivre de toute urgence l'élargissement et l'intensification de la thérapie antirétrovirale précoce afin de prévenir la tuberculose et d'améliorer les résultats du traitement antituberculeux chez les personnes vivant avec le VIH. Selon une méta-analyse de 2011 (2), la thérapie antirétrovirale réduit de 65 % le risque de tuberculose chez cette catégorie de personnes. Toutes les personnes vivant avec le VIH et la tuberculose devraient démarrer une thérapie antirétrovirale dans les plus brefs délais, indépendamment de leur numération de CD4.

Tableau 5.1

Dépistage du VIH, traitement des personnes vivant avec le VIH et la tuberculose et prévention de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH, par région, 2011 (nombres exprimés en milliers sauf indication contraire)

	Nombre estimé de personnes vivant avec le VIH et atteintes de tuberculose (en milliers)			Nombre de personnes atteintes de tuberculose dont le statut VIH est connu (en milliers)	Pourcentage de personnes atteintes de tuberculose dont le cas a été signalé et ayant fait l'objet d'un test de dépistage du VIH	Pourcentage de personnes atteintes de tuberculose et ayant fait l'objet d'un test qui vivent avec le VIH	Pourcentage de personnes identifiées comme vivant avec le VIH et la tuberculose qui démarrent une thérapie antirétrovirale	Nombre de personnes vivant avec le VIH qui ont fait l'objet d'un test de dépistage de la tuberculose
	Estimations optimales	Estimations basses	Estimations hautes					
Caraïbes	6,2	5,4	7,2	14 248	71	20	31	2 341
Asie de l'Est	13	9,2	18	227 528	21	2,1	36	179 946
Europe orientale et Asie centrale	20	17	22,4	169 870	60	6,8	42	8 245
Amérique latine	29	26	32	101 272	50	17	70	312
Moyen-Orient et Afrique du Nord	7,3	6,4	8,3	26 636	19	4,8	57	974
Amérique du Nord	1	0,9	1,2	9 056	76	8,3	ND	ND
Océanie	2,2	1,4	3,2	6 432	33	8,7	67	2 182
Asie du Sud et du Sud-Est	164	140	190	882 810	30	7,1	58	448 468
Afrique subsaharienne	874	800	951	1 005 082	69	46	46	2 798 326
Europe occidentale et centrale	2,7	2,4	2,9	25 436	30	3,5	81	928
TOTAL	1 100	1 000	1 200	2 468 370	40	23	48	3 441 722

ND : donnée(s) non disponible(s).

Source : Rapport 2012 sur la lutte contre la tuberculose dans le monde. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012 (www.who.int/tb/publications/global_report/fr/index.html).

48 %

**ONT BÉNÉFICIÉ
D'UN TRAITEMENT
CONTRE LE VIH**

**Moins de la moitié de
l'ensemble des personnes
vivant avec la tuberculose et
le VIH ont bénéficié d'une
thérapie antirétrovirale
en 2011.**

À l'échelle mondiale en 2011, moins de la moitié (48 %) des personnes séropositives vivant avec la tuberculose et disposant des résultats documentés du test de séropositivité ont bénéficié d'une thérapie antirétrovirale (Tableau 5.1). En Afrique subsaharienne, seules 46 % des personnes vivant avec le VIH et la tuberculose ont entamé un traitement contre le VIH. Sur les 41 pays lourdement touchés par l'infection à VIH et la tuberculose (soit 97 % du nombre total estimé de personnes vivant avec ces deux maladies (3)), seuls 6 dénombrent plus de 75 % de personnes séropositives vivant avec la tuberculose et disposant de résultats documentés du test de séropositivité, qui bénéficient d'une thérapie antirétrovirale : l'Angola, le Brésil, le Cambodge, le Myanmar, le Rwanda et le Soudan (Tableau 5.2) (1).

Un diagnostic rapide du VIH étant nécessaire pour assurer l'efficacité du traitement, et parfois la survie, la montée en puissance du dépistage de VIH effectué par les personnes atteintes de tuberculose est encourageante. De 2010 à 2011, leur proportion a augmenté, passant de 33 % à 40 %. 2,46 millions de personnes atteintes de tuberculose ont subi un dépistage du VIH en 2011.

Les taux de dépistage en 2011 étaient plus élevés (45 %) dans les 41 pays lourdement touchés par l'infection à VIH et la tuberculose, soit près de 90 % des personnes atteintes de tuberculose faisant l'objet d'un test de dépistage. La région africaine de l'OMS affichait un pourcentage de 69 %. Bien qu'ils soient nombreux à accuser un retard dans ce domaine, la moitié des pays a fourni des tests de dépistage à au moins 75 % du nombre total de personnes atteintes de tuberculose en 2011. Le Myanmar a communiqué des taux de couverture élevés de la thérapie antirétrovirale chez les personnes vivant avec le VIH mais ces résultats sont remis en cause par les faibles taux de dépistage chez les personnes atteintes de tuberculose (Tableau 5.2) (1).

Parmi les personnes vivant avec le VIH, 3,2 millions ont déclaré avoir fait l'objet d'un test de dépistage de la tuberculose. 460 000 personnes vivant avec le VIH, qui ne sont pas atteintes de tuberculose active, ont bénéficié d'un traitement préventif à l'isoniazide. Le dépistage de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH a presque doublé en Afrique du Sud tandis que le nombre de personnes vivant avec le VIH et bénéficiant d'une thérapie préventive de la tuberculose a été multiplié par près de 3, passant de 146 000 en 2010 à 373 000 en 2011 (1).

Les progrès récents sont certes encourageants mais il est nécessaire de mettre en place des initiatives supplémentaires afin de renforcer la riposte aux épidémies concomitantes de VIH et de tuberculose. Le dépistage du VIH chez toutes les personnes atteintes de tuberculose fournit un point d'entrée essentiel aux soins. De même, l'élargissement et l'intensification de la stratégie des « trois i » dans les domaines du VIH et de la tuberculose (intensification de la recherche de cas de tuberculose ; traitement préventif à l'isoniazide ; lutte contre l'infection tuberculeuse (3)) ainsi que le démarrage d'une thérapie antirétrovirale précoce sont des composantes fondamentales des programmes de VIH pour prévenir et réduire l'impact de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH. Les patients soignés pour le VIH doivent faire l'objet d'un test de dépistage de la tuberculose. Les personnes qui ne sont pas atteintes de tuberculose active doivent bénéficier d'un traitement préventif à l'isoniazide. Les personnes vivant avec le VIH atteintes de tuberculose active doivent recevoir une thérapie antirétrovirale indépendamment de leur numération de CD4. Les établissements de soins du VIH devront garantir des mesures adaptées de lutte contre l'infection tuberculeuse afin d'en

limiter la transmission et de garantir un environnement plus sûr pour les patients et le personnel de santé. Il est nécessaire de renforcer le signalement des cas ainsi que le suivi des progrès des activités conjointes de lutte contre le VIH et la tuberculose par les parties prenantes de la riposte au VIH au moyen d'indicateurs harmonisés (4, 5) et de systèmes de suivi des patients recommandés à l'échelle internationale (6).

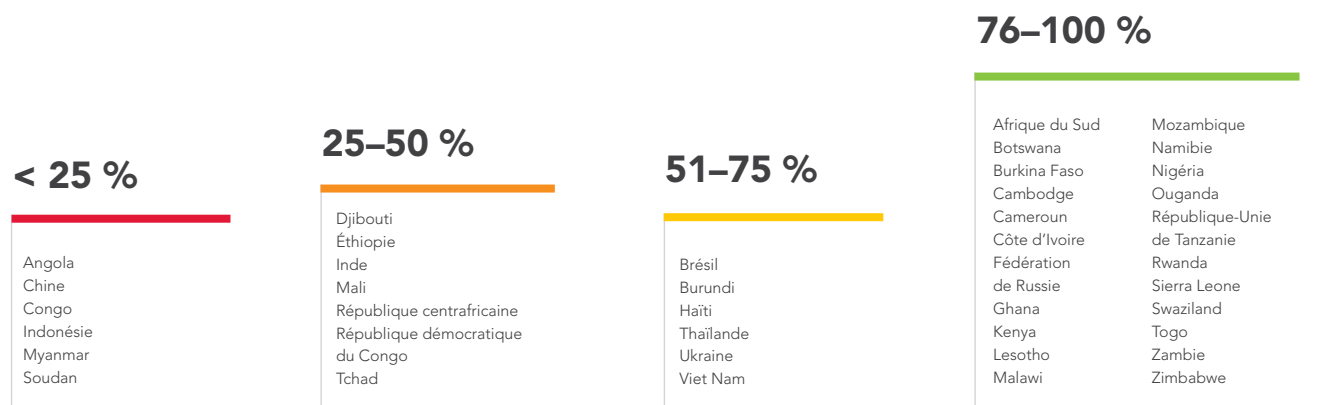
Tableau 5.2

Pourcentage de personnes atteintes de tuberculose démarrant une thérapie antirétrovirale et pourcentage de personnes atteintes de tuberculose dont le cas a été signalé et ayant fait l'objet d'un test de dépistage du VIH dans les 41 pays lourdement touchés par le VIH et la tuberculose, qui disposent de données

POURCENTAGE DE PERSONNES IDENTIFIÉES COMME VIVANT AVEC LE VIH ET LA TUBERCULOSE QUI ONT DÉMARRÉ UNE THÉRAPIE ANTIRETROVIRALE



POURCENTAGE DE PERSONNES ATTEINTES DE TUBERCULOSE DONT LE CAS A ÉTÉ SIGNALÉ, AYANT FAIT ÉGALEMENT L'OBJET D'UN TEST DE DÉPISTAGE DU VIH



Source : rapports d'activité remis par les pays 2012 (www.unaids.org/cpr)

6 RESSOURCES ET DÉPENSES

Alors que les dépenses consacrées à la riposte au VIH ont augmenté de 11 % par rapport à 2010, des signes encourageants ont été observés en 2011 lors des efforts déployés pour tenter de combler le déficit des ressources mondiales destinées à la lutte contre le sida. En particulier, il convient de noter que les pays à revenu faible et intermédiaire ont augmenté de 15 % leurs dépenses consacrées à la riposte au VIH, les dépenses nationales représentant pour la première fois la majorité des dépenses totales. Cependant, les investissements mondiaux dans le domaine du VIH ont atteint au total 16,8 milliards de dollars US en 2011 alors que l'objectif mondial des dépenses annuelles consacrées à la riposte au VIH en 2015 s'échelonne de 22 à 24 milliards de dollars US.

SUIVI DES DÉPENSES EN MATIÈRE DE VIH

En 2012, 127 pays (dont 112 pays à revenu faible et intermédiaire) ont communiqué leurs dépenses en matière de VIH (Tableau 6.1). L'Asie de l'Est, l'Amérique centrale, l'Amérique du Sud ainsi que l'Europe orientale et l'Asie centrale ont enregistré les taux les plus élevés : plus de 80 % des pays ont fourni des données sur leurs dépenses dans ce domaine.

L'exhaustivité des rapports sur le financement national varie d'un pays à l'autre. Sur les 127 pays concernés, 11 seulement ont communiqué leurs dépenses totales en matière de VIH, négligeant de les différencier par catégorie. En 2012, 81 pays à revenu faible et intermédiaire ont communiqué les dépenses consacrées à la thérapie antirétrovirale (le même nombre qu'en 2010) tandis que 79 ont communiqué des données sur les dépenses relatives aux services visant à éliminer les nouvelles infections chez les enfants (en augmentation de 6 %).

RESSOURCES DISPONIBLES POUR LES PROGRAMMES DE VIH DANS LES PAYS À REVENU FAIBLE ET INTERMÉDIAIRE

Les pays à revenu faible et intermédiaire sont les acteurs principaux de l'augmentation mondiale des dépenses consacrées à la riposte au VIH. Bien que le financement international stagne depuis le début du ralentissement économique mondial, les dépenses nationales ne cessent d'augmenter. Les dépenses nationales publiques et privées en matière de VIH ont augmenté dans les pays à revenu faible et intermédiaire, passant de 3,9 milliards de dollars US en 2005 à près de 8,6 milliards de dollars US en 2011 (Figure 6.1). Cette augmentation des dépenses nationales entraîne non seulement un apport de fonds indispensables aux programmes de VIH, mais témoigne aussi clairement d'une plus grande appropriation des ripostes nationales au sida de la part des pays.



Tableau 6.1

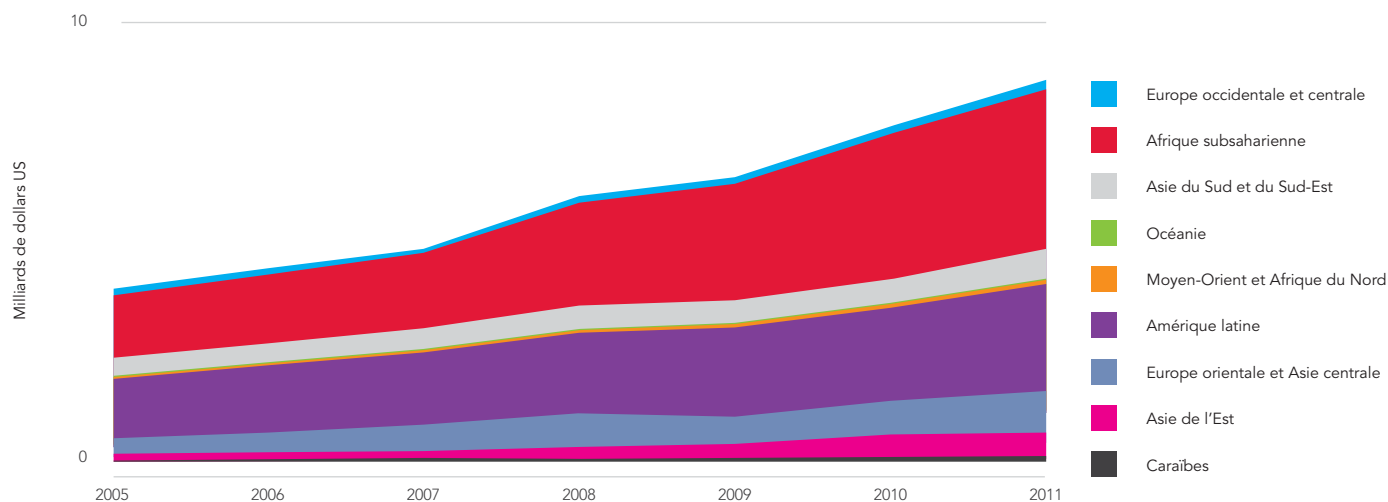
Déclaration des dépenses en matière de sida en 2012

	Nombre de pays	Pays déclarants	Pays non déclarants	Taux de réponse
Europe orientale et Asie centrale	12	10	2	83 %
Amérique centrale et du Sud	19	17	2	89 %
Asie du Sud et du Sud-Est	19	15	4	79 %
Afrique subsaharienne	46	35	11	76 %
Caraïbes	13	9	4	69 %
Océanie	14	11	3	79 %
Moyen-Orient et Afrique du Nord	20	14	6	70 %
Asie de l'Est	5	5	0	100 %
Europe occidentale et centrale	42	11	31	26 %
Amérique du Nord	2	0	2	0 %
TOTAL	192	127	65	66 %

Source : rapports d'activité remis par les pays 2012 (www.unaids.org/cpr)

Figure 6.1

Ressources nationales publiques et privées disponibles en matière de lutte contre le VIH dans les pays à revenu faible et intermédiaire en milliards de dollars US, 2005–2011



Source : estimations de l'ONUSIDA.

QUI FINANCE LA RIPOSTE AU SIDA ?

Malgré l'importance accrue des dépenses nationales, les contributions des donateurs continuent de jouer un rôle essentiel dans le financement de la riposte au sida, en particulier dans les pays à revenu faible et intermédiaire (Figure 6.2).

Les pays à revenu intermédiaire sont de plus en plus nombreux à assumer un rôle plus important dans le financement de leurs ripostes nationales. L'Afrique du Sud, par exemple, a multiplié par 5 ses dépenses nationales en matière de VIH entre 2006 et 2009 tandis que celles du Botswana ont plus que doublé entre 2006 et 2011. Pourtant, de nombreux pays à revenu intermédiaire de tranche supérieure n'assument pas encore complètement la responsabilité du financement de leur riposte au sida. En effet, la moitié de ces pays ont recours aux donateurs extérieurs, lesquels financent 50 %, voire plus, des programmes de VIH destinés aux populations clés plus exposées au risque d'infection.

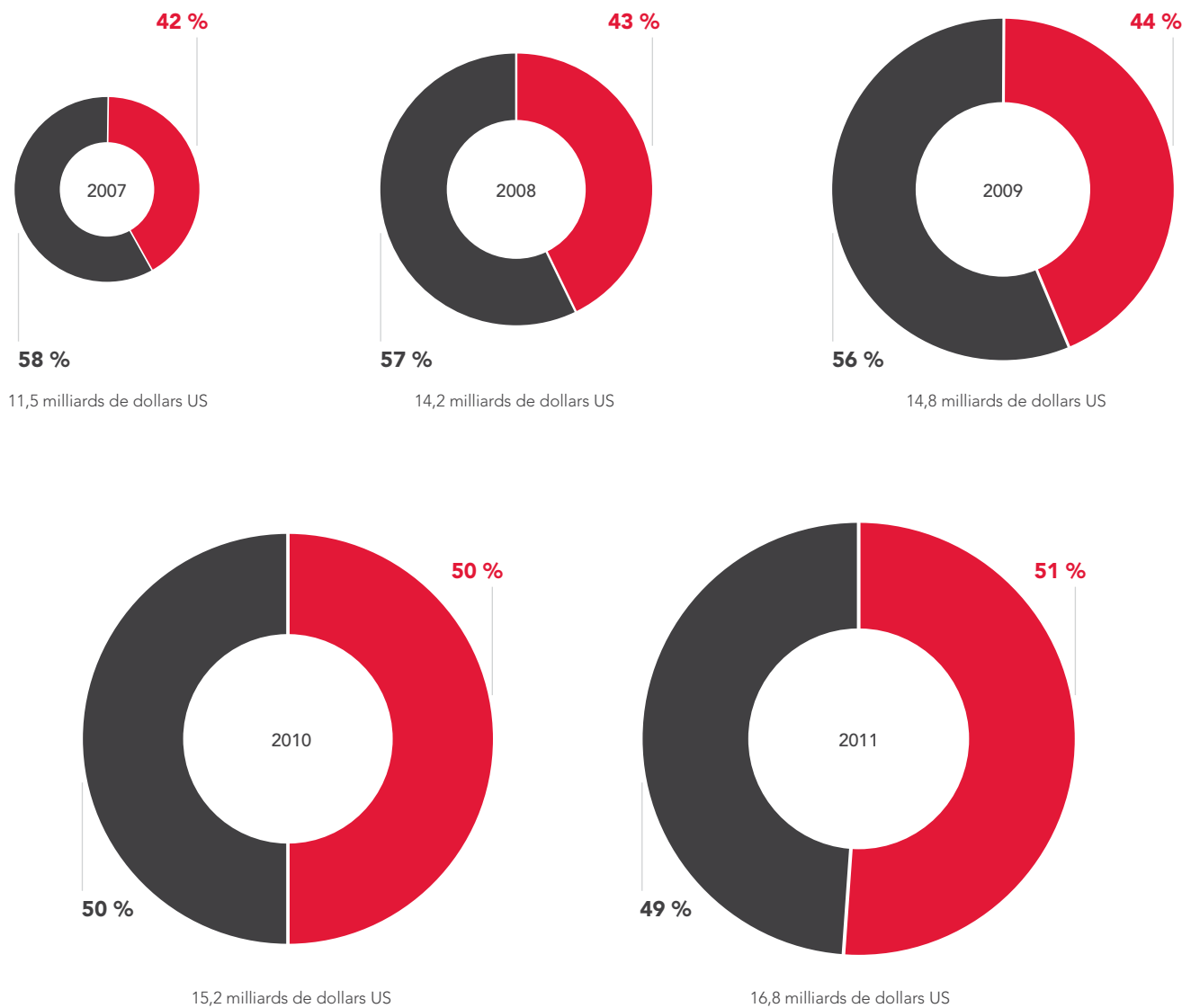
Pour l'année 2012, le budget national de la Zambie en matière de santé a augmenté de 45 % par rapport à 2011. Cependant, la part totale des dépenses publiques allouées à la santé est loin de l'objectif de 15 % fixé par la Déclaration d'Abuja (1).

Certains pays à faible revenu ont également pris des mesures importantes afin d'accroître les investissements nationaux en matière de VIH : le Kenya a multiplié par 2 ses dépenses nationales dans ce domaine entre 2008 et 2010, de même que le Togo (entre 2007 et 2010) et le Rwanda (entre 2006 et 2009).

Bien que les investissements nationaux en faveur des programmes de VIH aient augmenté, de nombreux pays dépendent encore largement de l'aide internationale. Globalement, les sources internationales ont contribué à hauteur de 36 % aux 9,4 milliards de dollars consacrés à la lutte contre le VIH dans les 107 pays à revenu faible et intermédiaire qui ont communiqué ces données au cours de la période 2006–2011. Parmi ces pays, 82 ont bénéficié, de la part de sources internationales, d'un financement de plus de 25 % de leurs dépenses totales. 61 ont notamment reçu de l'étranger plus de la moitié de leurs fonds en matière de lutte contre le VIH et 38,75 % minimum. Sur les 33 pays d'Afrique subsaharienne disposant de données sur le financement international pour la période 2009–2011, 26 ont reçu de la part de sources internationales plus de la moitié de leurs fonds en matière de lutte contre le VIH, 19 pays notamment ont dépendu des donateurs extérieurs à hauteur de 75 % minimum (Tableau 6.2).

Figure 6.2

Ressources disponibles en matière de lutte contre le VIH dans les pays à revenu faible et intermédiaire en milliards de dollars US, 2007–2011



- Ressources nationales (publiques et privées)
- Ressources internationales

Source : estimations de l'ONUSIDA.

Tableau 6.2

Pourcentage du financement en matière de lutte contre le VIH provenant de sources internationales dans les pays déclarants à revenu faible et intermédiaire, année la plus récente^a

≥ 75 %

- Afghanistan 2011
- Bangladesh 2011
- Bolivie (État plurinational de) 2011
- Burkina Faso 2010
- Burundi 2010
- Cambodge 2009
- Cap-Vert 2011
- Côte d'Ivoire 2009
- Djibouti 2011
- Fidji 2011
- Ghana 2010
- Guinée 2011
- Guinée-Bissau 2010
- Haïti 2011
- Îles Salomon 2011
- Kenya 2010
- Kiribati 2011
- Libéria 2011
- Malawi 2011
- Mali 2010
- Micronésie (États fédérés de) 2011
- Myanmar 2011
- Népal 2009
- Niger 2011
- Papouasie-Nouvelle-Guinée 2010
- République centrafricaine 2011
- République démocratique du Congo 2010
- République démocratique populaire lao 2011
- Rwanda 2009
- Sao Tomé-et-Principe 2011
- Sierra Leone 2009
- Soudan 2009
- Tadjikistan 2011
- Tunisie 2011
- Tuvalu 2011
- Vanuatu 2011
- Viet Nam 2010
- Zimbabwe 2011

50–74 %

- Arménie 2011
- Bélarus 2011
- Belize 2010
- Bénin 2010
- Cameroun 2010
- Tchad 2011
- Congo 2010
- Géorgie 2011
- Indonésie 2010
- Jamaïque 2010
- Kirghizistan 2011
- Madagascar 2011
- Mongolie 2011
- Nicaragua 2010
- Nigéria 2010
- Pakistan 2010
- Palaos 2011
- République de Moldova 2011
- Saint-Vincent-et-les Grenadines 2011
- Suriname 2011
- Swaziland 2009
- Togo 2010
- Yémen 2011

25–49 %

- Angola 2011
- Antigua-et-Barbuda 2011
- Azerbaïdjan 2011
- Bulgarie 2011
- Gabon 2011
- Grenade 2011
- Guatemala 2010
- Honduras 2010
- Jordanie 2011
- Liban 2011
- Îles Marshall 2011
- Maurice 2010
- Maroc 2011
- Namibie 2010
- Pérou 2010
- Philippines 2011
- Samoa 2011
- Sri Lanka 2010
- Ex-République yougoslave de Macédoine 2010
- Ukraine 2010
- Ouzbékistan 2011

< 25 %

- Algérie 2011
- Argentine 2009
- Botswana 2011
- Brésil 2010
- Chili 2010
- Chine 2011
- Colombie 2011
- Costa Rica 2010
- Cuba 2011
- République populaire démocratique de Corée 2011
- Équateur 2010
- El Salvador 2010
- Iran (République islamique d') 2009
- Kazakhstan 2011
- Lettonie 2011
- Lituanie 2011
- Malaisie 2011
- Mexique 2009
- Panama 2010
- Roumanie 2011
- Seychelles 2011
- Afrique du Sud 2009
- République arabe syrienne 2011
- Thaïlande 2011
- Venezuela (République bolivarienne du) 2011

^a Ce tableau répertorie uniquement les pays qui ont communiqué une participation aux contributions internationales pour 2009–2011. Les pourcentages indiqués ne prennent pas en compte le financement privé en matière de lutte contre le VIH car seuls quelques pays disposent de ces données.

Source : rapports d'activité remis par les pays 2012 (www.unaids.org/cpr).

L'augmentation des dépenses nationales a indéniablement contribué à réduire le déficit des ressources consacrées à la riposte au sida. Cependant, le soutien solide et infaillible des donateurs demeurera un élément crucial pour atteindre les objectifs mondiaux en matière de sida. Ce constat s'applique particulièrement aux pays à faible revenu qui, à court terme, continueront probablement de dépendre des donateurs. Les pays à faible revenu où il existe une forte prévalence de l'infection à VIH n'auraient pas la capacité nécessaire pour combler totalement les déficits de ressources générés par la réduction de l'aide internationale, qui est pour eux essentielle. Ces pays incluent le Kenya, le Malawi, le Mozambique, l'Ouganda, la République centrafricaine et le Zimbabwe.

OPTIMISER L'UTILISATION STRATÉGIQUE DES RESSOURCES LIMITÉES

L'approche d'investissement¹ vise à promouvoir et maximiser l'utilisation stratégique des ressources limitées en matière de lutte contre le sida en allouant les dépenses à six activités programmatiques de base², aux facteurs déterminants pour la réussite des activités de riposte ainsi qu'aux initiatives promouvant une synergie avec des secteurs de développement plus larges. Selon les données de 100 pays détaillant les dépenses consacrées aux activités définies comme des activités programmatiques de base axées sur les personnes, il est nécessaire de d'appuyer le financement des services visant à éliminer les nouvelles infections chez les enfants ainsi que des programmes de prévention en faveur des populations clés plus exposées au risque d'infection. L'objectif est d'assurer des investissements plus efficaces dans le domaine du VIH d'ici à 2015 (Figure 6.3). Il est impératif d'augmenter les investissements dans tous les domaines d'ici à 2015, les programmes de prévention étant particulièrement touchés par l'insuffisance des financements. Les dépenses proportionnelles doivent être multipliées par 2,9 pour les programmes de prévention de nouvelles infections à VIH chez les enfants, par 3 pour les programmes de circoncision médicale volontaire masculine et par 4 pour les programmes en faveur des populations clés plus exposées au risque d'infection.

En 2012, l'ONUSIDA a travaillé conjointement avec au moins 49 pays afin d'évaluer les priorités en matière de dépenses nationales, l'objectif étant de mettre en œuvre un plus grand nombre de programmes efficaces dans le domaine du VIH.

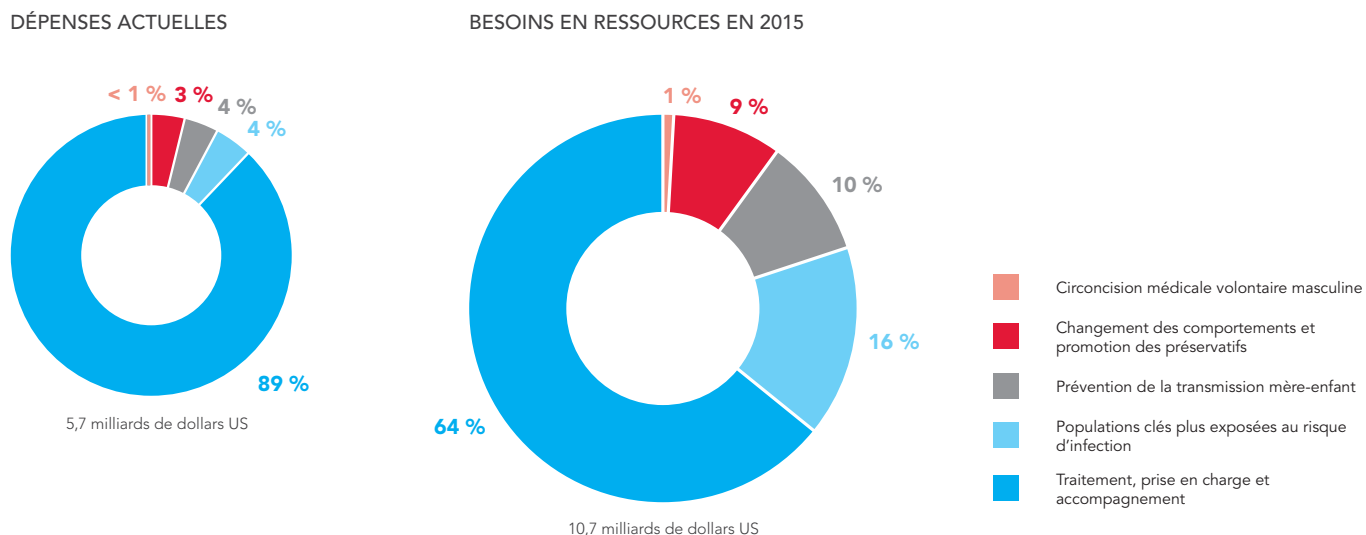
L'optimisation des ressources consiste en particulier à optimiser de façon stratégique l'impact et la rentabilité en concentrant les ressources limitées au profit des régions les plus gravement touchées par l'épidémie et des populations qui en ont le plus besoin. L'allocation des dépenses varie d'une région et d'un pays à l'autre en fonction du type d'épidémie. Dans certains contextes, des investissements plus stratégiques nécessitent de consacrer une plus grande part des dépenses de prévention à la population générale.

¹ En 2012, l'ONUSIDA a élaboré un nouvel Outil d'investissement destiné à développer une riposte plus stratégique et plus efficace au sida. Il est conseillé aux pays d'adapter cette approche aux conditions nationales (2).

² Dans le cadre de l'Outil d'investissement, les activités programmatiques de base incluent les éléments suivants : programmes destinés aux populations clés plus exposées au risque d'infection ; élimination des nouvelles infections chez les enfants ; programmes de changement des comportements ; promotion et distribution de préservatifs ; traitement, prise en charge et accompagnement des personnes vivant avec le VIH ; et circoncision médicale volontaire masculine dans les pays à forte prévalence de l'infection à VIH et à faible taux de circoncision.

Figure 6.3

Dépenses proportionnelles consacrées aux activités programmatiques de base axées sur la personne, dans 100 pays à revenu faible et intermédiaire : dépenses actuelles et projections pour 2015 selon l’Outil d’investissement

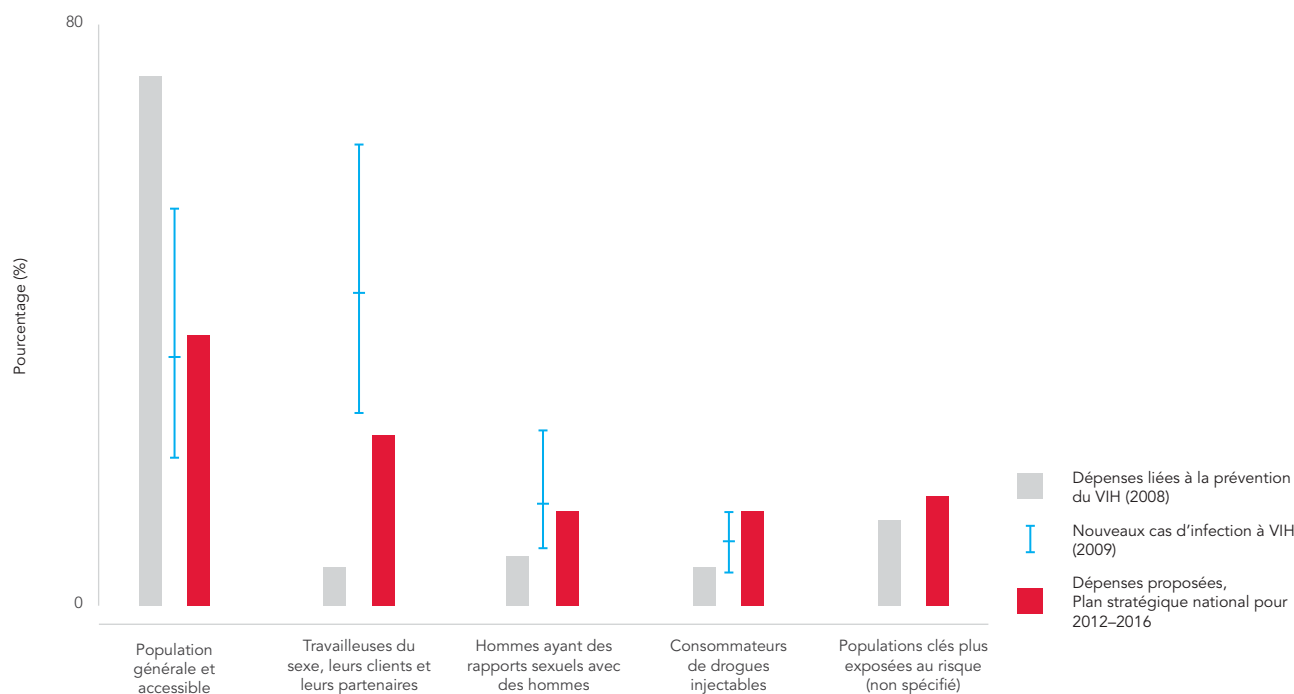


Sources : rapports d'activité remis par les pays 2012 (www.unaids.org/cpr) et Schwartländer B et al. Towards an improved investment approach for an effective response to HIV/AIDS. *Lancet*, 2011, 377:2031–2041.

Dans d'autres pays, il est nécessaire de se concentrer sur les populations clés qui représentent la plus large proportion des personnes nouvellement infectées. Le Maroc, par exemple, a utilisé des informations stratégiques afin d'optimiser l'allocation des ressources. La répartition des personnes nouvellement infectées par le VIH a été comparée, en fonction du mode de transmission, à l'historique récent des dépenses afin de pouvoir ajuster la planification des interventions de prévention à venir (Figure 6.4). L'analyse des modes de transmission a indiqué que les rapports sexuels tarifés non protégés, les rapports sexuels entre les hommes et le partage de matériel d'injection contaminé étaient les principaux facteurs de l'épidémie du VIH au Maroc. La comparaison avec l'historique des dépenses a révélé que, dans ce pays, la répartition des dépenses consacrées à la prévention du VIH en 2008 ne correspondaient pas à celle des personnes nouvelles infectées par le VIH. Les projections relatives aux besoins en ressources pour les futures interventions de prévention ont donc été révisées. Le Plan stratégique national 2012–2016 pour le Maroc propose désormais d'allouer 63 % des ressources en matière de lutte contre le sida aux interventions de prévention parmi les populations clés plus exposées au risque d'infection. Ce chiffre était auparavant de 25 %, selon l'évaluation des dépenses de 2008.

Figure 6.4

Réaffectation des ressources vers les programmes ciblant les populations clés plus exposées au risque d'infection à VIH au Maroc



Source : *Modes de transmission du VIH au Maroc*. Rabat, ministère de la Santé du Maroc, Programme national de lutte contre les IST et le VIH, 2010.

COMBLER LE DÉFICIT DES RESSOURCES : CAP SUR 2015

La communauté internationale devra agir sur plusieurs fronts afin de pouvoir mobiliser les 22 à 24 milliards de dollars US annuels prévus en faveur de la riposte au sida. En plus de s'assurer que les dépenses en matière de VIH se concentrent sur les investissements efficaces, les pays doivent prendre les mesures nécessaires pour accroître davantage leurs dépenses nationales, notamment en développant des sources de financement innovantes et durables dans le domaine de la lutte contre le sida. Il est impératif d'intensifier les efforts afin d'améliorer l'efficacité des dépenses dans ce domaine grâce à divers moyens tels que la réalisation de gains de productivité, la réduction accrue des coûts des médicaments antirétroviraux, l'intégration des services et l'amélioration des prestations de services. La croissance économique dans les pays à revenu faible et intermédiaire peut contribuer à élargir la marge de manœuvre budgétaire pour les investissements en matière de VIH. De plus, il faut continuer d'encourager les pays émergents à participer aux financements internationaux de riposte au sida. Dans le contexte actuel de responsabilité partagée et de solidarité mondiale, les donateurs internationaux doivent également respecter leur engagement et aider à combler le déficit des ressources au profit des pays qui en ont besoin. Deux conditions sont indispensables pour que les pays atteignent leur objectif de 2015 : appliquer l'approche d'investissement et travailler dans un cadre de responsabilité partagée.

7 ÉGALITÉ DES SEXES ET RIPOSTE AU VIH

Dans la Déclaration politique sur le VIH/sida de 2011, les pays se sont engagés à éliminer les inégalités fondées sur le sexe ainsi que la maltraitance et la violence sexistes et d'accroître la capacité des femmes et des filles à se protéger du VIH. L'insuffisance des ressources allouées aux initiatives visant à traiter les dimensions sexospécifiques de l'épidémie ainsi que la persistance de la violence sexiste continuent de saper les efforts déployés afin d'atteindre plus rapidement cet objectif. Cependant, les expériences tirées de milieux divers ont démontré qu'il est possible de mettre fin aux inégalités fondées sur le sexe, de lutter contre la violence sexiste et de permettre aux femmes et aux filles de bénéficier des services dont elles ont besoin. Ces expériences contribuent à stimuler et aiguiller la lutte contre le sida.

L'INÉGALITÉ DES SEXES, ÉLÉMENT MOTEUR DE L'ÉPIDÉMIE DE VIH

Dans toutes les régions, le VIH continue de faire des ravages chez les femmes et les filles. En Afrique subsaharienne, par exemple, région la plus gravement touchée par le VIH, les femmes représentent 58 % des personnes vivant avec le VIH et constituent la majorité des patients pris en charge.

Le statut socio-économique et politique plus faible attribué aux femmes, notamment l'inégalité d'accès à l'éducation et à l'emploi, ainsi que la peur ou l'expérience de la violence, aggravent leur vulnérabilité physiologique au VIH, plus grande que celle des hommes. En raison des déséquilibres de pouvoir social et économique existant entre les sexes ainsi que des restrictions associées en matière d'accès aux services, de nombreuses femmes et filles décident rarement des conditions de leurs rapports sexuels, ne peuvent pas toujours exiger de leur partenaire le port du préservatif ou prendre les mesures nécessaires pour se protéger elles-mêmes du VIH.

En encourageant un comportement à haut risque et en les dissuadant de recourir aux services de santé sexuelle ou de reconnaître leur manque de connaissances en matière de VIH, les normes sexistes accroissent également la vulnérabilité des hommes (1). De plus, la stigmatisation et la discrimination envers les transsexuels rendent également ceux-ci très vulnérables au virus et les empêchent d'accéder aux services de lutte contre le VIH et à des moyens de subsistance sûrs.

GARANTIR UN ACCÈS ÉQUITABLE AUX SERVICES

Bien que la disponibilité accrue des services de dépistage et de prévention du VIH dans les centres de soins prénatals offre aux femmes un point d'entrée aux services de lutte contre le VIH, l'accès global à ces services demeure insuffisant pour les femmes enceintes



vivant avec le virus ainsi que pour leurs partenaires masculins. Alors que 57 % des femmes enceintes vivant avec le VIH dans les pays à revenu faible et intermédiaire ont bénéficié d'une prophylaxie antirétrovirale en 2011, seules 30 % des femmes enceintes nécessitant une thérapie antirétrovirale pour leur propre santé obtiennent ce traitement salvateur.

Des évaluations participatives menées par l'ONUSIDA (2) sur les obstacles sexospécifiques à l'accès aux services visant à prévenir les nouvelles infections à VIH chez les nourrissons soulignent l'incidence négative de l'inégalité des sexes. Parmi les obstacles importants, les participantes à l'étude ont cité le manque de pouvoir de décision, un accès aux ressources insuffisant, la peur de la violence et de l'abandon ainsi que les attitudes culturelles à l'égard du sexe, de la grossesse et du VIH.

En dehors de la sphère de la maternité, les femmes et les filles sont confrontées à des obstacles similaires en matière d'accès aux services de prévention et de dépistage. Tout au long de leur vie, les femmes font face à des normes sexistes préjudiciables qui accroissent leur vulnérabilité au VIH. En effet, on leur reproche souvent de contracter le VIH. Résultat : elles sont en proie à la stigmatisation et à la discrimination en raison de leur immoralité supposée (3).

De même, les normes sexistes de masculinité dissuadent les hommes de chercher de l'aide et d'admettre la maladie (4). Les hommes enregistrent systématiquement des taux plus bas que les femmes en matière de dépistage du VIH, des numérations de CD4 plus faibles lors de l'accès au traitement ainsi qu'un taux d'observance plus modéré. Les taux de mortalité sont donc plus élevés chez les hommes (5). La disproportion que représente l'accès limité des hommes à la thérapie antirétrovirale a été documentée en Afrique australe (6) et dans de nombreux pays, dont le Kenya (7), le Malawi (8), l'Afrique du Sud (9) et la Zambie (10).

LUTTER CONTRE L'INÉGALITÉ DES SEXES GRÂCE AUX POLITIQUES EN MATIÈRE DE VIH

La plupart des pays intègrent désormais des initiatives axées sur les femmes dans leurs stratégies nationales de lutte contre le sida (Figure 7.1). Cependant, les rapports d'activité des pays indiquent que l'« intégration des femmes » dans les ripostes nationales au sida recouvre une réalité différente d'une région à une autre, ce qui laisse supposer que les approches actuelles peuvent être incomplètes, insuffisamment fondées sur les droits et insuffisamment axées sur la participation active des femmes et des filles. Le nombre de pays qui budgétisent les activités spécifiques liées au VIH en faveur des femmes et des filles est beaucoup plus faible que celui des pays qui ciblent les femmes dans leurs stratégies nationales.

En 2011 (Figure 7.2), seuls un tiers des pays avaient élargi et intensifié les programmes liés au préservatif féminin à l'échelle nationale et une proportion similaire procédait à l'intégration des services de santé liés au VIH ainsi que des services de santé sexuelle et reproductive. Environ 1 pays sur 10 seulement associe réellement les hommes et les garçons à la riposte au sida au niveau national. Bien que la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes constitue le principal mécanisme de responsabilité mondiale en matière de droits des femmes, peu de pays impliquent celles qui vivent avec le VIH dans leurs rapports nationaux.

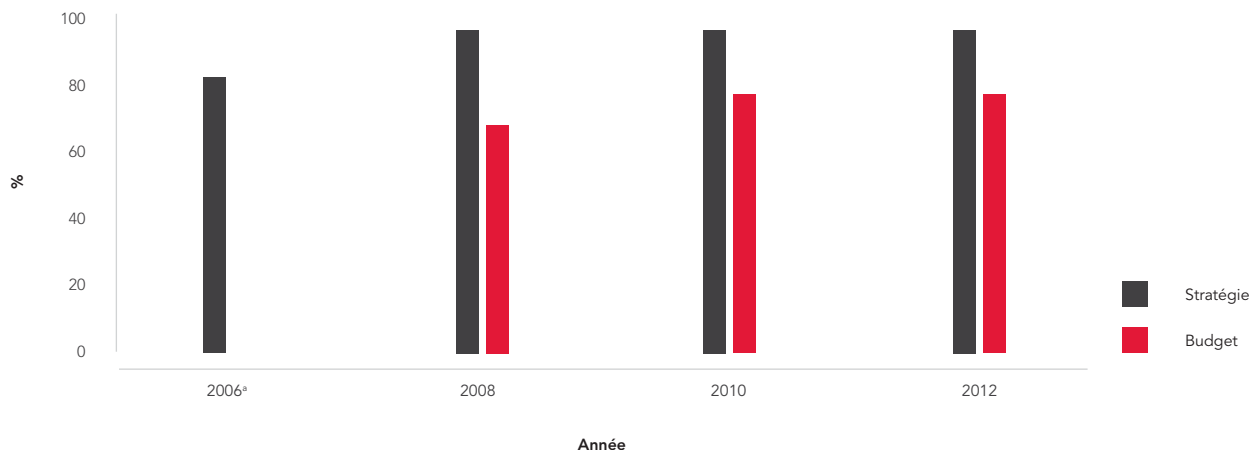
10%

**DES HOMMES ET
DES GARÇONS**

Seuls 10 % des pays associent réellement les hommes et les garçons à leur riposte nationale au sida.

Figure 7.1

Pourcentage des pays prioritaires de l'ONUSIDA déclarant intégrer et budgétiser les initiatives en faveur des femmes dans leurs stratégies multisectorielles liées au VIH, 2006–2012

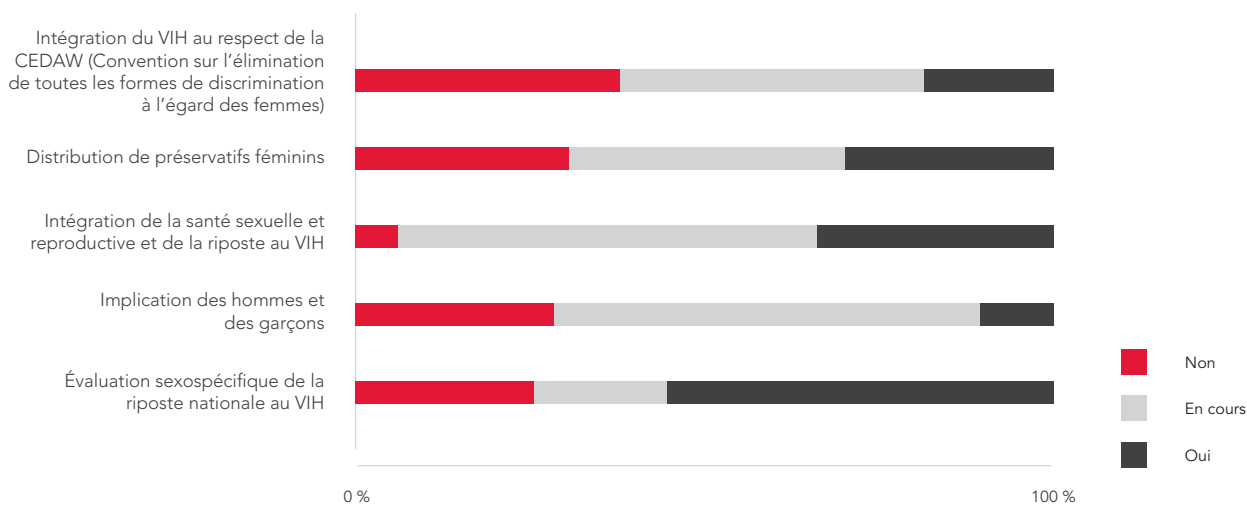


* Aucune donnée budgétaire n'est disponible pour 2006.

Sources : donnée issues de l'Indice composite des politiques nationales (NCPI) 2006–2012 (www.unaids.org/ncpi) correspondant à 21 pays ayant systématiquement communiqué des données au cours des quatre cycles de rapports pour la période 2006–2012.

Figure 7.2

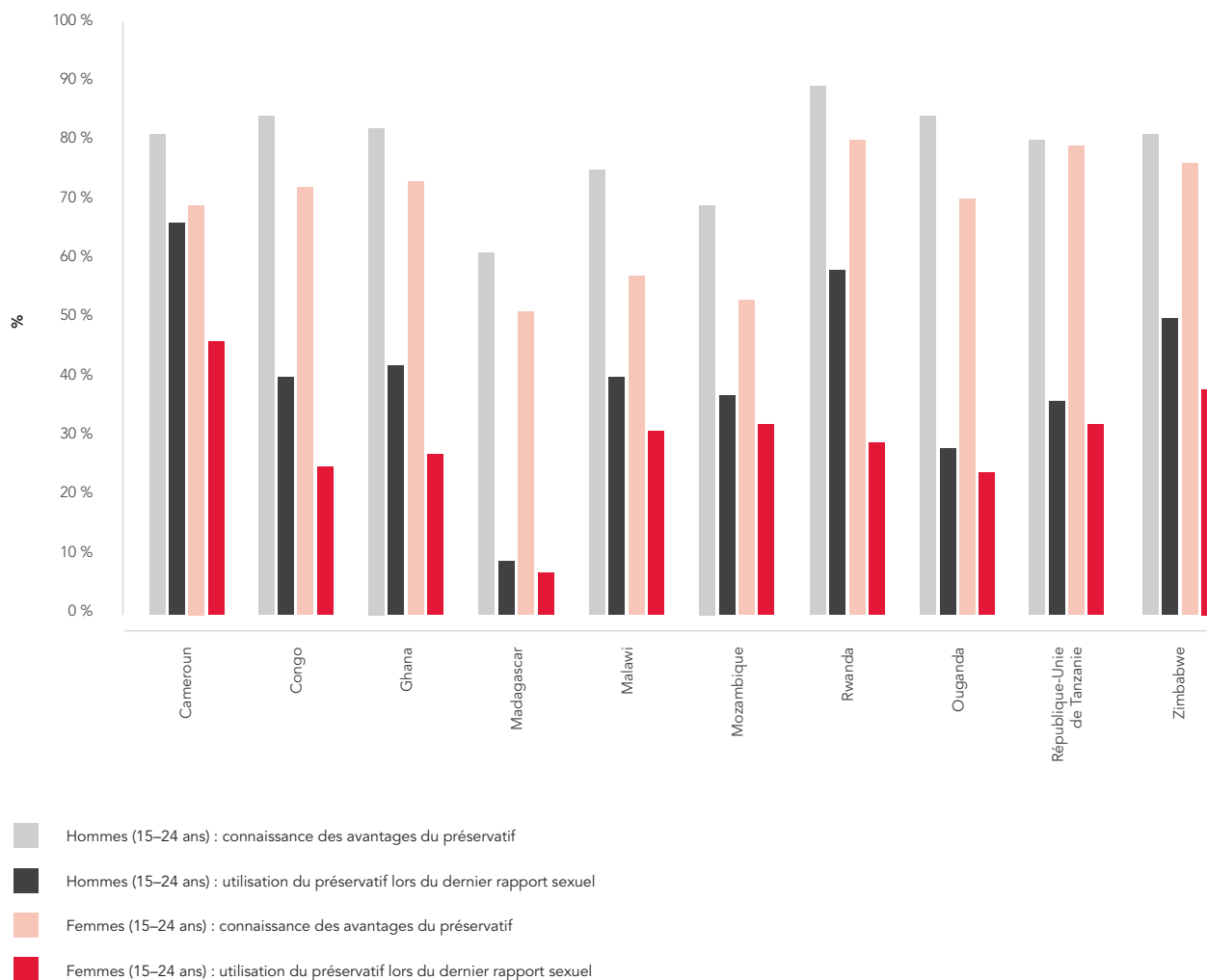
Sélection de marqueurs issus des réponses de la feuille de résultats de l'ONUSIDA sur l'égalité des sexes dans les ripostes nationales en 2011 : pourcentage de 94 pays situés à divers niveaux de progrès



Source : Scorecard on gender equality in national HIV responses: documenting country achievement and the engagement of partners under the UNAIDS Agenda for Women, Girls, Gender Equality and HIV. Genève, ONUSIDA, 2011.

Figure 7.3

Connaissances sur les préservatifs et utilisation déclarée de ce moyen de contraception au cours du dernier rapport sexuel chez les jeunes hommes et femmes ayant eu plusieurs partenaires au cours des 12 derniers mois, sélection de pays en Afrique subsaharienne, dernières données disponibles



Source : enquêtes démographiques et sanitaires (www.measuredhs.com).

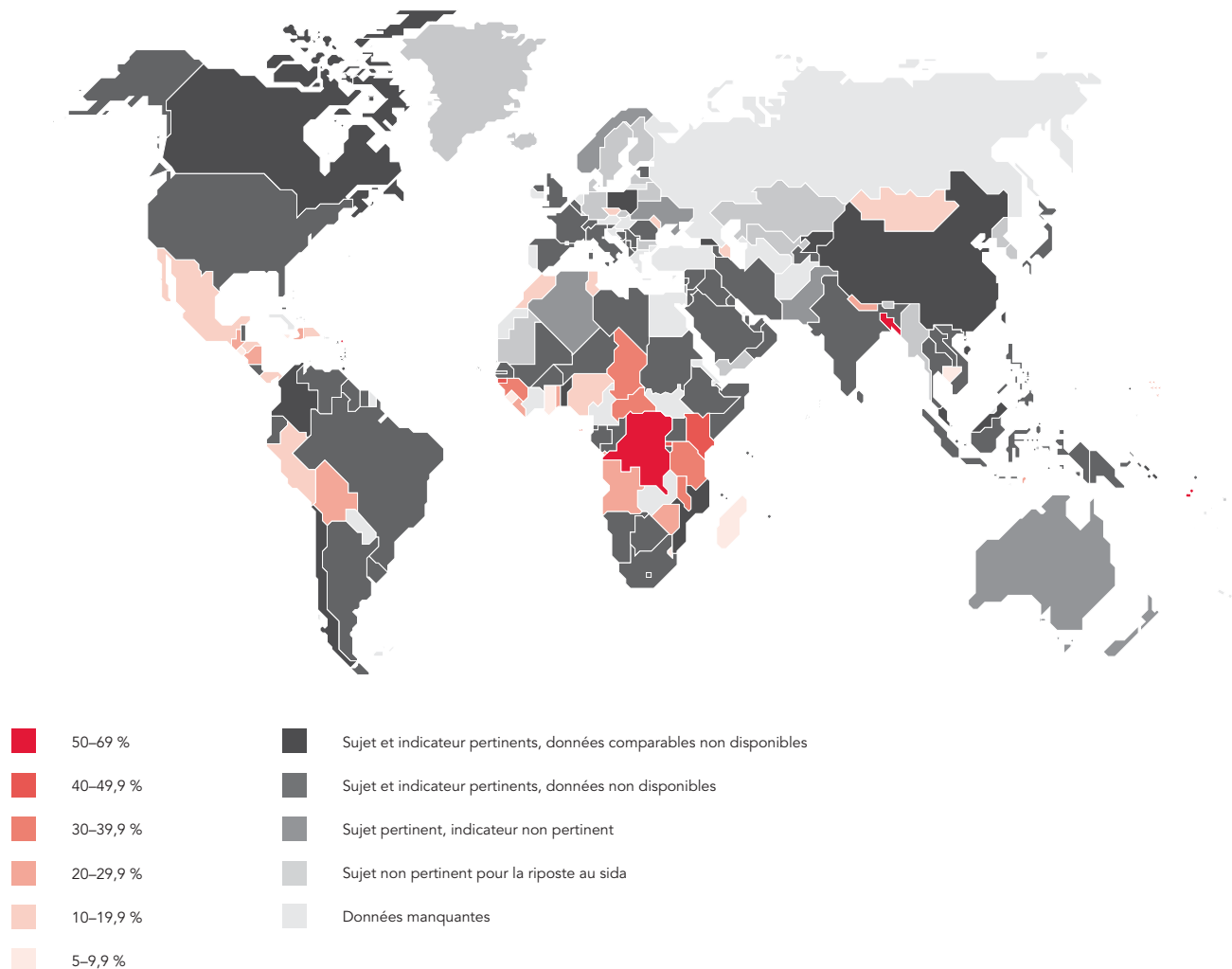
L'incapacité à mettre en œuvre des politiques adéquates afin de traiter les besoins ainsi que les droits des femmes et des filles sape les efforts déployés pour freiner la propagation du VIH. Dans de nombreux pays par exemple, les jeunes femmes sont systématiquement moins susceptibles que les jeunes hommes de connaître les avantages de protection qu'offrent les préservatifs ou de déclarer utiliser ce moyen de contraception pendant les rapports sexuels (Figure 7.3).

La maltraitance sexuelle, physique et émotionnelle des femmes compte parmi les manifestations les plus brutales de l'inégalité des sexes. La prévalence nationale déclarée de la violence conjugale au cours des 12 derniers mois se situe entre 5 et 69 % chez les femmes dans divers pays étudiés (Figure 7.4), faisant de la violence sexiste un phénomène d'envergure mondiale. Au Swaziland (11) et en République-Unie de Tanzanie (12), près d'1 fille et femme sur 3 entre 13 et 24 ans a déclaré avoir été victime d'au moins un incident de violence sexuelle avant l'âge de 18 ans.

En plus de constituer une violation des droits humains des femmes, la violence sexiste est à la fois une cause et un effet de la transmission du VIH. La peur de la violence sape la capacité des femmes et des filles à exiger des rapports sexuels protégés tandis que l'expérience de la

Figure 7.4

Prévalence de la violence entre les partenaires intimes au cours des 12 derniers mois dans les pays disposant de données et ceux ne disposant pas de données au cas où ils ont déclaré l'indicateur comme étant pertinent ou non



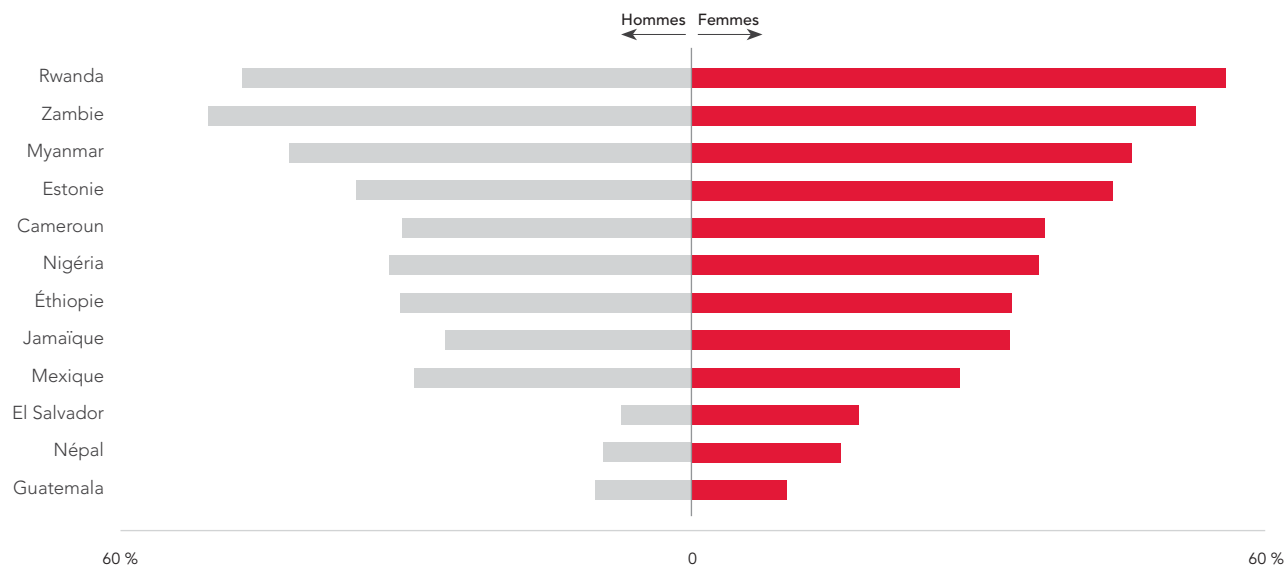
Source : rapports d'activité remis par les pays 2012 (www.unaids.org/cpr).

violence est associée à un accroissement des comportements sexuels à risque dans les années qui suivent (13). Selon des enquêtes menées par le biais de l'Indicateur de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH, les femmes qui vivent avec le virus sont plus fréquemment la cible d'agressions verbales et de violences physiques que leurs homologues masculins et déclarent également éprouver davantage de honte et de pensées suicidaires (Figure 7.5).

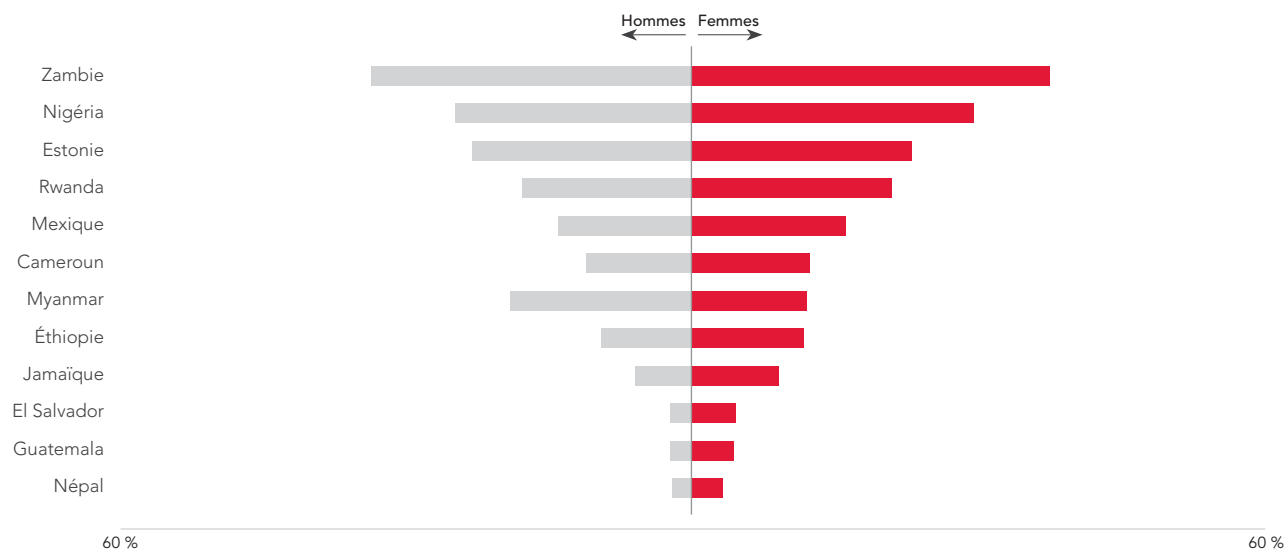
Figure 7.5

Pourcentage d'hommes et de femmes vivant avec le VIH victimes de violence verbale et physique, pays disposant de données ventilées par sexe

VIOLENCE VERBALE



VIOLENCE PHYSIQUE



Sources : enquêtes réalisées au moyen de l'Indicateur de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH à paraître à l'adresse www.stigmaindex.org.

RÉPONDRE AUX BESOINS LIÉS AU VIH DES PERSONNES TRANSSEXUELLES

43 %

POLITIQUES EN MATIÈRE DE TRANSSEXUALITÉ

Seulement 43 % des pays déclarent avoir des stratégies nationales en matière de sida qui tiennent compte des personnes transsexuelles.

Le nombre de transsexuels dans le monde (14) est estimé à 15 millions de personnes. Avec un taux de prévalence du VIH atteignant 68 % (14, 15), très vulnérables à la violence sexiste, ils sont extrêmement exposés au risque d'infection à VIH. En choisissant un sexe différent de celui qu'ils ont à la naissance, les transsexuels font face à des taux élevés de stigmatisation et de discrimination. De plus, l'accès insuffisant aux informations, aux services et aux possibilités d'emploi ne fait qu'aggraver davantage leur vulnérabilité. Les transsexuels se tournent alors souvent vers le commerce du sexe comme unique source de revenu et de survie. En effet, jusqu'à 44 % des personnes transsexuelles vivent de ce travail (16, 17).

Malgré la reconnaissance croissante de la gravité de l'épidémie chez les transsexuels et une plus grande organisation au sein des communautés transsexuelles pour la défense de leurs droits, cette catégorie de la population reste durement touchée par l'insuffisance des services en leur faveur dans la riposte au sida. En effet, les programmes de prévention abordent rarement la vulnérabilité spécifique des transsexuels. Ils sont donc largement ignorés : en 2012, 43 % des pays seulement ont déclaré avoir des stratégies nationales en matière de sida qui tenaient compte des personnes transsexuelles. De plus, 40 % des pays déclarent que leur gouvernement fournit moins de 25 % des programmes et des services destinés à cette catégorie de la population (18, 19).

S'APPUYER SUR DES RÉUSSITES AVÉRÉES : LA VOIE À SUIVRE

Malgré leur gravité et leur caractère souvent intimidant, il est possible d'influer sur les obstacles soulevés par les inégalités fondées sur le sexe, qui sont le fruit d'une construction sociale, grâce à des initiatives soigneusement conçues visant à modifier les normes sexistes préjudiciables. Par exemple, au Malawi, où la prévalence du VIH chez les femmes de 15 à 24 ans est deux fois plus élevée que chez les hommes de la même tranche d'âge, la COWLHA (Coalition of Women Living with HIV/AIDS : coalition des femmes vivant avec le VIH/sida) utilise une approche basée sur des données factuelles afin de remettre en cause les normes sexistes dominantes grâce à une communication efficace. Résultat : le nombre de participants recourant au préservatif a augmenté, la violence sexiste a diminué et le nombre d'hommes entretenant plusieurs relations simultanément a baissé. L'engagement plus large des communautés a également permis d'atténuer la stigmatisation et la discrimination liées au VIH, comme le montrent l'augmentation du nombre de personnes divulguant publiquement leur statut VIH et la participation accrue aux groupes de soutien (20).

S'appuyant sur ces réussites, les pays doivent responsabiliser les femmes et les filles, notamment celles vivant avec le VIH, et leur donner les moyens de mener et de stimuler les changements culturels essentiels et d'accéder à l'égalité des sexes et à des services de qualité. Un financement adéquat destiné à traiter les dimensions sexospécifiques de l'épidémie constitue un élément fondamental de la riposte. Il est impératif que les pays associent les hommes et les garçons aux initiatives visant à promouvoir des normes sexistes saines et à adapter les programmes de lutte contre le VIH afin d'atteindre toutes les personnes en situation de besoin, y compris les groupes marginalisés tels que les transsexuels. Il est également impératif de renforcer les efforts déployés pour lutter contre la violence sexiste, et améliorer ainsi l'accès des femmes aux services intégrés en matière de VIH et de santé sexuelle et reproductive. De plus, l'autonomisation économique des femmes, notamment les mesures visant à leur garantir la pleine jouissance de leurs droits de propriété et d'héritage et la recherche d'autres stratégies prometteuses telles que les transferts d'espèces sous conditions pour encourager la scolarisation et l'accès à des informations et à un soutien en milieu scolaire, constituent aussi un élément fondamental pour l'efficacité de la riposte au VIH et l'élargissement du principe de développement durable en général.

8 STIGMATISATION, DISCRIMINATION ET DROIT

Malgré les nombreux progrès réalisés pour lutter contre la stigmatisation, la discrimination et les approches punitives depuis la première apparition de l'infection à VIH, il reste beaucoup à faire afin d'atteindre l'objectif de zéro discrimination d'ici à 2015. La suppression des diverses formes de stigmatisation et de discrimination nécessitera des lois et des politiques qui garantissent le plein respect de tous les droits de l'homme dans le contexte du VIH ainsi que des ripostes programmatiques qui privilégient l'autonomisation des personnes vivant avec le VIH et aident à forger des normes de tolérance, de solidarité et de non discrimination.

La peur, l'ignorance et la discrimination en matière de VIH continuent d'entraîner des coûts humains importants générés, dans les cas extrêmes, par les mauvais traitements et la violence. Les attitudes négatives et les croyances au sein des communautés peuvent également accroître l'auto-stigmatisation intériorisée, y compris la culpabilité, la honte et l'aliénation que ressentent les personnes vivant avec le VIH. D'après des données recueillies par le biais de l'Indicateur de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH¹, plus de la moitié (52 %) de celles vivant en Zambie déclarent avoir été victimes d'agressions verbales en raison de leur statut VIH (Tableau 8.1), et 1 personne sur 5 vivant avec le VIH au Nigéria et en Éthiopie a déclaré avoir eu des pensées suicidaires.

La persistance de la stigmatisation et de la discrimination sape également les efforts déployés pour fournir des services essentiels de prévention et de traitement du VIH. Au Nigéria, près d'1 personne sur 5 (21 %) vivant avec le VIH déclare s'être vue refuser l'accès à des services de santé en raison de son infection à VIH. Selon une étude réalisée dans 9 pays par l'Organisation internationale du travail et le Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH, le pourcentage de ces personnes ayant signalé des attitudes discriminatoires chez les employeurs et les collègues variait de 8 % en Estonie à 54 % en Malaisie (1).

Les populations fortement marginalisées et/ou criminalisées, notamment les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, les transsexuels, les consommateurs de drogues injectables et les travailleurs du sexe, sont confrontés à des niveaux plus élevés de stigmatisation et de discrimination, y compris celles liées au VIH (Figure 8.1). En juillet 2012, la Commission mondiale sur le VIH et le droit dirigée par le PNUD, un organisme indépendant qui regroupe des responsables de la santé, sociaux, juridiques et politiques du monde entier, a expliqué en détail le lien étroit existant entre la criminalisation du statut, les niveaux élevés de stigmatisation (dus au statut VIH ou d'autre nature) et l'incapacité à accéder et à rester associé aux services de traitement du VIH (2).

¹ L'Indicateur de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH est un outil de recherche qualitative élaboré par et pour les personnes vivant avec le VIH. Plus de 40 pays ont déjà communiqué des données dans le cadre de l'Indicateur, des enquêtes ayant été réalisées de 2008 à 2011. Voir www.stigmaindex.org. Les méthodes d'échantillonnage varient selon les pays. La comparaison des résultats issus des différents pays doit donc s'effectuer avec prudence.



Tableau 8.1

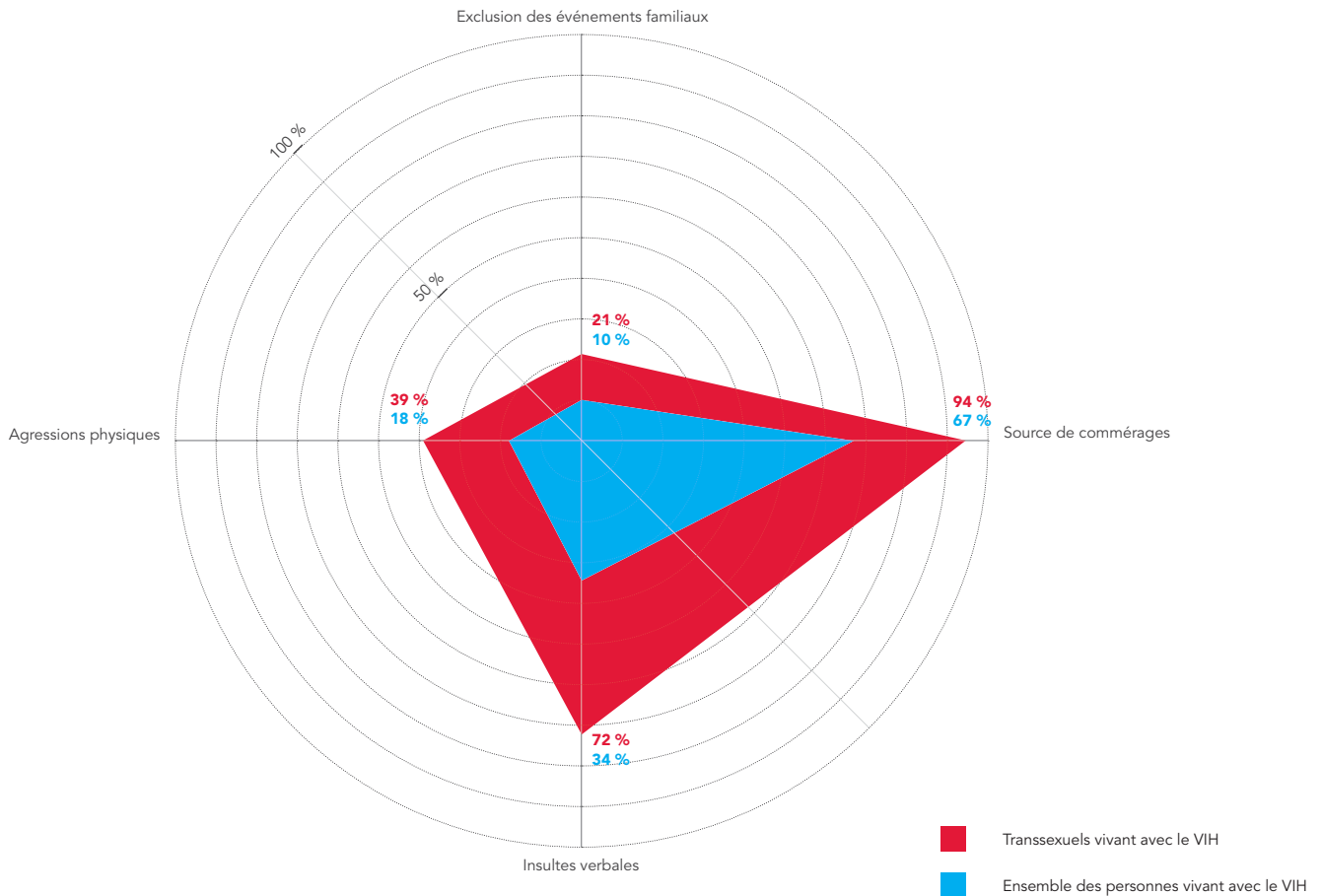
Résultats d'enquêtes réalisées au moyen de l'Indicateur de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH, sélection de pays, 2008–2011

	Personnes victimes de stigmatisation au sein de la famille et de la communauté (en %)		Personnes victimes de violence (en %)		Stigmatisation et discrimination sur le lieu de travail (en %)		Stigmatisation intériorisée (en %)		Accès aux soins de santé (en %)	
	Exclusion des événements familiaux	Source de commérages	Insultes verbales	Agressions physiques	Accès refusé aux possibilités d'emploi	Perte de travail ou de revenu	Sentiment de honte	Pensées suicidaires	Accès refusé aux soins de santé, notamment les soins dentaires	Accès refusé aux services de santé sexuelle et reproductive
Argentine	12	57	34	18	13	21	28	14	16	5
Cameroun	13	51	35	12	7	23	35	5	13	5
El Salvador	10	48	31	7	8	19	...	17	8	4
Estonie	7	63	39	24	...	29	42	10	8	2
Éthiopie	26	69	32	11	24	42	46	20	7	6
Guatemala	4	19	10	3	3	18	42	14	6	6
Jamaïque	10	55	30	8	...	17	...	...	6	...
Kenya	30	79	56	31	...	41	42	16	...	...
Mexique	10	67	34	18	5	23	36	18	14	2
Myanmar	15	45	18	10	15	...	81	25	10	20
Népal	6	36	12	3	8	12	49	15	7	2
Nigéria	34	54	35	28	...	29	63	20	21	8
Rwanda	22	42	53	20	37	65	22	14	8	13
Ukraine	7	59	42	15	...	...	37	8	...	8
Zambie	28	75	52	24	...	37	37	14	8	10

Sources : enquêtes réalisées au moyen de l'Indicateur de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH à paraître à l'adresse www.stigmaindex.org.

Figure 8.1

Degré de stigmatisation et de discrimination subi par les transsexuels vivant avec le VIH au Mexique



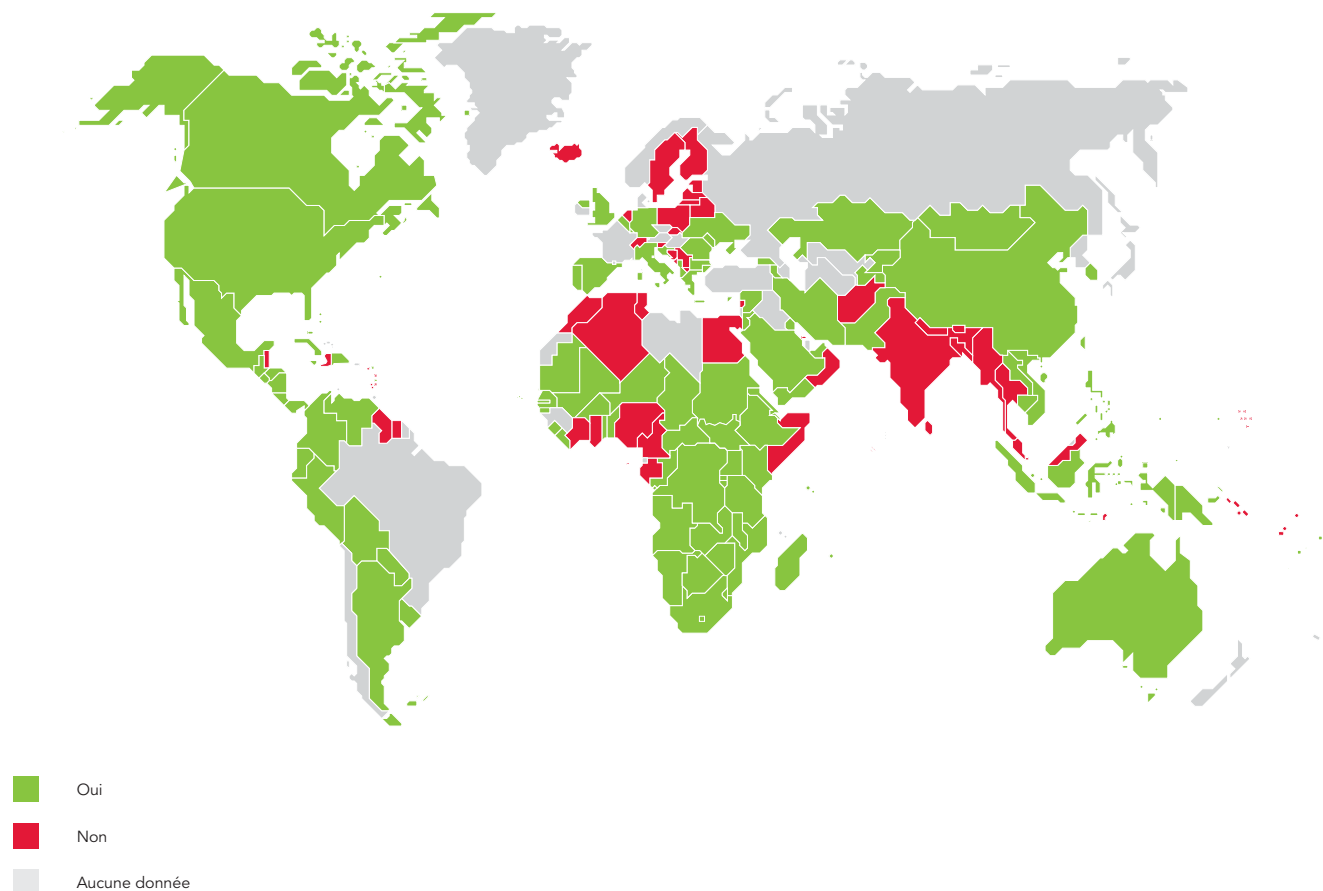
Source : données recueillies au moyen de l'Indicateur de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH au Mexique en 2011.

LES LOIS, UNE PROTECTION POUR LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

En 2012, 61 % des pays ont signalé l'existence de lois contre la discrimination qui protègent les personnes vivant avec le VIH (Figure 8.2) (3). Ainsi, alors que l'épidémie entame sa quatrième décennie, près de 4 pays sur 10 dans le monde ne disposent toujours pas de dispositions juridiques spécifiques visant à prévenir ou traiter la discrimination liée au VIH.

Figure 8.2

Pays signalant des lois ou réglementations de non-discrimination qui spécifient des mesures de protection en faveur des personnes vivant avec le VIH, 2012, sources non gouvernementales



Source : Rapports des pays sur l'Indice composite des politiques nationales (NCPI) 2012, sources non gouvernementales (www.unaids.org/ncpi).

Même dans les cas où de telles lois existent, elles fournissent rarement une protection significative. Par exemple, bien qu'il existe en Ukraine une loi contre la discrimination liée au VIH, aucune réglementation n'a été approuvée afin d'assurer sa mise en œuvre et de soumettre les contrevenants à des sanctions. D'après des enquêtes réalisées dans plus de 40 pays par le biais de l'Indicateur de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH, parmi les personnes qui ont été victimes de discrimination liée au virus, rares sont celles qui savent où et comment chercher un recours en justice.

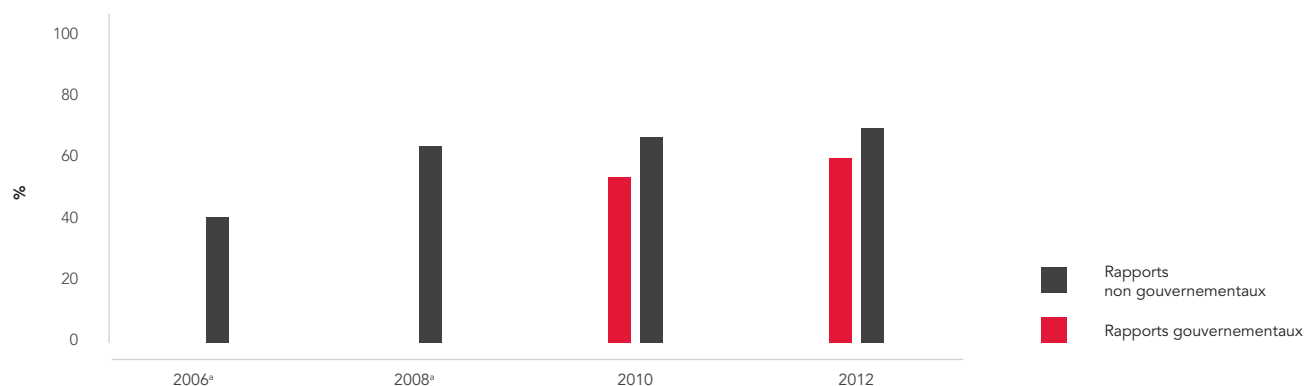
Des progrès ont été effectués afin d'élargir l'accès des personnes vivant avec le VIH à la justice. La proportion des pays signalant l'existence de services juridiques liés au VIH a augmenté, passant de 45 % en 2008 à 55 % en 2012, tandis que celle des pays déclarant avoir formé des juges et des magistrats dans les domaines du VIH et de la discrimination est passée de 46 à 57 %. En 2012, 59 % des pays ont signalé l'existence de mécanismes visant à traiter les cas de discrimination liée au VIH malgré une couverture généralement encore faible (3).

LOIS PUNITIVES CONTRE LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH ET LES POPULATIONS CLÉS PLUS EXPOSÉES AU RISQUE D'INFECTION

Peu de progrès ont été réalisés en matière de réforme des lois discriminant les personnes vivant avec le VIH et les autres populations clés plus exposées au risque d'infection. En 2012, les informateurs non gouvernementaux dans 70 % des pays et les gouvernements nationaux dans 60 % des pays ont signalé l'existence de lois, de réglementations ou de politiques qui présentent des obstacles à la prévention, au traitement, à la prise en charge et au soutien efficaces des populations clés et des groupes vulnérables en matière de VIH (Figure 8.3). Bien que ces chiffres soient manifestement préoccupants, ils sont également prometteurs car la reconnaissance de l'existence de lois discriminantes est une première étape cruciale vers une réforme.

Figure 8.3

Pourcentage de pays déclarant disposer de lois, de réglementations ou de politiques qui présentent des obstacles à la prévention, au traitement, à la prise en charge et au soutien efficaces des populations clés et des groupes vulnérables en matière de VIH, 82 pays ayant systématiquement communiqué des données pour la période 2006–2012



^a Cette question n'a pas été posée aux gouvernements en 2006 et 2008. Il n'existe donc aucune donnée.

Source : Rapports des pays sur l'Indice composite des politiques nationales (NCPI) 2012 (www.unaids.org/ncpi).

Dès 2012, environ 60 pays ont adopté des lois qui criminalisent expressément la transmission du VIH, avec quelque 600 condamnations signalées dans 24 pays (2, 4). Selon un examen mondial réalisé en 2012, plus de 40 % des États membres des Nations Unies (soit 78 pays sur 193) criminalisent les relations sexuelles entre partenaires du même sexe, certaines juridictions permettant même l'imposition de la peine de mort pour des condamnations prononcées dans le cadre de ces lois (5). De même, d'après les résultats d'un examen de 2011 (6), les politiques punitives relatives à la consommation de drogues, notamment la criminalisation des toxicomanes, les centres de détention obligatoires pour toxicomanes ou l'interdiction des programmes de distribution d'aiguilles et de seringues et d'autres mesures de réduction des risques, sapent les efforts déployés pour fournir des services vitaux en matière de VIH aux consommateurs de drogues. Les lois qui jugent illégal tout aspect du commerce du sexe, quel qu'il soit, existent dans la majeure partie des pays et sont souvent utilisées pour justifier le harcèlement, les extorsions et la violence dont les travailleurs du sexe sont victimes de la part de la police et de leurs clients, ce qui les expose à un plus grand risque d'infection à VIH (7). En revanche, certains pays ont procédé à la réforme des lois afin de décriminaliser les populations clés plus exposées au risque d'infection : par exemple, le Portugal a dépénalisé la possession et l'usage de drogues en 2000 et la Nouvelle-Zélande a adopté en 2003 la loi sur la réforme de la prostitution (Prostitution Reform Act) qui a dépénalisé le travail du sexe. Dans d'autres pays, des arrangements pratiques ont été conclus avec la police afin de s'assurer que l'application de la loi ne constitue pas un obstacle à la prévention et au traitement du VIH. Des programmes de ce type ont été signalés, entre autres, en Australie, en Inde, en Indonésie, en Papouasie-Nouvelle-Guinée et en Thaïlande (8).

Basées sur des données factuelles, les recommandations urgentes de la Commission mondiale sur le VIH et le droit appellent les gouvernements à réviser leurs cadres juridiques et, le cas échéant, à abroger ou réformer les lois afin de soutenir une riposte au sida fondée sur les droits de l'homme. La Commission a recommandé que les pays interdisent la discrimination liée au VIH ; s'abstiennent de criminaliser explicitement l'exposition au VIH ainsi que la non divulgation du statut VIH ou la transmission du virus ; protègent les femmes et les enfants dans le contexte du VIH ; utilisent le droit pour garantir l'accès au traitement ; et prennent les mesures nécessaires pour supprimer les lois et les politiques punitives ou discriminatoires concernant les populations clés plus exposées au risque d'infection et les groupes vulnérables, notamment les consommateurs de drogues, les travailleurs du sexe, les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, les transsexuels, les détenus et les migrants (2).

Une stigmatisation particulière touche fréquemment les réfugiés, qui sont souvent accusés à tort d'accroître les risques liés au VIH chez les communautés locales. En réalité, les réfugiés viennent généralement de zones où la prévalence du VIH est plus faible (9), et l'expérience démontre que l'accès aux informations, aux biens et aux services dans les camps de réfugiés améliorent les connaissances et les attitudes relatives aux rapports sexuels protégés (10). Autre signe de stigmatisation et de discrimination : les demandeurs d'asile doivent parfois subir un test de dépistage obligatoire du VIH afin d'obtenir le statut de réfugié.

60

PAYS APPLIQUENT LA CRIMINALISATION

En 2012, environ 60 pays disposaient de lois criminalisant la transmission du VIH.

EFFORTS PROGRAMMATIQUES CONTRE LA STIGMATISATION ET LA DISCRIMINATION

Il est nécessaire de mettre en œuvre des initiatives programmatiques spécifiques pour accélérer les progrès vers l'élimination de la stigmatisation et de la discrimination. En 2012, 81 % des pays ont déclaré disposer de programmes afin de réduire ces deux fléaux dans le cadre de leur riposte nationale au sida.

62 %

Au cours du 10^e cycle des subventions du Fonds mondial, 62 % des subventions incluait des activités de lutte contre la stigmatisation et de défense des droits de l'homme, ce qui représente une forte augmentation par rapport aux 13 % du 8^e cycle.

Des signes montrent que ces efforts portent leurs fruits. Au Lesotho, où le nombre de cas de stigmatisation et de discrimination liée au VIH a diminué, plus de 80 % des personnes interrogées ont déclaré en 2009 qu'elles s'occuperaient volontiers d'une personne vivant avec le VIH, qu'elles accepteraient la présence d'un enseignant séropositif en milieu scolaire ou qu'elles achèteraient des fruits et des légumes frais à un commerçant vivant avec le VIH. Cela représente une forte hausse par rapport aux 50 à 55 % qui avaient répondu favorablement à la même question en 2006 (3). Selon des informations communiquées par Haïti, une campagne communautaire de réduction de la stigmatisation a été associée à une augmentation considérable du nombre de personnes accédant aux tests de dépistage du VIH et de la tuberculose (3). Aux États-Unis, la loi sur la protection des patients et les soins abordables (Patient Protection and Affordable Care Act) interdit également toute pratique discriminatoire de la part des compagnies d'assurance privée à l'égard des personnes vivant avec le VIH (3).

Dans de nombreuses régions du monde, ces personnes se font les championnes de la lutte contre la stigmatisation et la discrimination liées au VIH. Dans une affaire portée devant la justice par trois femmes vivant avec le VIH qui avaient été stérilisées sans leur consentement éclairé, la Haute Cour de Namibie a rendu une décision en juillet 2012 obligeant les médecins à obtenir le consentement éclairé des patientes avant de pratiquer une telle intervention (3). À Vanuatu, une femme vivant avec le VIH a voyagé à travers tout le pays pour dénoncer les perceptions des communautés, des groupes religieux et d'autres parties prenantes, qui vivaient la stigmatisation (3).

Bien que des progrès programmatiques aient été réalisés en matière de lutte contre la stigmatisation et la discrimination, des efforts supplémentaires sont indispensables. Le pourcentage des subventions du Fonds mondial qui incluent les activités de lutte contre la stigmatisation et de défense des droits de l'homme est passé de 13 % au 8^e cycle à 62 % au 10^e cycle, malgré le fait que ces activités sont rarement intégrées aux plans de travail, aux budgets et aux cadres de résultats relatifs aux subventions (11). Cependant, selon les conclusions d'un examen du Fonds mondial réalisé en juillet 2012 (12), « seules des avancées timides ont été observées en matière d'amélioration de l'environnement des droits de l'homme en ce qui concerne les conséquences de la maladie ».

CAP SUR 2015

La persistance de la stigmatisation, de la discrimination et des lois punitives souligne la nécessité d'une action considérablement élargie afin de fonder les ripostes au sida sur les droits de l'homme. Les pays doivent prendre les mesures indispensables pour mieux comprendre et traiter les facteurs qui contribuent à la vulnérabilité au VIH et empêchent l'accès aux services ; agir afin de pouvoir évaluer et réduire la stigmatisation et la discrimination ; initier des réformes juridiques et des dispositions pragmatiques pour appliquer les lois de protection et améliorer l'accès à la justice ; et œuvrer afin de garantir un environnement sûr et digne permettant aux personnes vivant avec le VIH de mener les activités de lutte contre la stigmatisation et la discrimination. Le cadre politique « santé positive, dignité et prévention » fournit une structure pour cette approche qui place l'opinion, le leadership et la santé des personnes vivant avec le VIH au cœur de toute riposte au VIH qui se veut efficace (13).

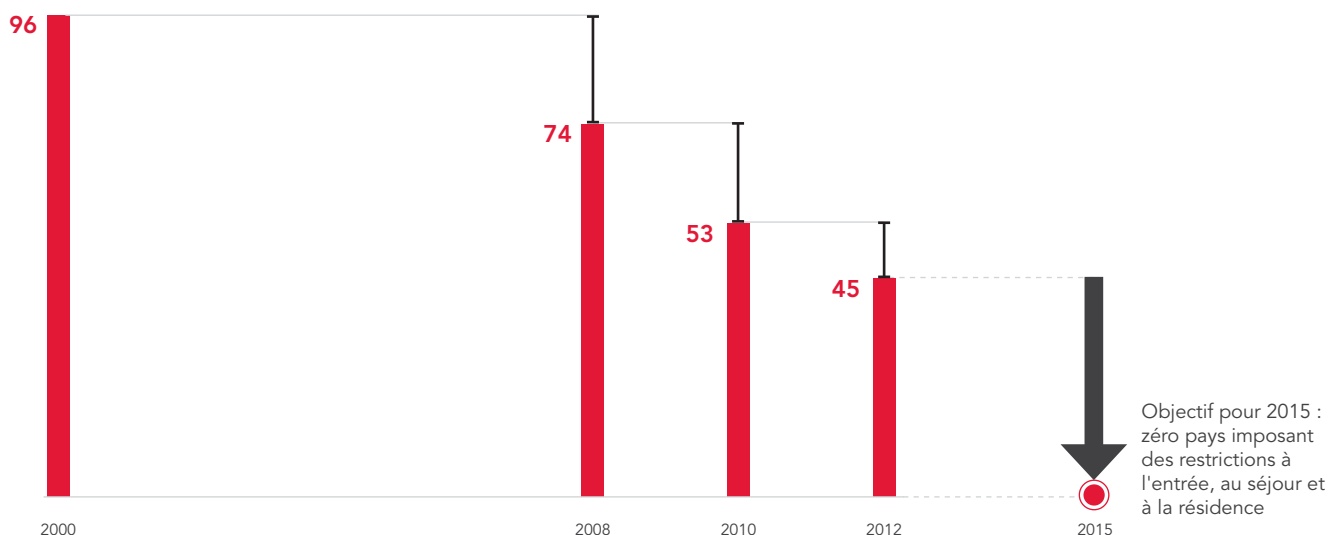
9 ÉLIMINER LES RESTRICTIONS À L'ENTRÉE, AU SÉJOUR ET À LA RÉSIDENCE

Des signes encourageants montrent que les gouvernements repensent actuellement les restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence liées au VIH, dépassées et discriminatoires, mais les pays devront accélérer les progrès afin d'atteindre l'objectif consistant à éliminer ces restrictions d'ici à 2015.

Ces restrictions ont généralement été imposées au tout début de l'épidémie, époque où la compréhension de la prévention du VIH était limitée et où il n'existait aucun traitement contre le virus. En 2012, les gouvernements ont progressivement reconnu l'absurdité de ces restrictions, appliquées dans un monde où le VIH est présent dans tous les pays, où les personnes vivant avec le VIH jouissent d'une existence longue et productive et où l'égalité du droit à se déplacer librement ne constitue pas seulement un droit humain mais aussi une nécessité dans le contexte actuel de mondialisation. Il convient de noter la diminution du nombre de pays, territoires et régions imposant des restrictions au voyage liées aux VIH, qui est passé de 96 en 2000 à 45 en 2012 (Figure 9.1).

Figure 9.1

Nombre de pays imposant des restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence des personnes vivant avec le VIH, 2000–2012 et objectif pour 2015



Sources : pour l'année 2000 : Weissner P, Haerry D. Entry and residency restrictions for people living with HIV. *Cellule internationale de réflexion sur les restrictions au voyage liées au VIH, première réunion, 24–25 février 2008, Genève, Suisse* ; pour les années 2008, 2010 et 2012 : base de données de l'ONUSIDA sur les restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence liées au VIH.



Depuis 2010, l'Arménie, la Chine, les États-Unis d'Amérique, les Fidji, la Namibie, la République de Corée, la République de Moldova et l'Ukraine ont procédé à la levée de ces restrictions, adaptant ainsi leurs lois nationales aux normes internationales recommandées. Les pays qui les ont supprimées n'ont signalé aucun effet négatif, que ce soit en termes de coûts ou de santé publique (1).

La nature et la gravité des restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence liées au VIH varient. Cinq pays (le Brunei Darussalam, les Émirats arabes unis, Oman, le Soudan et le Yémen) maintiennent une interdiction totale d'entrée à l'égard des personnes vivant avec le VIH. Cinq autres pays (l'Égypte, les Îles Turques et Caïques, l'Iraq, le Qatar et Singapour) exigent des personnes souhaitant séjourner pour de courtes périodes sur leur territoire (10–90 jours) de prouver leur séronégativité. Les lois de 20 pays prévoient d'expulser les personnes dont on découvre qu'elles vivent avec le VIH (Figure 9.2). Dans les pays où ces restrictions continuent d'exister, d'autres formes de stigmatisation et de discrimination liées au VIH sont généralement fréquentes, notamment envers les ressortissants vivant avec le virus.

Les restrictions d'entrée, de séjour et de résidence liées au VIH pénalisent lourdement ces personnes ainsi que leur foyer. Les effets de ces restrictions sont particulièrement graves pour les travailleurs immigrés, qui jouent un rôle de plus en plus prépondérant dans l'économie mondiale et dans le développement. De 2005 à 2010, le nombre de migrants internationaux est passé de 191 millions à 214 millions de personnes (2).

L'expérience dans les États du Golfe, une destination importante pour des millions de travailleurs immigrés, témoigne de manière frappante des conséquences négatives qu'ont les restrictions liées au VIH sur cette catégorie de la population. Les six membres du Conseil de coopération des États arabes du Golfe, à savoir l'Arabie Saoudite, le Bahreïn, les Émirats arabes unis, le Koweït, Oman et le Qatar font tous subir un test de dépistage obligatoire aux personnes qui souhaitent venir travailler dans les pays du Golfe. Par la suite, celles-ci doivent se soumettre régulièrement à des tests de dépistage pour renouveler leur visa. Celles qui deviennent séropositives pendant leur séjour dans le Golfe sont souvent mises en quarantaine, expulsées sans préavis, se voient empêchées l'accès aux soins de santé adéquats et mises à l'index lors de leur retour dans leur pays natal. Ce traitement discriminatoire entraîne, entre autres, les effets suivants : traumatisme psychologique, stress et perte de revenu et d'opportunités professionnelles. Les résultats des tests de séropositivité des migrants sont communiqués par les centres médicaux au sein du Conseil de coopération du Golfe à l'ensemble des organisations autorisées à connaître ces données. Les travailleurs sont classés comme « définitivement inaptes » et se voient refuser tout accès ultérieur sur le territoire des pays du Conseil, ce qui les prive davantage des possibilités d'emploi (3).

Au fil du temps, les restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence liées au VIH sont manifestement devenues non seulement discriminatoires, n'ayant aucun fondement scientifique, mais aussi contre-productives pour l'économie. « Les restrictions au voyage liées au VIH nuisent aux personnes mais aussi aux entreprises », a déclaré Chip Bergh, PDG de Levi Strauss & Co., important fabricant de vêtements de renommée internationale. « Dans le contexte compétitif d'aujourd'hui, où la mobilité internationale est essentielle, les entreprises doivent pouvoir exercer leur talent et leurs compétences là où ils sont nécessaires. »

20

PAYS RECOURENT À L'EXPULSION

Les lois de 20 pays prévoient d'expulser les personnes dont on découvre qu'elles vivent avec le VIH.

CAP SUR 2015

Des progrès plus rapides devront être déployés pour supprimer toutes les restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence liées au VIH d'ici 2015. Les coalitions ou équipes spéciales nationales peuvent contribuer à informer les décideurs et à jeter les bases d'une action à l'échelle du pays en faveur de leur suppression. Les responsables gouvernementaux, en particulier au sein des ministères de la Santé, jouent un rôle important dans la démonstration du fait que ces restrictions ne protègent pas la santé publique et ne concordent pas avec le contexte mondial actuel. Les ministères du Travail ont également un rôle à jouer dans l'arrêt définitif des pratiques discriminatoires à l'égard des travailleurs migrants. Les entreprises reconnaissent de plus en plus le préjudice probable que les restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence portent au commerce international. Le secteur privé pourrait alors représenter et exercer une influence majeure en faveur de leur suppression. Au lieu d'imposer de telles restrictions, les pays doivent garantir à toutes les personnes (ressortissantes ou non) qui entrent sur leur territoire ou en sortent, l'accès à des informations et des services suffisants en matière de prévention et de traitement du VIH.

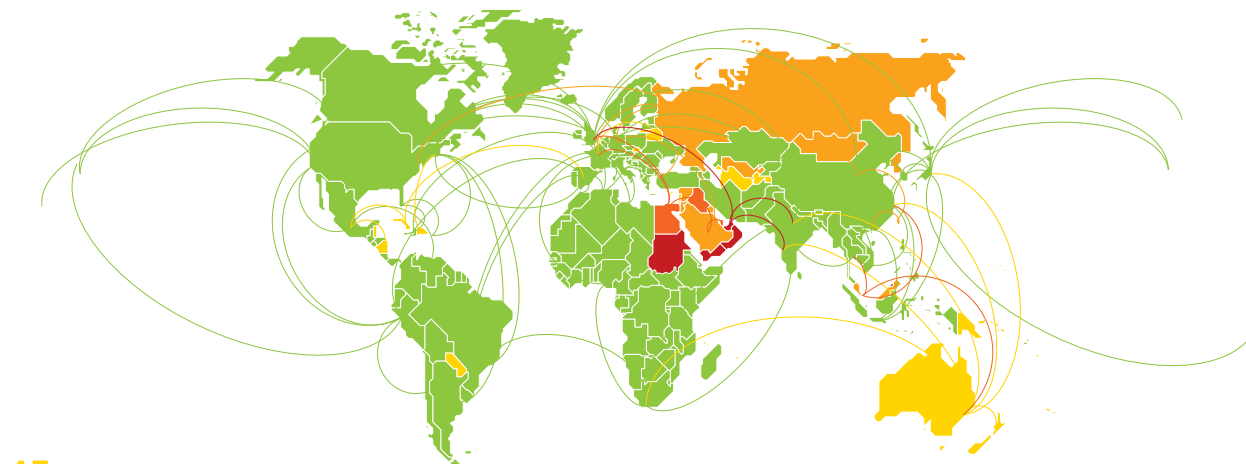
Figure 9.2

Pays imposant des restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence liées au VIH en 2012

132 pays, territoires et régions n'imposent pas de restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence liées au VIH :

Afrique du Sud	Chili	Ex-République yougoslave de Macédoine	Irlande	Maroc	Portugal	Slovénie
Albanie	Chine	Fidji	Islande	Mauritanie	République centrafricaine	Somalie
Antigua-et-Barbuda	Chine, Région administrative spéciale de Hong Kong	Finlande	Italie	Mexique	République de Corée	Sri Lanka
Argentine	Colombie	France	Jamaïque	Micronésie (États fédérés de)	République de Moldova	Suède
Arménie	Congo	Gabon	Japon	Monaco	République démocratique	Suisse
Autriche	Costa Rica	Gambie	Kazakhstan	Monténégro	République démocratique populaire lao	Swaziland
Azerbaïdjan	Côte d'Ivoire	Géorgie	Kenya	Mozambique	République tchèque	Tchad
Bangladesh	Croatie	Ghana	Kirghizistan	Myanmar	République-Unie de	Thaïlande
Barbade	Danemark	Grèce	Kosovo	Namibie	Tanzanie	Togo
Belgique	Djibouti	Grenade	Lesotho	Népal	Roumanie	Trinité-et-Tobago
Bénin	Dominiq	Guatemala	Lettonie	Nigeria	Royaume-Uni	Tunisie
Bosnie-Herzégovine	Dominique	Guinée	Libéria	Norvège	Rwanda	Turquie
Botswana	du Congo	Guinée-Bissau	Libye	Ouganda	Sainte-Lucie	Ukraine
Brésil	El Salvador	Guyana	Liechtenstein	Pakistan	Saint-Kitts-et-Nevis	Uruguay
Bulgarie	Équateur	Haïti	Luxembourg	Panama	Saint-Marin	Vanuatu
Burkina Faso	Espagne	Hongrie	Madagascar	Pays-Bas	Saint-Siège	Venezuela (République bolivarienne du)
Burundi	Estonie	Inde	Malawi	Pérou	Sénégal	Viet Nam
Cambodge	États-Unis d'Amérique	Indonésie	Maldives	Philippines	Serbie	Zambie
Caméroun	Éthiopie	Iran (République islamique d')	Mali	Pologne	Sierra Leone	Zimbabwe

* Conformément à la résolution 1244 du Conseil de sécurité des Nations Unies (1999).



45 pays, territoires et régions imposent une forme ou une autre de restriction à l'entrée, au séjour et à la résidence des personnes vivant avec le VIH en fonction de leur statut VIH :

Andorre	Îles Salomon	Paraguay
Arabie Saoudite	Îles Turques et Caïques	Qatar
Aruba	Iraq	République arabe syrienne
Australie	Israël	République dominicaine
Bahreïn	Jordanie	République populaire démocratique de Corée
Bélarus	Koweït	Samoa
Belize	Liban	Singapour
Brunei Darussalam	Lituanie	Slovaquie
Chine, Province de Taïwan	Malaisie	Soudan
Taiwan	Maurice	Tadjikistan
Chypre	Mongolie	Tonga
Comores	Nicaragua	Turkménistan
Cuba	Nouvelle-Zélande	Yémen
Égypte	Oman	
Émirats arabes unis	Ouzbékistan	
Fédération de Russie	Papouasie-Nouvelle-Guinée	
Îles Marshall		

20 pays expulsent les personnes dont on découvre la séropositivité :

Arabie Saoudite	Mongolie
Bahreïn	Oman
Brunei Darussalam	Ouzbékistan
Chine, Province de Taïwan	Qatar
Égypte	République arabe syrienne
Émirats arabes unis	République populaire démocratique de Corée
Fédération de Russie	Singapour
Iraq	Soudan
Jordanie	Yémen
Koweït	
Malaisie	

5 pays exigent d'une personne qu'elle puisse prouver sa séronégativité pour être autorisée à séjourner sur leur territoire, même pour une courte période (de 10 à 90 jours) :

Égypte
Îles Turques et Caïques
Iraq
Qatar
Singapour

5 pays interdisent totalement l'entrée et le séjour des personnes vivant avec le VIH :

Brunei Darussalam
Émirats arabes unis
Oman
Soudan
Yémen

Source : base de données de l'ONUSIDA sur les restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence liées au VIH.

10 INTÉGRATION

Afin de sortir le sida de son isolement, la Déclaration politique sur le VIH/sida de 2011 : intensifier nos efforts en vue d'éliminer le VIH/sida (1) appelle à supprimer les circuits parallèles en matière de services liés au VIH, à renforcer plus largement les systèmes de santé et à intégrer la riposte au sida aux efforts mondiaux déployés dans les domaines de la santé et du développement. Une approche plus intégrée permettra de renforcer la portée et l'impact de la riposte au sida, de mettre à profit les progrès liés au VIH pour générer des avancées plus vastes en matière de santé et de développement et d'améliorer la durabilité à long terme de cette riposte.

Le mouvement de lutte contre le sida, qui a toujours revendiqué et pratiqué un leadership issu des groupes marginalisés, refuse d'accepter le fait que la médecine de pointe est réservée aux pays à revenu élevé. Il joue donc un rôle de premier plan dans les efforts déployés en matière de santé et de développement, déterminé à façonner un monde nouveau (2).

Les opportunités d'intégrer le VIH à des efforts de santé plus vastes se sont élargies en même temps que la portée des programmes de lutte contre le sida. Les systèmes qui en résultent s'avèrent donc plus performants que la somme de leurs composantes. Le nombre des installations sanitaires dotées de services intégrés de dépistage, de diagnostic et de traitement du VIH et de la tuberculose a rapidement augmenté depuis 2005 avec, en particulier, des progrès notables en Afrique subsaharienne, la région du monde où la prévalence du VIH, de la tuberculose et de la co-infection VIH/tuberculose est la plus élevée. Selon une évaluation programmatique récente de 16 cliniques communautaires et d'un hôpital de district établi en zone rurale au Swaziland, l'intégration de la recherche de cas de tuberculose à la fourniture habituelle de soins en matière de VIH est à la fois réalisable et efficace dans la pratique (4). En 2012, l'Afrique du Sud a lancé une stratégie intégrée de lutte contre le VIH, la tuberculose ainsi que les infections sexuellement transmissibles, qui s'étend sur cinq ans.

Les services de prévention d'infections à VIH chez les enfants ont été intégrés aux services de santé maternelle et infantile dans l'ensemble des 22 pays prioritaires du Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie. Selon un examen de 10 études menées dans divers pays, l'intégration des services de dépistage et de conseil, proposés par les soignants, aux centres de soins prénatals a augmenté le taux de dépistage de 10 à 66 %. Fait important, on a observé que le recours au dépistage était de 85 % minimum dans 8 de ces études (5). Cependant, ces progrès sont menacés dans les environnements dotés d'un accès limité aux soins prénatals en établissement ou de systèmes insuffisants en matière de prévision des produits de base, d'achats et de gestion de la chaîne d'approvisionnement.

Le VIH est aussi actuellement intégré aux services de santé sexuelle et reproductive dans les pays de toute l'Afrique subsaharienne. Par exemple, la Tanzanie, le Malawi, le Botswana, le Burkina Faso et le Zimbabwe ont récemment effectué une rapide évaluation



afin d'éclairer leurs stratégies et de fixer les priorités de leur plan national en faveur de l'élargissement et de l'intensification de l'intégration. Le Kenya évalue actuellement une stratégie nationale qui, dès 2002, a intégré les services de conseil et de dépistage du VIH aux services de planification familiale. Le manque d'indicateurs standard ayant entravé l'évaluation de l'efficacité et de l'impact de ces liens, un groupe d'experts issus des gouvernements nationaux, des donateurs, des organismes des Nations Unies et de la société civile a pris l'initiative d'identifier un ensemble d'indicateurs pertinents.

Au fur et à mesure de l'expansion de la thérapie antirétrovirale et de l'amélioration du taux de survie chez les personnes vivant avec le VIH, les programmes de prise en charge et de traitement du VIH se concentrent de plus en plus sur la gestion des maladies chroniques. En Éthiopie (6), les enseignements tirés de la riposte au sida éclairent maintenant la gestion clinique du diabète ; au Cambodge, deux cliniques Médecins Sans Frontières ont fusionné les services pour le VIH, le diabète et l'hypertension (6) ; au Kenya, l'organisation FHI360 a inclus des services pour les maladies non transmissibles aux programmes de VIH existants (6) ; et l'Afrique du Sud (6) s'est engagée dans une campagne de dépistage intégrée, axée sur le VIH, l'hypertension et le diabète (7). La Réunion de haut niveau des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, qui s'est tenue en septembre 2011, a renouvelé les efforts mondiaux visant à s'attaquer à ces défis croissants. Suite au Sommet, l'ONUSIDA et l'OMS ont convenu d'accélérer leur collaboration en matière d'intégration des programmes de VIH et de maladies non transmissibles.

Dans tout l'éventail des programmes de développement social et économique, il existe des opportunités afin d'en multiplier les résultats bénéfiques grâce à des approches communes avec les initiatives de lutte contre le sida. La Banque mondiale a récemment achevé un examen de plus de 120 programmes de transfert d'espèces en Afrique subsaharienne (8). Celui-ci démontre que certains types d'investissement dans le domaine de la protection sociale qui tiennent compte des vulnérabilités économiques et sociales des personnes les plus défavorisées bénéficient déjà à des foyers comportant des orphelins et des enfants vulnérables et dont les taux de dépendance sont élevés. Cela offre la possibilité aux foyers les plus vulnérables touchés par le VIH de tirer parti des ressources, atténuant ainsi l'impact de l'épidémie.

Selon les estimations, 10 % de la population mondiale vit avec des handicaps (9). Bien qu'il existe peu de données sur la prévalence de l'infection à VIH chez les personnes handicapées, des études sur les malentendants semblent indiquer une prévalence égale ou supérieure à celle du reste de la communauté (10). En 2012, 41 % des pays ont déclaré que leur stratégie multisectorielle en matière de lutte contre le sida incluait des efforts intégrés pour tenir compte des personnes handicapées (7, 11).

Vu les effets particuliers du VIH sur les populations marginalisées et souvent criminalisées, la programmation en matière de justice pénale et d'application de la loi incite manifestement à plus d'efforts intégrés. Les séances de formation ponctuelles destinées à la police font actuellement place à une approche intégrée, dans laquelle le VIH devient une composante permanente des programmes d'études et de la formation continue des services en uniforme dans plusieurs pays. Par exemple, la réduction des risques a commencé à être intégrée à la formation de la police royale malaisienne en 2009 tandis que la formation en matière de VIH a été intégrée à tous les échelons des forces de police au Népal.

71

PAYS INTÈGENT LES HANDICAPS

En 2012, 71 pays ont déclaré disposer de stratégies multisectorielles en matière de lutte contre le sida qui intègrent des efforts visant à prendre en compte les personnes handicapées.

SWING, une organisation thaïlandaise de travailleurs du sexe, a établi un partenariat avec l'école nationale de police de Thaïlande dans un effort de lutte contre la violence et la maltraitance persistantes à laquelle les travailleurs du sexe masculins estiment être soumis de la part des agents de police. Après quatre années d'un programme annuel de formation, les travailleurs du sexe et SWING continuent de bénéficier du soutien des jeunes cadets de police formés, issus de l'école. Des changements positifs ont été constatés dans l'attitude des agents de police et de nouvelles voies de recours ont été mises en place dans les cas de harcèlement (12).

CAP SUR 2015 : SORTIR LE SIDA DE SON ISOLEMENT

L'optimisation des synergies et l'intégration des ripostes au VIH à de plus vastes efforts en matière de santé et de développement sont deux éléments indispensables à l'efficacité et la pérennité de la lutte contre le virus. Les nombreuses possibilités programmatiques d'intégration exigent maintenant une base de données factuelles plus systématique qui améliore la compréhension actuelle des caractéristiques des programmes (où, quand et comment agir, afin d'en optimiser les effets) ainsi que des circonstances permettant les synergies positives entre les programmes. Il est nécessaire de développer des indicateurs d'approches intégrées, sans oublier l'intégration des systèmes de suivi existants dans les diverses plateformes sectorielles. Cela permettrait d'établir des rapports réguliers de suivi des progrès en matière d'intégration.

Encadré 10.1. Améliorer l'intégration et accroître la participation des hommes aux services de santé reproductive, maternelle, infantile et néonatale

Il est maintenant reconnu que la participation des hommes à la santé de leur famille, que ce soit en tant que pères ou en tant que partenaires sexuels, a des effets bénéfiques (13–15). Associés au changement des comportements afin de protéger le partenaire séronégatif, les services sont proposés conjointement, et non individuellement, aux partenaires et peuvent réduire considérablement le risque de transmission du VIH (15). Bon nombre de pays expérimentent donc actuellement plusieurs stratégies afin de renforcer les opportunités d'associer les hommes à la prestation de services (16, 17).

Des efforts sont actuellement déployés dans de nombreux domaines pour intégrer les services ciblant les hommes aux services de santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile. Parmi les exemples d'initiatives innovantes et prometteuses, figurent, entre autres, l'augmentation du nombre d'hommes au sein du personnel de santé fournissant des services en matière de VIH, la prestation de services ciblant les hommes parallèlement aux services de santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile ainsi que la prestation de services aux couples.

D'après des études réalisées au Rwanda et en Zambie (18, 19), la participation des hommes a été associée à une réduction de deux tiers du nombre de nouvelles infections à VIH. Dans les cas où des services de conseil sont proposés aux couples, il est impératif d'être sensible aux besoins des femmes que la présence « obligatoire » de l'époux ou du partenaire à leurs côtés peut rebuter. De même, les programmes doivent se montrer sensibles au fait que certaines femmes enceintes peuvent ne pas avoir de conjoint.

Afin d'améliorer les services de VIH destinés aux hommes tout en élargissant ceux visant à prévenir la transmission mère-enfant, le Rwanda a mis au point un ensemble de services de soutien en faveur des familles. Cet ensemble intégré de services, qui est dans la ligne des stratégies nationales de prévention de nouvelles infections à VIH chez les enfants, souligne également la participation des hommes et les encourage à prendre part aux services de conseil et de dépistage du VIH avec leur partenaire. Les éléments de la campagne incluent :

- une stratégie nationale de promotion des services de conseil et de dépistage du VIH destinés aux couples ;
- la mobilisation des communautés avec les autorités locales et les professionnels de la santé communautaires ;
- le renforcement des capacités du personnel de santé en matière de services de conseil et de dépistage du VIH destinés aux couples ;
- l'organisation de séances de conseil et de dépistage du VIH le week-end pour les conjoints qui ne sont pas disponibles en semaine ; et
- la présentation de lettres d'invitation à l'attention des partenaires masculins.

On attribue à cette approche familiale une augmentation considérable du taux de dépistage chez les couples : le pourcentage d'hommes ayant subi un test de dépistage est passé de 33 % (moyenne nationale) en 2005 à 78 % en 2008. Le nombre de couples ayant fait l'objet d'un test de dépistage par le biais du programme de prévention de la transmission mère-enfant a augmenté, passant de 58 700 couples en 2005 à 229 200 en 2008. Dans le cadre du programme, le taux de couverture en matière de dépistage du VIH a enregistré une forte augmentation : il est passé de 10 % du nombre total anticipé de femmes enceintes en 2002 à 50 % en 2005, puis à 75 % en 2008. Le taux de prévalence du VIH chez les femmes enceintes et leurs partenaires masculins a également diminué : il est passé de 9,1 % en 2003 à 3,0 % en 2008 chez les femmes enceintes et de 10,2 % en 2003 à 3,1 % en 2008 chez leurs partenaires (20).

D'après une étude réalisée auprès de 456 femmes enceintes vivant avec le VIH et 140 partenaires au Kenya (21), le risque combiné de nouvelles infections à VIH et de décès chez les nourrissons est de 45 % inférieur parmi les femmes qui recourent aux soins prénatals accompagnées de leur partenaire masculin, par rapport à celles qui consultent individuellement.

Encadré 10.2. Ruban rose, ruban rouge

L'initiative « Ruban rose, ruban rouge » (Pink Ribbon Red Ribbon) est un partenariat innovant d'envergure mondiale entre le secteur public et le secteur privé qui s'appuie sur les enseignements et les expériences tirés de la riposte au sida afin de lutter contre le cancer du col de l'utérus et le cancer du sein dans les pays d'Afrique subsaharienne et d'Amérique latine. Menée par le George W. Bush Institute, l'ONUSIDA, le Plan présidentiel américain d'aide d'urgence à la lutte contre le sida (United States President's Emergency Plan for AIDS Relief : PEPFAR) et la Fondation Susan G. Komen for the Cure, cette initiative vise à élargir la disponibilité des moyens de dépistage et de traitement du cancer du col de l'utérus, en particulier pour les femmes vivant avec le VIH qui présentent un risque élevé, et à promouvoir la sensibilisation au cancer du sein.

Elle met à profit l'élargissement et l'intensification des services de prévention et de traitement du VIH afin de fournir aux femmes des services vitaux supplémentaires, notamment la prévention du papillomavirus humain ainsi que le dépistage et le traitement du cancer du col de l'utérus. La co-infection à papillomavirus humain est fréquente chez les personnes vivant avec le VIH, en partie parce que le VIH et le papillomavirus humain ont en commun un ensemble de facteurs de risque et qu'ils se transmettent par voie sexuelle. Lorsqu'elles ne sont pas détectées et traitées, les infections liées à des souches à haut risque de papillomavirus humain sont la principale cause de cancer du col de l'utérus chez les femmes et de cancer du pénis et de l'anus chez les hommes. La prévalence du papillomavirus humain est souvent plus élevée chez les personnes vivant avec le VIH (22).

Lancée en septembre 2011, l'initiative « Ruban rose, ruban rouge » a déjà fait des progrès considérables. S'appuyant sur le pouvoir de rassemblement et le leadership de l'ONUSIDA pour garantir un engagement de haut niveau en faveur de l'atteinte des objectifs de cette initiative dans les pays visés, les bureaux de pays de l'organisation ont travaillé en étroite collaboration avec les gouvernements du Botswana et de Zambie afin d'élaborer des stratégies visant à intégrer le dépistage du cancer du col de l'utérus aux services de VIH. Des efforts ont été déployés pour fournir des stratégies de haut niveau en matière de plaidoyer et de communication et associer les activités de riposte au VIH à celles du cancer du col de l'utérus et du sein. Cela a incité les parties prenantes à demander, d'une part, l'intégration des services de prévention du cancer du col de l'utérus au prochain Plan national stratégique du Rwanda sur le VIH et le sida (2013–2017) et, d'autre part, l'intégration du cancer du col de l'utérus au Plan national opérationnel du Botswana sur le VIH pour la période 2012–2016. Dans le cadre de la priorité accordée à la mobilisation des femmes vivant avec le VIH pour favoriser leur participation à la planification et aux examens des programmes, les Équipes conjointes des Nations Unies au Rwanda préconisent actuellement d'inclure les organisations de la société civile, en particulier les organisations de femmes, dans les plans nationaux sur le VIH et le cancer du col de l'utérus.

RÉFÉRENCES

Introduction

1. *Déclaration politique sur le VIH/sida : intensifier nos efforts en vue d'éliminer le VIH/sida*. Genève, ONUSIDA, 2011 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/20120402_UNGA_A-66-757_fr.pdf, consulté le 1^{er} novembre 2012).
2. *Rapport d'activité sur la riposte au sida dans le monde 2012 : directives. Élaboration d'indicateurs de base pour le suivi de la Déclaration politique sur le VIH/sida de 2011*. Genève, ONUSIDA, 2012 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2011/JC2215_Global%20AIDS%20Response%20Progress%20Reporting_fr.pdf, consulté le 1^{er} novembre 2012).

1. Transmission par voie sexuelle

1. Hankins CA, de Zalduondo BO. Combination prevention: a deeper understanding of effective HIV prevention. *AIDS*, 2010, 24(Suppl. 4):S70–S80.
2. Schwartländer B et al. Towards an improved investment approach for an effective response to HIV/AIDS. *Lancet*, 2011, 377:2031–2041.
3. Marteau TM, Hollands, GJ, Fletcher PC. Changing human behavior to prevent disease: the importance of targeting automatic processes. *Science*, 2012, 337:1492–1495.
4. Hallett TB et al. Declines in HIV prevalence can be associated with changing sexual behaviour in Uganda, urban Kenya, Zimbabwe, and urban Haïti. *Sexually Transmitted Infections*, 2006, 82(Suppl. 1):i1–i8.
5. Gregson S et al. HIV decline associated with behavior change in eastern Zimbabwe. *Science*, 2006, 311:664–666.
6. Johnson LF et al. The effect of changes in condom usage and antiretroviral treatment coverage on human immunodeficiency virus incidence in South Africa: a model-based analysis. *Journal of the Royal Society Interface*, 2012, 9:1544–1554.
7. Jafa K, Chapman S. *Reinvigorating condoms as an HIV prevention tool*. Arlington, VA, AIDSTAR-One, 2012 (AIDSTAR-One Spotlight on Prevention series; http://www.aidstar-one.com/sites/default/files/Prev_Spotlight_Condoms_Final.pdf, consulté le 1^{er} novembre 2012).
8. *UNAIDS resource needs for AIDS in low- and middle-income countries*. Genève, ONUSIDA, 2007 (<http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2007/september/20070925resourceeedsmethodology>, consulté le 1^{er} novembre 2012).
9. Papo JK et al. Exploring the condom gap: is supply or demand the limiting factor – condom access and use in an urban and a rural setting in Kilifi district, Kenya. *AIDS*, 2011, 25:247–255.
10. Njeuhmeli E et al. Voluntary medical male circumcision: modeling the impact and cost of expanding male circumcision for HIV prevention in eastern and southern Africa. *PLoS Medicine*, 2011, 8:e1001132.

11. OMS et ONUSIDA. *Progress in scaling up voluntary medical male circumcision for HIV prevention in east and southern Africa*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012.
12. Baral S et al. Burden of HIV among female sex workers in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infectious Diseases*, 2012, 12:538–549.
13. Beyrer C et al. Global epidemiology of HIV infection in men who have sex with men. *Lancet*, 2012, 380:367–377.
14. van Griensven F, de Lind van Wijngaarden JW. A review of the epidemiology of HIV infection and prevention responses among MSM in Asia. *AIDS*, 2010, 24:S30–S40.
15. Handa S et al. Effect of a national social cash transfer program on HIV risk behavior in Kenya. *XIX^e Conférence internationale sur le sida, Washington DC, États-Unis, 22–27 juillet 2012* (Abstract FRLBD01; <http://pag.aids2012.org/Abstracts.aspx?AID=21323>, consulté le 1^{er} novembre 2012).
16. Baird SJ et al. Effect of a cash transfer programme for schooling on prevalence of HIV and herpes simplex type 2 in Malawi: a clustered randomized trial. *Lancet*, 2012, 379:1320–1329.
17. Cohen MS et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *New England Journal of Medicine*, 2011, 365:493–505.
18. *Guidance on couples HIV testing and counselling, including antiretroviral therapy for treatment and prevention in serodiscordant couples: recommendations for a public health approach*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012 (<http://www.who.int/hiv/topics/vct/en>, consulté le 1^{er} novembre 2012).

2. Consommateurs de drogues injectables

1. 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.
2. Wood E et al. Attendance at supervised injecting facilities and use of detoxification services. *New England Journal of Medicine*, 2006, 354:2512–2514.
3. *Women, harm reduction, and HIV: key findings from Azerbaijan, Georgia, Kyrgyzstan, Russia, and Ukraine*. New York, Open Society Institute Public Health Program, 2009.
4. Mathers BM et al. HIV prevention, treatment, and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional, and national coverage. *Lancet*, 2010, 375:1014–1028.
5. Degenhardt L et al. Prevention of HIV infection for people who inject drugs: why individual, structural, and combination approaches are needed. *Lancet*, 2010, 376:285–301.
6. El-Bassel N, Terlikbaeva A, Pinkham S. HIV and women who use drugs: double neglect, double risk. *Lancet*, 2010, 376:312–314.
7. Strathdee SA et al. Social and structural factors associated with HIV infection among female sex workers who inject drugs in the Mexique–US border region. *PLoS One*, 2011, 6:e19048.
8. Brown QL et al. The impact of homelessness on recent sex trade among pregnant women in drug treatment. *Journal of Substance Use*, 2012, 17:287–293.

9. Cavanaugh CE, Latimer WW. Recent sex trade and injection drug use among pregnant opiate and cocaine dependent women in treatment: the significance of psychiatric comorbidity. *Addiction Disorders and Their Treatment*, 2010, 9:32.

3. Éliminer les infections à VIH chez les enfants et maintenir les mères en vie

1. *Compte à rebours jusqu'à zéro : Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie*. Genève, ONUSIDA, 2011 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20110609_JC2137_Global-Plan-elimination-HIV-Children_fr.pdf, consulté le 1^{er} novembre 2012).
2. Mofenson LM. Antiretroviral drugs to prevent breastfeeding HIV transmission. *Antiviral Therapy*, 2010, 15:537–553.
3. *Traitement antirétroviral de l'infection à VIH chez le nourrisson et l'enfant : vers un accès universel. Recommandations pour une approche de santé publique : mise à jour 2010*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010 (<http://www.who.int/hiv/pub/paediatric/infants2010/fr/index.html>, consulté le 1^{er} novembre 2012).
4. Marston M et al. Net survival of perinatally and postnatally HIV-infected children: a pooled analysis of individual data from sub-Saharan Africa. *International Journal of Epidemiology*, 2011, 40:385–396.
5. Getahun H et al. Prevention, diagnosis, and treatment of tuberculosis in children and mothers: evidence for action for maternal, neonatal, and child health services. *Journal of Infectious Diseases*, 2012, 205(Suppl. 2):S216–S227.
6. Mahy M 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. *Sexually Transmitted Infections*, 2010, 86(Suppl. 2):ii48–ii55.
7. Schouten EJ et al. Prevention of mother-to-child transmission of HIV and the health-related Millennium Development Goals: time for a public health approach. *Lancet*, 2011, 378:282–284.
8. El-Sadr WM et al. Bridging the divide. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2011, 57(Suppl. 2):S59–S60.
9. Thorne C et al. Prevention of mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus among pregnant women using injecting drugs in Ukraine, 2000–10. *Addiction*, 2012, 107:118–128.

4. Traitement

1. Holmes CB et al. PEPFAR's past and future efforts to cut costs, improve efficiency, and increase the impact of global HIV programs. *Health Affairs*, 2012, 31:1553–1660.
2. *Press release: new study finds cost of treating HIV patients far lower than commonly believed; agreement with generic drug makers will bring prices down even further*. New York, William J. Clinton Foundation, 2012 (<http://www.clintonfoundation.org/main/news-and-media/press-releases-and-statements/press-release-agreement-with-generic-drug-makers-will-bring-prices-down-even-further.html>, consulté le 1^{er} novembre 2012).

5. Tuberculose et VIH

1. Rapports d'activité remis par les pays 2012 [base de données en ligne]. Genève, ONUSIDA, 2012 (<http://www.unaids.org/cpr>, consulté le 1^{er} novembre 2012).
2. Suthar AB et al. Antiretroviral therapy for prevention of tuberculosis in adults with HIV: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, 2012, 9:e1001270.
3. *Global tuberculosis control 2009*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009.
4. *Directives pour l'intensification du dépistage de la tuberculose et l'administration du traitement préventif à l'isoniazide chez les personnes vivant avec le VIH dans un contexte de ressources limitées*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011 (http://www.who.int/tb/challenges/hiv/ICF_IPTguidelines/fr/index.html, consulté le 1^{er} novembre 2012).
5. OMS, Plan présidentiel américain d'aide d'urgence à la lutte contre le sida (PEPFAR) et ONUSIDA. *Guide de suivi et d'évaluation des activités conjointes tuberculose/VIH*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009 (http://www.who.int/tb/publications/2009/tbhiv_guide/fr/index.html, consulté le 1^{er} novembre 2012).
6. OMS, ONUSIDA, UNICEF et Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. *Three interlinked patient monitoring systems for HIV care/ART, MCH/PMTCT and TB/HIV: standardized minimum data set and illustrative tools*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009 (http://www.who.int/hiv/pub/imai/three_patient_monitor/en, consulté le 1^{er} novembre 2012).

6. Ressources et dépenses

1. Rapports d'activité remis par les pays 2012 [base de données en ligne]. Genève, ONUSIDA, 2012 (<http://www.unaids.org/cpr>, consulté le 1^{er} novembre 2012).
2. *Investing for results. Results for people. A people-centered investment tool towards ending AIDS*. Genève, ONUSIDA, 2012 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/pcb/2012/JC2359_investing-for-results_en.pdf, consulté le 1^{er} novembre 2012).

7. Égalité des sexes et riposte au VIH

1. Peacock D. Men as partners: promoting men's involvement in care and support activities for people living with HIV/AIDS. *Réunion du Groupe d'experts sur le rôle des hommes et des garçons dans l'égalité entre les sexes, Brasilia, Brésil, 21-24 octobre 2003* (<http://www.un.org/womenwatch/daw/egm/men-boys2003/EP5-Peacock.pdf>, consulté le 1^{er} novembre 2012).
2. *Rapid assessment of gender-related barriers to services to prevent vertical transmission of HIV*. Genève, ONUSIDA, à paraître.
3. Esplen E. *Women and girls living with HIV/AIDS: overview and annotated bibliography*. Brighton, Institute of Development Studies, University of Sussex, 2007 (http://www.bridge.ids.ac.uk/reports/BB18_HIV.pdf, consulté le 1^{er} novembre 2012).
4. Mullick S, Kuneni B, Wanjiru M. *Involving men in maternity care: health service delivery issues*. Washington, DC, Population Council, 2005 (http://www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/journals/Agenda_Mullick05.pdf, consulté le 1^{er} novembre 2012).

5. Cornell M, McIntyre J, Myer L. Men and antiretroviral therapy in Africa: our blind spot. *Tropical Medicine and International Health*, 2011, 16:828–829.
6. Mulula AS et al. Gender distribution of adult patients on highly active antiretroviral therapy (HAART) in South Africa: a systematic review. *BMC Public Health*, 2007, 25:7–63.
7. Ochieng-Ooko V et al. Influence du sexe de la personne sur la perte du suivi dans un vaste programme de traitement du VIH dans l'ouest du Kenya. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 2010, 88:681–688.
8. Taylor-Smith K et al. Gender differences in retention and survival on antiretroviral therapy of HIV-infected adults in Malawi. *Malawi Medical Journal*, 2010, 22:49–56.
9. Cornell M et al. Gender differences in survival among adult patients starting antiretroviral therapy in South Africa: a multicentre cohort study. *PLoS Medicine*, 2012,9:e1001304.
10. Stringer JS et al. Rapid scale-up of antiretroviral therapy at primary care sites in Zambia: feasibility and early outcomes. *JAMA*, 2006, 296:782–793.
11. *A national study on violence against children and young women in Swaziland*. New York, UNICEF, 2010.
12. UNICEF, Centres de contrôle et de prévention des maladies des États-Unis et Muhimbili University of Health and Allied Sciences. *Violence against children in Tanzania: findings from a national survey 2009*. Dar es Salaam, Gouvernement de la République-Unie de Tanzanie, 2011.
13. Hillis SD et al. Adverse childhood experience and sexual risk behaviours in women: a retrospective cohort study. *Family Planning Perspectives*, 2001, 33:206–211.
14. Winter S. *Lost in transition: transgender people, rights and HIV vulnerability in the Asia-Pacific Region*. Bangkok, Programme des Nations Unies pour le développement, 2012.
15. *Prévention et traitement de l'infection à VIH et des autres infections sexuellement transmissibles chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et chez les personnes transgenres : recommandations pour une approche de santé publique, 2011*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011 (http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/msm_guidelines2011/fr/index.html, consulté le 1^{er} novembre 2012).
16. Hounsfield VL et al. Transgender people attending a Sydney sexual health service over a 16-year period. *Sexual Health*, 2007, 4:189–193.
17. Schulden JD et al. Rapid HIV testing in transgender communities by community-based organizations in three cities. *Public Health Reports*, 2008, 123:101–114.
18. Rapports d'activité remis par les pays 2012 [base de données en ligne]. Genève, ONUSIDA, 2012 (<http://www.unaids.org/cpr>, consulté le 1^{er} novembre 2012).
19. Rapports des pays sur l'Indice composite des politiques nationales (NCPI) 2012 [base de données en ligne]. Genève, ONUSIDA, 2012 (<http://www.unaids.org/ncpi>, consulté le 1^{er} novembre 2012).
20. Orza L. *Community innovations: achieving sexual and reproductive health and rights for women and girls through the HIV response*. Genève, ONUSIDA et Réseau Athena, 2011 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2011/07/20110719_Community%20innovation.pdf, consulté le 1^{er} novembre 2012).

8. Stigmatisation, discrimination et droit

1. *Stigma and discrimination at work: findings from the People Living with HIV Stigma Index*. Amsterdam, Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH, 2012 (http://www.gnpplus.net/images/stories/Rights_and_stigma/SI_WorkBriefing_Online.pdf, consulté le 1^{er} novembre 2012).
2. Commission mondiale sur le VIH et le droit. *Risques, droits et santé*. New York, Programme des Nations Unies pour le développement, 2012.
3. Rapports d'activité remis par les pays 2012 [base de données en ligne]. Genève, ONUSIDA, 2012 (<http://www.unaids.org/cpr>, consulté le 1^{er} novembre 2012).
4. *The global criminalisation scan report 2010: documenting trends, presenting evidence*. Amsterdam, Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH, 2010.
5. Itaborahy LP. *State-sponsored homophobia: a world survey of laws criminalising same-sex sexual acts between consenting adults*. Bruxelles, Association internationale des lesbiennes, des gays, des personnes bisexuelles, trans et intersexuelles (ILGA) (http://old.ilga.org/Statehomophobia/ILGA_State_Sponsored_Homophobia_2012.pdf, consulté le 1^{er} novembre 2012).
6. Chiu J, Burris S. *Punitive drug law and the risk environment for injecting drug users: understanding the connections*. New York, Commission mondiale sur le VIH et le droit, 2011 (Document de travail de la Commission mondiale sur le VIH et le droit ; <http://www.hivlawcommission.org/index.php/working-papers?task=document.viewdoc&id=98>, consulté le 1^{er} novembre 2012).
7. *Laws and policies affecting sex work*. New York, Open Society Foundation, 2012 (<http://www.soros.org/sites/default/files/sex-work-laws-policies-20120713.pdf>, consulté le 1^{er} novembre 2012).
8. *Police and HIV programs*. Law Enforcement and HIV Network, 2012 (<http://www.leahn.org/key-affected-populations>, consulté le 1^{er} novembre 2012).
9. Spiegel B et al. Prevalence of HIV infection in conflict-affected and displaced people in seven sub-Saharan African countries: a systematic review. *Lancet*, 2007, 369:2187–2195.
10. Spiegel P, Nankoe A. *UNHCR, VIH/SIDA et réfugiés : les leçons à retenir* Genève, Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés, 2011 (<http://www.unhcr.fr/4b151d62e.html>, consulté le 1^{er} novembre 2012).
11. *Faire la différence : rapport 2011 sur les résultats du Fonds mondial*. Genève, Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, 2011 (<http://www.globe-network.org/documents/bibliotheque-en-ligne/2011/fond-mondial-rapport-2011.pdf>, consulté le 1^{er} novembre 2012).
12. *Rapport du Comité technique d'examen des propositions et du Secrétariat sur le mécanisme transitoire de financement, 2012*. Genève, Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, 2012.
13. *Santé positive, dignité et prévention : un cadre d'action*. Genève, ONUSIDA, 2011 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20110701_PHDP_fr.pdf, consulté le 1^{er} novembre 2012).

9. Éliminer les restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence

1. Commission mondiale sur le VIH et le droit. *Risques, droits et santé*. New York, Programme des Nations Unies pour le développement, 2012.
2. *État de la migration dans le monde, 2011*. Voir http://publications.iom.int/bookstore/index.php?main_page=index&cPath=37 Genève, Organisation internationale pour les migrations, 2011.
3. Marin M. Impact of HIV travel restrictions on migrant workers in Asia and the Gulf States. 19^e Conférence internationale sur le sida, Washington, DC, 22–27 juillet 2012.

10. Intégration

1. *Déclaration politique sur le VIH/sida : intensifier nos efforts en vue d'éliminer le VIH/sida*. Genève, ONUSIDA, 2011 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2011/06/20110610_UN_A-RES-65-277_fr.pdf, consulté le 1^{er} novembre 2012).
2. A strategic revolution in HIV and global health. *Lancet*, 2011, 377:2055.
3. Howard AA, El-Sadr WM. Integration of tuberculosis and HIV services in sub-Saharan Africa: lessons learned. *Clinical and Infectious Diseases*, 2010, 50:S3.
4. Elden S et al. Integrated intensified case finding of tuberculosis into HIV care: an evaluation from rural Swaziland. *BMC Health Services Research*, 2011, 11:118.
5. Hensen B et al. Universal voluntary HIV testing in antenatal care settings: a review of the contribution of provider-initiated testing & counseling. *Tropical Medicine and Health*, 2012, 17:59–70.
6. *Chronic care of HIV and noncommunicable diseases: how to leverage the HIV experience*. Genève, ONUSIDA, 2011 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20110526_JC2145_Chronic_care_of_HIV.pdf, consulté le 1^{er} novembre 2012).
7. Rapports d'activité remis par les pays 2012 [base de données en ligne]. Genève, ONUSIDA, 2012 (<http://www.unaids.org/cpr>, consulté le 1^{er} novembre 2012).
8. Garcia M, Moore CMT. *The cash dividend: the rise of cash transfer programmes in sub-Saharan Africa*. Washington, DC, Banque mondiale, 2012 (<https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/2246>, consulté le 1^{er} novembre 2012).
9. Mont D. *Measuring disability prevalence*. Washington, DC, Banque mondiale, 2007 (Document de réflexion sur la protection sociale No. 0706).
10. *Disability and HIV policy brief*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009 (http://www.who.int/disabilities/jc1632_policy_brief_disability_en.pdf, consulté le 1^{er} novembre 2012).
11. Rapports des pays sur l'Indice composite des politiques nationales 2012 (NCPI) [base de données en ligne]. Genève, ONUSIDA, 2012 (<http://www.unaids.org/ncpi>, consulté le 1^{er} novembre 2012).
12. UNFPA, ONUSIDA et le Réseau des travailleurs du sexe d'Asie-Pacifique (APNSW). *The HIV and sex work collection: innovative responses in Asia and the Pacific*. Genève, ONUSIDA, à paraître.

13. Sherr L. Fathers and HIV: considerations for families. *Journal of the International AIDS Society*, 2011, 13(Suppl. 2):S4.
14. Betancourt T et al. Family-centred approaches to the prevention of mother to child transmission of HIV. *Journal of the International AIDS Society*, 2010, 13(Suppl. 2):S2.
15. *Guidance on couples HIV testing and counselling including antiretroviral therapy for treatment and prevention in serodiscordant couples: recommendations for a public health approach*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012 (<http://www.who.int/hiv/topics/vct/en>, consulté le 1^{er} novembre 2012).
16. Byamugisha B et al. Male partner antenatal attendance and HIV testing in eastern Uganda: a randomized facility-based intervention trial. *Journal of the International AIDS Society*, 2011, 14:43.
17. Farquhar C et al. Antenatal couple counseling increases uptake of interventions to prevent HIV-1 transmission. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2004, 37:1620–1626.
18. Allen, S. et al. Effect of serotesting with counselling on condom use and seroconversion among HIV discordant couples in Africa. *BMJ*, 1992, 304:1605–1609.
19. Dunkle K 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.
20. *Impliquer les hommes dans la prévention de la transmission mère-enfant du VIH*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241503679/fr/index.html>, consulté le 1^{er} novembre 2012).
21. Aluisi A et al. Male antenatal attendance and HIV testing are associated with decreased infant HIV infection and increased HIV-free survival. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2011, 56:76–82.
22. Ng'andwe C et al. The distribution of sexually-transmitted human papillomaviruses in HIV positive and negative patients in Zambia, Africa. *BMC Infectious Diseases*, 2007, 7:77.

ANNEXES

TABLE DES MATIÈRES



ÉPIDÉMIOLOGIE	<i>Statut épidémiologique</i>	A4
OBJECTIF 1	<i>Réduire la transmission par voie sexuelle</i>	A28
OBJECTIF 2	<i>Consommateurs de drogues injectables</i>	A46
OBJECTIF 3	<i>Infection à VIH chez les enfants et maintien en vie de leurs mères</i>	A52
OBJECTIF 4	<i>Traitement</i>	A60
OBJECTIF 5	<i>Tuberculose et VIH</i>	A78
OBJECTIF 6	<i>Ressources et dépenses</i>	A82
OBJECTIF 7	<i>Égalité des sexes et riposte au VIH</i>	A92
OBJECTIF 9	<i>Éliminer les restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence</i>	A98
OBJECTIF 10	<i>Intégration</i>	A100

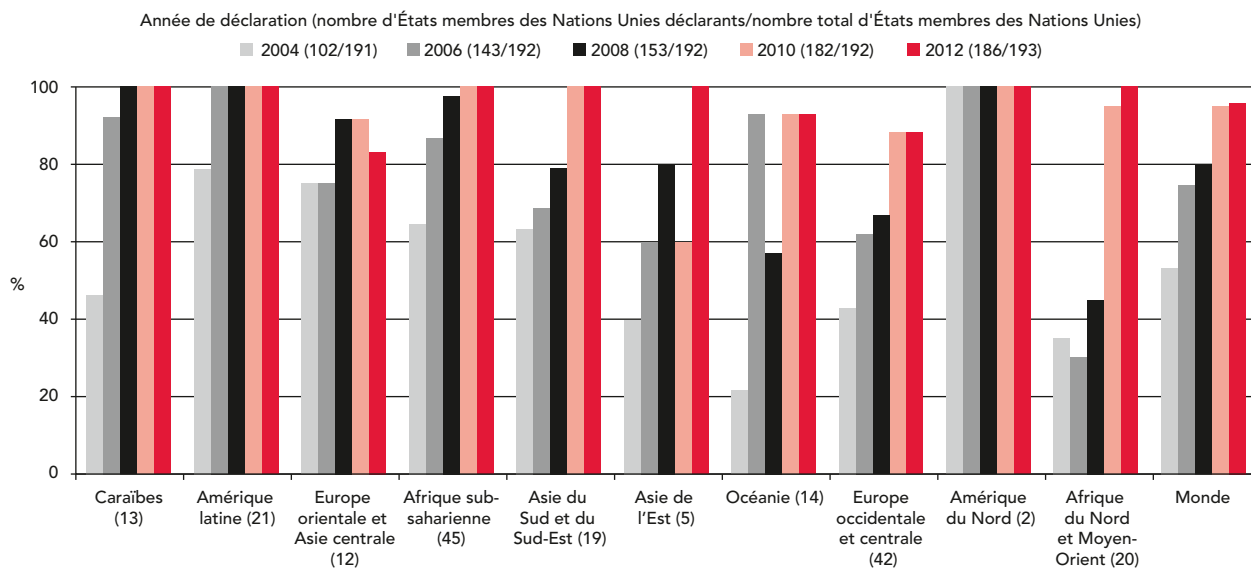
ANNEXES

SUIVI DES PROGRÈS DES RIPOSTES NATIONALES AU VIH

En juin 2011 lors de la Réunion de haut niveau sur le sida, les États membres des Nations Unies ont approuvé à l'unanimité la **Déclaration politique sur le VIH/sida** de 2011 et ses nouveaux objectifs pour 2015. La nouvelle Déclaration s'appuie sur les progrès accomplis depuis la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida en 2001 ainsi que la déclaration d'engagement qui avait établi les objectifs pour 2010. Destinée à freiner et inverser la propagation du VIH et du sida d'ici à 2015, la déclaration a évolué en **dix objectifs spécifiques** qui permettent aux pays de mesurer leurs progrès et de hiérarchiser leurs interventions en fonction des caractéristiques de leur épidémie.

L'ONUSIDA et ses groupes constitutifs ont examiné le précédent ensemble d'indicateurs mondiaux sur le sida et en ont proposé une version révisée, qui a ensuite été appliquée aux objectifs issus de la Déclaration politique de 2011. Les indicateurs ont été publiés en octobre 2011 dans le **Rapport d'activité sur la riposte au sida dans le monde : Directives**. Les définitions complètes des indicateurs sont également disponibles dans le **Registre des indicateurs**.

Taux de déclaration par région



Source : Rapports d'activité remis par les pays 2012.

Alors que les pays élaborent leurs systèmes de suivi de la riposte au sida, des données factuelles montrent clairement que ces investissements commencent à porter leurs fruits. Le nombre de pays communiquant des informations sur le sida ainsi que la qualité des rapports et des données ont considérablement augmenté. Les taux de réponse sont passés de 102 (53 %) États membres en 2004 au nombre record de 186 (96 %) en 2012 (voir le graphique de l'évolution des taux et tendances par région).

Outre les efforts de renforcement des capacités déployés à l'échelle mondiale et nationale, l'élaboration de rapports en ligne constitue l'un des facteurs de réussite. Cela a permis aux pays de fournir les données à leur convenance, en les partageant au préalable de manière consultative avec leurs groupes constitutifs. Dans de nombreux pays, la facilité de consultation a renforcé la transparence du processus, favorisé la participation accrue de la société civile et réduit la nécessité de rapports parallèles.

L'élaboration de rapports en ligne a également favorisé une plus grande collaboration entre les organismes mondiaux, l'inclusion d'autres indicateurs ou d'indicateurs supplémentaires ainsi que l'harmonisation des processus d'établissement de rapports, qui étaient habituellement distincts (accès universel, Déclaration de Dublin). Les États membres ont apprécié cette initiative. D'après une enquête réalisée après l'élaboration des rapports, 74 % des pays répondants ont trouvé cette démarche utile.

Afin de promouvoir l'utilisation des données, l'ONUSIDA les a rendues toutes publiquement accessibles par le biais d'**AIDSinfo**. La base de données, qui contient les dernières données communiquées par les pays ainsi que les estimations épidémiologiques sur le VIH et le sida, permet de suivre les progrès réalisés par rapport aux objectifs fixés. Grâce aux tableaux, aux cartes et aux graphiques, les pays peuvent évaluer leurs données et exposer aisément leur contribution aux objectifs mondiaux. Les annexes présentées dans ce rapport reflètent les données actuelles d'AIDSinfo au moment de sa publication.

Il est possible d'obtenir plus d'informations sur les progrès des pays dans la riposte au sida dans les **Rapports d'activité remis par les pays** et dans les **Rapports des pays sur l'Indice composite des politiques nationales** (NCPI).

.....

Toutes les données ont été communiquées par les États membres, sauf mention contraire. Il est recommandé d'effectuer des comparaisons au fil du temps et entre les différents pays pour les indicateurs épidémiologiques, les indicateurs de couverture des programmes antirétroviraux et de prévention de la transmission mère-enfant ainsi que les indicateurs issus des enquêtes représentatives. Pour les autres types de données, les comparaisons doivent être effectuées avec prudence étant donné qu'il peut exister des différences en matière de méthodologie et de représentativité des données en fonction des années et des pays.

ESTIMATION DE LA PRÉVALENCE DU VIH CHEZ LES ADULTES (15-49 ANS)

	2001			2011		
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
CARAÏBES						
Bahamas	3,50	3,30	3,60	2,80	2,60	3,00
Barbade	0,80	0,60	1,00	0,90	0,70	1,10
Cuba	< 0,1	< 0,1	< 0,1	0,20	0,20	0,20
République dominicaine	1,00	0,90	1,20	0,70	0,60	0,80
Haïti	2,60	2,20	3,00	1,80	1,50	2,10
Jamaïque	2,40	1,90	3,00	1,80	1,40	2,30
Trinité-et-Tobago	1,30	1,20	1,40	1,50	1,40	1,60
ASIE DE L'EST						
Chine	...	...	...	< 0,1	< 0,1	0,10
Japon	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1
Rép. de Corée	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	0,10
Mongolie	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	0,10
EUROPE ORIENTALE ET ASIE CENTRALE						
Arménie	0,20	< 0,1	0,70	0,20	0,10	0,40
Azerbaïdjan	< 0,1	< 0,1	0,10	0,10	0,10	0,10
Bélarus	< 0,1	< 0,1	0,20	0,40	0,30	0,60
Géorgie	< 0,1	< 0,1	0,10	0,20	0,10	0,30
Kazakhstan	< 0,1	< 0,1	0,10	0,20	0,20	0,20
Kirghizistan	< 0,1	< 0,1	< 0,1	0,40	0,30	0,60
République de Moldova	0,40	0,30	0,50	0,50	0,40	0,60
Fédération de Russie	...	0,50	0,80	...	0,80	1,40
Tadjikistan	0,20	< 0,1	0,40	0,30	0,20	0,40
Ukraine	0,80	0,60	1,10	0,80	0,60	1,00
AMÉRIQUE LATINE						
Argentine	0,30	0,30	0,40	0,40	0,30	0,50
Belize	2,30	1,40	3,70	2,30	2,00	2,60
Bolivie	0,50	0,30	0,70	0,30	0,10	0,50
Bésil	0,40	0,40	0,40	0,30	0,30	0,40
Chili	0,50	0,30	0,80	0,50	0,30	0,70
Colombie	0,50	0,30	0,80	0,50	0,30	0,80
Costa Rica	0,20	0,20	0,20	0,30	0,20	0,30
Équateur	0,40	0,10	0,90	0,40	0,20	1,10
El Salvador	0,40	0,20	0,70	0,60	0,30	1,60
Guatemala	0,50	0,20	1,40	0,80	0,20	3,50
Guyana	1,90	1,30	2,70	1,10	0,80	1,50
Honduras	...	1,40	2,40	...	0,50	0,90
Mexique	0,20	0,20	0,20	0,20	0,20	0,30
Nicaragua	< 0,1	< 0,1	0,20	0,20	0,10	0,50
Panama	1,40	0,90	2,30	0,80	0,50	1,30
Paraguay	0,10	< 0,1	0,30	0,30	0,10	0,80
Pérou	0,50	0,40	0,70	0,40	0,20	1,10

Source : ONUSIDA | Pour plus d'informations, consultez le site à l'adresse <http://aidsinfo.unaids.org>



	2001			2011		
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Suriname	2,70	1,80	3,90	1,00	0,70	1,50
Uruguay	0,60	0,30	2,00	0,60	0,20	2,00
Venezuela	0,40	0,20	1,00	0,50	0,30	1,30
MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD						
Algérie	...	< 0,1	< 0,1	...	0,10	0,10
Djibouti	2,70	2,20	3,20	1,40	1,10	2,00
Égypte	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1
Iran	0,10	0,10	0,10	0,20	0,10	0,20
Liban	< 0,1	< 0,1	0,10	0,10	0,10	0,10
Maroc	< 0,1	< 0,1	< 0,1	0,20	0,10	0,20
Somalie	0,80	0,60	1,20	0,70	0,40	1,00
Soudan	0,50	0,40	0,70	0,40	0,30	0,50
Tunisie	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1
Yémen	0,10	< 0,1	0,20	0,20	0,10	0,20
OCÉANIE						
Australie	0,10	0,10	0,20	0,20	0,10	0,20
Fidji	< 0,1	< 0,1	< 0,1	0,10	< 0,1	0,10
Nouvelle-Zélande	< 0,1	< 0,1	< 0,1	0,10	0,10	0,10
Papouasie-Nouvelle-Guinée	0,80	0,60	1,10	0,70	0,60	0,80
AFRIQUE SUBSAHARIENNE						
Angola	1,70	1,20	2,60	2,10	1,50	3,20
Bénin	1,70	1,40	2,00	1,20	1,10	1,40
Botswana	27,00	25,70	28,40	23,40	22,30	24,60
Burkina Faso	2,10	1,80	2,60	1,10	1,00	1,50
Burundi	3,50	3,10	4,10	1,30	1,20	1,60
Cameroun	5,10	4,70	5,60	4,60	4,30	5,00
Cap-Vert	1,00	0,70	1,40	1,00	0,70	1,40
République centrafricaine	8,10	7,10	8,90	4,60	3,20	5,00
Tchad	3,70	3,00	4,60	3,10	2,70	4,20
Comores	< 0,1	< 0,1	< 0,1	0,10	< 0,1	0,10
Congo	3,80	3,30	4,40	3,30	2,90	3,70
Côte d'Ivoire	6,20	5,60	6,70	3,00	2,70	3,40
Guinée équatoriale	2,50	1,90	3,00	4,70	4,30	6,80
Érythrée	1,10	0,70	2,00	0,60	0,30	1,50
Éthiopie	3,60	3,30	3,90	1,40	1,30	1,60
Gabon	5,20	3,60	7,40	5,00	3,60	7,50
Gambie	0,80	0,40	1,80	1,50	0,70	2,90
Ghana	2,20	1,90	2,50	1,50	1,30	1,70
Guinée	1,50	1,10	2,10	1,40	1,10	1,80
Guinée-Bissau	1,40	1,00	1,80	2,50	2,10	3,00
Kenya	8,50	8,20	8,80	6,20	5,90	6,30
Lesotho	23,40	22,40	24,50	23,30	22,50	24,30

ESTIMATION DE LA PRÉVALENCE DU VIH CHEZ LES ADULTES (15-49 ANS)

	2001			2011		
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Libéria	2,50	1,70	3,30	1,00	0,80	1,40
Madagascar	0,30	0,20	0,60	0,30	0,20	0,40
Malawi	13,80	12,80	14,70	10,00	9,50	10,60
Mali	1,60	1,30	2,00	1,10	0,80	1,50
Mauritanie	0,60	0,40	1,20	1,10	0,60	2,00
Maurice	0,90	0,60	1,30	1,00	0,70	1,40
Mozambique	9,70	8,70	11,00	11,30	10,00	12,70
Namibie	15,50	12,40	18,90	13,40	10,80	16,40
Niger	0,80	0,80	1,00	0,80	0,70	0,90
Nigéria	3,70	3,00	4,10	3,70	3,30	4,00
Rwanda	4,10	3,60	4,70	2,90	2,60	3,50
Sao Tomé-et-Principe	0,90	0,70	1,20	1,00	0,60	1,40
Sénégal	0,50	0,40	0,60	0,70	0,60	0,90
Sierra Leone	0,90	0,60	1,30	1,60	1,20	2,20
Afrique du Sud	15,90	15,10	16,80	17,30	16,60	18,10
Soudan du Sud	...	...	...	3,10	2,10	4,20
Swaziland	22,20	20,80	23,50	26,00	24,80	27,20
Tanzanie	7,20	6,80	7,70	5,80	5,40	6,20
Togo	4,10	3,10	5,10	3,40	2,70	4,30
Ouganda	6,90	6,20	7,20	7,20	6,90	7,70
Zambie	14,40	13,50	15,40	12,50	11,70	13,80
Zimbabwe	25,00	23,80	26,00	14,90	14,30	15,70
ASIE DU SUD ET DU SUD-EST						
Afghanistan	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	0,10
Bangladesh	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1
Bhoutan	< 0,1	< 0,1	< 0,1	0,30	0,20	0,60
Cambodge	1,20	0,90	1,60	0,60	0,50	0,90
Indonésie	< 0,1	< 0,1	< 0,1	0,30	0,20	0,40
République démocratique populaire lao	0,10	< 0,1	0,30	0,30	0,20	0,40
Malaisie	0,40	0,20	0,50	0,40	0,40	0,40
Maldives	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1
Myanmar	0,80	0,70	0,90	0,60	0,50	0,80
Népal	0,40	0,20	0,70	0,30	0,20	0,70
Pakistan	< 0,1	< 0,1	< 0,1	0,10	0,10	0,30
Philippines	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1
Singapour	0,10	< 0,1	0,10	0,10	0,10	0,10
Sri Lanka	< 0,1	< 0,1	0,60	< 0,1	< 0,1	0,10
Thaïlande	1,70	1,70	1,70	1,20	1,10	1,20
Viet Nam	0,30	0,20	0,30	0,50	0,40	0,60

Source : ONUSIDA | Pour plus d'informations, consultez le site à l'adresse <http://aidsinfo.unaids.org>

	2001			2011		
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
EUROPE OCCIDENTALE ET CENTRALE ET AMÉRIQUE DU NORD						
Autriche	0,10	< 0,1	0,20	0,40	0,30	0,50
Belgique	0,20	0,10	0,20	0,30	0,30	0,40
Bulgarie	< 0,1	< 0,1	< 0,1	0,10	0,10	0,10
Canada	0,30	0,20	0,30	0,30	0,30	0,40
Croatie	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	0,10
République tchèque	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1
Danemark	0,10	0,10	0,10	0,20	0,20	0,20
Estonie	0,60	0,50	0,80	1,30	1,10	1,60
Finlande	< 0,1	< 0,1	< 0,1	0,10	0,10	0,10
France	0,40	0,30	0,40	0,40	0,30	0,50
Allemagne	0,10	< 0,1	0,10	0,10	0,10	0,20
Grèce	0,10	0,10	0,20	0,20	0,10	0,20
Hongrie	< 0,1	< 0,1	< 0,1	0,10	< 0,1	0,10
Islande	0,20	0,20	0,30	0,30	0,20	0,30
Irlande	0,20	0,20	0,30	0,30	0,20	0,40
Israël	0,20	0,10	0,20	0,20	0,10	0,20
Italie	0,40	0,30	0,60	0,40	0,30	0,50
Lettonie	0,40	0,30	0,50	0,70	0,50	1,00
Lituanie	< 0,1	< 0,1	< 0,1	0,10	0,10	0,10
Luxembourg	0,30	0,20	0,30	0,30	0,20	0,40
Malte	< 0,1	< 0,1	0,10	0,10	0,10	0,10
Pays-Bas	0,20	0,20	0,30	0,20	0,20	0,40
Norvège	0,10	0,10	0,20	0,10	0,10	0,20
Pologne	0,10	< 0,1	0,10	0,10	0,10	0,20
Portugal	0,60	0,40	0,80	0,70	0,60	1,00
Roumanie	0,10	< 0,1	0,20	0,10	0,10	0,10
Serbie	< 0,1	< 0,1	0,10	0,10	< 0,1	0,10
Slovaquie	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1
Slovénie	< 0,1	< 0,1	< 0,1	0,10	< 0,1	0,10
Espagne	0,50	0,40	0,50	0,40	0,40	0,50
Suède	0,20	0,10	0,20	0,20	0,10	0,20
Suisse	0,30	0,30	0,40	0,40	0,30	0,50
Turquie	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1
Royaume-Uni	0,20	0,10	0,20	0,30	0,20	0,30
États-Unis d'Amérique	0,60	0,50	0,80	0,60	0,50	1,00

PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

	2001			2011		
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
CARAÏBES						
Bahamas	6 500	6 100	6 900	6 500	6 000	7 000
Barbade	1 200	< 1 000	1 500	1 400	1 100	1 700
Cuba	3 600	3 000	4 700	14 000	12 000	16 000
République dominicaine	52 000	43 000	59 000	44 000	37 000	50 000
Haiti	130 000	110 000	150 000	120 000	96 000	130 000
Jamaïque	36 000	29 000	46 000	30 000	24 000	39 000
Trinité-et-Tobago	11 000	9 900	12 000	13 000	12 000	15 000
ASIE DE L'EST						
Chine	...	...	...	780 000	620 000	940 000
Japon	6 200	5 000	7 700	7 900	6 100	10 000
Rép. de Corée	7 200	5 400	8 800	15 000	12 000	19 000
Mongolie	< 100	< 100	< 100	< 1 000	< 1 000	< 1 000
EUROPE ORIENTALE ET ASIE CENTRALE						
Arménie	3 500	1 500	12 000	3 600	2 100	7 000
Azerbaïdjan	3 000	1 700	5 300	6 700	5 000	8 800
Bélarus	4 900	2 200	10 000	20 000	15 000	30 000
Géorgie	1 100	< 500	2 800	4 900	2 300	7 800
Kazakhstan	9 200	7 100	12 000	19 000	17 000	23 000
Kirghizistan	< 1 000	< 500	1 300	12 000	8 700	19 000
République de Moldova	11 000	9 400	14 000	15 000	12 000	17 000
Fédération de Russie	...	510 000	790 000	...	730 000	1 300 000
Tadjikistan	5 400	1 300	14 000	11 000	7 600	15 000
Ukraine	250 000	190 000	330 000	230 000	180 000	310 000
AMÉRIQUE LATINE						
Argentine	66 000	51 000	82 000	95 000	79 000	120 000
Belize	3 400	2 000	5 400	4 600	4 000	5 300
Bolivie	26 000	18 000	39 000	17 000	8 800	30 000
Brésil	450 000	400 000	510 000	490 000	430 000	570 000
Chili	42 000	28 000	70 000	51 000	34 000	73 000
Colombie	130 000	83 000	190 000	150 000	90 000	240 000
Costa Rica	5 000	3 800	5 900	8 800	7 200	10 000
Équateur	32 000	8 700	74 000	35 000	19 000	84 000
El Salvador	12 000	6 300	22 000	24 000	12 000	59 000
Guatemala	28 000	7 900	78 000	65 000	19 000	280 000
Guyana	8 900	6 100	12 000	6 200	5 600	7 000
Honduras	64 000	50 000	86 000	33 000	25 000	45 000
Mexique	140 000	130 000	160 000	180 000	160 000	200 000
Nicaragua	2 200	1 200	8 600	7 600	3 300	19 000
Panama	25 000	17 000	41 000	18 000	12 000	29 000
Paraguay	4 400	2 800	8 400	13 000	5 700	32 000

Source : ONUSIDA | Pour plus d'informations, consultez le site à l'adresse <http://aidsinfo.unaids.org>

	2001			2011		
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Pérou	79 000	56 000	110 000	74 000	38 000	200 000
Suriname	7 900	5 400	12 000	3 400	2 400	5 400
Uruguay	11 000	5 100	33 000	12 000	6 000	33 000
Venezuela	58 000	26 000	150 000	99 000	51 000	230 000
MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD						
Algérie	...	5 000	9 100	...	13 000	28 000
Djibouti	12 000	9 700	15 000	9 200	7 100	12 000
Égypte	9 100	4 000	22 000	9 500	5 600	18 000
Iran	56 000	48 000	65 000	96 000	80 000	120 000
Liban	1 500	< 1 000	2 700	2 900	1 900	4 000
Maroc	12 000	8 200	15 000	32 000	21 000	46 000
Somalie	34 000	24 000	49 000	35 000	23 000	52 000
Soudan	69 000	53 000	87 000	69 000	56 000	84 000
Tunisie	< 1 000	< 500	< 1 000	1 700	1 500	1 900
Yémen	10 000	7 000	15 000	22 000	19 000	25 000
Océanie						
Australie	13 000	11 000	16 000	22 000	18 000	27 000
Fidji	< 100	< 100	< 100	< 500	< 200	< 500
Nouvelle-Zélande	1 600	1 400	2 000	2 600	2 200	3 400
Papouasie-Nouvelle-Guinée	24 000	17 000	33 000	28 000	24 000	33 000
AFRIQUE SUBSAHARIENNE						
Angola	130 000	92 000	200 000	230 000	160 000	340 000
Bénin	66 000	52 000	79 000	64 000	56 000	73 000
Botswana	270 000	250 000	290 000	300 000	280 000	310 000
Burkina Faso	150 000	130 000	190 000	120 000	100 000	150 000
Burundi	130 000	120 000	150 000	80 000	72 000	93 000
Cameroun	450 000	410 000	500 000	550 000	510 000	600 000
Cap-Vert	2 700	1 900	3 800	3 300	2 400	4 700
République centrafricaine	170 000	140 000	190 000	130 000	100 000	130 000
Tchad	170 000	140 000	220 000	210 000	180 000	280 000
Comores	< 100	< 100	< 100	< 500	< 500	< 500
Congo	74 000	65 000	85 000	83 000	74 000	92 000
Côte d'Ivoire	560 000	510 000	620 000	360 000	320 000	400 000
Guinée équatoriale	7 900	5 900	10 000	20 000	17 000	29 000
Érythrée	23 000	14 000	45 000	23 000	13 000	52 000
Éthiopie	1 300 000	1 200 000	1 400 000	790 000	720 000	870 000
Gabon	35 000	24 000	49 000	46 000	34 000	67 000
Gambie	5 700	2 500	12 000	14 000	7 300	28 000
Ghana	250 000	210 000	280 000	230 000	200 000	260 000
Guinée	72 000	50 000	100 000	85 000	68 000	100 000
Guinée-Bissau	9 800	7 100	13 000	24 000	20 000	28 000

PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

	2001			2011		
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Kenya	1 600 000	1 500 000	1 700 000	1 600 000	1 500 000	1 700 000
Lesotho	250 000	240 000	270 000	320 000	300 000	340 000
Libéria	39 000	25 000	52 000	25 000	21 000	32 000
Madagascar	22 000	16 000	56 000	34 000	26 000	47 000
Malawi	860 000	790 000	930 000	910 000	850 000	970 000
Mali	110 000	85 000	130 000	110 000	83 000	140 000
Mauritanie	10 000	6 100	19 000	24 000	13 000	41 000
Maurice	6 600	4 300	9 800	7 400	5 200	10 000
Mozambique	850 000	760 000	980 000	1 400 000	1 200 000	1 600 000
Namibie	160 000	130 000	200 000	190 000	160 000	230 000
Niger	45 000	40 000	51 000	65 000	57 000	70 000
Nigéria	2 500 000	2 100 000	2 900 000	3 400 000	3 000 000	3 800 000
Rwanda	220 000	200 000	260 000	210 000	180 000	250 000
Sao Tomé-et-Principe	< 1 000	< 1 000	1 000	< 1 000	< 1 000	1 400
Sénégal	24 000	18 000	31 000	53 000	43 000	65 000
Sierra Leone	21 000	15 000	31 000	49 000	39 000	69 000
Afrique du Sud	4 400 000	4 100 000	4 700 000	5 600 000	5 300 000	5 900 000
Soudan du Sud	...	...	...	150 000	100 000	200 000
Swaziland	120 000	120 000	130 000	190 000	180 000	200 000
Tanzanie	1 400 000	1 300 000	1 600 000	1 600 000	1 500 000	1 700 000
Togo	120 000	95 000	150 000	150 000	120 000	190 000
Ouganda	990 000	900 000	1 100 000	1 400 000	1 300 000	1 500 000
Zambie	860 000	800 000	930 000	970 000	900 000	1 100 000
Zimbabwe	1 800 000	1 700 000	1 900 000	1 200 000	1 200 000	1 300 000
ASIE DU SUD ET DU SUD-EST						
Afghanistan	2 000	1 000	4 500	5 800	3 200	17 000
Bangladesh	2 200	1 300	4 700	7 700	4 900	16 000
Bhoutan	< 100	< 100	< 500	1 300	< 1 000	2 500
Cambodge	85 000	62 000	120 000	64 000	52 000	96 000
Indonésie	12 000	< 100	34 000	380 000	240 000	570 000
République démocratique populaire lao	3 200	< 1 000	7 800	10 000	8 200	15 000
Malaisie	58 000	38 000	81 000	81 000	72 000	89 000
Maldives	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100
Myanmar	230 000	200 000	260 000	220 000	180 000	260 000
Népal	43 000	27 000	78 000	49 000	32 000	100 000
Pakistan	12 000	8 500	19 000	130 000	76 000	260 000
Philippines	2 400	< 1 000	3 500	19 000	16 000	24 000
Singapour	2 700	2 100	3 500	3 400	2 900	4 500
Sri Lanka	1 900	1 500	74 000	4 200	3 400	11 000
Thaïlande	630 000	590 000	690 000	490 000	450 000	550 000
Viet Nam	110 000	90 000	140 000	250 000	200 000	330 000

Source : ONUSIDA | Pour plus d'informations, consultez le site à l'adresse <http://aidsinfo.unaids.org>

	2001			2011		
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
EUROPE OCCIDENTALE ET CENTRALE ET AMÉRIQUE DU NORD						
Autriche	5 500	4 000	7 300	18 000	13 000	24 000
Belgique	9 300	7 100	12 000	20 000	16 000	26 000
Bulgarie	1 700	1 300	2 300	3 900	2 700	5 700
Canada	48 000	40 000	57 000	71 000	63 000	89 000
Croatie	< 1 000	< 1 000	< 1 000	1 200	< 1 000	1 500
République tchèque	1 400	1 200	1 600	2 100	1 800	2 300
Danemark	3 500	3 000	4 000	6 100	5 300	7 200
Estonie	4 700	3 800	5 700	9 900	8 200	12 000
Finlande	1 700	1 500	2 000	2 900	2 500	3 500
France	120 000	100 000	140 000	160 000	130 000	200 000
Allemagne	44 000	40 000	49 000	73 000	66 000	82 000
Grèce	8 500	7 400	9 500	11 000	9 500	13 000
Hongrie	3 400	2 600	4 400	4 100	3 100	5 200
Islande	< 500	< 500	< 500	< 1 000	< 500	< 1 000
Irlande	4 800	3 700	6 300	7 800	6 300	9 700
Israël	5 500	4 200	7 400	8 500	6 600	11 000
Italie	130 000	100 000	170 000	150 000	120 000	200 000
Lettonie	4 900	3 700	6 500	9 100	6 500	13 000
Lituanie	< 1 000	< 1 000	1 100	1 500	1 100	2 100
Luxembourg	< 1 000	< 500	< 1 000	< 1 000	< 1 000	1 100
Malte	< 500	< 200	< 500	< 500	< 500	< 500
Pays-Bas	19 000	15 000	25 000	25 000	20 000	36 000
Norvège	3 200	2 500	4 400	4 500	3 500	6 200
Pologne	24 000	18 000	32 000	35 000	28 000	46 000
Portugal	34 000	26 000	45 000	48 000	37 000	62 000
Roumanie	16 000	12 000	20 000	16 000	13 000	20 000
Serbie	3 100	< 500	4 300	3 500	2 400	5 100
Slovaquie	< 200	< 200	< 500	< 500	< 500	< 1 000
Slovénie	< 500	< 200	< 500	< 1 000	< 500	< 1 000
Espagne	120 000	110 000	140 000	150 000	130 000	160 000
Suède	6 900	5 400	10 000	9 100	7 100	13 000
Suisse	14 000	11 000	18 000	20 000	16 000	27 000
Turquie	1 800	1 400	2 400	5 500	4 000	7 600
Royaume-Uni	46 000	37 000	57 000	94 000	74 000	120 000
États-Unis d'Amérique	1 000 000	790 000	1 300 000	1 300 000	1 000 000	2 000 000

PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH (ÂGÉES DE PLUS DE 15 ANS)

	2001			2011		
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
CARAÏBES						
Bahamas	6 400	6 000	6 800	6 200	5 800	6 800
Barbade	1 200	< 1 000	1 500	1 400	1 100	1 700
Cuba	3 500	2 900	4 600	14 000	12 000	16 000
République dominicaine	49 000	41 000	56 000	41 000	35 000	47 000
Haïti	110 000	96 000	130 000	100 000	84 000	120 000
Jamaïque	35 000	29 000	44 000	29 000	23 000	38 000
Trinité-et-Tobago	11 000	9 700	12 000	13 000	12 000	14 000
ASIE DE L'EST						
Chine	...	...	...	771 000	610 000	930 000
Japon	6 200	5 000	7 700	7 900	6 100	10 000
Rép. de Corée	7 200	5 400	8 800	15 000	12 000	19 000
Mongolie	< 100	< 100	< 100	< 1 000	< 1 000	< 1 000
EUROPE ORIENTALE ET ASIE CENTRALE						
Arménie	3 500	1 500	12 000	3 600	2 100	7 000
Azerbaïdjan	3 000	1 700	5 300	6 700	5 000	8 800
Bélarus	4 900	2 000	10 000	20 000	15 000	30 000
Géorgie	1 100	< 500	2 800	4 900	2 200	7 900
Kazakhstan	9 100	7 100	12 000	19 000	17 000	23 000
Kirghizistan	< 1 000	< 500	1 200	12 000	8 400	19 000
République de Moldova	11 000	9 300	14 000	14 000	12 000	17 000
Fédération de Russie		500 000	780 000		720 000	1 300 000
Tadjikistan	5 200	1 600	13 000	9 900	6 200	16 000
Ukraine	250 000	190 000	330 000	230 000	180 000	300 000
AMÉRIQUE LATINE						
Argentine	65 000	50 000	81 000	92 000	75 000	110 000
Belize	3 200	2 000	5 100	4 400	3 800	5 000
Bolivie	22 000	15 000	32 000	16 000	8 200	29 000
Brésil	430 000	380 000	490 000	470 000	410 000	550 000
Chili	42 000	28 000	69 000	50 000	34 000	73 000
Colombie	130 000	81 000	190 000	150 000	89 000	230 000
Costa Rica	4 900	3 800	5 800	8 700	7 100	10 000
Équateur	29 000	9 300	63 000	33 000	16 000	81 000
El Salvador	11 000	6 300	21 000	24 000	12 000	58 000
Guatemala	27 000	8 600	74 000	62 000	18 000	270 000
Guyana	8 400	5 800	12 000	5 900	4 500	8 100
Honduras	57 000	43 000	76 000	29 000	22 000	40 000
Mexique	140 000	130 000	160 000	180 000	160 000	200 000
Nicaragua	1 900	1 000	6 300	7 000	3 100	18 000
Panama	24 000	16 000	40 000	17 000	11 000	28 000
Paraguay	4 200	2 700	7 900	12 000	5 500	31 000

Source : ONUSIDA | Pour plus d'informations, consultez le site à l'adresse <http://aidsinfo.unaids.org>

	2001			2011		
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Pérou	76 000	53 000	100 000	70 000	36 000	190 000
Suriname	7 500	5 100	11 000	3 100	2 200	4 900
Uruguay	11 000	4 900	33 000	12 000	5 900	33 000
Venezuela	55 000	25 000	140 000	97 000	49 000	220 000
MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD						
Algérie	...	4 800	8 900	...	12 000	28 000
Djibouti	11 000	9 000	13 000	8 000	6 100	11 000
Égypte	9 000	4 000	22 000	9 400	5 500	18 000
Iran	56 000	48 000	64 000	96 000	79 000	120 000
Liban	1 400	< 1 000	2 500	2 700	1 800	3 900
Maroc	11 000	7 900	15 000	31 000	20 000	44 000
Somalie	30 000	21 000	43 000	30 000	20 000	45 000
Soudan	67 000	52 000	85 000	65 000	53 000	79 000
Tunisie	< 1 000	< 500	< 1 000	1 700	1 500	1 900
Yémen	10 000	6 700	15 000	20 000	17 000	24 000
OCÉANIE						
Australie	13 000	11 000	16 000	22 000	18 000	27 000
Fidji	< 100	< 100	< 100	< 500	< 200	< 500
Nouvelle-Zélande	1 600	1 300	2 000	2 600	2 200	3 400
Papouasie-Nouvelle-Guinée	22 000	16 000	30 000	24 000	21 000	29 000
AFRIQUE SUBSAHARIENNE						
Angola	110 000	80 000	180 000	190 000	140 000	300 000
Bénin	53 000	44 000	62 000	55 000	48 000	63 000
Botswana	250 000	240 000	270 000	280 000	270 000	300 000
Burkina Faso	120 000	110 000	150 000	94 000	84 000	120 000
Burundi	110 000	96 000	130 000	61 000	53 000	70 000
Cameroun	410 000	370 000	460 000	490 000	460 000	530 000
Cap-Vert	2 200	1 500	3 000	2 800	2 000	3 900
République centrafricaine	150 000	130 000	160 000	110 000	75 000	120 000
Tchad	150 000	120 000	190 000	180 000	150 000	240 000
Comores	< 100	< 100	< 100	< 500	< 200	< 500
Congo	61 000	54 000	70 000	71 000	63 000	78 000
Côte d'Ivoire	490 000	440 000	530 000	300 000	270 000	340 000
Guinée équatoriale	6 800	5 200	8 600	17 000	15 000	26 000
Érythrée	21 000	13 000	40 000	19 000	11 000	45 000
Éthiopie	1 100 000	1 000 000	1 200 000	610 000	560 000	680 000
Gabon	33 000	22 000	47 000	43 000	31 000	62 000
Gambie	5 200	2 300	11 000	12 000	6 600	25 000
Ghana	220 000	190 000	260 000	200 000	170 000	230 000
Guinée	64 000	45 000	88 000	73 000	58 000	92 000
Guinée-Bissau	8 800	6 300	12 000	21 000	17 000	24 000

PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH (ÂGÉES DE PLUS DE 15 ANS)

	2001			2011		
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Kenya	1 400 000	1 300 000	1 500 000	1 400 000	1 300 000	1 500 000
Lesotho	230 000	220 000	250 000	280 000	270 000	290 000
Libéria	35 000	23 000	47 000	20 000	16 000	27 000
Madagascar	20 000	14 000	50 000	31 000	24 000	41 000
Malawi	740 000	680 000	790 000	740 000	690 000	790 000
Mali	93 000	75 000	110 000	92 000	70 000	120 000
Mauritanie	9 100	5 600	17 000	22 000	12 000	39 000
Maurice	6 500	4 300	9 800	7 400	5 100	10 000
Mozambique	770 000	680 000	880 000	1 200 000	1 100 000	1 300 000
Namibie	150 000	120 000	190 000	170 000	140 000	210 000
Niger	39 000	35 000	45 000	55 000	48 000	60 000
Nigéria	2 300 000	1 900 000	2 600 000	3 000 000	2 600 000	3 300 000
Rwanda	190 000	160 000	220 000	180 000	160 000	220 000
Sao Tomé-et-Principe	< 1 000	< 500	< 1 000	< 1 000	< 1 000	1 300
Sénégal	22 000	16 000	28 000	48 000	39 000	59 000
Sierra Leone	20 000	14 000	29 000	44 000	35 000	64 000
Afrique du Sud	4 200 000	3 900 000	4 500 000	5 100 000	4 900 000	5 400 000
Soudan du Sud	...	...	...	130 000	88 000	180 000
Swaziland	120 000	110 000	120 000	170 000	160 000	180 000
Tanzanie	1 200 000	1 200 000	1 300 000	1 300 000	1 200 000	1 500 000
Togo	110 000	85 000	140 000	130 000	100 000	160 000
Ouganda	780 000	700 000	830 000	1 200 000	1 100 000	1 300 000
Zambie	690 000	640 000	750 000	800 000	740 000	880 000
Zimbabwe	1 600 000	1 500 000	1 700 000	1 000 000	990 000	1 100 000
ASIE DU SUD ET DU SUD-EST						
Afghanistan	2 000	< 1 000	4 300	5 600	3 100	17 000
Bangladesh	2 100	1 200	4 500	7 700	4 800	16 000
Bhoutan	< 100	< 100	< 500	1 200	< 1 000	2 500
Cambodge	77 000	57 000	110 000	56 000	45 000	86 000
Indonésie	11 000	< 100	34 000	370 000	230 000	560 000
République démocratique populaire lao	3 100	< 1 000	7 600	9 700	7 700	13 000
Malaisie	57 000	37 000	80 000	80 000	70 000	88 000
Maldives	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100
Myanmar	220 000	190 000	250 000	210 000	180 000	250 000
Népal	42 000	27 000	76 000	47 000	30 000	96 000
Pakistan	12 000	8 300	18 000	130 000	74 000	250 000
Philippines	2 400	< 1 000	3 400	19 000	16 000	24 000
Singapour	2 600	2 000	3 400	3 300	2 700	4 200
Sri Lanka	1 900	1 400	68 000	4 100	3 300	9 900
Thaïlande	620 000	570 000	680 000	480 000	440 000	540 000
Viet Nam	110 000	89 000	140 000	240 000	190 000	330 000

Source : ONUSIDA | Pour plus d'informations, consultez le site à l'adresse <http://aidsinfo.unaids.org>

	2001			2011		
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
EUROPE OCCIDENTALE ET CENTRALE ET AMÉRIQUE DU NORD						
Autriche	5 500	3 900	7 300	17 000	13 000	24 000
Belgique	9 300	7 100	12 000	20 000	16 000	26 000
Bulgarie	1 700	1 200	2 200	3 800	2 600	5 600
Canada	48 000	40 000	57 000	71 000	63 000	89 000
Croatie	< 1 000	< 1 000	< 1 000	1 200	< 1 000	1 500
République tchèque	1 400	1 200	1 600	2 100	1 800	2 300
Danemark	3 500	3 000	4 000	6 100	5 300	7 200
Estonie	4 700	3 800	5 700	9 800	8 200	12 000
Finlande	1 700	1 500	2 000	2 900	2 500	3 500
France	120 000	100 000	140 000	160 000	130 000	200 000
Allemagne	44 000	40 000	49 000	73 000	66 000	82 000
Grèce	8 500	7 400	9 500	11 000	9 500	13 000
Hongrie	3 300	2 600	4 300	4 100	3 100	5 200
Islande	< 500	< 500	< 500	< 1 000	< 500	< 1 000
Irlande	4 800	3 600	6 300	7 800	6 200	9 700
Israël	5 500	4 100	7 400	8 500	6 600	11 000
Italie	130 000	99 000	170 000	150 000	120 000	200 000
Lettonie	4 900	3 700	6 500	9 100	6 400	13 000
Lituanie	< 1 000	< 1 000	1 100	1 400	1 100	2 000
Luxembourg	< 1 000	< 500	< 1 000	< 1 000	< 1 000	1 100
Malte	< 500	< 200	< 500	< 500	< 500	< 500
Pays-Bas	19 000	15 000	25 000	25 000	20 000	36 000
Norvège	3 200	2 500	4 400	4 500	3 500	6 200
Pologne	24 000	18 000	32 000	35 000	28 000	46 000
Portugal	34 000	26 000	45 000	48 000	37 000	62 000
Roumanie	15 000	12 000	20 000	16 000	13 000	19 000
Serbie	2 900	< 500	4 100	3 500	2 300	5 000
Slovaquie	< 200	< 200	< 500	< 500	< 500	< 1 000
Slovénie	< 500	< 200	< 500	< 1 000	< 500	< 1 000
Espagne	120 000	110 000	140 000	150 000	130 000	160 000
Suède	6 900	5 400	10 000	9 100	7 100	13 000
Suisse	14 000	11 000	17 000	20 000	16 000	27 000
Turquie	1 800	1 300	2 400	5 400	3 900	7 500
Royaume-Uni	46 000	37 000	57 000	94 000	74 000	120 000
États-Unis d'Amérique	1 000 000	790 000	1 300 000	1 300 000	1 000 000	2 000 000

ESTIMATION DU NOMBRE DE NOUVELLES INFECTIONS À VIH (TOUS ÂGES CONFONDUS)

	2001			2011		
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
CARAÏBES						
Bahamas	< 1 000	< 1 000	< 1 000	< 500	< 500	< 500
Barbade	< 200	< 100	< 200	< 100	< 100	< 100
République dominicaine	4 900	3 900	6 000	1 500	< 1 000	2 300
Haïti	12 000	10 000	14 000	6 400	4 000	8 700
Jamaïque	2 900	2 100	4 000	2 000	1 300	3 000
Trinité-et-Tobago	1 200	1 100	1 400	< 1 000	< 1 000	< 1 000
EUROPE ORIENTALE ET ASIE CENTRALE						
Bélarus	2 100	< 1 000	5 400	1 900	< 1 000	11 000
Géorgie	< 500	< 100	< 500	< 1 000	< 100	1 600
Kazakhstan	1 600	1 300	2 200	2 700	2 400	3 400
Kirghizistan	< 500	< 200	< 500	3 000	2 100	4 300
République de Moldova	1 100	< 1 000	1 500	1 900	1 400	2 400
Tadjikistan	1 000	< 500	1 600	1 500	< 200	4 300
AMÉRIQUE LATINE						
Belize	< 500	< 500	< 1 000	< 500	< 200	< 500
Mexique	12 000	11 000	15 000	9 900	7 000	15 000
Suriname	< 500	< 500	< 1 000	< 100	< 100	< 200
MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD						
Djibouti	1 300	< 1 000	1 700	< 1 000	< 500	1 200
Océanie						
Papouasie-Nouvelle-Guinée	2 900	2 300	3 500	1 700	1 100	2 600
AFRIQUE SUBSAHARIENNE						
Angola	20 000	14 000	30 000	23 000	14 000	37 000
Bénin	5 300	4 400	6 400	4 900	3 600	6 400
Botswana	27 000	26 000	30 000	9 000	7 100	12 000
Burkina Faso	13 000	11 000	17 000	7 100	5 700	10 000
Burundi	6 900	5 700	9 600	3 000	1 900	4 200
Cameroun	57 000	51 000	65 000	43 000	36 000	50 000
République centrafricaine	15 000	13 000	17 000	8 200	2 000	10 000
Congo	7 200	6 300	8 100	7 900	6 700	9 100
Éthiopie	130 000	110 000	140 000	24 000	18 000	34 000
Gabon	4 900	3 400	7 100	3 000	1 600	5 200
Gambie	1 200	< 1 000	2 500	1 300	< 1 000	3 600
Ghana	28 000	24 000	34 000	13 000	9 400	18 000
Guinée-Bissau	1 800	1 400	2 300	2 900	2 200	3 800
Kenya	140 000	130 000	150 000	100 000	97 000	110 000
Lesotho	26 000	24 000	29 000	26 000	24 000	28 000
Malawi	100 000	94 000	110 000	46 000	40 000	56 000
Mali	12 000	9 200	15 000	8 600	5 000	14 000

Source : ONUSIDA | Pour plus d'informations, consultez le site à l'adresse <http://aidsinfo.unaids.org>

	2001			2011		
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Mozambique	140 000	120 000	160 000	130 000	100 000	150 000
Namibie	23 000	18 000	28 000	8 800	5 000	15 000
Niger	6 200	5 400	7 300	6 400	5 300	7 600
Nigéria	310 000	270 000	360 000	340 000	270 000	400 000
Rwanda	19 000	16 000	24 000	10 000	6 700	19 000
Sierra Leone	4 500	3 600	5 500	3 900	1 800	10 000
Afrique du Sud	610 000	560 000	660 000	380 000	350 000	420 000
Swaziland	19 000	18 000	21 000	13 000	11 000	16 000
Tanzanie	140 000	130 000	150 000	150 000	130 000	170 000
Togo	17 000	13 000	21 000	9 500	6 600	14 000
Ouganda	99 000	89 000	110 000	150 000	130 000	170 000
Zambie	110 000	97 000	110 000	51 000	41 000	69 000
Zimbabwe	140 000	130 000	160 000	74 000	67 000	90 000
ASIE DU SUD ET DU SUD-EST						
Bangladesh	< 500	< 200	< 1 000	1 300	< 500	4 300
Cambodge	6 200	4 100	10 000	1 100	< 500	4 000
Indonésie	5 600	< 100	14 000	55 000	32 000	110 000
Malaisie	8 000	6 200	11 000	6 500	4 600	9 100
Myanmar	28 000	23 000	34 000	8 800	7 000	11 000
Népal	10 000	6 500	19 000	1 400	< 1 000	3 300
Philippines	< 1 000	< 500	< 1 000	5 500	3 600	9 600
Sri Lanka	< 500	< 500	< 1 000	< 1 000	< 500	< 1 000
Thaïlande	20 000	18 000	29 000	9 700	6 200	14 000
EUROPE OCCIDENTALE ET CENTRALE ET AMÉRIQUE DU NORD						
France	5 300	3 800	7 100	6 100	3 000	9 500
États-Unis d'Amérique	48 000	32 000	69 000	49 000	17 000	110 000

ESTIMATION DU NOMBRE DE NOUVELLES INFECTIONS À VIH (PERSONNES DE PLUS DE 15 ANS)

	2001			2011		
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
CARAÏBES						
Barbade	< 200	< 100	< 200	< 100	< 100	< 100
République dominicaine	4 300	3 300	5 400	1 400	< 1 000	2 300
Haïti	9 300	7 800	11 000	5 400	3 400	7 500
Jamaïque	2 700	1 900	3 800	2 000	1 300	2 900
Trinité-et-Tobago	1 200	1 100	1 300	< 1 000	< 1 000	< 1 000
EUROPE ORIENTALE ET ASIE CENTRALE						
Bélarus	2 100	< 1 000	5 400	1 900	< 1 000	11 000
Géorgie	< 500	< 100	< 500	< 1 000	< 100	1 600
Kazakhstan	1 600	1 300	2 200	2 600	2 300	3 300
Kirghizistan	< 500	< 200	< 500	2 900	2 000	4 200
République de Moldova	1 100	< 1 000	1 400	1 900	1 400	2 300
Tadjikistan	< 1 000	< 500	1 700	1 400	< 200	4 200
AMÉRIQUE LATINE						
Belize	< 500	< 500	< 1 000	< 500	< 200	< 500
Mexique	12 000	10 000	15 000	9 700	6 800	15 000
Suriname	< 500	< 200	< 1 000	< 100	< 100	< 200
MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD						
Djibouti	1 000	< 1 000	1 400	< 1 000	< 500	< 1 000
Océanie						
Papouasie-Nouvelle-Guinée	2 400	1 900	2 900	1 400	< 1 000	2 300
AFRIQUE SUBSAHARIENNE						
Angola	16 000	11 000	24 000	18 000	10 000	29 000
Bénin	3 500	2 700	4 800	3 900	2 700	5 200
Botswana	23 000	21 000	26 000	8 500	6 600	11 000
Burkina Faso	8 600	7 200	12 000	4 900	3 800	7 100
Burundi	2 500	1 100	5 000	1 900	< 1 000	2 700
Cameroun	48 000	42 000	55 000	36 000	29 000	43 000
République centrafricaine	11 000	9 100	13 000	6 300	1 100	7 900
Congo	5 400	4 700	6 200	6 200	5 300	7 300
Éthiopie	87 000	75 000	100 000	11 000	6 000	19 000
Gabon	4 400	3 100	6 400	2 700	1 400	4 700
Gambie	1 100	< 500	2 200	1 100	< 500	3 200
Ghana	23 000	19 000	28 000	10 000	7 000	15 000
Guinée-Bissau	1 500	1 200	2 000	2 300	1 700	3 100
Kenya	97 000	90 000	110 000	91 000	86 000	100 000
Lesotho	19 000	18 000	22 000	22 000	20 000	24 000
Malawi	77 000	70 000	86 000	31 000	26 000	39 000
Mali	9 600	6 300	13 000	7 300	3 900	12 000
Mozambique	110 000	99 000	130 000	100 000	80 000	120 000

Source : ONUSIDA | Pour plus d'informations, consultez le site à l'adresse <http://aidsinfo.unaids.org>

	2001			2011		
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Namibie	20 000	16 000	24 000	8 000	4 500	14 000
Niger	4 900	4 100	5 800	4 900	3 900	6 300
Nigéria	240 000	210 000	290 000	270 000	210 000	330 000
Rwanda	13 000	10 000	18 000	8 400	5 300	16 000
Sierra Leone	4 100	3 100	5 100	3 300	1 400	9 100
Afrique du Sud	530 000	490 000	590 000	350 000	320 000	400 000
Swaziland	16 000	15 000	18 000	12 000	10 000	14 000
Tanzanie	97 000	90 000	110 000	120 000	110 000	140 000
Togo	14 000	11 000	18 000	8 200	5 800	12 000
Ouganda	71 000	63 000	80 000	120 000	110 000	150 000
Zambie	75 000	68 000	83 000	42 000	32 000	57 000
Zimbabwe	99 000	90 000	120 000	60 000	53 000	75 000
ASIE DU SUD ET DU SUD-EST						
Bangladesh	< 500	< 200	< 1 000	1 300	< 500	4 300
Cambodge	4 700	2 600	8 200	< 1 000	< 100	3 100
Indonésie	5 500	< 100	13 000	53 000	31 000	100 000
Malaisie	7 800	6 100	10 000	6 300	4 400	9 000
Myanmar	27 000	22 000	33 000	7 900	6 300	10 000
Népal	9 900	6 100	18 000	1 100	< 500	2 700
Philippines	< 1 000	< 500	< 1 000	5 400	3 600	9 600
Sri Lanka	< 500	< 500	< 1 000	< 1 000	< 500	< 1 000
Thaïlande	19 000	16 000	27 000	9 300	5 900	14 000
EUROPE OCCIDENTALE ET CENTRALE ET AMÉRIQUE DU NORD						
France	5 300	3 800	7 000	6 100	3 000	9 400
États-Unis d'Amérique	48 000	32 000	69 000	49 000	17 000	110 000

POURCENTAGE DE JEUNES ÂGÉS ENTRE 15 ET 24 ANS QUI VIVENT AVEC LE VIH, 2011

	Femmes			Hommes		
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
CARAÏBES						
Bahamas	0,50	0,40	0,60	0,30	0,30	0,40
Barbade	0,20	0,10	0,40	0,30	0,20	0,60
Cuba	< 0,1	< 0,1	< 0,1	0,10	< 0,1	0,20
République dominicaine	0,40	0,20	0,60	0,10	0,10	0,40
Haïti	1,10	0,70	1,50	0,40	0,30	0,60
Jamaïque	0,60	0,30	1,00	0,90	0,40	2,50
Trinité-et-Tobago	1,00	0,70	1,30	0,60	0,50	0,80
ASIE DE L'EST						
Japon	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1
Rép. de Corée	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1
Mongolie	0,10	< 0,1	0,10	< 0,1	< 0,1	0,10
EUROPE ORIENTALE ET ASIE CENTRALE						
Arménie	0,10	< 0,1	0,30	0,10	0,10	0,40
Azerbaïdjan	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1
Bélarus	0,20	0,10	0,40	0,40	0,20	0,80
Géorgie	0,10	< 0,1	0,20	0,20	0,10	0,40
Kazakhstan	0,10	< 0,1	0,10	< 0,1	< 0,1	< 0,1
Kirghizistan	0,30	0,20	0,40	0,30	0,20	0,50
République de Moldova	0,10	0,10	0,20	0,10	0,10	0,10
Fédération de Russie	...	0,10	0,40	...	0,20	0,40
Tadjikistan	0,10	< 0,1	0,30	0,10	0,10	0,30
Ukraine	0,10	0,10	0,20	0,10	< 0,1	0,10
AMÉRIQUE LATINE						
Argentine	0,20	0,10	0,30	0,20	0,10	0,40
Belize	1,00	0,60	1,60	1,00	0,50	3,00
Bolivie	< 0,1	< 0,1	< 0,1	0,20	0,10	0,50
Brésil	0,10	0,10	0,20	0,10	0,10	0,30
Chili	< 0,1	< 0,1	0,10	0,30	0,10	0,80
Colombie	0,10	0,10	0,30	0,40	0,10	1,20
Costa Rica	0,20	0,10	0,20	0,10	0,10	0,10
Équateur	0,10	0,10	0,30	0,20	0,10	1,00
El Salvador	0,30	0,10	1,20	0,30	0,10	1,40
Guatemala	0,50	0,10	3,00	0,40	0,10	2,80
Guyana	0,30	0,20	0,40	0,20	0,10	0,30
Honduras	...	0,10	0,20	...	0,10	0,70
Mexique	< 0,1	< 0,1	0,10	0,10	0,10	0,30
Nicaragua	0,20	0,10	0,70	0,10	< 0,1	0,20
Panama	0,10	0,10	0,30	0,40	0,20	1,10
Paraguay	0,20	0,10	0,50	0,20	0,10	0,90
Pérou	0,10	< 0,1	0,50	0,20	0,10	1,20

Source : ONUSIDA | Pour plus d'informations, consultez le site à l'adresse <http://aidsinfo.unaids.org>

	Femmes			Hommes		
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Suriname	0,20	0,10	0,50	0,20	0,10	0,50
Uruguay	0,20	0,10	0,60	0,40	0,10	1,50
Venezuela	0,10	< 0,1	0,40	0,40	0,10	1,40
MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD						
Algérie	...	< 0,1	0,10	...	< 0,1	0,20
Djibouti	0,30	0,20	0,50	0,10	0,10	0,20
Égypte	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	0,10
Iran	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	0,10
Liban	0,10	< 0,1	0,20	0,10	< 0,1	0,20
Maroc	0,10	0,10	0,20	0,10	< 0,1	0,30
Somalie	0,40	0,20	0,70	0,30	0,10	0,80
Soudan	0,20	0,10	0,30	0,20	0,10	0,30
Tunisie	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1
Yémen	0,10	< 0,1	0,10	0,10	< 0,1	0,20
Océanie						
Australie	0,10	< 0,1	0,10	0,10	< 0,1	0,10
Fidji	< 0,1	< 0,1	0,10	< 0,1	< 0,1	0,10
Nouvelle-Zélande	< 0,1	< 0,1	0,10	< 0,1	< 0,1	0,10
Papouasie-Nouvelle-Guinée	0,40	0,30	0,60	0,20	0,20	0,30
AFRIQUE SUBSAHARIENNE						
Angola	1,60	1,00	2,80	0,60	0,40	1,10
Bénin	0,80	0,50	1,10	0,30	0,20	0,50
Botswana	9,00	7,10	11,00	4,10	3,10	6,00
Burkina Faso	0,60	0,50	0,90	0,30	0,20	0,40
Burundi	0,60	0,40	0,80	0,30	0,20	0,40
Cameroun	2,90	2,30	3,90	1,20	0,90	1,70
Cap-Vert	1,10	0,60	1,80	0,10	0,10	0,10
République centrafricaine	2,60	0,90	3,50	1,20	0,50	1,50
Tchad	2,10	1,50	3,20	0,90	0,60	1,40
Comores	< 0,1	< 0,1	0,10	0,10	< 0,1	0,20
Congo	2,50	2,00	3,30	1,20	0,90	1,60
Côte d'Ivoire	1,40	1,10	1,90	0,60	0,50	0,90
Guinée équatoriale	4,10	2,90	7,40	1,60	1,10	3,00
Érythrée	0,30	0,10	1,20	0,10	0,10	0,40
Éthiopie	0,40	0,30	0,60	0,20	0,10	0,30
Gabon	3,00	1,70	5,10	1,20	0,70	2,20
Gambie	1,20	0,50	3,10	0,40	0,10	1,50
Ghana	0,90	0,60	1,20	0,40	0,30	0,50
Guinée	0,90	0,60	1,30	0,40	0,30	0,60
Guinée-Bissau	2,00	1,40	2,70	0,90	0,70	1,20
Kenya	3,50	2,90	4,50	1,60	1,30	2,10

POURCENTAGE DE JEUNES ÂGÉS ENTRE 15 ET 24 ANS QUI VIVENT AVEC LE VIH, 2011

	Femmes			Hommes		
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Lesotho	15,40	12,70	20,30	6,40	5,00	8,80
Libéria	0,30	0,10	0,70	0,10	< 0,1	0,30
Madagascar	0,10	< 0,1	0,10	0,20	0,10	0,60
Malawi	4,90	4,00	6,50	2,10	1,60	3,00
Mali	0,30	0,10	0,40	0,10	0,10	0,30
Mauritanie	0,40	0,10	0,90	0,20	< 0,1	0,50
Maurice	0,40	0,20	0,70	0,60	0,20	1,80
Mozambique	8,20	6,40	10,90	2,80	2,00	3,80
Namibie	6,50	4,30	9,40	2,70	1,70	4,20
Niger	0,50	0,30	0,70	0,20	0,10	0,70
Nigéria	2,90	2,30	3,90	1,10	0,90	1,60
Rwanda	1,70	1,30	2,70	0,80	0,60	1,20
Sao Tomé-et-Principe	0,30	0,10	0,50	0,40	0,10	0,70
Sénégal	0,50	0,30	0,60	0,30	0,20	0,40
Sierra Leone	1,30	0,80	2,40	0,50	0,30	0,90
Afrique du Sud	11,90	9,70	15,50	5,30	4,10	7,40
Swaziland	15,30	12,20	20,50	6,30	4,80	8,80
Tanzanie	4,00	3,20	5,30	1,80	1,40	2,40
Togo	2,10	1,50	3,10	0,90	0,70	1,30
Ouganda	5,30	4,30	7,00	2,40	1,90	3,20
Zambie	7,00	5,50	9,30	3,10	2,40	4,30
Zimbabwe	7,60	6,20	9,50	3,60	2,80	4,90
ASIE DU SUD ET DU SUD-EST						
Afghanistan	< 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	0,20	0,10	0,40	0,30	0,10	0,70
Cambodge	0,10	0,10	0,40	0,10	< 0,1	0,20
Indonésie	0,20	0,10	0,40	0,20	0,10	0,80
République démocratique populaire lao	0,20	0,10	0,30	0,10	0,10	0,40
Malaisie	< 0,1	< 0,1	< 0,1	0,10	0,10	0,10
Maldives	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1
Myanmar	0,30	0,10	0,40	0,20	0,10	0,80
Népal	0,10	< 0,1	0,20	0,10	< 0,1	0,40
Pakistan	0,10	< 0,1	0,10	0,10	< 0,1	0,40
Philippines	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	0,10
Singapour	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	0,10
Sri Lanka	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	0,10
Thaïlande	0,20	0,10	0,20	0,30	0,20	0,80
Viet Nam	0,20	0,10	0,30	0,30	0,20	0,50

Source : ONUSIDA | Pour plus d'informations, consultez le site à l'adresse <http://aidsinfo.unaids.org>

	Femmes			Hommes		
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
EUROPE OCCIDENTALE ET CENTRALE ET AMÉRIQUE DU NORD						
Autriche	0,20	0,10	0,40	0,30	0,20	0,50
Belgique	0,20	0,10	0,30	0,20	0,10	0,40
Bulgarie	0,10	< 0,1	0,10	0,10	< 0,1	0,30
Canada	0,10	< 0,1	0,10	0,10	0,10	0,20
Croatie	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	0,10
République tchèque	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1
Danemark	0,10	< 0,1	0,10	0,10	0,10	0,20
Estonie	0,20	0,10	0,30	0,20	0,20	0,30
Finlande	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	0,10
France	0,10	0,10	0,20	0,20	0,10	0,20
Allemagne	< 0,1	< 0,1	< 0,1	0,10	0,10	0,10
Grèce	0,10	< 0,1	0,10	0,10	0,10	0,10
Hongrie	< 0,1	< 0,1	0,10	0,10	< 0,1	0,20
Islande	0,10	< 0,1	0,10	0,10	0,10	0,20
Irlande	0,10	< 0,1	0,20	0,10	0,10	0,20
Israël	< 0,1	< 0,1	0,10	0,10	< 0,1	0,10
Italie	0,10	< 0,1	0,20	0,10	< 0,1	0,20
Lettonie	0,10	0,10	0,20	0,20	0,10	0,30
Lituanie	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1
Luxembourg	0,10	< 0,1	0,10	0,10	0,10	0,20
Malte	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	0,10
Pays-Bas	0,10	< 0,1	0,10	0,10	< 0,1	0,20
Norvège	< 0,1	< 0,1	0,10	0,10	< 0,1	0,10
Pologne	< 0,1	< 0,1	0,10	0,10	< 0,1	0,10
Portugal	0,20	0,10	0,40	0,30	0,10	0,50
Roumanie	< 0,1	< 0,1	0,10	< 0,1	< 0,1	0,10
Serbie	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	0,20
Slovaquie	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1
Slovénie	< 0,1	< 0,1	0,10	0,10	< 0,1	0,10
Espagne	0,10	0,10	0,10	0,20	0,10	0,30
Suède	< 0,1	< 0,1	0,10	< 0,1	< 0,1	0,10
Suisse	0,10	< 0,1	0,20	0,20	0,10	0,30
Turquie	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1
Royaume-Uni	0,10	0,10	0,20	0,10	0,10	0,20
États-Unis d'Amérique	0,20	0,10	0,40	0,30	0,10	0,50

ESTIMATION DU NOMBRE DE DÉCÈS DUS AU SIDA

	2001			2011		
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
CARAÏBES						
Bahamas	< 1 000	< 1 000	< 1 000	< 500	< 500	< 500
Barbade	< 100	< 100	< 200	< 100	< 100	< 100
Cuba	< 500	< 200	< 500	< 200	< 200	< 500
République dominicaine	4 000	2 800	5 000	1 700	1 200	2 300
Haïti	12 000	9 400	14 000	5 800	4 400	7 100
Jamaïque	3 100	2 100	4 300	1 600	1 000	2 500
Trinité-et-Tobago	< 1 000	< 1 000	< 1 000	< 1 000	< 1 000	< 1 000
ASIE DE L'EST						
Japon	< 200	< 200	< 500	< 200	< 100	< 200
Rép. de Corée	< 100	< 100	< 200	< 500	< 500	1 000
Mongolie	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100
EUROPE ORIENTALE ET ASIE CENTRALE						
Arménie	< 200	< 100	< 1 000	< 500	< 200	< 1 000
Azerbaïdjan	< 200	< 100	< 500	< 500	< 500	< 1 000
Bélarus	< 100	< 100	< 500	1 100	< 1 000	1 600
Géorgie	< 100	< 100	< 500	< 200	< 100	< 500
Kazakhstan	< 500	< 500	< 1 000	1 200	< 1 000	1 700
Kirghizistan	< 100	< 100	< 100	< 500	< 500	< 1 000
République de Moldova	< 1 000	< 1 000	1 200	1 000	< 1 000	1 300
Fédération de Russie	...	14 000	31 000	...	38 000	78 000
Tadjikistan	< 500	< 100	< 1 000	< 1 000	< 500	< 1 000
Ukraine	9 000	6 500	18 000	22 000	16 000	30 000
AMÉRIQUE LATINE						
Belize	< 500	< 100	< 1 000	< 500	< 200	< 500
Bolivie	2 200	1 300	3 600	1 600	< 1 000	2 500
Brésil	11 000	5 200	17 000	15 000	12 000	20 000
Colombie	9 300	6 000	13 000	9 700	5 600	15 000
Costa Rica	< 200	< 100	< 200	< 500	< 500	< 1 000
Équateur	2 200	< 500	6 800	2 000	< 1 000	6 900
El Salvador	< 1 000	< 500	1 800	< 500	< 200	1 500
Guatemala	1 700	< 200	6 400	2 500	< 500	13 000
Guyana	< 1 000	< 500	< 1 000	< 500	< 200	< 500
Honduras	7 000	5 300	9 100	2 800	1 900	4 100
Mexique	7 800	6 300	10 000	4 900	3 400	7 100
Nicaragua	< 200	< 100	1 100	< 500	< 100	< 1 000
Panama	2 100	1 300	3 400	1 200	< 500	3 900
Pérou	6 800	3 800	12 000	3 000	< 1 000	8 500
Suriname	< 1 000	< 1 000	1 100	< 500	< 200	< 1 000
Uruguay	< 500	< 100	1 800	< 1 000	< 100	3 300
Venezuela	3 800	1 500	9 700	2 900	< 1 000	9 600

Source : ONUSIDA | Pour plus d'informations, consultez le site à l'adresse <http://aidsinfo.unaids.org>

	2001			2011		
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD						
Algérie	...	< 200	< 500	...	< 1 000	1 500
Djibouti	1 000	< 1 000	1 400	< 1 000	< 1 000	1 100
Égypte	< 500	< 200	< 1 000	< 1 000	< 500	1 800
Iran	3 200	2 400	4 100	8 300	7 300	9 500
Liban	< 100	< 100	< 200	< 200	< 100	< 500
Maroc	< 1 000	< 500	< 1 000	1 600	< 1 000	2 500
Somalie	2 800	1 700	4 500	3 100	2 100	4 300
Soudan	6 000	4 000	8 400	5 600	4 500	6 900
Tunisie	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100
Yémen	< 500	< 500	< 1 000	1 600	1 300	2 000
Océanie						
Australie	< 200	< 200	< 200	< 200	< 200	< 500
Fidji	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100
Nouvelle-Zélande	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100
Papouasie-Nouvelle-Guinée	1 600	< 1 000	2 500	1 100	< 1 000	1 700
AFRIQUE SUBSAHARIENNE						
Angola	8 200	5 400	13 000	12 000	7 200	19 000
Bénin	6 400	3 200	9 000	2 800	2 100	3 400
Botswana	18 000	16 000	20 000	4 200	3 400	5 600
Burkina Faso	15 000	12 000	18 000	6 800	5 500	9 800
Burundi	13 000	11 000	16 000	5 800	5 000	6 900
Cameroun	28 000	24 000	33 000	34 000	30 000	39 000
Cap-Vert	< 500	< 200	< 500	< 200	< 100	< 500
République centrafricaine	16 000	11 000	19 000	10 000	7 500	13 000
Tchad	13 000	9 800	19 000	12 000	9 900	15 000
Comores	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100
Congo	6 900	5 800	8 300	4 600	3 900	5 500
Côte d'Ivoire	50 000	42 000	60 000	23 000	20 000	26 000
Guinée équatoriale	< 500	< 500	< 1 000	< 1 000	< 1 000	1 200
Érythrée	1 500	< 1 000	3 800	1 400	< 1 000	3 500
Éthiopie	100 000	89 000	110 000	54 000	46 000	63 000
Gabon	2 100	1 300	3 000	2 500	1 400	4 300
Gambie	< 500	< 200	< 1 000	< 1 000	< 200	1 600
Ghana	18 000	15 000	22 000	15 000	12 000	19 000
Guinée	5 100	2 800	10 000	4 000	2 800	5 400
Guinée-Bissau	< 1 000	< 500	< 1 000	< 1 000	< 1 000	1 300
Kenya	130 000	120 000	140 000	62 000	55 000	69 000
Lesotho	15 000	14 000	17 000	14 000	13 000	16 000
Libéria	2 500	1 400	4 100	2 300	1 800	2 900
Madagascar	1 500	1 000	4 300	2 600	2 000	4 000

ESTIMATION DU NOMBRE DE DÉCÈS DUS AU SIDA

	2001			2011		
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Malawi	63 000	57 000	71 000	44 000	38 000	50 000
Mali	9 700	6 700	14 000	6 600	4 500	9 100
Mauritanie	< 1 000	< 500	1 600	1 500	< 1 000	2 500
Maurice	< 500	< 200	< 500	< 1 000	< 500	< 1 000
Mozambique	46 000	40 000	54 000	74 000	62 000	89 000
Namibie	8 600	6 700	11 000	5 200	3 800	8 200
Niger	3 200	2 600	3 800	4 000	3 300	4 800
Nigéria	150 000	110 000	190 000	210 000	190 000	240 000
Rwanda	21 000	18 000	25 000	6 400	4 600	8 000
Sao Tomé-et-Principe	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100
Sénégal	1 400	< 1 000	2 000	1 600	< 1 000	2 400
Sierra Leone	< 1 000	< 500	1 700	2 600	2 100	3 300
Afrique du Sud	210 000	190 000	240 000	270 000	240 000	300 000
Soudan du Sud	...	...	...	11 000	7 500	16 000
Swaziland	6 700	6 000	7 700	6 800	6 100	7 800
Tanzanie	130 000	120 000	140 000	84 000	75 000	94 000
Togo	8 100	6 100	10 000	8 900	6 100	12 000
Ouganda	100 000	92 000	110 000	62 000	55 000	72 000
Zambie	72 000	66 000	79 000	31 000	27 000	37 000
Zimbabwe	150 000	140 000	170 000	58 000	53 000	65 000
ASIE DU SUD ET DU SUD-EST						
Afghanistan	< 200	< 100	< 500	< 500	< 500	< 1 000
Bangladesh	< 200	< 100	< 500	< 500	< 200	1 400
Bhoutan	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100
Cambodge	7 300	4 900	10 000	1 400	< 1 000	5 000
Indonésie	< 200	< 100	2 600	15 000	8 000	23 000
République démocratique populaire lao	< 200	< 100	< 500	< 500	< 500	< 1 000
Malaisie	4 900	2 700	6 700	5 900	4 200	7 800
Maldives	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100
Myanmar	10 000	8 200	13 000	16 000	13 000	18 000
Népal	1 400	< 1 000	4 000	4 600	3 000	9 400
Pakistan	< 500	< 500	< 1 000	4 800	2 900	8 500
Philippines	< 200	< 100	< 200	< 500	< 500	< 1 000
Singapour	< 200	< 100	< 500	< 200	< 100	< 200
Sri Lanka	< 200	< 100	13 000	< 500	< 200	2 300
Thaïlande	62 000	54 000	74 000	23 000	20 000	28 000
Viet Nam	2 100	1 600	2 700	11 000	8 500	15 000

Source : ONUSIDA | Pour plus d'informations, consultez le site à l'adresse <http://aidsinfo.unaids.org>

	2001			2011		
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
EUROPE OCCIDENTALE ET CENTRALE ET AMÉRIQUE DU NORD						
Autriche	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100	< 200
Belgique	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100	< 200
Bulgarie	< 100	< 100	< 200	< 500	< 200	< 500
Canada	< 500	< 200	< 500	< 500	< 500	< 500
Croatie	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100
République tchèque	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100
Danemark	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100
Estonie	< 100	< 100	< 200	< 500	< 500	< 1 000
Finlande	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100
France	1 800	1 500	2 100	1 300	1 000	1 600
Allemagne	< 1 000	< 1 000	< 1 000	< 500	< 500	< 500
Grèce	< 200	< 200	< 500	< 200	< 200	< 500
Hongrie	< 500	< 200	< 500	< 100	< 100	< 200
Islande	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100
Irlande	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100
Israël	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100
Italie	< 1 000	< 1 000	< 1 000	< 1 000	< 1 000	< 1 000
Lettonie	< 200	< 100	< 500	< 1 000	< 500	< 1 000
Lituanie	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100	< 200
Luxembourg	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100
Malte	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100
Pays-Bas	< 200	< 200	< 500	< 200	< 200	< 200
Norvège	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100
Pologne	< 200	< 100	< 200	< 200	< 200	< 500
Portugal	< 500	< 200	< 500	< 500	< 200	< 500
Roumanie	< 200	< 200	< 500	< 500	< 500	< 1 000
Serbie	< 500	< 100	< 500	< 200	< 100	< 200
Slovaquie	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100
Slovénie	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100
Espagne	2 100	1 800	2 300	< 1 000	< 1 000	< 1 000
Suède	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100
Suisse	< 200	< 200	< 500	< 100	< 100	< 200
Turquie	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100
Royaume-Uni	< 500	< 500	< 500	< 500	< 500	< 1 000
États-Unis d'Amérique	20 000	15 000	26 000	20 000	16 000	28 000

DÉPISTAGE DU VIH, PARTENAIRES SEXUELS MULTIPLES ET UTILISATION DU PRÉSERVATIF

	Année, source (*)	Population ayant subi un test de dépistage du VIH et reçu les résultats du test au cours des 12 derniers mois		Pourcentage d'adultes âgés entre 15 et 49 ans déclarant avoir eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois		Pourcentage d'adultes âgés entre 15 et 49 ans ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois qui ont déclaré avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel	
		Femmes 15-49 ans	Hommes 15-49 ans	Femmes 15-49 ans	Hommes 15-49 ans	Femmes 15-49 ans	Hommes 15-49 ans
CARAÏBES							
République dominicaine	2007 DHS	21	19	3	24	35	45
Haïti	2005-06 DHS	8	5	1	23	21	34
EUROPE ORIENTALE ET ASIE CENTRALE							
Albanie	2008-09 DHS	0	1	0	5	...	37
Arménie	2010 DHS	2	1	0	15	...	72
République de Moldova	2005 DHS	12	10	1	11	27	72
Ukraine	2007 DHS	12	7	2	13	48	46
AMÉRIQUE LATINE							
Bolivie	2008 DHS	...	2	...	12	...	35
Colombie	2010 DHS	9	...	4	...	34	...
Guyana	2009 DHS	27	22	1	10	48	65
ASIE DU SUD ET DU SUD-EST							
Cambodge	2010 DHS	8	6	0	2	...	40
Inde	2005-06 DHS	1	1	0	1	12	23
Népal	2011 DHS	3	8	0	4	...	27
Philippines	2008 DHS	1	...	...	...	...	...
Viet Nam	2005 AIS	2	3	...	...	...	...
AFRIQUE SUBSAHARIENNE							
Bénin	2006 DHS	7	5	1	21	21	18
Burkina Faso	2010 DHS	11	8	1	17	62	27
Burundi	2010 DHS	19	12	0	3	14	14
Cameroun	2004 DHS	5	7	...	...	...	...
Tchad	2004 DHS	1	2	1	17	7	20
Congo	2009 AIS	9	7	7	28	29	28
République démocratique du Congo	2007 DHS	4	4	3	17	9	16
Côte d'Ivoire	2005 AIS	4	3	4	24	41	38
Éthiopie	2011 DHS	20	21	0	4	47	16
Ghana	2008 DHS	7	4	1	11	18	26
Guinée	2005 DHS	1	3	2	25	20	24
Kenya	2008-09 DHS	29	23	1	9	32	37
Lesotho	2009 DHS	42	24	6	22	39	52
Libéria	2007 DHS	2	2	6	18	14	22
Madagascar	2008-09 DHS	4	4	2	16	8	7

(*) Données correspondant à la dernière enquête disponible.

Source : ICF International, 2012. MEASURE DHS STATcompiler – <http://www.statcompiler.com> – novembre 2012 (en anglais seulement).



	Année, source (*)	Population ayant subi un test de dépistage du VIH et reçu les résultats du test au cours des 12 derniers mois		Pourcentage d'adultes âgés entre 15 et 49 ans déclarant avoir eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois		Pourcentage d'adultes âgés entre 15 et 49 ans ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois qui ont déclaré avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel	
		Femmes 15-49 ans	Hommes 15-49 ans	Femmes 15-49 ans	Hommes 15-49 ans	Femmes 15-49 ans	Hommes 15-49 ans
Malawi	2010 DHS	...	31	1	9	27	25
Mali	2006 DHS	3	3	1	15	8	12
Mozambique	2009 AIS	17	9	3	20	24	22
Namibie	2006-07 DHS	29	18	2	11	66	74
Niger	2006 DHS	1	2	1	12	8	7
Nigéria	2008 DHS	7	7	1	10	23	33
Rwanda	2010 DHS	39	38	1	4	29	28
Sao Tomé-et-Principe	2008-09 DHS	31	23	1	17	...	33
Sénégal	2010-11 DHS	14	9	1	8	22	21
Sierra Leone	2008 DHS	4	3	4	16	7	15
Swaziland	2006-07 DHS	22	9	2	14	55	56
Tanzanie	2010 DHS	30	25	4	21	27	24
Ouganda	2011 AIS	...	...	3	19	16	15
Zambie	2007 DHS	19	12	1	14	33	28
Zimbabwe	2010-11 DHS	34	21	1	11	48	33

**POURCENTAGE DE TRAVAILLEURS DU
SEXE BÉNÉFICIAIRE DE PROGRAMMES
DE PRÉVENTION DU VIH**

	2009	2011
Afghanistan	1 %	6 %
Albanie	...	...
Angola	23 %	79 %
Argentine	90 %	...
Arménie	...	22 %
Azerbaïdjan	6 %	33 %
Bangladesh	10 %	12 %
Bélarus	86 %	86 %
Belize	...	...
Bénin	56 %	50 %
Bhoutan	...	...
Bolivie	...	47 %
Brésil	...	47 %
Bulgarie	59 %	73 %
Burkina Faso	37 %	67 %
Burundi	77 %	...
Cambodge	...	...
Cameroun	...	...
Cap-Vert	...	82 %
Tchad	17 %	54 %
Chili	...	43 %
Chine	74 %	81 %
Comores	74 %	...
Côte d'Ivoire	...	58 %
Cuba	97 %	95 %
République démocratique du Congo	26 %	43 %
Djibouti	89 %	96 %
République dominicaine	44 %	44 %
Équateur	...	...
El Salvador	...	...
Érythrée	...	...
Estonie	...	77 %
France	...	60 %
Gabon	35 %	...
Géorgie	67 %	...
Allemagne	...	...
Ghana	48 %	56 %
Grèce	14 %	14 %
Guatemala	93 %	...
Guinée	89 %	90 %
Guinée-Bissau	...	...
Guyana	...	21 %

Source : ONUSIDA | Pour plus d'informations, consultez le site à l'adresse <http://aidsinfo.unaids.org>

	2009	2011		2009	2011
Haïti	...	81 %	Suède	43 %	...
Honduras	33 %	33 %	Tadjikistan	51 %	76 %
Inde	31 %	...	Thaïlande	...	57 %
Indonésie	29 %	18 %	Ex-Rép. yougoslave de Macédoine	...	41 %
Iran	...	...	Timor-Leste	...	...
Jamaïque	...	87 %	Togo	82 %	84 %
Kazakhstan	88 %	88 %	Tunisie	38 %	28 %
Kirghizistan	61 %	45 %	Turquie	...	...
Rép. démocratique populaire lao	70 %	55 %	Ukraine	58 %	61 %
Lettonie	...	49 %	Ouzbékistan	71 %	64 %
Liban	...	...	Viet Nam	47 %	47 %
Lituanie	74 %	...	Zambie	...	...
Madagascar	...	40 %			
Malawi	...	...	
Malaisie	12 %	...			
Maurice	...	78 %			
Mexique	60 %	60 %			
Micronésie (États fédérés de)	...	...	
République de Moldova	15 %	...			
Mongolie	74 %	74 %			
Monténégro	44 %	...			
Maroc	49 %	42 %			
Myanmar	76 %	76 %			
Népal	...	...	
Nicaragua	...	21 %			
Niger	...	...	
Nigéria	49 %	18 %			
Pakistan	10 %	9 %			
Panama	76 %	...			
Papouasie-Nouvelle- Guinée	31 %	36 %			
Paraguay	...	61 %			
Philippines	55 %	63 %			
Roumanie	33 %	...			
Fédération de Russie	22 %	...			
Sao Tomé-et-Principe	...	...	
Sénégal	...	84 %			
Serbie	30 %	60 %			
Sierra Leone	...	...	
Soudan	2 %	...			
Suriname	...	36 %			
Swaziland	100 %	...			

**POURCENTAGE DE TRAVAILLEURS
DU SEXE DÉCLARANT AVOIR UTILISÉ
UN PRÉSERVATIF AVEC LEUR CLIENT
LE PLUS RÉCENT**

	2009	2011
Afghanistan	58 %	1 %
Albanie	...	77 %
Algérie	...	44 %
Angola	81 %	74 %
Argentine	99 %	99 %
Arménie	...	93 %
Azerbaïdjan	75 %	53 %
Bangladesh	63 %	...
Barbade	...	...
Bélarus	70 %	85 %
Belize	...	67 %
Bénin	25 %	80 %
Bhoutan	...	...
Bolivie	87 %	96 %
Bosnie-Herzégovine	76 %	88 %
Bésil	...	90 %
Bulgarie	93 %	89 %
Burkina Faso	99 %	98 %
Burundi	82 %	91 %
Cambodge	99 %	...
Cameroun	73 %	73 %
Cap-Vert	...	55 %
Tchad	38 %	38 %
Chili	...	73 %
Chine	85 %	88 %
Colombie	...	...
Comores	59 %	34 %
Costa Rica	89 %	...
Côte d'Ivoire	97 %	93 %
Croatie	98 %	...
Cuba	56 %	70 %
République démocratique du Congo	62 %	24 %
Djibouti	94 %	71 %
République dominicaine	81 %	81 %
Équateur	...	...
Égypte	21 %	...
El Salvador	...	...
Guinée équatoriale	27 %	14 %
Érythrée	45 %	71 %
Estonie	94 %	98 %
Éthiopie	98 %	...
Gabon	76 %	...

Source : ONUSIDA | Pour plus d'informations, consultez le site à l'adresse <http://aidsinfo.unaids.org>

	2009	2011		2009	2011
Géorgie	99 %	...	Pakistan	38 %	35 %
Allemagne	64 %	...	Panama	76 %	94 %
Ghana	...	92 %	Papouasie-Nouvelle-Guinée	50 %	80 %
Grèce	5 %	5 %	Paraguay	...	95 %
Guatemala	96 %	...	Pérou	...	...
Guinée	65 %	77 %	Philippines	65 %	65 %
Guinée-Bissau	93 %	93 %	Portugal	...	95 %
Guyana	61 %	94 %	République de Corée	...	80 %
Haïti	90 %	90 %	Roumanie	98 %	89 %
Honduras	80 %	79 %	Fédération de Russie	71 %	...
Inde	83 %	...	Rwanda	87 %	80 %
Indonésie	68 %	58 %	Sénégal	97 %	94 %
Iran	55 %	...	Serbie	91 %	87 %
Jamaïque	97 %	91 %	Sierra Leone	...	71 %
Japon	65 %	40 %	Singapour	99 %	99 %
Jordanie	51 %	...	Sri Lanka	89 %	89 %
Kazakhstan	96 %	96 %	Soudan	45 %	...
Kirghizistan	94 %	88 %	Suriname	87 %	...
Rép. démocratique populaire lao	94 %	92 %	Swaziland	87 %	...
Lettonie	...	85 %	Suède	19 %	...
Liban	...	96 %	Tadjikistan	84 %	75 %
Libéria	...	...	Tanzanie	...	...
Lituanie	92 %	...	Thaïlande	92 %	95 %
Madagascar	...	...	Ex-Rép. yougoslave de Macédoine	78 %	89 %
Malawi	...	...	Timor-Leste	...	36 %
Malaisie	61 %	61 %	Togo	88 %	91 %
Mali	99 %	98 %	Tunisie	52 %	55 %
Mauritanie	88 %	88 %	Turquie	...	...
Maurice	...	88 %	Ouganda	...	82 %
Mexique	62 %	65 %	Ukraine	88 %	92 %
Micronésie (États fédérés de)	...	...	Uruguay	76 %	76 %
République de Moldova	91 %	...	Ouzbékistan	81 %	84 %
Mongolie	90 %	90 %	Vanuatu	67 %	39 %
Monténégro	72 %	84 %	Viet Nam	78 %	87 %
Maroc	54 %	50 %	Zambie	...	...
Myanmar	96 %	96 %	Zimbabwe	...	68 %
Népal	...	...	
Pays-Bas	...	...	
Nicaragua	74 %	96 %			
Niger	85 %	94 %			
Nigéria	98 %	89 %			

**POURCENTAGE DE TRAVAILLEURS DU SEXE
AYANT SUBI UN TEST DE DÉPISTAGE DU VIH
AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ET
CONNAISSANT LEURS RESULTATS**

	2009	2011
Afghanistan	4 %	4 %
Albanie	...	36 %
Algérie	...	58 %
Angola	35 %	35 %
Argentine	62 %	70 %
Arménie	...	16 %
Australie	82 %	60 %
Azerbaïdjan	6 %	12 %
Bangladesh	4 %	10 %
Barbade	73 %	...
Bélarus	85 %	76 %
Belize	...	66 %
Bénin	87 %	87 %
Bolivie	45 %	72 %
Bosnie-Herzégovine	14 %	14 %
Bésil	...	18 %
Bulgarie	58 %	60 %
Burkina Faso	100 %	83 %
Burundi	65 %	65 %
Cambodge	68 %	...
Cameroun	...	64 %
Cap-Vert	...	27 %
Tchad	38 %	38 %
Chili	...	85 %
Chine	37 %	38 %
Colombie	...	...
Comores	100 %	...
République du Congo	...	...
Costa Rica	49 %	...
Côte d'Ivoire	51 %	51 %
Croatie	...	...
Cuba	35 %	31 %
République démocratique du Congo	36 %	36 %
Djibouti	85 %	100 %
République dominicaine	67 %	67 %
Équateur	...	...
El Salvador	...	...
Érythrée	93 %	...
Estonie	52 %	67 %
Éthiopie	97 %	...
France	...	68 %
Gabon	64 %	...

Source : ONUSIDA | Pour plus d'informations, consultez le site à l'adresse <http://aidsinfo.unaids.org>

	2009	2011		2009	2011
Géorgie	28 %	...	Pakistan	14 %	8 %
Allemagne	...	...	Panama	55 %	97 %
Ghana	...	67 %	Papouasie-Nouvelle-Guinée	56 %	46 %
Grèce	66 %	66 %	Paraguay	100 %	74 %
Guatemala	93 %	...	Pérou	20 %	...
Guinée	...	53 %	Philippines	19 %	17 %
Guinée-Bissau	43 %	94 %	Portugal	...	70 %
Guyana	88 %	84 %	Roumanie	29 %	...
Haïti	71 %	65 %	Fédération de Russie	39 %	...
Honduras	76 %	76 %	Rwanda	...	87 %
Inde	32 %	...	Sao Tomé-et-Principe	31 %	...
Indonésie	33 %	79 %	Sénégal	70 %	69 %
Iran	20 %	...	Serbie	45 %	59 %
Jamaïque	73 %	67 %	Sierra Leone	48 %	9 %
Japon	...	76 %	Singapour	100 %	100 %
Kazakhstan	81 %	77 %	Espagne	67 %	...
Kenya	...	...	Sri Lanka	43 %	44 %
Kirghizistan	42 %	35 %	Soudan	7 %	...
Rép. démocratique populaire lao	14 %	22 %	Suriname	64 %	95 %
Lettonie	...	50 %	Swaziland	...	...
Liban	...	64 %	Suède	78 %	...
Lituanie	53 %	33 %	Tadjikistan	42 %	47 %
Madagascar	...	60 %	Tanzanie	...	...
Malawi	...	...	Thaïlande	36 %	50 %
Malaisie	20 %	90 %	Ex-Rép. yougoslave de Macédoine	47 %	38 %
Maldives	14 %	...	Timor-Leste	...	66 %
Mali	91 %	...	Togo	58 %	58 %
Mauritanie	69 %	40 %	Tunisie	14 %	13 %
Maurice	...	25 %	Turquie	...	...
Mexique	...	...	Ouganda	...	35 %
Micronésie (États fédérés de)	...	...	Ukraine	59 %	59 %
République de Moldova	23 %	...	Uruguay	26 %	26 %
Mongolie	52 %	52 %	Ouzbékistan	35 %	39 %
Monténégro	83 %	...	Vanuatu	12 %	...
Maroc	51 %	25 %	Viet Nam	35 %	44 %
Myanmar	71 %	71 %	Zambie	...	...
Népal	...	...	Zimbabwe	...	59 %
Pays-Bas	...	82 %			
Nicaragua	91 %	37 %			
Niger	45 %	77 %			
Nigéria	38 %	42 %			

**POURCENTAGE DE TRAVAILLEURS
DU SEXE VIVANT AVEC LE VIH**

	2009	2011
Afghanistan	0 %	0 %
Albanie	...	0 %
Algérie	...	7 %
Angola	...	7 %
Argentine	5 %	5 %
Arménie	...	1 %
Australie	0 %	0 %
Azerbaïdjan	2 %	1 %
Bangladesh	0 %	0 %
Bélarus	6 %	1 %
Belgique	0 %	1 %
Belize	...	...
Bénin	25 %	27 %
Bolivie	0 %	1 %
Bosnie-Herzégovine	0 %	0 %
Brésil	5 %	5 %
Bulgarie	1 %	0 %
Burkina Faso	9 %	16 %
Burundi	40 %	27 %
Cambodge	15 %	...
Cameroun	36 %	36 %
Cap-Vert	...	6 %
Tchad	20 %	20 %
Chili	1 %	0 %
Chine	1 %	0 %
Comores	0 %	...
Costa Rica	...	...
Côte d'Ivoire	36 %	29 %
Croatie	...	...
Cuba	0 %	1 %
République tchèque	...	0 %
République démocratique du Congo	...	22 %
Djibouti	20 %	15 %
République dominicaine	5 %	5 %
Équateur	...	...
El Salvador	...	...
Érythrée	8 %	6 %
Estonie	8 %	6 %
Gabon	23 %	...
Géorgie	2 %	2 %
Allemagne	...	...
Ghana	...	11 %

Source : ONUSIDA | Pour plus d'informations, consultez le site à l'adresse <http://aidsinfo.unaids.org>

	2009	2011		2009	2011
Guinée	33 %	33 %	Roumanie	1 %	1 %
Guinée-Bissau	40 %	39 %	Fédération de Russie	5 %	...
Guyana	17 %	17 %	Rwanda	...	51 %
Haïti	5 %	8 %	Sao Tomé-et-Principe	4 %	...
Honduras	2 %	3 %	Sénégal	20 %	18 %
Inde	5 %	...	Serbie	2 %	1 %
Indonésie	10 %	9 %	Sierra Leone	...	8 %
Iran	...	...	Singapour	0 %	...
Jamaïque	5 %	5 %	Espagne	3 %	2 %
Japon	...	...	Sri Lanka	0 %	0 %
Kazakhstan	1 %	1 %	Soudan	1 %	...
Kirghizistan	2 %	4 %	Suriname	...	7 %
Rép. démocratique populaire lao	1 %	1 %	Swaziland	...	70 %
Lettonie	...	22 %	Suède	0 %	...
Liban	0 %	0 %	Tadjikistan	3 %	4 %
Lituanie	0 %	7 %	Thaïlande	3 %	...
Madagascar	...	0 %	Ex-Rép. yougoslave de Macédoine	0 %	0 %
Malawi	...	...	Timor-Leste	...	2 %
Malaisie	11 %	0 %	Togo	29 %	13 %
Maldives	0 %	...	Tunisie	0 %	1 %
Mali	35 %	...	Turquie	0 %	...
Mauritanie	8 %	8 %	Ouganda	...	35 %
Maurice	...	32 %	Ukraine	13 %	9 %
Mexique	2 %	1 %	Uruguay	19 %	19 %
République de Moldova	6 %	...	Ouzbékistan	2 %	2 %
Mongolie	...	0 %	Viet Nam	3 %	3 %
Monténégro	1 %	1 %	Zambie	...	...
Maroc	2 %	2 %	Zimbabwe	...	50 %
Myanmar	18 %	9 %			
Népal	...	...	
Nouvelle-Zélande	...	...	
Nicaragua	...	2 %			
Niger	36 %	36 %			
Nigéria	33 %	24 %			
Pakistan	2 %	2 %			
Panama	...	2 %			
Papouasie-Nouvelle- Guinée	6 %	18 %			
Paraguay	2 %	2 %			
Pérou	...	...	
Philippines	0 %	0 %			
Portugal	...	9 %			

**POURCENTAGE D'HOMMES AYANT
DES RAPPORTS SEXUELS AVEC
DES HOMMES QUI BÉNÉFICIENT DE
PROGRAMMES DE PRÉVENTION DU VIH**

	2009	2011
Albanie	...	...
Andorre	...	77 %
Argentine	...	...
Arménie	...	62 %
Azerbaïdjan	22 %	24 %
Bahamas	71 %	79 %
Bangladesh	8 %	9 %
Bélarus	85 %	77 %
Belize	...	67 %
Bolivie	51 %	51 %
Brésil	37 %	39 %
Bulgarie	38 %	55 %
Burkina Faso	...	...
Burundi	...	...
Cambodge	...	70 %
Cameroun	...	59 %
Chili	57 %	57 %
Chine	75 %	77 %
Costa Rica	64 %	73 %
Côte d'Ivoire	100 %	69 %
Cuba	92 %	92 %
République tchèque	65 %	65 %
République démocratique du Congo	...	33 %
Dominique	...	61 %
Équateur	...	56 %
Égypte	...	75 %
El Salvador	58 %	...
Estonie	56 %	...
Géorgie	66 %	21 %
Allemagne	...	69 %
Ghana	...	96 %
Grèce	74 %	...
Guatemala	75 %	...
Guyana	...	...
Honduras	31 %	31 %
Hongrie	55 %	...
Inde	18 %	...
Indonésie	44 %	23 %
Jamaïque	...	87 %
Kazakhstan	68 %	80 %
Kirghizistan	...	42 %

Source : ONUSIDA | Pour plus d'informations, consultez le site à l'adresse <http://aidsinfo.unaids.org>

	2009	2011
Lettonie	...	43 %
Liban	...	...
Lituanie	43 %	...
Malaisie	...	...
Maurice	...	44 %
Mexique	38 %	41 %
République de Moldova	...	26 %
Mongolie	77 %	66 %
Maroc	...	49 %
Myanmar	69 %	69 %
Népal	77 %	77 %
Nicaragua	...	29 %
Nigéria	60 %	18 %
Norvège	56 %	...
Panama	89 %	...
Papouasie-Nouvelle-Guinée	10 %	67 %
Paraguay	...	56 %
Pérou	...	...
Philippines	29 %	23 %
Portugal	...	38 %
République de Corée	...	44 %
Roumanie	...	...
Fédération de Russie	...	...
Sainte-Lucie	100 %	...
Saint-Vincent-et-les Grenadines	...	91 %
Sénégal	85 %	85 %
Serbie	14 %	37 %
Seychelles	...	100 %
Slovénie	85 %	...
Soudan du Sud	...	6 %
Suriname	...	55 %
Swaziland	...	...
Suède	54 %	59 %
Tadjikistan	...	41 %
Thaïlande	...	49 %
Ex-Rép. yougoslave de Macédoine	...	46 %
Timor-Leste	...	...
Togo	46 %	...
Tunisie	53 %	39 %
Turquie	...	...

	2009	2011
Ukraine	63 %	53 %
États-Unis d'Amérique	...	59 %
Ouzbékistan	42 %	45 %
Viet Nam	24 %	24 %
Yémen	...	40 %

POURCENTAGE D'HOMMES DÉCLARANT AVOIR UTILISÉ UN PRÉSERVATIF LORS DE LEUR DERNIER RAPPORT SEXUEL ANAL AVEC UN PARTENAIRE MASCULIN

	2009	2011
Albanie	...	67 %
Andorre	...	25 %
Argentine	...	60 %
Arménie	...	66 %
Australie	47 %	39 %
Azerbaïdjan	57 %	29 %
Bahamas	69 %	88 %
Bangladesh	31 %	26 %
Bélarus	61 %	63 %
Belgique	...	54 %
Belize	...	80 %
Bolivie	69 %	69 %
Bosnie-Herzégovine	56 %	64 %
Brésil	48 %	60 %
Bulgarie	70 %	64 %
Burkina Faso	52 %	58 %
Burundi	...	66 %
Cambodge	86 %	66 %
Cameroun	43 %	57 %
Canada	62 %	61 %
République centrafricaine	...	65 %
Chili	56 %	56 %
Chine	73 %	74 %
Colombie	...	...
République du Congo	...	...
Costa Rica	65 %	56 %
Côte d'Ivoire	42 %	91 %
Croatie	...	...
Cuba	52 %	59 %
République tchèque	30 %	41 %
République démocratique du Congo	...	29 %
Danemark	73 %	...
Dominique	...	63 %
République dominicaine	66 %	66 %
Équateur	...	60 %
Égypte	13 %	20 %
El Salvador	55 %	59 %
Estonie	47 %	42 %
Fidji	...	...
Finlande	...	...
France	...	56 %
Gambie	...	46 %

Source : ONUSIDA | Pour plus d'informations, consultez le site à l'adresse <http://aidsinfo.unaids.org>

	2009	2011		2009	2011
Géorgie	62 %	67 %	Pologne	...	...
Allemagne	59 %	51 %	Portugal	43 %	72 %
Ghana	...	...	République de Corée	...	65 %
Grèce	11 %	...	Roumanie	43 %	42 %
Guatemala	78 %	80 %	Fédération de Russie	56 %	...
Guinée	...	39 %	Rwanda	50 %	...
Guyana	84 %	...	Saint-Kitts-et-Nevis	...	82 %
Haïti	73 %	73 %	Sainte-Lucie	63 %	...
Honduras	47 %	71 %	Saint-Vincent-et-les Grenadines	...	73 %
Hongrie	25 %	...	Sénégal	76 %	76 %
Inde	58 %	...	Serbie	67 %	64 %
Indonésie	57 %	60 %	Sierra Leone	...	60 %
Iran	38 %	...	Singapour	17 %	79 %
Jamaïque	73 %	77 %	Slovénie	43 %	...
Japon	65 %	49 %	Afrique du Sud	35 %	...
Kazakhstan	76 %	76 %	Espagne	66 %	59 %
Kenya	...	55 %	Sri Lanka	61 %	61 %
Kirghizistan	...	70 %	Suriname	89 %	53 %
Rép. démocratique populaire lao	...	...	Suède	51 %	42 %
Lettonie	50 %	40 %	Suisse	80 %	41 %
Liban	...	...	Tadjikistan	...	68 %
Lituanie	47 %	42 %	Thaïlande	...	85 %
Malaisie	21 %	38 %	Ex-Rép. yougoslave de Macédoine	56 %	49 %
Mali	54 %	...	Timor-Leste	38 %	66 %
Maurice	...	51 %	Togo	72 %	47 %
Mexique	64 %	73 %	Trinité-et-Tobago	...	...
République de Moldova	...	56 %	Tunisie	40 %	29 %
Mongolie	78 %	70 %	Turquie	...	...
Monténégro	...	50 %	Tuvalu	...	...
Maroc	...	50 %	Ukraine	64 %	71 %
Myanmar	82 %	82 %	Royaume-Uni	63 %	55 %
Népal	75 %	75 %	États-Unis d'Amérique	...	50 %
Pays-Bas	...	42 %	Uruguay	47 %	46 %
Nicaragua	36 %	51 %	Ouzbékistan	87 %	57 %
Nigéria	53 %	51 %	Vanuatu	63 %	71 %
Norvège	53 %	...	Viet Nam	66 %	76 %
Pakistan	...	...	Yémen	...	20 %
Panama	86 %	65 %			
Papouasie-Nouvelle- Guinée	51 %	63 %			
Paraguay	63 %	74 %			
Pérou	...	50 %			
Philippines	32 %	36 %			

POURCENTAGE D'HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES HOMMES QUI ONT SUBI UN TEST DE DÉPISTAGE DU VIH AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ET CONNAISSANT LEURS RÉSULTATS

	2009	2011
Albanie	45 %	48 %
Andorre	...	30 %
Argentine	85 %	62 %
Arménie	...	48 %
Australie	61 %	72 %
Azerbaïdjan	13 %	25 %
Bahamas	50 %	55 %
Bangladesh	3 %	9 %
Bélarus	80 %	75 %
Belgique	86 %	47 %
Belize	...	75 %
Bolivie	35 %	35 %
Bosnie-Herzégovine	26 %	19 %
Bésil	19 %	19 %
Bulgarie	42 %	47 %
Burkina Faso	100 %	100 %
Burundi	...	23 %
Cambodge	58 %	34 %
Cameroun	...	56 %
Canada	34 %	35 %
République centrafricaine	...	86 %
Chili	25 %	25 %
Chine	45 %	50 %
Colombie	...	...
République du Congo	...	...
Costa Rica	61 %	65 %
Côte d'Ivoire	57 %	61 %
Croatie	...	...
Cuba	32 %	23 %
République tchèque	43 %	30 %
Danemark	55 %	...
Dominique	...	36 %
République dominicaine	33 %	33 %
Équateur	...	25 %
Égypte	...	57 %
El Salvador	85 %	99 %
Estonie	27 %	33 %
Finlande	...	...
France	...	47 %
Gambie	...	20 %
Géorgie	24 %	26 %
Allemagne	23 %	34 %

Source : ONUSIDA | Pour plus d'informations, consultez le site à l'adresse <http://aidsinfo.unaids.org>

	2009	2011		2009	2011
Ghana	...	...	Pérou	6 %	61 %
Grèce	78 %	...	Philippines	7 %	5 %
Guatemala	64 %	98 %	Pologne	...	...
Guyana	87 %	72 %	Portugal	27 %	68 %
Haïti	71 %	49 %	République de Corée	...	28 %
Honduras	29 %	29 %	Roumanie	75 %	42 %
Hongrie	100 %	...	Fédération de Russie	61 %	...
Inde	17 %	...	Rwanda	47 %	...
Indonésie	34 %	92 %	Saint-Kitts-et-Nevis	...	95 %
Iran	11 %	...	Sainte-Lucie	100 %	...
Jamaïque	53 %	69 %	Saint-Vincent-et-les Grenadines	...	32 %
Japon	32 %	25 %	Sénégal	34 %	36 %
Kazakhstan	60 %	61 %	Serbie	31 %	33 %
Kenya	...	36 %	Seychelles	...	56 %
Kirghizistan	...	42 %	Singapour	43 %	40 %
Rép. démocratique populaire lao	14 %	...	Slovénie	33 %	...
Lettonie	26 %	26 %	Afrique du Sud	27 %	27 %
Liban	30 %	...	Espagne	87 %	44 %
Lituanie	41 %	20 %	Sri Lanka	14 %	14 %
Luxembourg	...	30 %	Suriname	59 %	97 %
Madagascar	...	50 %	Swaziland	...	54 %
Malaisie	...	30 %	Suède	39 %	31 %
Maldives	10 %	...	Suisse	31 %	36 %
Mali	...	22 %	Tadjikistan	...	40 %
Îles Marshall	...	100 %	Thaïlande	21 %	29 %
Mauritanie	...	...	Ex-Rép. yougoslave de Macédoine	56 %	29 %
Maurice	...	18 %	Timor-Leste	26 %	33 %
Mexique	50 %	43 %	Togo	53 %	55 %
République de Moldova	...	12 %	Tunisie	18 %	15 %
Mongolie	78 %	66 %	Turquie	...	...
Monténégro	...	15 %	Ukraine	43 %	38 %
Maroc	...	31 %	Royaume-Uni	31 %	37 %
Myanmar	48 %	48 %	États-Unis d'Amérique	...	62 %
Népal	42 %	42 %	Uruguay	26 %	29 %
Pays-Bas	...	58 %	Ouzbékistan	44 %	31 %
Nicaragua	...	33 %	Viet Nam	19 %	30 %
Nigéria	30 %	25 %	Yémen	...	28 %
Norvège	56 %	60 %			
Panama	76 %	52 %			
Papouasie-Nouvelle- Guinée	67 %	56 %			
Paraguay	100 %	57 %			

**POURCENTAGE D'HOMMES AYANT
DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES
HOMMES QUI VIVENT AVEC LE VIH**

	2009	2011
Albanie	...	1 %
Algérie	...	4 %
Andorre	...	8 %
Argentine	12 %	16 %
Arménie	...	2 %
Australie	...	11 %
Azerbaïdjan	1 %	2 %
Bahamas	26 %	14 %
Bangladesh	0 %	0 %
Bélarus	3 %	1 %
Belgique	6 %	10 %
Belize	...	...
Bénin	...	5 %
Bolivie	12 %	12 %
Bosnie-Herzégovine	1 %	2 %
Bésil	13 %	11 %
Bulgarie	3 %	1 %
Burkina Faso	...	1 %
Burundi	...	1 %
Cambodge	5 %	2 %
Cameroun	...	37 %
Canada	15 %	15 %
République centrafricaine	...	35 %
Chili	20 %	20 %
Chine	5 %	6 %
Colombie	...	...
République du Congo	...	...
Costa Rica	13 %	11 %
Côte d'Ivoire	25 %	50 %
Croatie	...	...
Cuba	1 %	7 %
République tchèque	3 %	5 %
République démocratique du Congo	...	31 %
Danemark	12 %	...
Dominique	...	27 %
République dominicaine	11 %	6 %
Équateur	...	11 %
Égypte	6 %	4 %
El Salvador	10 %	11 %
Estonie	2 %	...
Fidji	...	1 %
Finlande	...	5 %

Source : ONUSIDA | Pour plus d'informations, consultez le site à l'adresse <http://aidsinfo.unaids.org>

	2009	2011		2009	2011
France	...	18 %	Papouasie-Nouvelle-Guinée	4 %	...
Géorgie	4 %	7 %	Paraguay	10 %	13 %
Allemagne	...	12 %	Pérou	10 %	12 %
Ghana	...	...	Philippines	1 %	2 %
Grèce	...	13 %	Pologne	...	5 %
Guatemala	8 %	8 %	Portugal	...	10 %
Guyana	19 %	19 %	République de Corée	...	3 %
Haïti	...	18 %	Roumanie	4 %	5 %
Honduras	7 %	7 %	Fédération de Russie	8 %	...
Hongrie	3 %	4 %	Saint-Kitts-et-Nevis	...	1 %
Inde	7 %	...	Saint-Vincent-et-les Grenadines	...	30 %
Indonésie	5 %	8 %	Sénégal	22 %	22 %
Iran	...	...	Serbie	6 %	4 %
Irlande	...	10 %	Seychelles	...	15 %
Italie	...	10 %	Sierra Leone	...	8 %
Jamaïque	32 %	38 %	Singapour	3 %	3 %
Japon	4 %	4 %	Slovénie	2 %	8 %
Kazakhstan	0 %	1 %	Afrique du Sud	13 %	10 %
Kenya	...	18 %	Espagne	10 %	13 %
Kirghizistan	...	1 %	Sri Lanka	1 %	1 %
Rép. démocratique populaire lao	6 %	...	Suriname	...	...
Lettonie	4 %	8 %	Swaziland	...	17 %
Liban	1 %	1 %	Suède	...	6 %
Lituanie	0 %	2 %	Suisse	8 %	11 %
Madagascar	...	15 %	Tadjikistan	...	2 %
Malaisie	4 %	1 %	Thaïlande	14 %	20 %
Maldives	0 %	...	Ex-Rép. yougoslave de Macédoine	3 %	1 %
Mali	...	20 %	Timor-Leste	...	1 %
Mauritanie	...	8 %	Togo	...	20 %
Maurice	...	10 %	Trinité-et-Tobago	...	...
Mexique	10 %	17 %	Tunisie	5 %	10 %
République de Moldova	...	2 %	Turquie	...	...
Mongolie	2 %	11 %	Ukraine	9 %	6 %
Monténégro	...	5 %	Royaume-Uni	8 %	4 %
Maroc	...	5 %	Uruguay	9 %	9 %
Myanmar	29 %	8 %	Ouzbékistan	7 %	1 %
Népal	4 %	4 %	Viet Nam	17 %	17 %
Pays-Bas	...	15 %	Yémen	...	6 %
Nouvelle-Zélande	...	...	
Nicaragua	4 %	7 %			
Nigéria	14 %	17 %			
Panama	...	23 %			

**NOMBRE DE SERINGUES DISTRIBUÉES PAR
CONSOMMATEUR DE DROGUES INJECTABLES
ET PAR AN PAR LES PROGRAMMES DE
DISTRIBUTION D'AIGUILLES ET DE SERINGUES**

	2011
Afghanistan	80
Albanie	90
Arménie	28
Australie	203
Azerbaïdjan	49
Bangladesh	264
Bélarus	48
Bosnie-Herzégovine	26
Bulgarie	34
Cambodge	120
Chine	180
Chypre	<1
République tchèque	202
Estonie	153
Finlande	202
Géorgie	22
Grèce	7
Hongrie	114
Inde	387
Indonésie	7
Iran	30
Kazakhstan	154
Kirghizistan	151
Lettonie	19
Lituanie	32
Luxembourg	124
Madagascar	543
Malaisie	116
Malte	302
Maurice	31
Mexique	7
République de Moldova	58
Maroc	13
Myanmar	118
Népal	71
Nouvelle-Zélande	277
Norvège	254
Pakistan	42
Pologne	78
Roumanie	49
Sénégal	10
Serbie	69

Source : ONUSIDA | Pour plus d'informations, consultez le site à l'adresse <http://aidsinfo.unaids.org>



	2011
Seychelles	0
Sri Lanka	0
Suède	214
Suisse	88
Tadjikistan	88
Thaïlande	10
Ex-Rép. yougoslave de Macédoine	23
Tunisie	15
Ukraine	75
Ouzbékistan	173
Viet Nam	140

POURCENTAGE DE CONSOMMATEURS DE DROGUES INJECTABLES DÉCLARANT AVOIR UTILISÉ UN PRÉSERVATIF LORS DE LEUR DERNIER RAPPORT SEXUEL

	2009	2011		2009	2011
Afghanistan	35 %	35 %	Népal	51 %	47 %
Albanie	...	46 %	Nouvelle-Zélande	...	34 %
Algérie	...	28 %	Nigéria	66 %	52 %
Arménie	...	44 %	Pakistan	31 %	23 %
Australie	27 %	...	Paraguay	22 %	45 %
Azerbaïdjan	15 %	8 %	Philippines	22 %	15 %
Bangladesh	43 %	45 %	Portugal	38 %	...
Bélarus	59 %	53 %	Roumanie	17 %	56 %
Bénin	30 %	...	Fédération de Russie	45 %	...
Bhoutan	...	54 %	Sénégal	...	36 %
Bosnie-Herzégovine	30 %	32 %	Serbie	29 %	32 %
Brésil	70 %	41 %	Seychelles	...	88 %
Bulgarie	38 %	40 %	Espagne	55 %	...
Cambodge	...	81 %	Suède	7 %	8 %
Canada	39 %	30 %	Suisse	50 %	48 %
Chine	36 %	40 %	Tadjikistan	28 %	40 %
Croatie	50 %	...	Thaïlande	42 %	46 %
Estonie	66 %	36 %	Ex-Rép. yougoslave de Macédoine	51 %	54 %
Géorgie	78 %	22 %	Togo	...	37 %
Allemagne	...	31 %	Tunisie	35 %	19 %
Hongrie	...	29 %	Ukraine	48 %	48 %
Inde	16 %	...	Royaume-Uni	44 %	...
Indonésie	36 %	52 %	États-Unis d'Amérique	...	25 %
Iran	33 %	15 %	Ouzbékistan	26 %	43 %
Japon	...	36 %	Viet Nam	52 %	52 %
Kazakhstan	46 %	47 %			
Kenya	...	25 %			
Kirghizistan	53 %	49 %			
Lettonie	...	56 %			
Liban	43 %	40 %			
Lituanie	...	29 %			
Luxembourg	49 %	...			
Madagascar	...	41 %			
Malaisie	28 %	28 %			
Maurice	31 %	25 %			
Mexique	28 %	40 %			
Micronésie (États fédérés de)	...	58 %			
République de Moldova	36 %	...			
Monténégro	...	42 %			
Maroc	13 %	31 %			
Myanmar	78 %	78 %			

Source : ONUSIDA | Pour plus d'informations, consultez le site à l'adresse <http://aidsinfo.unaids.org>

POURCENTAGE DE CONSOMMATEURS DE DROGUES INJECTABLES DÉCLARANT AVOIR UTILISÉ DU MATÉRIEL D'INJECTION STÉRILE LORS DE LEUR DERNIÈRE INJECTION

	2009	2011		2009	2011
Afghanistan	94 %	94 %	Népal	99 %	95 %
Albanie	82 %	75 %	Nouvelle-Zélande	...	62 %
Algérie	...	47 %	Nigéria	89 %	71 %
Argentine	91 %	...	Pakistan	77 %	66 %
Arménie	...	89 %	Paraguay	71 %	92 %
Australie	80 %	...	Philippines	85 %	25 %
Azerbaïdjan	62 %	46 %	Portugal	69 %	...
Bangladesh	32 %	36 %	Roumanie	85 %	16 %
Bélarus	87 %	89 %	Fédération de Russie	83 %	...
Belgique	53 %	...	Sénégal	...	87 %
Bénin	31 %	...	Serbie	80 %	77 %
Bosnie-Herzégovine	87 %	79 %	Espagne	81 %	...
Bésil	54 %	54 %	Suède	58 %	65 %
Bulgarie	86 %	86 %	Suisse	94 %	...
Cambodge	...	62 %	Tadjikistan	63 %	69 %
Canada	...	97 %	Thaïlande	63 %	78 %
Chine	72 %	66 %	Ex-Rép. yougoslave de Macédoine	73 %	92 %
Côte d'Ivoire	...	0 %	Tunisie	78 %	88 %
Estonie	...	94 %	Ukraine	87 %	96 %
Géorgie	48 %	48 %	Royaume-Uni	81 %	...
Allemagne	...	91 %	Ouzbékistan	82 %	80 %
Hongrie	74 %	...	Viet Nam	95 %	95 %
Inde	87 %	...			
Indonésie	88 %	87 %			
Iran	74 %	92 %			
Japon	...	58 %			
Kazakhstan	63 %	61 %			
Kenya	...	52 %			
Kirghizistan	...	72 %			
Lettonie	82 %	...			
Lituanie	98 %	77 %			
Luxembourg	71 %	...			
Madagascar	...	79 %			
Malaisie	83 %	83 %			
Maldives	72 %	...			
Maurice	72 %	89 %			
Mexique	40 %	40 %			
République de Moldova	99 %	...			
Monténégro	24 %	95 %			
Maroc	7 %	67 %			
Myanmar	81 %	81 %			

POURCENTAGE DE CONSOMMATEURS DE DROGUES INJECTABLES AYANT SUBI UN TEST DE DÉPISTAGE DU VIH AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ET CONNAISSANT LEURS RÉSULTATS

	2009	2011		2009	2011
Afghanistan	22 %	22 %	Pays-Bas	...	74 %
Albanie	17 %	41 %	Nouvelle-Zélande	...	80 %
Arménie	...	16 %	Nigéria	23 %	19 %
Australie	...	48 %	Pakistan	12 %	9 %
Azerbaïdjan	5 %	4 %	Paraguay	...	63 %
Bangladesh	4 %	5 %	Philippines	1 %	5 %
Bélarus	57 %	54 %	Portugal	36 %	...
Belgique	36 %	...	République de Moldova	48 %	...
Bénin	25 %	...	Roumanie	19 %	100 %
Bhoutan	...	28 %	Fédération de Russie	26 %	...
Bosnie-Herzégovine	31 %	26 %	Sainte-Lucie	17 %	...
Brésil	13 %	15 %	Sénégal	...	71 %
Bulgarie	48 %	48 %	Serbie	32 %	33 %
Cambodge	35 %	35 %	Seychelles	...	89 %
Canada	47 %	86 %	Espagne	76 %	...
Chine	37 %	44 %	Suède	82 %	38 %
République tchèque	34 %	44 %	Suisse	60 %	54 %
Estonie	47 %	39 %	République arabe syrienne	...	27 %
Finlande	63 %	63 %	Tadjikistan	36 %	46 %
Géorgie	6 %	6 %	Thaïlande	62 %	41 %
Allemagne	...	50 %	Togo	...	0 %
Hongrie	100 %	22 %	Tunisie	21 %	19 %
Inde	21 %	...	Ukraine	26 %	36 %
Indonésie	44 %	91 %	Royaume-Uni	70 %	...
Iran	23 %	25 %	États-Unis d'Amérique	...	47 %
Kazakhstan	56 %	65 %	Ouzbékistan	34 %	29 %
Kenya	...	60 %	Viet Nam	18 %	29 %
Kirghizistan	40 %	54 %			
Lettonie	63 %	...			
Lituanie	73 %	64 %			
Luxembourg	65 %	82 %			
Ex-Rép. yougoslave de Macédoine	44 %	97 %			
Malaisie	33 %	100 %			
Maldives	17 %	...			
Malte	...	11 %			
Maurice	75 %	26 %			
Mexique	32 %	35 %			
Monténégro	...	20 %			
Maroc	13 %	11 %			
Myanmar	27 %	27 %			
Népal	22 %	21 %			

Source : ONUSIDA | Pour plus d'informations, consultez le site à l'adresse <http://aidsinfo.unaids.org>

POURCENTAGE DE CONSOMMATEURS DE DROGUES INJECTABLES VIVANT AVEC LE VIH

	2009	2011		2009	2011
Afghanistan	7 %	7 %	Malaisie	22 %	9 %
Albanie	0 %	1 %	Maldives	0 %	...
Algérie	...	7 %	Maurice	47 %	52 %
Argentine	12 %	...	Mexique	5 %	7 %
Arménie	...	11 %	République de Moldova	16 %	...
Australie	2 %	1 %	Monténégro	0 %	< 1 %
Autriche	4 %	...	Maroc	2 %	11 %
Azerbaïdjan	10 %	10 %	Myanmar	36 %	22 %
Bangladesh	2 %	1 %	Népal	21 %	6 %
Bélarus	14 %	17 %	Pays-Bas	...	10 %
Belgique	9 %	...	Nouvelle-Zélande	0 %	< 1 %
Bénin	4 %	6 %	Nigéria	6 %	4 %
Bosnie-Herzégovine	0 %	< 1 %	Oman	...	1 %
Brésil	6 %	6 %	Pakistan	21 %	27 %
Bulgarie	7 %	7 %	Philippines	0 %	14 %
Cambodge	24 %	24 %	Portugal	14 %	...
Canada	13 %	6 %	Roumanie	1 %	1 %
Cap-Vert	...	20 %	Fédération de Russie	16 %	...
Chine	9 %	6 %	Sainte-Lucie	6 %	...
Côte d'Ivoire	22 %	...	Sénégal	...	9 %
Croatie	0 %	...	Serbie	5 %	2 %
Chypre	...	0 %	Seychelles	...	11 %
République tchèque	0 %	< 1 %	Espagne	20 %	16 %
Estonie	63 %	52 %	Suède	...	5 %
Finlande	1 %	1 %	Suisse	11 %	7 %
Géorgie	2 %	4 %	République arabe syrienne	...	< 1 %
Allemagne	...	4 %	Tadjikistan	18 %	16 %
Guatemala	2 %	...	Thaïlande	39 %	22 %
Hongrie	0 %	0 %	Ex-Rép. yougoslave de Macédoine	1 %	0 %
Inde	9 %	...	Togo	...	0 %
Indonésie	52 %	36 %	Tunisie	3 %	3 %
Iran	14 %	14 %	Ukraine	23 %	22 %
Italie	...	11 %	Royaume-Uni	2 %	1 %
Japon	...	< 1 %	Ouzbékistan	11 %	8 %
Kazakhstan	3 %	4 %	Viet Nam	18 %	13 %
Kenya	...	18 %			
Kirghizistan	14 %	15 %			
Lettonie	23 %	11 %			
Liban	0 %	0 %			
Lituanie	8 %	4 %			
Luxembourg	2 %	2 %			
Madagascar	...	7 %			

**POURCENTAGE DE NOURRISSONS NÉS
DE MÈRE SÉROPOSITIVE QUI ONT SUBI UN
TEST VIROLOGIQUE POUR LE VIH AU COURS
DE LEURS DEUX PREMIERS MOIS DE VIE**

	2011
Algérie	69 %
Angola	8 %
Antigua-et-Barbuda	100 %
Argentine	70 %
Arménie	57 %
Australie	100 %
Azerbaïdjan	88 %
Bahamas	77 %
Barbade	85 %
Bélarus	80 %
Belize	100 %
Bénin	33 %
Botswana	46 %
Brésil	35 %
Brunei Darussalam	100 %
Bulgarie	100 %
Burkina Faso	29 %
Burundi	...
Cambodge	61 %
Cameroun	56 %
Cap-Vert	100 %
République centrafricaine	7 %
Tchad	13 %
Chili	99 %
Chine	22 %
Colombie	48 %
Comores	100 %
Costa Rica	100 %
Côte d'Ivoire	4 %
Cuba	100 %
République tchèque	100 %
République démocratique du Congo	2 %
Djibouti	18 %
Dominique	100 %
République dominicaine	59 %
Équateur	90 %
Égypte	100 %
El Salvador	95 %
Guinée équatoriale	24 %
Éthiopie	11 %
Fidji	94 %
Gabon	28 %

Source : ONUSIDA | Pour plus d'informations, consultez le site à l'adresse <http://aidsinfo.unaids.org>



	2011		2011
Géorgie	96 %	Pologne	100 %
Ghana	18 %	Portugal	91 %
Grenade	0 %	Qatar	100 %
Guatemala	10 %	Roumanie	70 %
Guinée	12 %	Sainte-Lucie	60 %
Guinée-Bissau	2 %	Saint-Vincent-et-les Grenadines	83 %
Guyana	45 %	Sao Tomé-et-Principe	0 %
Haïti	67 %	Arabie saoudite	109 %
Honduras	71 %	Sénégal	8 %
Jamaïque	87 %	Serbie	100 %
Japon	100 %	Seychelles	100 %
Kazakhstan	97 %	Singapour	100 %
Kenya	39 %	Slovaquie	100 %
Kiribati	0 %	Somalie	0 %
Kirghizistan	3 %	Afrique du Sud	50 %
Rép. démocratique populaire lao	9 %	Espagne	99 %
Lettonie	100 %	Sri Lanka	0 %
Lesotho	72 %	Swaziland	69 %
Libéria	21 %	Tanzanie	29 %
Madagascar	2 %	Thaïlande	73 %
Malaisie	100 %	Togo	14 %
Mali	49 %	Tonga	0 %
Malte	100 %	Trinité-et-Tobago	40 %
Îles Marshall	0 %	Tunisie	8 %
République de Moldova	83 %	Tuvalu	0 %
Mongolie	50 %	Ouganda	32 %
Maroc	13 %	Ukraine	55 %
Mozambique	41 %	Royaume-Uni	99 %
Myanmar	5 %	Uruguay	100 %
Namibie	88 %	Ouzbékistan	46 %
Népal	2 %	Venezuela	65 %
Nouvelle-Zélande	100 %	Viet Nam	26 %
Nicaragua	72 %	Yémen	14 %
Nigéria	4 %	Zambie	55 %
Oman	83 %	Zimbabwe	29 %
Pakistan	20 %		
Panama	60 %		
Papouasie-Nouvelle- Guinée	22 %		
Paraguay	27 %		
Pérou	10 %		
Philippines	5 %		

NOMBRE DE NOUVELLES INFECTIONS À VIH CHEZ LES ENFANTS

	2009			2011		
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
CARAÏBES						
Haïti	1 300	< 1 000	1 600	< 1 000	< 1 000	1 200
MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD						
Djibouti	< 200	< 200	< 200	< 200	< 100	< 200
OCÉANIE						
Papouasie-Nouvelle-Guinée	< 500	< 500	< 1 000	< 500	< 200	< 500
AFRIQUE SUBSAHARIENNE						
Angola	5 300	3 500	8 400	5 300	3 400	8 700
Bénin	1 100	< 1 000	1 400	1 000	< 1 000	1 300
Botswana	< 1 000	< 1 000	< 1 000	< 1 000	< 500	< 1 000
Burkina Faso	2 500	2 100	3 500	2 200	1 800	3 100
Burundi	2 000	1 600	2 400	1 200	< 1 000	1 600
Cameroun	8 900	7 400	11 000	6 800	5 400	8 500
République centrafricaine	2 300	1 600	2 600	1 800	1 000	2 200
Congo	1 600	1 400	1 900	1 700	1 400	2 000
Éthiopie	19 000	16 000	23 000	13 000	10 000	16 000
Gabon	< 500	< 500	< 1 000	< 500	< 200	< 1 000
Ghana	3 900	3 100	4 800	2 700	2 000	3 600
Guinée-Bissau	< 1 000	< 500	< 1 000	< 1 000	< 500	< 1 000
Kenya	23 000	20 000	27 000	13 000	10 000	17 000
Lesotho	4 700	4 100	5 400	3 800	3 100	4 500
Malawi	21 000	18 000	25 000	16 000	13 000	20 000
Mozambique	28 000	23 000	35 000	27 000	22 000	34 000
Namibie	1 900	1 300	2 700	< 1 000	< 500	1 500
Nigéria	71 000	60 000	83 000	69 000	57 000	82 000
Rwanda	2 400	1 800	3 000	1 800	1 300	2 700
Sierra Leone	< 1 000	< 1 000	1 000	< 1 000	< 500	1 000
Afrique du Sud	57 000	48 000	67 000	29 000	26 000	39 000
Soudan du Sud	...	...	...	2 700	1 800	3 800
Swaziland	2 000	1 700	2 400	1 300	1 000	1 600
Tanzanie	27 000	23 000	32 000	22 000	18 000	27 000
Togo	2 700	2 000	3 600	1 400	< 1 000	2 900
Ouganda	27 000	24 000	32 000	21 000	17 000	26 000
Zambie	21 000	18 000	25 000	9 500	7 700	14 000
Zimbabwe	21 000	19 000	25 000	15 000	12 000	17 000

Source : ONUSIDA | Pour plus d'informations, consultez le site à l'adresse <http://aidsinfo.unaids.org>

PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION MÈRE-ENFANT DU VIH DANS LES PAYS À FAIBLE REVENU ET À REVENU INTERMÉDIAIRE, 2011

	Estimation du pourcentage de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont bénéficié d'antirétroviraux afin de prévenir la transmission mère-enfant			Estimation du nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH nécessitant des antirétroviraux afin de prévenir la transmission mère-enfant			Nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont bénéficié d'antirétroviraux afin de prévenir la transmission mère-enfant
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Total
CARAÏBES							
Cuba	...	> 95	> 95	...	< 100	< 100	120
Dominique	3
République dominicaine	...	62	> 95	...	< 1 000	1 700	1 074
Grenade	7
Haïti	77	64	> 95	4 700	3 700	5 700	3 650
Jamaïque	...	43	91	...	< 500	< 1 000	284
Saint-Kitts-et-Nevis	3
Sainte-Lucie	4
Saint-Vincent-et-les Grenadines	14
ASIE DE L'EST							
Chine	2 500
Mongolie	...	10	16	...	< 100	< 100	< 100
EUROPE ORIENTALE ET ASIE CENTRALE							
Arménie	...	15	75	...	< 100	< 200	15
Azerbaïdjan	...	41	> 95	...	< 100	< 100	23
Bélarus	< 100	< 100	181
Géorgie	...	39	> 95	...	< 100	< 100	27
Kazakhstan	...	78	> 95	...	< 200	< 500	247
Kirghizistan	...	15	34	...	< 500	< 500	70
République de Moldova	...	48	76	...	< 200	< 500	123
Fédération de Russie	...	> 95	> 95	...	4 500	9 100	8 928
Tadjikistan	...	15	48	...	< 200	< 1 000	76
Turkménistan	0
Ukraine	...	> 95	> 95	...	< 1 000	2 100	3 592
AMÉRIQUE LATINE							
Argentine	...	37	75	...	< 1 000	1 900	708
Belize	...	45	83	...	< 100	< 200	65
Bolivie	...	> 95	> 95	...	< 100	< 100	168
Brésil	...	63	> 95	...	5 500	10 000	6 528
Chili	...	49	> 95	...	< 100	< 500	123
Colombie	...	22	78	...	< 1 000	2 400	531
Costa Rica	...	13	21	...	...	...	25
Équateur	...	36	> 95	...	< 500	1 900	684
El Salvador	...	8	73	...	< 100	< 1 000	55
Guatemala	...	4	> 95	...	< 500	8 600	362
Guyana	...	> 95	> 95	...	< 100	< 200	154

Source : ONUSIDA | Pour plus d'informations, consultez le site à l'adresse <http://aidsinfo.unaids.org>

	Estimation du pourcentage de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont bénéficié d'antirétroviraux afin de prévenir la transmission mère-enfant			Estimation du nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH nécessitant des antirétroviraux afin de prévenir la transmission mère-enfant			Nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont bénéficié d'antirétroviraux afin de prévenir la transmission mère-enfant
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Total
Honduras	...	29	65	...	< 500	< 1 000	231
Mexique	...	34	69	...	< 1 000	1 600	547
Nicaragua	...	8	57	...	< 200	1 300	104
Panama	...	41	> 95	...	< 100	< 500	144
Paraguay	...	13	87	...	< 200	< 1 000	122
Pérou	...	17	> 95	...	< 500	3 100	539
Suriname	...	88	> 95	...	< 100	< 200	112
Uruguay	...	20	> 95	...	< 100	< 500	74
Venezuela	...	10	67	...	< 500	2 800	285
MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD							
Algérie	...	30	75	...	< 200	< 500	128
Djibouti	14	10	20	< 500	< 500	< 500	47
Égypte	...	3	14	...	< 100	< 500	7
Iran	...	15	25	...	< 500	< 1 000	74
Iraq	0
Jordanie	1
Liban	...	0	0	...	< 100	< 100	0
Libye	0
Maroc	...	13	30	...	< 500	< 1 000	124
Somalie	...	2	6	...	1 300	3 400	79
Soudan	...	2	4	...	2 100	3 500	76
République arabe syrienne	0
Tunisie	...	56	82	...	< 100	< 100	9
Yémen	...	1	2	...	< 1 000	1 300	17
OCÉANIE							
États fédérés de Micronésie	2
Fidji	...	0	0	...	< 100	< 100	0
Kiribati	1
Îles Marshall	0
Nauru	0
Palaos	0
Papouasie-Nouvelle-Guinée	21	17	26	1 000	< 1 000	1 300	223
Samoa	0
Îles Salomon	0
Tonga	0
Tuvalu	0
Vanuatu	1

PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION MÈRE-ENFANT DU VIH DANS LES PAYS À FAIBLE REVENU ET À REVENU INTERMÉDIAIRE, 2011

	Estimation du pourcentage de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont bénéficié d'antirétroviraux afin de prévenir la transmission mère-enfant			Estimation du nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH nécessitant des antirétroviraux afin de prévenir la transmission mère-enfant			Nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont bénéficié d'antirétroviraux afin de prévenir la transmission mère-enfant
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Total
AFRIQUE SUBSAHARIENNE							
Angola	16	10	24	16 000	11 000	25 000	2 584
Bénin	30	24	36	3 800	3 100	4 600	1 115
Botswana	94	83	> 95	14 000	12 000	15 000	12 738
Burkina Faso	46	34	54	6 800	5 700	9 100	3 098
Burundi	52	43	62	5 200	4 300	6 200	2 670
Cameroun	53	45	62	29 000	25 000	34 000	15 190
Cap-Vert	...	31	72	...	< 100	< 500	63
République centrafricaine	48	41	74	6 000	3 900	7 100	2 874
Tchad	11	8	14	14 000	11 000	20 000	1 611
Comores	...	0	0	...	< 100	< 100	0
Congo	6	5	7	3 900	3 300	4 600	233
dém. du Congo Rép.	...	...	...	...	...	...	2 098
Côte d'Ivoire	68	56	81	16 000	13 000	19 000	10 875
Érythrée	0	0	0	1 200	< 1 000	2 900	0
Éthiopie	24	20	28	43 000	36 000	51 000	10 103
Gabon	48	32	73	1 700	1 200	2 600	839
Gambie	...	47	> 95	...	< 500	2 000	922
Ghana	75	61	90	11 000	8 900	13 000	8 057
Guinée	40	31	55	4 700	3 500	6 300	1 921
Guinée-Bissau	32	27	40	1 500	1 200	1 800	490
Kenya	67	59	75	87 000	77 000	98 000	57 644
Lesotho	62	55	70	16 000	14 000	18 000	10 105
Libéria	59	42	77	1 400	1 100	1 900	809
Madagascar	...	8	16	...	< 1 000	1 400	106
Malawi	53	46	61	63 000	55 000	74 000	33 557
Mali	...	20	42	...	3 600	7 600	1 523
Mauritanie	...	1	4	...	< 1 000	1 900	25
Maurice	...	49	> 95	...	< 100	< 200	67
Mozambique	51	43	61	98 000	83 000	120 000	50 554
Namibie	85	69	> 95	9 300	7 100	11 000	7 868
Niger	...	27	42	...	3 700	5 800	1 571
Nigéria	18	15	21	230 000	190 000	270 000	40 517
Rwanda	56	45	66	11 000	9 000	13 000	5 960
Sao Tomé-et-Principe	...	53	> 95	...	< 100	< 100	21
Sénégal	...	24	39	...	2 200	3 600	850
Seychelles	...	...	...	...	...	...	6
Sierra Leone	74	54	> 95	3 100	2 400	4 400	2 338

Source : ONUSIDA | Pour plus d'informations, consultez le site à l'adresse <http://aidsinfo.unaids.org>

	Estimation du pourcentage de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont bénéficié d'antirétroviraux afin de prévenir la transmission mère-enfant			Estimation du nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH nécessitant des antirétroviraux afin de prévenir la transmission mère-enfant			Nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont bénéficié d'antirétroviraux afin de prévenir la transmission mère-enfant
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Total
Afrique du Sud	> 95	> 95	> 95	240 000	210 000	270 000	260 073
Soudan du Sud	6	5	10	7 800	5 100	11 000	507
Swaziland	> 95	86	> 95	11 000	9 600	12 000	10 641
Tanzanie	74	65	85	96 000	84 000	110 000	71 041
Togo	61	47	79	6 900	5 300	8 900	4 173
Ouganda	45	39	52	97 000	85 000	110 000	43 889
Zambie	86	74	> 95	83 000	73 000	96 000	71 429
Zimbabwe	54	48	62	66 000	58 000	75 000	35 948
ASIE DU SUD ET DU SUD-EST							
Afghanistan	...	2	9	...	< 100	< 500	7
Bangladesh	...	18	75	...	< 100	< 100	15
Bhoutan	...	13	38	...	< 100	< 100	5
Cambodge	...	30	86	...	1 100	3 100	930
Indonésie	...	8	23	...	3 500	10 000	813
République démocratique populaire lao	...	11	26	...	< 200	< 500	49
Malaisie	...	77	> 95	...	< 500	< 500	353
Maldives	...	0	0	...	< 100	< 100	0
Myanmar	...	60	> 95	...	2 300	5 000	3 003
Népal	...	7	29	...	< 500	1 400	103
Pakistan	...	1	5	...	1 300	4 800	57
Philippines	...	4	8	...	< 200	< 500	13
Sri Lanka	...	6	14	...	< 100	< 200	7
Thaïlande	...	73	> 95	...	3 600	6 200	4 587
Timor-Leste	...	...	...	...	...	...	5
Viet Nam	...	23	42	...	2 900	5 400	1 231
EUROPE OCCIDENTALE ET CENTRALE ET AMÉRIQUE DU NORD							
Albanie	...	...	...	...	...	...	1
Bosnie-Herzégovine	...	...	...	...	...	...	0
Bulgarie	...	12	35	...	< 100	< 100	9
Lettonie	...	45	> 95	...	< 100	< 200	48
Lituanie	...	56	> 95	...	< 100	< 100	9
Ex-Rép. yougoslave de Macédoine	...	...	...	...	...	...	0
Monténégro	...	...	...	...	...	...	0
Roumanie	...	> 95	> 95	...	< 100	< 200	160
Serbie	...	11	33	...	< 100	< 100	4
Turquie	...	0	0	...	< 100	< 200	0

**POURCENTAGE D'ADULTES ET D'ENFANTS
ATTEINTS DU VIH DONT ON SAIT QU'ILS SONT
SOUS TRAITEMENT 12 MOIS APRÈS AVOIR
DÉMARRÉ UNE THÉRAPIE ANTIRÉTROVIRALE**

	2011
Afghanistan	96 %
Algérie	75 %
Angola	69 %
Antigua-et-Barbuda	86 %
Arménie	81 %
Azerbaïdjan	79 %
Bahamas	71 %
Bangladesh	84 %
Barbade	95 %
Bélarus	81 %
Belgique	88 %
Belize	89 %
Bénin	93 %
Bhoutan	89 %
Bolivie	60 %
Bosnie-Herzégovine	100 %
Botswana	95 %
Brésil	93 %
Brunei Darussalam	100 %
Bulgarie	92 %
Burundi	91 %
Cambodge	93 %
Cameroun	62 %
Cap-Vert	97 %
Rép. centrafricaine	77 %
Tchad	69 %
Chili	94 %
Chine	87 %
République du Congo	69 %
Côte d'Ivoire	41 %
Croatie	96 %
Cuba	93 %
République tchèque	93 %
Rép. dém. du Congo	75 %
Djibouti	96 %
Dominique	88 %
République dominicaine	82 %
Équateur	95 %
Égypte	94 %
El Salvador	83 %
Guinée équatoriale	75 %
Éthiopie	73 %
Fidji	75 %
Gambie	82 %
Géorgie	79 %

Source : ONUSIDA | Pour plus d'informations, consultez le site à l'adresse <http://aidsinfo.unaids.org>



	2011		2011
Allemagne	86 %	Oman	74 %
Ghana	71 %	Palaos	...
Grenade	52 %	Papouasie-Nouvelle-Guinée	78 %
Guatemala	87 %	Paraguay	81 %
Guinée	77 %	Pérou	88 %
Guinée-Bissau	62 %	Philippines	92 %
Guyana	80 %	Qatar	100 %
Haïti	78 %	République de Corée	92 %
Honduras	84 %	Rwanda	93 %
Indonésie	68 %	Saint-Kitts-et-Nevis	100 %
Iran	82 %	Sainte-Lucie	77 %
Jamaïque	76 %	Saint-Vincent-et-les Grenadines	70 %
Japon	96 %	Sao Tomé-et-Principe	96 %
Jordanie	100 %	Sénégal	74 %
Kazakhstan	64 %	Seychelles	81 %
Kenya	75 %	Sierra Leone	83 %
Kirghizistan	88 %	Singapour	97 %
Rép. dém. populaire lao	88 %	Slovaquie	93 %
Lettonie	42 %	Îles Salomon	100 %
Liban	87 %	Somalie	84 %
Lesotho	75 %	Soudan du Sud	63 %
Libéria	62 %	Sri Lanka	78 %
Lituanie	97 %	Soudan	62 %
Madagascar	95 %	Suriname	66 %
Malawi	80 %	Swaziland	87 %
Malaisie	92 %	Suède	97 %
Maldives	67 %	Tadjikistan	73 %
Malte	95 %	Tanzanie	71 %
Îles Marshall	100 %	Thaïlande	83 %
Mauritanie	86 %	Ex-Rép. yougoslave de Macédoine	88 %
Maurice	87 %	Timor-Leste	83 %
Mexique	88 %	Togo	87 %
République de Moldova	81 %	Trinité-et-Tobago	83 %
Mongolie	83 %	Tunisie	96 %
Monténégro	75 %	Ouganda	70 %
Maroc	91 %	Ukraine	82 %
Mozambique	74 %	Royaume-Uni	89 %
Myanmar	87 %	Uruguay	65 %
Namibie	82 %	Ouzbékistan	85 %
Népal	82 %	Vanuatu	100 %
Pays-Bas	89 %	Venezuela	95 %
Nouvelle-Zélande	98 %	Viet Nam	82 %
Nicaragua	71 %	Zimbabwe	86 %
Niger	72 %		
Nigéria	73 %		

ESTIMATION DU NOMBRE DE PERSONNES RECEVANT ET NÉCESSITANT UNE THÉRAPIE ANTIRÉTROVIRALE ET COUVERTURE, 2009 ET 2011

2009

2011

Estimation du nombre de personnes nécessitant une thérapie antirétrovirale basée sur les directives 2010 de l'OMS

	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
CARAÏBES						
Cuba	5 000	4 200	6 000	6 800	5 700	8 000
Dominique	...	...	...	...	...	...
République dominicaine	23 000	20 000	26 000	25 000	22 000	28 000
Grenade	...	...	...	...	...	...
Haïti	54 000	47 000	61 000	60 000	52 000	67 000
Jamaïque	15 000	12 000	18 000	15 000	13 000	19 000
Saint-Kitts-et-Nevis	...	...	...	...	...	...
Sainte-Lucie	...	...	...	...	...	...
Saint-Vincent-et-les Grenadines	...	...	...	...	...	...
ASIE DE L'EST						
Chine	...	...	...	...	...	...
Mongolie	< 100	< 100	< 100	< 200	< 200	< 200
EUROPE ORIENTALE ET ASIE CENTRALE						
Arménie	1 500	< 1 000	3 100	1 500	< 1 000	2 800
Azerbaïdjan	2 200	1 500	3 000	2 500	1 800	3 300
Bélarus	...	...	...	...	...	...
Géorgie	1 000	< 500	1 900	1 500	< 1 000	2 500
Kazakhstan	5 600	4 700	7 300	6 800	5 900	8 500
Kirghizistan	1 200	< 1 000	2 100	2 200	1 600	3 700
République de Moldova	5 200	4 300	6 200	5 700	4 800	6 800
Fédération de Russie	...	220 000	340 000	...	250 000	390 000
Tadjikistan	3 000	1 800	5 200	3 600	2 300	5 800
Ukraine	120 000	92 000	150 000	120 000	95 000	160 000
Ouzbékistan	...	...	...	...	...	...
AMÉRIQUE LATINE						
Argentine	53 000	47 000	61 000	59 000	51 000	66 000
Belize	1 900	1 600	2 200	2 200	2 000	2 500
Bolivie	8 800	5 900	13 000	8 200	5 300	13 000
Bésil	290 000	270 000	320 000	300 000	280 000	330 000
Chili	22 000	17 000	31 000	24 000	19 000	31 000
Colombie	65 000	40 000	97 000	67 000	41 000	100 000
Costa Rica	...	...	...	...	...	...
Équateur	15 000	9 800	28 000	16 000	13 000	28 000
El Salvador	7 500	5 500	12 000	9 600	6 600	16 000
Guatemala	19 000	12 000	38 000	24 000	14 000	61 000
Guyana	3 900	2 900	5 300	4 200	3 300	5 300
Honduras	22 000	17 000	29 000	20 000	16 000	26 000
Mexique	76 000	70 000	85 000	86 000	80 000	96 000
Nicaragua	1 900	1 000	4 000	2 600	1 600	5 500

Source : ONUSIDA | Pour plus d'informations, consultez le site à l'adresse <http://aidsinfo.unaids.org>

2009

2011

2009

2011

Estimation de la couverture antirétrovirale basée sur les directives 2010 de l'OMS

Nombre déclaré de personnes sous
thérapie antirétrovirale

Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Total	Total
> 95	84	> 95	> 95	87	> 95	5 034	7 018
...	...	...	...	...	...	38	39
60	54	69	80	72	90	13 785	20 247
...	...	...	...	...	...	54	73
48	43	56	58	52	67	26 007	34 935
50	40	60	60	48	71	7 244	9 167
...	...	...	...	...	...	...	50
...	...	...	...	...	...	124	170
...	...	...	...	...	...	162	184
...	...	...	...	...	...	65 481	126 448
15	13	17	27	23	31	10	38
...
12	6	20	22	12	34	179	330
11	8	16	28	22	38	238	707
28	20	37	40	29	54	1 776	3 223
63	34	> 95	76	44	> 95	655	1 122
18	14	22	27	21	31	1 035	1 830
19	11	29	23	14	33	231	510
19	16	23	29	24	35	984	1 666
...	22	27	...	22	27	75 900	85 716
11	6	18	22	13	33	322	769
13	10	17	22	17	28	15 871	26 720
...	...	...	...	...	...	1 753	3 832
81	70	92	79	69	91	42 815	46 000
45	38	52	62	55	69	855	1 358
13	8	19	15	10	24	1 115	1 261
64	58	69	71	65	77	185 982	215 676
59	42	76	66	50	83	12 762	15 617
25	17	40	46	30	74	16 302	30 612
68	60	80	73	65	85	3 064	3 663
36	20	57	68	40	90	5 538	11 201
> 95	70	> 95	72	43	> 95	...	6 923
55	27	88	56	22	> 95	10 362	13 585
72	53	> 95	82	65	> 95	2 832	3 432
32	25	41	41	32	51	7 075	8 355
80	72	87	84	75	90	60 911	71 849
57	26	> 95	65	31	> 95	1 063	1 686

ESTIMATION DU NOMBRE DE PERSONNES RECEVANT ET NÉCESSITANT UNE THÉRAPIE ANTIRÉTROVIRALE ET COUVERTURE, 2009 ET 2011

2009

2011

Estimation du nombre de personnes nécessitant une thérapie antirétrovirale basée sur les directives 2010 de l'OMS

	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Panama	11 000	7 500	17 000	11 000	8 200	16 000
Paraguay	3 100	2 000	5 900	4 300	2 900	8 100
Pérou	32 000	22 000	51 000	36 000	24 000	65 000
Suriname	2 600	1 800	3 900	2 400	1 800	3 500
Uruguay	6 400	4 100	14 000	6 500	4 200	14 000
Venezuela	44 000	25 000	95 000	51 000	30 000	110 000
MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD						
Algérie	...	4 100	7 100	...	5 200	8 900
Djibouti	4 900	4 100	5 900	4 900	4 000	6 100
Égypte	3 600	2 000	8 500	3 600	2 200	8 100
Iran	34 000	30 000	38 000	37 000	33 000	42 000
Jordanie	...	...	...	...	...	...
Liban	1 000	< 1 000	1 600	1 200	< 1 000	1 700
Maroc	8 700	6 200	12 000	11 000	7 700	15 000
Somalie	14 000	10 000	20 000	15 000	11 000	21 000
Soudan	26 000	21 000	32 000	28 000	23 000	33 000
République arabe syrienne	...	...	...	...	...	...
Tunisie	3 600	1 600	11 000	3 800	1 600	12 000
Yémen	6 900	5 400	8 600	8 100	6 600	9 700
OCÉANIE						
Îles Cook	...	...	...	...	...	...
États fédérés de Micronésie	...	...	...	...	...	...
Fidji	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100	< 200
Kiribati	...	...	...	...	...	...
Îles Marshall	...	...	...	...	...	...
Nauru	...	...	...	...	...	...
Nioué	...	...	...	...	...	...
Palaos	...	...	...	...	...	...
Papouasie-Nouvelle-Guinée	12 000	9 600	14 000	14 000	12 000	16 000
Samoa	...	...	...	...	...	...
Îles Salomon	...	...	...	...	...	...
Tonga	...	...	...	...	...	...
Tuvalu	...	...	...	...	...	...
Vanuatu	...	...	...	...	...	...
AFRIQUE SUBSAHARIENNE						
Angola	76 000	56 000	110 000	93 000	69 000	130 000
Bénin	29 000	25 000	32 000	33 000	29 000	37 000
Botswana	160 000	150 000	170 000	190 000	180 000	190 000
Burkina Faso	60 000	54 000	75 000	64 000	57 000	79 000
Burundi	50 000	45 000	56 000	49 000	45 000	56 000

Source : ONUSIDA | Pour plus d'informations, consultez le site à l'adresse <http://aidsinfo.unaids.org>

2009

2011

2009

2011

Estimation de la couverture antirétrovirale basée sur les directives 2010 de l'OMS

Nombre déclaré de personnes sous
thérapie antirétrovirale

2009			2011			2009		2011	
Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Total	Total	Total	Total
42	27	59	49	32	63	4 463	5 156		
66	35	> 95	69	36	> 95	2 073	2 952		
46	29	66	60	33	90	14 780	21 509		
38	25	54	53	36	72	973	1 276		
39	18	61	41	19	63	2 510	2 658		
74	34	> 95	79	38	> 95	32 302	40 384		
28	22	37	39	30	51	1 526	2 680		
19	16	22	27	22	33	913	1 328		
10	4	18	21	9	34	359	760		
4	4	5	7	7	8	1 486	2 752		
...	...	...	...	...	...	63	108		
35	23	54	36	25	52	354	425		
31	22	43	37	27	52	2 647	4 047		
4	3	6	7	5	11	578	1 139		
8	6	9	9	7	11	1 996	2 500		
...	...	...	...	...	...	99	130		
70	61	81	67	61	76	412	483		
4	3	5	8	6	9	274	625		
...	...	...	...	...	...	...	0		
...	...	...	...	...	...	5	...		
93	78	> 95	87	71	> 95	52	74		
...	...	...	...	...	...	...	6		
...	...	...	...	...	...	4	7		
...	...	...	...	...	...	...	0		
...	...	...	...	...	...	...	0		
...	...	...	...	...	...	3	2		
58	47	71	68	58	79	6 751	9 435		
...	...	...	...	...	...	...	12		
...	...	...	...	...	...	8	8		
...	...	...	...	...	...	...	0		
...	...	...	...	...	...	1	0		
...	...	...	...	...	...	2	3		
27	19	37	36	26	49	20 640	33 515		
53	47	60	61	54	68	15 401	19 930		
90	86	94	> 95	92	> 95	145 190	178 684		
44	35	49	57	46	63	26 448	36 248		
35	31	39	54	47	58	17 661	26 402		

ESTIMATION DU NOMBRE DE PERSONNES RECEVANT ET NÉCESSITANT UNE THÉRAPIE ANTIRÉTROVIRALE ET COUVERTURE, 2009 ET 2011

2009

2011

Estimation du nombre de personnes nécessitant une thérapie antirétrovirale basée sur les directives 2010 de l'OMS

	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Cameroun	230 000	210 000	260 000	260 000	240 000	280 000
Cap-Vert	1 400	1 000	1 800	1 600	1 200	2 100
République centrafricaine	63 000	55 000	67 000	64 000	55 000	69 000
Tchad	82 000	71 000	96 000	96 000	84 000	110 000
Comores	< 100	< 100	< 200	< 200	< 100	< 200
Congo	33 000	29 000	37 000	38 000	34 000	42 000
Rép. dém. du Congo	...	...	...	...	...	...
Côte d'Ivoire	200 000	180 000	210 000	200 000	180 000	220 000
Érythrée	12 000	7 600	22 000	13 000	8 600	24 000
Éthiopie	490 000	440 000	530 000	470 000	430 000	510 000
Gabon	21 000	15 000	28 000	23 000	18 000	31 000
Gambie	4 300	2 200	8 200	5 300	3 100	10 000
Ghana	110 000	94 000	120 000	120 000	100 000	130 000
Guinée	35 000	29 000	42 000	40 000	34 000	47 000
Guinée-Bissau	6 800	5 000	8 500	9 100	7 400	11 000
Kenya	660 000	620 000	710 000	750 000	700 000	790 000
Lesotho	120 000	120 000	130 000	150 000	140 000	150 000
Libéria	16 000	13 000	19 000	15 000	13 000	18 000
Madagascar	11 000	8 500	19 000	13 000	9 600	19 000
Malawi	420 000	390 000	460 000	480 000	450 000	520 000
Mali	49 000	40 000	59 000	55 000	45 000	66 000
Mauritanie	6 600	4 400	10 000	8 300	5 500	13 000
Maurice	3 500	2 400	5 000	3 600	2 500	4 900
Mozambique	490 000	440 000	570 000	600 000	530 000	680 000
Namibie	91 000	76 000	110 000	110 000	96 000	120 000
Niger	24 000	21 000	28 000	28 000	24 000	32 000
Nigéria	1 200 000	1 100 000	1 400 000	1 400 000	1 300 000	1 600 000
Rwanda	100 000	90 000	110 000	120 000	110 000	130 000
Sao Tomé-et-Principe	< 500	< 500	< 1 000	< 500	< 500	< 1 000
Sénégal	18 000	15 000	22 000	23 000	19 000	27 000
Seychelles	...	...	...	...	...	...
Sierra Leone	16 000	14 000	19 000	20 000	17 000	23 000
Afrique du Sud	2 300 000	2 200 000	2 500 000	2 600 000	2 400 000	2 700 000
Soudan du Sud	...	...	...	57 000	39 000	79 000
Swaziland	74 000	70 000	79 000	88 000	84 000	93 000
Tanzanie	620 000	580 000	670 000	700 000	650 000	760 000
Togo	64 000	50 000	79 000	69 000	55 000	86 000
Ouganda	490 000	450 000	530 000	580 000	540 000	630 000
Zambie	350 000	310 000	370 000	510 000	480 000	540 000
Zimbabwe	590 000	550 000	630 000	620 000	590 000	660 000

Source : ONUSIDA | Pour plus d'informations, consultez le site à l'adresse <http://aidsinfo.unaids.org>

2009

2011

2009

2011

Estimation de la couverture antirétrovirale basée sur les directives 2010 de l'OMS

Nombre déclaré de personnes sous
thérapie antirétrovirale

	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Total	Total
	33	30	36	41	38	44	76 228	105 653
	44	33	59	46	34	60	611	719
	23	22	26	22	21	26	14 474	14 405
	39	34	45	34	29	39	32 288	32 832
	15	11	19	19	14	26	12	19
	24	21	27	44	40	49	7 998	16 861
	...	...	...	...	...	...	34 967	53 554
	37	34	40	41	37	45	72 011	82 721
	43	23	65	49	26	72	4 955	6 245
	36	33	40	56	52	62	176 632	265 174
	48	36	65	53	40	69	9 976	12 280
	21	11	42	54	29	92	921	2 891
	28	24	32	47	41	54	30 265	54 589
	43	36	53	58	49	69	14 999	23 135
	41	33	55	56	47	69	2 764	5 104
	51	48	54	72	68	76	336 980	538 983
	50	47	53	58	54	61	61 736	83 626
	19	15	23	38	32	45	2 970	5 839
	2	1	3	3	2	4	214	383
	47	44	51	67	62	72	198 846	322 209
	43	36	52	53	44	65	21 100	29 237
	21	14	32	21	14	32	1 401	1 738
	19	13	27	37	27	53	652	1 349
	34	30	39	46	40	51	170 198	273 561
	78	66	93	> 95	85	> 95	70 498	104 531
	27	23	31	34	30	39	6 445	9 420
	25	22	28	30	28	34	302 973	432 285
	77	70	86	82	75	90	76 726	96 123
	39	30	51	52	39	68	169	252
	68	56	82	56	47	67	12 249	12 762
	...	...	...	...	...	...	139	181
	22	19	26	41	35	49	3 660	8 115
	42	40	45	66	62	70	971 556	1 702 060
	...	...	...	6	4	9	1 829	3 442
	64	60	68	83	78	87	47 241	72 402
	32	30	34	40	37	43	199 413	277 070
	26	21	33	42	34	53	16 710	29 045
	41	38	44	54	50	58	200 413	313 117
	81	77	90	82	76	87	283 863	415 685
	37	35	39	77	72	81	218 589	476 321

ESTIMATION DU NOMBRE DE PERSONNES RECEVANT ET NÉCESSITANT UNE THÉRAPIE ANTIRÉTROVIRALE ET COUVERTURE, 2009 ET 2011

2009

2011

Estimation du nombre de personnes nécessitant une thérapie antirétrovirale basée sur les directives 2010 de l'OMS

	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
ASIE DU SUD ET DU SUD-EST						
Afghanistan	1 400	< 1 000	3 000	1 700	< 1 000	4 300
Bangladesh	1 600	1 100	3 200	2 200	1 800	3 900
Bhoutan	< 200	< 100	< 500	< 500	< 200	< 500
Cambodge	41 000	35 000	54 000	46 000	39 000	60 000
Inde	...	...	...	...	...	...
Indonésie	64 000	42 000	94 000	100 000	68 000	140 000
République démocratique populaire lao	2 800	1 800	4 500	3 800	2 800	5 600
Malaisie	34 000	27 000	43 000	38 000	32 000	45 000
Maldives	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100
Myanmar	120 000	110 000	140 000	120 000	110 000	140 000
Népal	26 000	19 000	47 000	26 000	19 000	50 000
Pakistan	16 000	11 000	25 000	25 000	17 000	44 000
Philippines	2 600	1 700	3 300	3 900	3 000	4 800
Sri Lanka	1 200	< 1 000	13 000	1 500	1 200	8 700
Thaïlande	300 000	280 000	320 000	320 000	300 000	340 000
Timor-Leste	...	...	...	...	...	...
Viet Nam	85 000	72 000	100 000	110 000	90 000	130 000
EUROPE OCCIDENTALE ET CENTRALE ET AMÉRIQUE DU NORD						
Albanie	...	...	...	...	...	...
Bosnie-Herzégovine	...	...	...	...	...	...
Bulgarie	1 300	< 1 000	1 600	1 500	1 200	1 900
Lettonie	2 600	2 100	3 400	3 000	2 400	3 900
Lituanie	< 1 000	< 500	< 1 000	< 1 000	< 500	< 1 000
Ex-Rép. yougoslave de Macédoine	...	...	...	...	...	...
Monténégro	...	...	...	...	...	...
Roumanie	9 800	8 500	11 000	10 000	9 100	11 000
Serbie	1 300	< 1 000	1 700	1 500	1 200	1 900
Turquie	1 500	1 200	1 900	2 000	1 600	2 500

Source : ONUSIDA | Pour plus d'informations, consultez le site à l'adresse <http://aidsinfo.unaids.org>

2009

2011

2009

2011

Estimation de la couverture antirétrovirale basée sur les directives 2010 de l'OMS

Nombre déclaré de personnes sous
thérapie antirétrovirale

2009			2011			2009		2011	
Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Total	Total		
1	1	3	6	3	11	19	111		
22	11	32	31	17	38	353	681		
19	14	45	24	17	33	...	64		
91	69	> 95	> 95	78	> 95	37 315	46 473		
...	...	...	...	...	...	330 300	543 000		
24	16	37	24	17	36	15 442	24 410		
48	30	75	53	36	71	1 345	1 988		
29	23	37	37	31	43	9 962	14 002		
22	18	26	22	17	26	3	3		
17	15	20	32	28	37	21 138	40 128		
14	7	19	24	13	34	3 550	6 483		
8	5	12	10	6	15	1 320	2 491		
29	22	44	51	41	66	750	1 992		
17	2	21	21	4	26	207	311		
72	67	76	71	66	75	216 118	225 272		
...	...	...	...	...	...	31	60		
44	37	53	58	48	68	37 995	60 924		
...	...	...	...	...	...	114	161		
...	...	...	...	...	...	38	63		
26	20	33	25	20	33	327	383		
17	13	21	18	14	23	439	560		
29	22	36	25	20	32	145	...		
...	...	...	...	...	...	24	45		
...	...	...	...	...	...	31	58		
74	65	86	74	66	83	7 244	7 536		
60	46	> 95	65	51	86	790	987		
67	52	86	50	39	63	1 000	...		

ESTIMATION DU NOMBRE D'ENFANTS RECEVANT ET NÉCESSITANT UNE THÉRAPIE ANTIRÉTROVIRALE ET COUVERTURE, 2009 ET 2011

	2009			2011		
	Estimation du nombre d'enfants nécessitant une thérapie antirétrovirale					
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
CARAÏBES						
Cuba
Dominique
République dominicaine
Grenade
Haïti	6 700	5 500	8 000	7 800	6 300	9 300
Jamaïque
Saint-Kitts-et-Nevis
Sainte-Lucie
Saint-Vincent-et-les Grenadines
ASIE DE L'EST						
Chine
Mongolie
EUROPE ORIENTALE ET ASIE CENTRALE						
Arménie
Azerbaïdjan
Bélarus
Géorgie
Kazakhstan
Kirghizistan
République de Moldova
Fédération de Russie
Tadjikistan
Ukraine
Ouzbékistan
AMÉRIQUE LATINE						
Argentine
Belize
Bolivie
Brésil
Chili
Costa Rica
Équateur
El Salvador
Guatemala
Guyana
Honduras
Mexique
Nicaragua
Panama

Source : ONUSIDA | Pour plus d'informations, consultez le site à l'adresse <http://aidsinfo.unaids.org>

2009

2011

2009

2011

Estimation de la couverture de la thérapie antirétrovirale chez les enfants

Nombre déclaré d'enfants âgés entre 0 et 14 ans sous thérapie antirétrovirale

Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Total	Total
...	20	15
...	1	0
...	782	1 010
...	3	3
19	13	41	25	21	31	1 098	1 969
...	436	462
...	1
...	3	3
...	3	4
...	1 594	2 322
...	0
...	7	11
...	3	15
...	95	139
...	28	35
...	191	247
...	101	170
...	34	52
...	1 998	...
...	9	56
...	1 720	2 268
...	225	1 794
...	2 000	1 286
...	80	88
...	50	61
...	7 939	5 215
...	186	199
...	61	61
...	407	576
...	300	390
...	768	935
...	165	201
...	719	736
...	1 594	1 630
...	56	64
...	256	250

ESTIMATION DU NOMBRE D'ENFANTS RECEVANT ET NÉCESSITANT UNE THÉRAPIE ANTIRÉTROVIRALE ET COUVERTURE, 2009 ET 2011

	2009			2011		
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Estimation du nombre d'enfants nécessitant une thérapie antirétrovirale						
Paraguay	...	...	...	...	...	...
Pérou	...	...	...	...	...	...
Suriname	...	...	...	...	...	...
Uruguay	...	...	...	...	...	...
Venezuela	...	...	...	...	...	...
MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD						
Algérie	...	...	...	...	...	...
Djibouti	< 1 000	< 500	< 1 000	< 1 000	< 1 000	< 1 000
Égypte	...	...	...	...	...	...
Iran	...	...	...	...	...	...
Iraq	...	...	...	...	...	...
Jordanie	...	...	...	...	...	...
Liban	...	...	...	...	...	...
Maroc	...	...	...	...	...	...
Oman	...	...	...	...	...	...
Somalie	...	...	...	...	...	...
Soudan	...	...	...	...	...	...
République arabe syrienne	...	...	...	...	...	...
Tunisie	...	...	...	...	...	...
Yémen	...	...	...	...	...	...
OCÉANIE						
Îles Cook	...	...	...	...	...	...
États fédérés de Micronésie	...	...	...	...	...	...
Fidji	...	...	...	...	...	...
Kiribati	...	...	...	...	...	...
Îles Marshall	...	...	...	...	...	...
Nioué	...	...	...	...	...	...
Palaos	...	...	...	...	...	...
Papouasie-Nouvelle-Guinée	1 600	1 200	2 100	2 000	1 500	2 500
Samoa	...	...	...	...	...	...
Îles Salomon	...	...	...	...	...	...
Vanuatu	...	...	...	...	...	...
AFRIQUE SUBSAHARIENNE						
Angola	15 000	11 000	22 000	21 000	15 000	30 000
Bénin	4 600	3 800	5 700	5 700	4 700	6 900
Botswana	9 400	8 900	9 900	11 000	10 000	12 000
Burkina Faso	12 000	9 600	15 000	13 000	10 000	16 000
Burundi	10 000	8 700	12 000	11 000	9 400	13 000
Cameroun	29 000	25 000	34 000	35 000	30 000	41 000
Cap-Vert	...	...	...	...	...	...

Source : ONUSIDA | Pour plus d'informations, consultez le site à l'adresse <http://aidsinfo.unaids.org>



2009

2011

2009

2011

Estimation de la couverture de la thérapie antirétrovirale chez les enfants

Nombre déclaré d'enfants âgés entre 0 et 14 ans sous thérapie antirétrovirale

2009			2011			2009		2011	
Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Total	Total		
...	...	...	...	...	...	130	167		
...	...	...	...	...	...	517	495		
...	...	...	...	...	...	80	82		
...	...	...	...	...	...	160	82		
...	...	...	...	...	...	784	962		
...	...	...	...	...	...	97	200		
4	2	8	6	5	8	24	41		
...	...	...	...	...	...	27	32		
...	...	...	...	...	...	54	97		
...	...	...	...	...	...	...	0		
...	...	...	...	...	...	2	2		
...	...	...	...	...	...	9	4		
...	...	...	...	...	...	145	205		
...	...	...	...	...	...	26	...		
...	...	...	...	...	...	9	48		
...	...	...	...	...	...	...	263		
...	...	...	...	...	...	8	1		
...	...	...	...	...	...	12	19		
...	...	...	...	...	...	9	38		
...	...	...	...	...	...	...	0		
...	...	...	...	...	...	...	0		
...	...	...	...	...	...	1	2		
...	...	...	...	...	...	...	1		
...	...	...	...	...	...	...	0		
...	...	...	...	...	...	...	0		
...	...	...	...	...	...	...	0		
26	17	49	31	24	40	427	608		
...	...	...	...	...	...	...	3		
...	...	...	...	...	...	...	0		
...	...	...	...	...	...	1	2		
13	8	25	11	8	16	1 548	2 314		
41	28	77	23	19	28	1 135	1 300		
90	76	> 95	88	84	93	8 490	7 939		
17	11	35	14	11	17	1 354	1 776		
11	8	19	17	15	20	1 596	1 548		
11	8	20	13	11	15	3 114	4 440		
...	...	...	...	...	...	37	58		

ESTIMATION DU NOMBRE D'ENFANTS RECEVANT ET NÉCESSITANT UNE THÉRAPIE ANTIRÉTROVIRALE ET COUVERTURE, 2009 ET 2011

2009

2011

Estimation du nombre d'enfants nécessitant une thérapie antirétrovirale

	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
République centrafricaine	9 700	9 500	10 000	11 000	11 000	11 000
Tchad	16 000	13 000	19 000	20 000	17 000	25 000
Comores	...	...	...	...	...	...
Congo	5 900	5 000	7 000	7 500	6 400	8 800
Rép. dém. du Congo	...	...	...	...	...	...
Côte d'Ivoire	30 000	26 000	35 000	35 000	30 000	40 000
Guinée équatoriale	...	...	...	...	...	...
Érythrée	2 000	1 300	3 800	2 600	1 700	4 800
Éthiopie	90 000	77 000	100 000	82 000	70 000	95 000
Gabon	1 500	1 000	2 200	1 900	1 200	2 800
Gambie	...	...	...	...	...	...
Ghana	15 000	12 000	18 000	18 000	15 000	22 000
Guinée	5 500	4 100	7 000	6 800	5 200	8 700
Guinée-Bissau	1 300	< 1 000	1 600	1 800	1 500	2 300
Kenya	150 000	130 000	170 000	160 000	140 000	180 000
Lesotho	19 000	17 000	21 000	24 000	21 000	27 000
Libéria	2 500	1 900	3 100	2 900	2 300	3 600
Madagascar	...	...	...	...	...	...
Malawi	80 000	70 000	92 000	99 000	87 000	120 000
Mali	...	...	...	...	...	...
Mauritanie	...	...	...	...	...	...
Maurice	...	...	...	...	...	...
Mozambique	80 000	66 000	96 000	120 000	98 000	140 000
Namibie	11 000	9 100	13 000	13 000	11 000	16 000
Niger	...	...	...	...	...	...
Nigéria	210 000	170 000	240 000	280 000	240 000	320 000
Rwanda	13 000	11 000	15 000	17 000	14 000	19 000
Sao Tomé-et-Principe	...	...	...	...	...	...
Sénégal	...	...	...	...	...	...
Seychelles	...	...	...	...	...	...
Sierra Leone	1 900	1 500	2 400	2 500	2 000	3 400
Afrique du Sud	220 000	200 000	250 000	260 000	230 000	300 000
Soudan du Sud	...	...	...	10 000	6 500	14 000
Swaziland	9 100	8 200	10 000	11 000	9 900	12 000
Tanzanie	110 000	97 000	130 000	130 000	110 000	150 000
Togo	9 000	6 900	12 000	11 000	8 100	14 000
Ouganda	93 000	82 000	110 000	120 000	100 000	130 000
Zambie	89 000	78 000	99 000	98 000	86 000	110 000
Zimbabwe	100 000	92 000	110 000	120 000	110 000	130 000

Source : ONUSIDA | Pour plus d'informations, consultez le site à l'adresse <http://aidsinfo.unaids.org>

2009

2011

2009

2011

Estimation de la couverture de la thérapie antirétrovirale chez les enfants

Nombre déclaré d'enfants âgés entre 0 et 14 ans sous thérapie antirétrovirale

2009			2011			2009		2011	
Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Total	Total		
9	6	20	7	7	7	724	825		
6	4	12	8	6	9	774	1 531		
...	...	...	...	...	...	1	1		
12	8	24	14	12	16	488	1 051		
...	...	...	...	...	...	4 053	6 238		
15	10	30	15	13	17	4 349	5 190		
3	2	7	...	...	...	27	...		
21	14	45	20	11	31	324	517		
...	14	38	19	17	23	9 992	16 000		
17	11	34	22	15	33	275	414		
...	...	...	...	...	...	309	161		
12	8	24	14	12	17	1 617	2 480		
15	10	32	11	9	14	674	745		
10	7	21	14	11	18	118	260		
32	22	59	31	27	36	28 370	48 546		
23	17	39	25	22	28	3 038	6 095		
9	6	19	20	16	25	266	570		
...	...	...	...	...	...	5	13		
29	21	51	29	25	33	17 364	28 722		
...	...	...	...	...	...	1 266	1 732		
...	...	...	...	...	...	42	76		
...	...	...	...	...	...	...	11		
14	10	26	20	16	24	...	23 053		
89	65	> 95	76	63	91	8 188	10 284		
...	...	...	...	...	...	258	496		
10	7	19	13	11	16	18 092	36 716		
60	40	> 95	46	39	55	6 679	7 597		
...	...	...	...	...	...	5	8		
...	...	...	...	...	...	794	599		
...	...	...	...	...	...	9	5		
14	9	25	21	16	27	237	533		
54	41	94	58	51	65	86 270	151 860		
...	...	...	1	1	2	...	138		
70	53	> 95	60	53	66	4 772	6 567		
17	11	34	14	12	16	12 822	18 298		
20	12	58	16	12	21	1 028	1 676		
18	12	33	21	19	25	13 413	24 735		
36	26	65	31	27	35	21 120	30 187		
30	23	50	34	30	38	21 521	40 140		

ESTIMATION DU NOMBRE D'ENFANTS RECEVANT ET NÉCESSITANT UNE THÉRAPIE ANTIRÉTROVIRALE ET COUVERTURE, 2009 ET 2011

	2009			2011		
	Estimation du nombre d'enfants nécessitant une thérapie antirétrovirale					
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
ASIE DU SUD ET DU SUD-EST						
Afghanistan
Bangladesh
Bhoutan
Cambodge
Inde
Indonésie
République démocratique populaire lao
Malaisie
Maldives
Myanmar
Népal
Pakistan
Philippines
Sri Lanka
Thaïlande
Timor-Leste
Viet Nam
EUROPE OCCIDENTALE ET CENTRALE ET AMÉRIQUE DU NORD						
Albanie
Bosnie-Herzégovine
Bulgarie
Croatie
Hongrie
Lettonie
Lituanie
Ex-Rép. yougoslave de Macédoine
Monténégro
Pologne
Roumanie
Serbie
Turquie

Source : ONUSIDA | Pour plus d'informations, consultez le site à l'adresse <http://aidsinfo.unaids.org>

2009

2011

2009

2011

Estimation de la couverture de la thérapie antirétrovirale chez les enfants

Nombre déclaré d'enfants âgés entre 0 et 14 ans sous thérapie antirétrovirale

2009			2011			2009		2011	
Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Total	Total		
...	4		
...	6	37		
...	1	3		
...	3 638	4 439		
...	22 896		
...	356	759		
...	95	133		
...	501	487		
...	0		
...	1 535	2 995		
...	178	432		
...	57	105		
...	11	19		
...	11	18		
...	8 076	6 510		
...	3	3		
...	1 987	2 668		
...	15	14		
...	1	1		
...	3	6		
...	3	...		
...	6	...		
...	26	25		
...	2	2		
...	1	0		
...	1	1		
...	137	...		
...	192	189		
...	11	9		
...	9	0		

**POURCENTAGE DE CAS ESTIMÉS DE TUBERCULOSE LIÉE
À UNE SÉROPOSITIVITÉ CONCOMITANTE AUXQUELS ONT
ÉTÉ ADMINISTRÉS UN TRAITEMENT ANTITUBERCULEUX
ET UN TRAITEMENT CONTRE LE VIH**

	2011
Albanie	...
Angola	14 %
Antigua-et-Barbuda	100 %
Arménie	100 %
Azerbaïdjan	60 %
Bahamas	59 %
Bahreïn	9 %
Bangladesh	14 %
Bélarus	26 %
Belize	...
Bénin	57 %
Bolivie	3 %
Bosnie-Herzégovine	100 %
Botswana	20 %
Brunei Darussalam	67 %
Bulgarie	...
Burkina Faso	60 %
Burundi	48 %
Cambodge	33 %
Cameroun	51 %
Cap-Vert	69 %
République centrafricaine	8 %
Tchad	35 %
Chine	36 %
Costa Rica	100 %
Côte d'Ivoire	33 %
Cuba	90 %
Chypre	33 %
République tchèque	100 %
République démocratique du Congo	4 %
Djibouti	11 %
République dominicaine	148 %
El Salvador	83 %
Guinée équatoriale	7 %
Finlande	100 %
Gabon	25 %
Géorgie	113 %
Grenade	17 %
Guatemala	12 %
Guinée	20 %
Guyana	65 %
Haïti	1 %

Source : ONUSIDA | Pour plus d'informations, consultez le site à l'adresse <http://aidsinfo.unaids.org>



	2011		2011
Honduras	37 %	Sénégal	...
Hongrie	100 %	Serbie	71 %
Indonésie	4 %	Seychelles	100 %
Iran	19 %	Sierra Leone	33 %
Jamaïque	22 %	Singapour	91 %
Japon	...	Slovaquie	100 %
Kazakhstan	75 %	Somalie	2 %
Kenya	65 %	Afrique du Sud	65 %
Kiribati	100 %	Soudan du Sud	2 %
Kirghizistan	23 %	Espagne	100 %
Rép. démocratique populaire lao	49 %	Sri Lanka	16 %
Lettonie	53 %	Soudan	1 %
Lesotho	40 %	Suriname	56 %
Libéria	2 %	Swaziland	10 %
Madagascar	3 %	Suède	100 %
Malawi	79 %	Tadjikistan	18 %
Malaisie	18 %	Tanzanie	26 %
Mali	6 %	Thaïlande	30 %
Malte	100 %	Togo	47 %
Îles Marshall	100 %	Trinité-et-Tobago	61 %
Mauritanie	2 %	Tunisie	25 %
Mexique	48 %	Ouganda	55 %
République de Moldova	51 %	Ukraine	36 %
Mongolie	6 %	Royaume-Uni	95 %
Maroc	54 %	Uruguay	33 %
Mozambique	10 %	Ouzbékistan	24 %
Namibie	36 %	Venezuela	48 %
Nouvelle-Zélande	100 %	Viet Nam	30 %
Nicaragua	48 %	Yémen	19 %
Niger	14 %	Zambie	...
Nigéria	16 %	Zimbabwe	23 %
Oman	100 %		
Panama	94 %		
Papouasie-Nouvelle- Guinée	25 %		
Paraguay	131 %		
Pérou	42 %		
Philippines	14 %		
République de Corée	100 %		
Rwanda	168 %		
Saint-Vincent-et-les Grenadines	75 %		
Sao Tomé-et-Principe	72 %		

PATIENTS ATTEINTS DU VIH ET DE LA TUBERCULOSE SOUS THÉRAPIE ANTIRÉTROVIRALE

	2010		2010
Afghanistan	2	République dominicaine	21
Albanie	0	Équateur	427
Andorre	0	Égypte	7
Angola	700	El Salvador	113
Antigua-et-Barbuda	5	Guinée équatoriale	69
Argentine	...	Estonie	16
Arménie	7	Éthiopie	3 823
Australie	...	Fidji	3
Autriche	...	Gabon	348
Azerbaïdjan	...	Gambie	103
Bahamas	12	Géorgie	27
Bahreïn	0	Allemagne	...
Bangladesh	4	Ghana	487
Barbade	2	Grenade	0
Belize	29	Guatemala	255
Bénin	340	Guinée	614
Bhoutan	...	Guinée-Bissau	...
Bolivie	113	Guyana	124
Bosnie-Herzégovine	0	Haïti	185
Botswana	1 720	Honduras	180
Brésil	8 575	Hongrie	1
Brunei Darussalam	1	Islande	0
Bulgarie	2	Inde	23 641
Burkina Faso	503	Indonésie	325
Burundi	509	Iran	72
Cambodge	944	Iraq	0
Cameroun	4 235	Israël	...
Cap-Vert	...	Jamaïque	30
République centrafricaine	534	Jordanie	0
Tchad	297	Kazakhstan	25
Chine	2 036	Kenya	19 331
Colombie	433	Kiribati	0
Comores	0	Koweït	3
République du Congo	22	Kirghizistan	68
Costa Rica	0	Rép. démocratique populaire lao	...
Côte d'Ivoire	1 118	Lettonie	54
Cuba	35	Liban	7
Chypre	...	Lesotho	2 273
République populaire démocratique de Corée	0	Libéria	0
République démocratique du Congo	489	Libye	...
Danemark	...	Madagascar	14
Djibouti	27	Malawi	5 718
Dominique	1	Malaisie	352
		Maldives	0

Source : ONUSIDA | Pour plus d'informations, consultez le site à l'adresse <http://aidsinfo.unaids.org>

	2010		2010
Mali	217	Serbie	12
Malte	...	Seychelles	1
Îles Marshall	0	Sierra Leone	190
Mauritanie	55	Slovaquie	1
Maurice	6	Slovénie	...
Mexique	424	Îles Salomon	0
Micronésie (États fédérés de)	0	Somalie	61
République de Moldova	97	Afrique du Sud	69 959
Mongolie	2	Soudan du Sud	...
Monténégro	1	Sri Lanka	7
Maroc	17	Soudan	247
Mozambique	6 250	Suriname	22
Myanmar	899	Swaziland	2 726
Namibie	2 294	République arabe syrienne	0
Nauru	0	Tadjikistan	54
Népal	0	Tanzanie	7 572
Pays-Bas	...	Thaïlande	4 796
Nicaragua	40	Ex-Rép. yougoslave de Macédoine	0
Niger	0	Timor-Leste	...
Nigéria	5 902	Togo	312
Territoire palestinien occupé	0	Tonga	0
Oman	4	Trinité-et-Tobago	20
Pakistan	12	Tunisie	7
Palaos	0	Turquie	9
Panama	201	Turkménistan	...
Papouasie-Nouvelle-Guinée	...	Tuvalu	0
Paraguay	96	Ouganda	4 782
Pérou	10	Ukraine	2 269
Philippines	0	Émirats arabes unis	4
Portugal	303	Uruguay	35
Qatar	0	Ouzbékistan	157
République de Corée	...	Vanuatu	0
Roumanie	214	Venezuela	156
Fédération de Russie	7 225	Viet Nam	1 497
Rwanda	1 587	Yémen	0
Saint-Kitts-et-Nevis	0	Zambie	12 646
Sainte-Lucie	0	Zimbabwe	14 223
Saint-Vincent-et-les Grenadines	3		
Samoa	0		
Sao Tomé-et-Principe	7		
Arabie saoudite	...		
Sénégal	289		

DÉPENSES NATIONALES EN MATIÈRE DE VIH (PAR SOURCE DE FINANCEMENT)

	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011
	Organismes publics			Organismes bilatéraux			Banques de développement		
Afghanistan	132 200	200 000	...	282 525	90 499	1 456 111	3 220 281	1 523 129	3 728 220
Algérie	2 537 184	5 326 676	8 069 200	115 500	288 339	535 488	...	...	...
Angola	16 044 315	15 877 187	21 462 786	4 100 000	4 057 292	9 014 036	...	...	126 898
Antigua-et-Barbuda	...	300 777	326 796	...	820 914	246 310	...	...	...
Argentine	286 371 607	...	...	57 836	...	...	...	...	...
Arménie	...	1 961 038	2 079 270	...	...	...	...	...	...
Azerbaïdjan	...	6 857 540	8 563 409	...	...	...	...	...	...
Bangladesh	...	1 202 508	746 225	...	2 869 608	3 190 243	...	...	1 690 130
Bélarus	...	13 246 041	9 668 805	...	234 102	4 749	...	...	...
Belize	...	1 134 649	...	...	529 130	...	...	...	...
Bénin	...	6 937 649	...	...	119 433	...	...	1 613 734	...
Bolivie	1 833 430	...	2 276 663	521 059	...	156 582	...	...	...
Botswana	229 451 023	264 009 913	295 267 593	78 157 141	88 981 938	75 823 559	...	...	...
Brésil	653 545 481	745 830 717	...	...	...	...	...	...	...
Bulgarie	5 695 293	4 252 150	6 668 195	22 260	19 713	...	...	...	...
Burkina Faso	15 156 369	11 593 206	...	13 562 885	18 070 254	...	1 472 553	25 109	...
Burundi	1 900 945	1 775 383	...	5 885 055	6 075 357	...	...	9 042 388	...
Cambodge	1 703 403	...	...	15 565 137	...	...	...	...	...
Cameroun	1 923 386	14 395 254	...	...	8 679 422	...	...	...	...
Cap-Vert	...	499 368	522 275	...	...	...	...	...	...
République centrafricaine	2 241 257	1 873 217	1 887 321	731 907	747 766	420 561	...	...	...
Tchad	2 063 160	703 141	3 825 752	5 261 002	1 537 148	1 943 543	857 880	...	695 754
Chili	110 436 733	119 224 642	...	34 171	57 283	...	...	...	...
Chine	...	497 309 402	529 376 006	...	14 787 060	13 690 093	...	...	...
Colombie	87 782 780	86 962 224	102 514 729	...	...	...	...	...	...
Congo	4 444 208	8 104 228	...	525 915	381 566	...	2 077 285	807 570	...
Costa Rica	...	24 765 744	...	...	311 345	...	...	...	...
Côte d'Ivoire	9 477 423	...	...	97 609 230	...	...	4 474 748	...	...
Cuba	56 999 895	58 593 535	60 633 504	...	...	...	...	...	...
Rép. populaire démocratique de Corée	816 000	1 009 600	1 070 420	...	...	...	...	...	...
République démocratique du Congo	162 272	2 759 539	...	7 630 713	24 298 279	...	22 154 322	26 737 388	...
Djibouti	...	627 309	596 705	...	1 059 733	123 916	...	28 249	...
Dominique	...	223 664	223 664	...	...	...	...	...	...
Équateur	...	24 270 868	...	...	29 658	...	...	...	...
El Salvador	...	37 297 450	...	...	2 101 422	...	...	...	...
Fidji	274 162	419 594	467 602	833 480	149 660	164 857	187 061	43 333	...
Gabon	3 857 125	6 166 691	6 423 890	241 442	489 931	920 533	...	...	643 284
Géorgie	3 372 270	4 362 929	4 562 010	555 346	1 070 223	2 125 481	...	...	...

Source : ONUSIDA | Pour plus d'informations, consultez le site à l'adresse <http://aidsinfo.unaids.org>



	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011
	Fonds mondial			Organismes multilatéraux			Tous les autres organismes (multilatéraux et internationaux)		
	1 087 983	1 774 255	1 645 560	435 563	849 942	1 172 183	...	...	...
	...	...	...	55 500	180 060	312 046	...	402	4 421
	8 285 337	8 199 031	263 478	3 920 587	3 879 748	894 705	2 073 250	2 051 653	1 715 635
	...	233 300	37 290	...	6 866	6 866	...	...	...
	...	...	...	671 049	...	...	...	...	...
	...	2 885 885	3 227 460	...	126 671	188 352	...	72 194	85 353
	...	616 197	5 416 440	...	171 014	152 855	...	591 500	423 000
	...	10 461 394	12 389 199	...	232 797	202 846	...	348 682	428 488
	...	5 946 198	9 778 974	...	238 119	266 925	...	58 522	145 031
	...	...	...	...	280 346	...	...	603 420	...
	...	2 368 720	...	...	3 228 966	...	...	3 929 033	...
	5 215 054	...	4 799 828	613 437	...	499 221	1 550 455	...	1 519 416
	882 026	...	...	1 796 277	2 040 884	2 689 349	9 012 985	10 264 133	11 733 337
	...	...	...	2 968 684	7 468 124	...	334 701	1 699 227	...
	4 746 955	5 494 807	6 382 691	293 858	81 000	95 000	292 666	44 937	...
	13 141 980	14 559 973	...	4 868 194	7 574 732	...	2 571 000	432 584	...
	8 605 500	19 840 902	...	3 185 897	2 260 516	...	7 273 624	2 713 322	...
	19 023 377	...	...	7 547 437	...	...	9 858 889	...	...
	...	17 134 894	...	...	3 562 002	...	...	11 539 968	...
	...	1 711 088	2 853 473	...	149 724	94 703	...	185 032	124 985
	2 285 032	3 979 986	6 189 238	6 073 868	8 055 827	7 063 516	110 195	240 603	112 671
	2 016 340	1 053 196	3 917 486	1 991 867	6 652 445	3 185 094	336 280	1 440 835	770 991
	...	...	...	275 061	411 244	...	...	...	...
	...	40 436 517	27 664 861	...	5 675 752	2 935 759	...	25 418 125	15 706 811
	...	...	...	220 541	275 591	332 684	...	...	...
	4 105 659	6 354 280	...	531 830	337 139	...	291 851	487 802	...
	...	...	...	...	338 411	...	...	1 529 141	...
	9 240 931	...	...	3 854 000	...	...	4 404 619	...	...
	11 631 474	8 261 407	9 321 423	...	...	...	89 457	...	...
	...	...	...	52 500	5 000	75 000	...	...	...
	34 910 098	30 107 409	...	12 952 358	16 480 566	...	7 399 533	4 814 175	...
	...	1 358 827	1 975 708	...	1 971 916	1 597 164	...	...	...

	...	26 364	...	...	1 336 249	...	...	1 583 268	...
	...	7 451 451	...	...	273 174	...	...	1 629 385	...
	371 646	72 512	206 829	643 536	339 790	653 830	22 366	1 072 100	762 094
	1 874 376	1 288 011	915 788	427 711	578 116	1 124 598	...	...	...
	4 460 231	5 300 330	5 146 960	326 033	212 468	401 494	373 447	249 945	847 976

DÉPENSES NATIONALES EN MATIÈRE DE VIH (PAR SOURCE DE FINANCEMENT)

	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011
	Organismes publics			Organismes bilatéraux			Banques de développement		
Ghana	6 051 970	8 087 144	...	11 685 411	7 835 285	...	...	...	...
Grenade	...	5 521	182 713	...	49 936	6 361	...	...	...
Guatemala	26 325 377	28 765 245	...	2 479 385	3 413 212	...	29 574	63 778	...
Guinée	398 818	317 576	638 185	2 407 466	2 937 281	3 008 420	881	...	...
Guinée-Bissau	...	611 774	...	...	3 959 113	...	...	...	...
Haïti	1 608 233	1 608 233	1 608 233	100 648 174	112 413 248	112 522 203	...	...	...
Honduras	14 785 269	16 025 455	...	3 817 306	5 065 130	...	78 120	...	...
Inde	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Indonésie	21 318 844	27 779 280	...	14 894 922	13 173 742	...	188 728	192 000	...
Iran (République islamique d')	36 209 832	...	...	...	...	...	...	...	...
Jamaïque	3 437 894	3 848 958	...	1 041 885	360 894	...	...	...	...
Jordanie	...	1 000 000	1 000 000	...	...	...	...	...	...
Kazakhstan	...	...	30 346 857	...	...	...	...	...	...
Kenya	107 771 988	134 682 271	...	536 946 976	554 075 845	...	...	...	...
Kiribati	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Kirghizistan	1 501 495	1 407 901	1 441 565	1 200 000	319 578	319 578	2 223 060	1 517 507	551 780
République démocratique populaire lao	...	827 689	827 689	...	1 206 336	1 841 772	...	163 594	231 690
Lettonie	6 786 301	5 996 109	7 192 416	...	...	...	...	...	...
Liban	3 200 000	1 570 000	1 570 000	...	...	...	...	...	...
Libéria	...	83 100	190 000	...	...	539 765	...	...	...
Lituanie	...	...	3 601 011	...	...	...	...	...	...
Madagascar	...	4 473 518	6 030 408	...	1 968 850	2 229 932	...	...	...
Malawi	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Malaisie	...	31 383 249	36 668 151	...	...	...	...	...	...
Mali	5 281 569	6 440 769	...	5 850 155	3 882 437	...	2 458 354	7 906 760	...
Îles Marshall	122 186	200 027	120 246	...	72 449	25 021	...	...	...
Mauritanie	86 917	698 855	3 720 945	...	...	...	...	...	...
Maurice	...	4 894 627	...	...	105 559	...	...	...	...
Mexique	332 203 890	...	...	130 463	...	...	...	...	...
Micronésie (États fédérés de)	...	...	...	250 941	265 491	290 594	...	...	...
Mongolie	...	950 996	1 169 128	...	...	...	...	...	...
Maroc	5 823 291	6 357 832	6 728 697	43 667	46 215	50 836	...	...	...
Myanmar	1 835 283	2 596 875	3 944 294	...	...	...	...	...	...
Namibie	120 839 011	168 791 097	...	87 505 762	93 028 647	...	...	...	...
Népal	265 416	...	...	12 657 519	...	...	...	...	...
Nicaragua	...	9 682 304	...	...	2 554 713	...	...	11 892	...
Niger	92 356	69 420	82 936	1 943 700	2 475 111	2 660 802	2 197 946	...	2 689
Nigéria	97 790 519	125 139 587	...	272 915 916	284 908 865	...	2 462 620	1 505 746	...
Pakistan	5 767 308	4 768 321	...	3 429 074	2 312 562	...	370 354	284 301	...

Source : ONUSIDA | Pour plus d'informations, consultez le site à l'adresse <http://aidsinfo.unaids.org>

2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011
Fonds mondial			Organismes multilatéraux			Tous les autres organismes (multilatéraux et internationaux)		
24 680 506	27 525 703	...	1 147 421	3 384 797	...	3 030 977	9 269 696	...
...	14 839	11 355	...	1 178	34 666	...	22 028	51 709
6 528 435	5 661 421	...	3 128 050	1 569 879	...	2 314 853	2 177 406	...
792 154	1 463 210	4 611 586	2 582 965	1 780 330	1 355 255	6 938 806	4 925 974	5 163 845
...	...	...	...	687 951	...	...	...	...
18 056 398	21 587 726	8 607 148	16 292 267	13 250 596	49 276 067	...	...	...
7 668 106	8 010 680	...	1 181 044	1 344 386	...	640 556	1 296 149	...
...
19 208 072	23 588 860	...	4 674 854	4 412 998	...	...	...	...
...	...	...	4 551 488	...	...	...	...	...
9 986 758	9 680 362	...	433 556	258 577	...	246 417	472 073	...
...	723 768	433 831	...	...	...	...	...	...
...	...	5 151 157	...	...	338 007	...	...	1 050 997
5 345 199	15 266 186	...	...	...	...	20 800 000	22 034 292	...
...	424 106	83 959	...	...	...	...	5 694	174 929
4 999 241	5 836 715	2 152 922	1 600 000	1 753 560	905 000	630 000	400 000	350 000
...	4 357 227	7 562 540	...	972 646	934 476	...	1 052 247	345 968
...	...	...	323 503	146 569	25 228	17 888	25 990	70 621
...
...	25 511 143	22 804 922	...	2 763 451	7 588 885	...	...	...
...	...	...	...	...	...	...	...	68 390
...	1 485 034	4 147 480	...	1 417 801	1 422 281	...	66 330	45 725
...
...	...	2 232 176	...	561 880	307 629	...	...	...
9 451 472	14 802 895	...	995 376	470 510	...	4 124 590	2 669 735	...
3 655	118 457	83 557	...	...	...	...	...	...
...
...	1 675 382	...	...	291 226	...	...	291 753	...
...	...	...	803 282	...	...	445 281	...	...
77 180	115 772	86 810	142 793	68 898	...	215 012	71 645	96 066
...
5 392 539	4 811 881	4 190 951	850 994	881 906	742 118	1 342 176	1 359 102	1 405 370
...	...	...	...	...	...	32 428 850	37 904 167	42 349 184
26 141 080	9 324 333	...	8 332 120	7 860 111	...	...	...	...
6 402 853	...	...	652 766	...	...	...	...	...
...	9 155 592	...	...	2 113 283	...	...	226 491	...
3 437 444	9 493 223	5 824 701	1 179 132	581 263	5 987 007	1 230 114	1 561 547	1 097 893
35 087 474	65 899 650	...	6 581 611	18 410 698	...	170 987	202 378	...
435 890	388 442	...	3 148 777	3 996 848	...	877 807	1 181 821	...

DÉPENSES NATIONALES EN MATIÈRE DE VIH (PAR SOURCE DE FINANCEMENT)

	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011
	Organismes publics			Organismes bilatéraux			Banques de développement		
Palaos	...	394 323	394 323	...	...	...	...	...	...
Panama	...	15 702 066	...	...	...	...	...	...	...
Papouasie-Nouvelle-Guinée	9 860 880	12 077 392	...	30 167 475	28 199 728	...	2 708 840	2 607 197	...
Paraguay	...	2 677 348	2 507 935	...	2 857 575	...	...	2 268	...
Pérou	24 899 402	15 445 506	...	3 688 911	2 575 018	...	...	...	...
Philippines	1 870 624	3 372 467	4 126 663	759 365	597 420	624 340	72 670	...	...
République de Moldova	5 544 671	4 617 721	5 125 529	106 203	182 941	236 752	...	...	...
Roumanie	80 101 093	91 512 275	102 458 472	...	...	...	...	1 771 480	4 577 421
Rwanda	16 635 507	...	...	77 854 492	...	...	...	...	...
Saint-Vincent-et-les Grenadines	...	2 508 745	1 267 636	...	1 332 973	733 063	...	...	718 655
Samoa	...	161 694	172 845	...	...	...	...	...	...
Sao Tomé-et-Principe	13 406	7 803	112 650	...	...	...	26 701	43 656	118 046
Seychelles	1 518 746	2 297 113	2 003 196	30 600	...	...	84 549	24 104	...
Sierra Leone	400 362	...	...	3 088 779	...	...	...	...	...
Îles Salomon	...	150 032	151 749	...	393 993	439 782	...	...	...
Afrique du Sud	1 930 462 155	...	...	188 420 971	...	...	...	...	...
Sri Lanka	2 085 088	2 277 906	...	...	...	...	...	...	...
Soudan du Nord	2 073 696	...	...	9 056	...	...	...	...	...
Suriname	2 213 565	1 939 620	2 249 605	...	2 547 077	1 253 125	...	...	...
Swaziland	29 912 310	...	...	15 401 864	...	...	...	...	...
République arabe syrienne	...	...	620 000	...	...	...	...	...	...
Tadjikistan	...	1 718 968	2 269 834	...	2 564 546	2 751 455	...	...	...
Thaïlande	195 119 743	200 251 009	267 932 276	1 942 389	7 071 757	8 103 688	...	54 915	120 790
Ex-Rép. yougoslave de Macédoine	2 298 179	2 366 290	...	...	...	...	...	...	...
Togo	3 245 307	8 878 290	...	2 465 846	1 605 831	...	...	...	...
Tonga	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Tunisie	...	110 040	117 400	...	...	...	...	...	...
Tuvalu	...	12 000	20 180	...	...	...	...	4 000	...
Ukraine	38 052 604	38 054 198	...	1 611 592	3 384 197	...	...	...	...
Ouzbékistan	...	17 586 625	19 235 245	...	78 893	165 236	...	1 173 717	...
Vanuatu	...	36 510	36 482	...	898 503	1 397 372	...	...	...
Venezuela	83 078 900	109 037 329	80 352 294	...	...	...	...	...	...
Viet Nam	17 176 061	21 431 087	...	70 785 001	84 013 483	...	14 763 773	8 001 304	...
Yémen	...	442 233	467 395	...	...	...	...	...	...
Zimbabwe	8 883 551	20 833 554	28 061 185	26 342 985	49 772 291	77 692 280	259 044	30 000	...

Source : ONUSIDA | Pour plus d'informations, consultez le site à l'adresse <http://aidsinfo.unaids.org>

	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011
	Fonds mondial			Organismes multilatéraux			Tous les autres organismes (multilatéraux et internationaux)		
...
...
4 718 066	4 572 622	...	1 881 653	2 495 709	...	656 632	946 413	...	
...	3 588 531	4 115 637	...	318 962	739 922	...	...	239 221
16 022 244	7 278 840	...	1 103 254	403 751	...	8 736 388	2 216 561	...	
6 687 850	3 278 792	1 955 077	1 223 488	1 007 266	1 171 076	19 936	119 242	121 650	
3 760 803	5 302 443	7 161 464	1 277 549	403 777	979 690	789 171	214 054	141 112	
3 324 074	1 417 679	...	460 900	660 616	716 706	369 873	145 980	382 997	
63 649 284	...	...	1 917 394	...	...	13 256 962	...	...
...	116 050	82 558	...	33 512	...	...	...	34 434
...	82 661	102 625	...	95 536	29 583	...	5 137	2 430	
131 292	260 248	294 122	251 662	259 461	273 686	37 508	34 585	82 365	
...	...	...	63 538	17 581	53 040	51 217	15 811	13 174
8 357 853	...	...	1 783 802	...	...	648 000	...	...
...	...	...	...	44 612	17 435	...	215 690	299 462
22 239 662	...	...	2 857 022	...	...	51 612 969	...	...
421 802	267 539	...	622 525	818 769	...	1 090 393	949 938	...	
10 907 580	...	...	2 182 723	...	...	185 569	...	...
1 541 834	1 485 037	1 009 894	199 973	73 872	67 700	...	...	12 385
18 503 024	...	...	3 996 246	...	...	4 936 578	...	...
...	...	...	...	...	189 850	...	...	...
...	9 825 871	8 815 922	...	537 086	743 891	...	586 650	720 935	
10 735 812	26 021 888	35 359 954	1 308 590	1 473 326	1 488 538	...	1 304 782	1 357 422	
1 966 542	1 723 215	...	373 635	462 347	...	114 901	171 120	...	
5 488 906	6 937 675	...	1 347 355	1 506 109	...	2 119 594	3 463 112	...	
...	
...	2 928 100	2 615 149	...	...	...	...	...	10 000
...	43 641	121 916	...	...	...	...	...	35 000
22 079 767	26 858 256	...	1 253 446	1 758 678	...	1 613 814	1 876 599	...	
...	50 000	6 045 177	...	173 000	468 000	...	201 764	357 488	
...	177 211	328 393	...	38 888	28 769	...	510 411	92 474	
...	...	...	345 384	626 411	133 327	...	...	...
5 829 561	6 650 517	...	1 640 997	1 343 508	...	1 142 572	2 212 967	...	
...	...	351 385	...	923 775	461 636	...	844 990	333 504	
8 545 029	66 042 408	26 233 338	7 452 677	17 972 300	27 240 021	18 952 442	30 302 187	44 865 531	

DÉPENSES NATIONALES EN MATIÈRE DE VIH ISSUES DE SOURCES INTERNATIONALES

	2009	2011		2009	2011
Afghanistan	5 026 352	8 002 074	El Salvador	...	...
Albanie	...	...	Guinée équatoriale	1 878 564	...
Algérie	171 000	851 954	Érythrée	12 444 472	...
Angola	18 379 174	12 014 753	Estonie	...	...
Antigua-et-Barbuda	131 501	290 466	États fédérés de Micronésie	685 926	473 470
Argentine	728 886	...	Fidji	2 058 089	1 787 610
Arménie	1 668 431	3 501 166	Gabon	2 543 529	3 604 203
Azerbaïdjan	1 916 604	5 992 296	Gambie	...	...
Bahamas	486 442	...	Géorgie	5 715 058	8 521 911
Bangladesh	26 938 054	17 900 906	Ghana	40 544 316	...
Barbade	0	0	Grenade	0	104 090
Bélarus	5 308 642	10 195 678	Guatemala	14 480 297	...
Belgique	0	...	Guinée	12 722 272	14 139 106
Belize	1 372 281	...	Guinée-Bissau	5 017 686	...
Bénin	15 771 349	...	Haïti	134 996 832	170 405 424
Bolivie	7 900 006	6 975 048	Honduras	13 385 132	...
Bosnie-Herzégovine	3 284 302	...	Hongrie	0	...
Botswana	89 848 432	90 246 248	Inde	116 907 888	0
Brésil	3 303 385	...	Indonésie	38 966 576	...
Bulgarie	5 355 739	6 477 691	Iran	4 551 488	...
Burkina Faso	35 616 612	...	Italie	...	0
Burundi	24 950 074	...	Jamaïque	11 708 616	...
Cambodge	51 994 840	...	Japon	0	0
Cameroun	63 401 168	...	Jordanie	1 854 000	433 831
Cap-Vert	1 091 793	3 073 161	Kazakhstan	6 511 406	6 540 161
République centrafricaine	9 201 002	13 785 987	Kenya	563 092 160	...
Tchad	10 463 370	10 512 867	Kiribati	...	258 888
Chili	309 232	...	République populaire démocratique de Corée	52 500	75 000
Chine	84 760 648	59 997 524	Rép. de Corée	0	0
Colombie	220 541	332 684	Koweït	0	...
Congo	7 532 540	...	Kirghizistan	10 652 301	4 279 280
Rép. dém. du Congo	85 047 024	...	Rép. démocratique populaire lao	5 882 668	10 916 446
Costa Rica	...	...	Lettonie	341 391	95 849
Croatie	189 793	...	Liban	1 250 000	850 000
Cuba	11 720 931	9 321 423	Lesotho	0	...
République tchèque	2 340 369	...	Libéria	...	30 933 572
Côte d'Ivoire	119 583 528	...	Lituanie	...	68 390
Djibouti	2 006 625	3 696 788	Luxembourg	0	...
Dominique	146 921	0	Ex-Rép. yougoslave de Macédoine	2 455 079	...
République dominicaine	...	...	Madagascar	...	7 845 418
Équateur	0	...			
Égypte	...	...	

Source : ONUSIDA | Pour plus d'informations, consultez le site à l'adresse <http://aidsinfo.unaids.org>

	2009	2011		2009	2011
Malawi	71 804 800	77 390 000	Îles Salomon	467 005	756 680
Malaisie	447 059	2 539 805	Somalie	5 981 774	...
Mali	22 879 948	...	Afrique du Sud	265 130 624	...
Îles Marshall	3 655	108 578	Espagne	0	14 594 897
Mauritanie	0	0	Sri Lanka	2 134 720	...
Maurice	...	...	Saint-Vincent-et-les Grenadines	2 408 008	1 568 710
Mexique	1 379 026	...	Soudan	...	...
Mongolie	3 506 193	2 562 338	Suriname	1 741 807	2 343 104
Monténégro	830 121	...	Swaziland	42 837 712	...
Maroc	7 629 376	6 389 275	Suède	0	...
Mozambique	...	...	Suisse	0	...
Myanmar	32 428 850	42 349 184	République arabe syrienne	175 793	189 850
Namibie	121 978 960	...	Tadjikistan	6 328 162	13 032 202
Nauru	44 850	...	Tanzanie	...	...
Népal	19 713 138	...	Thaïlande	13 986 791	46 430 392
Nicaragua	...	...	Timor-Leste	1 782 014	...
Niger	9 988 336	15 573 092	Togo	11 421 701	...
Nigéria	317 218 624	...	Tonga	205 316	0
Oman	190 537	175 040	Trinité-et-Tobago	2 117 705	...
Pakistan	8 261 902	...	Tunisie	...	2 625 149
Palaos	67 449	650 636	Turquie	...	...
Panama	...	...	Tuvalu	32 000	156 916
Papouasie-Nouvelle-Guinée	40 132 668	...	Ouganda	...	...
Paraguay	3 696 709	...	Ukraine	26 558 618	...
Pérou	29 550 796	...	Émirats arabes unis	29 973	...
Philippines	8 763 309	3 872 142	Royaume-Uni	0	...
Pologne	0	12 647	Uruguay	...	...
Portugal	0	0	Ouzbékistan	7 703 423	7 035 901
République de Moldova	5 933 726	8 519 018	Vanuatu	1 042 180	1 847 008
Roumanie	4 154 847	5 677 124	Venezuela	345 384	133 327
Fédération de Russie	...	...	Viet Nam	94 161 904	...
Rwanda	156 678 128	...	Yémen	4 829 843	1 146 525
Saint-Kitts-et-Nevis	128 526	16 000	Zambie	...	...
Sainte-Lucie	...	...	Zimbabwe	61 552 176	176 031 168
Samoa	173 332	134 637			
Sao Tomé-et-Principe	447 163	768 219			
Arabie saoudite	57 493	...			
Sénégal	...	...	
Seychelles	229 903	66 215			
Sierra Leone	13 878 434	...			
Singapour	0	0			

TOTAL DES DÉPENSES NATIONALES EN MATIÈRE DE VIH

	2009	2011		2009	2011
Afghanistan	5 158 552	8 002 074	Égypte	...	...
Albanie	...	...	El Salvador	...	...
Algérie	2 708 185	8 921 155	Guinée équatoriale	2 797 300	...
Angola	34 423 488	33 477 540	Érythrée	13 661 214	...
Antigua-et-Barbuda	390 760	617 262	Estonie	...	...
Argentine	287 100 480	...	États fédérés de Micronésie	685 926	473 470
Arménie	2 301 071	5 580 436	Fidji	2 332 252	2 255 212
Australie	...	...	Gabon	6 400 654	10 028 093
Azerbaïdjan	6 061 651	14 555 704	Gambie	...	...
Bahamas	4 888 516	...	Géorgie	9 087 328	13 083 921
Bangladesh	26 938 054	18 647 130	Ghana	46 596 284	...
Barbade	5 539 683	5 874 278	Grèce	...	...
Bélarus	16 660 383	19 864 484	Grenade	194 493	286 803
Belgique	146 014 576	...	Guatemala	40 805 672	...
Belize	2 024 335	...	Guinée	13 121 090	14 777 291
Bénin	28 789 376	...	Guinée-Bissau	5 255 637	...
Bolivie	9 733 435	9 251 710	Haiti	136 605 072	172 013 648
Bosnie-Herzégovine	3 584 302	...	Honduras	28 170 402	...
Botswana	319 299 456	385 513 824	Hongrie	3 496 377	...
Brésil	656 848 896	...	Inde	140 001 568	0
Bulgarie	11 051 032	13 145 886	Indonésie	60 285 420	...
Burkina Faso	50 772 980	...	Iran	40 761 320	...
Burundi	26 851 020	...	Italie	...	508 145 472
Cambodge	53 698 244	...	Jamaïque	15 146 511	...
Cameroun	65 324 552	...	Japon	73 196 544	67 907 856
Cap-Vert	1 110 770	3 595 435	Jordanie	3 099 000	1 433 832
République centrafricaine	11 442 259	15 673 308	Kazakhstan	22 778 078	36 887 020
Tchad	12 526 530	14 338 620	Kenya	670 864 192	...
Chili	110 745 968	...	Kiribati	...	258 888
Chine	353 535 360	589 373 504	République populaire démocratique de Corée	868 500	1 145 420
Colombie	88 003 320	102 847 416	Rép. de Corée	13 178 000	11 171 000
Comores	...	...	Koweït	4 578 055	...
Congo	11 976 747	...	Kirghizistan	12 153 796	5 720 845
Rép. dém. du Congo	85 209 296	...	Rép. démocratique populaire lao	5 997 398	11 744 135
Costa Rica	...	...	Lettonie	7 127 693	7 288 265
Croatie	10 367 188	...	Liban	4 450 000	2 420 000
Cuba	68 720 824	69 954 928	Lesotho	0	...
République tchèque	69 311 120	...	Libéria	...	31 123 572
Côte d'Ivoire	129 060 952	...	Lituanie	...	3 669 401
Djibouti	2 006 625	4 293 493	Luxembourg	0	...
Dominique	177 655	223 664	Ex-Rép. yougoslave de Macédoine	4 753 257	...
République dominicaine	...	...	
Équateur	0	...			

Source : ONUSIDA | Pour plus d'informations, consultez le site à l'adresse <http://aidsinfo.unaids.org>

	2009	2011		2009	2011
Madagascar	...	13 875 825	Îles Salomon	575 216	908 429
Malawi	71 804 800	77 390 000	Somalie	5 981 774	...
Malaisie	27 700 294	39 207 956	Afrique du Sud	2 195 592 704	...
Mali	28 161 516	...	Espagne	947 070 400	1 078 922 368
Îles Marshall	125 841	228 824	Sri Lanka	4 219 808	...
Mauritanie	86 917	3 720 945	Saint-Vincent-et-les Grenadines	2 629 219	2 836 345
Maurice	...	...	Soudan	...	...
Mexique	333 582 912	...	Suriname	3 955 373	4 592 708
Mongolie	4 663 529	3 731 466	Swaziland	72 750 024	...
Monténégro	830 121	...	Suède	0	...
Maroc	13 452 667	13 117 972	Suisse	14 843 029	...
Mozambique	...	...	République arabe syrienne	1 976 645	809 850
Myanmar	34 264 132	46 293 476	Tadjikistan	7 478 840	15 302 037
Namibie	242 817 968	...	Tanzanie	...	...
Nauru	97 112	...	Thaïlande	209 106 528	314 362 656
Népal	19 978 554	...	Timor-Leste	1 803 014	...
Nicaragua	...	...	Togo	14 667 008	...
Niger	10 080 692	15 656 028	Tonga	279 391	0
Nigéria	415 009 120	...	Trinité-et-Tobago	13 532 974	...
Oman	811 771	4 703 923	Tunisie	...	2 742 549
Pakistan	14 029 210	...	Turquie	...	...
Palaos	67 449	1 044 959	Tuvalu	38 369	177 096
Panama	...	...	Ouganda	...	...
Papouasie-Nouvelle-Guinée	49 993 548	...	Ukraine	64 611 224	...
Paraguay	11 417 737	...	Émirats arabes unis	17 583 652	...
Pérou	54 450 200	...	Royaume-Uni	80 303 032	...
Philippines	10 633 933	7 998 805	Uruguay	...	...
Pologne	48 104 392	74 338 328	Ouzbékistan	15 939 901	26 271 146
Portugal	10 081 614	201 374 448	Vanuatu	1 114 768	1 883 490
République de Moldova	11 478 397	13 644 548	Venezuela	83 424 288	80 485 624
Roumanie	84 255 936	108 135 600	Viet Nam	111 337 968	...
Fédération de Russie	...	...	Yémen	4 955 843	1 613 920
Rwanda	173 313 632	...	Zambie	...	...
Saint-Kitts-et-Nevis	1 210 091	93 349	Zimbabwe	70 435 728	204 092 352
Sainte-Lucie	...	...	
Samoa	792 332	307 482			
Sao Tomé-et-Principe	460 569	880 869			
Arabie saoudite	19 389 142	...			
Sénégal	...	...	
Seychelles	1 748 649	2 069 411			
Sierra Leone	14 278 796	...			
Singapour	14 361 842	23 091 270			

CONNAISSANCES DES JEUNES EN MATIÈRE DE PRÉVENTION DU VIH

Connaissances complètes et correctes sur le sida chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans (connaître 2 méthodes pour prévenir le sida et rejeter 3 idées fausses) (en %)

	Année, source (*)	Femmes	Hommes
CARAÏBES			
République dominicaine	2007 DHS	40,8	33,7
Haïti	2005-06 DHS	33,9	40,1
EUROPE ORIENTALE ET ASIE CENTRALE			
Albanie	2008-09 DHS	35,9	22
Arménie	2005 DHS	22,6	15,1
Azerbaïdjan	2006 DHS	4,8	5,3
Ukraine	2007 DHS	44,8	42,8
AMÉRIQUE LATINE			
Bolivie	2008 DHS	22,4	27,7
Colombie	2010 DHS	24,1	...
Guyana	2009 DHS	54,1	46,6
Honduras	2005-06 DHS	29,7	...
Nicaragua	2001 DHS	22,2	...
ASIE DU SUD ET DU SUD-EST			
Cambodge	2010 DHS	44,4	43,7
Inde	2005-06 DHS	19,9	36,1
Népal	2011 DHS	25,8	33,9
Philippines	2008 DHS	20,7	...
Timor-Leste	2009-10 DHS	12,2	19,7
Viet Nam	2005 AIS	42,3	50,3
MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD			
Égypte	2005 DHS	4,4	...
Jordanie	2007 DHS	12,5	...
Maroc	2003-04 DHS	11,7	...
AFRIQUE SUBSAHARIENNE			
Bénin	2006 DHS	15,9	34,8
Burkina Faso	2010 DHS	31,1	35,7
Burundi	2010 DHS	44,5	46,5
Cameroun	2004 DHS	27,4	34,5
Tchad	2004 DHS	7,5	19,3
Congo	2009 AIS	8,3	21,9
République démocratique du Congo	2007 DHS	15,1	20,7
Côte d'Ivoire	2005 AIS	18	27,6
Éthiopie	2011 DHS	23,9	34,2
Ghana	2008 DHS	28,3	34,2
Guinée	2005 DHS	16,9	22,8
Kenya	2008-09 DHS	46,6	55,3
Lesotho	2009 DHS	38,6	28,7
Libéria	2007 DHS	20,5	27,2
Madagascar	2008-09 DHS	22,5	26
Malawi	2010 DHS	41,8	44,7
Mali	2006 DHS	17,9	22,2
Mozambique	2009 AIS	36,7	35,1
Namibie	2006-07 DHS	59,4	52,9
Niger	2006 DHS	13,4	15,9
Nigéria	2008 DHS	22,2	32,6
Rwanda	2010 DHS	52	46,1
Sao Tomé-et-Principe	2008-09 DHS	42,6	43,4
Sénégal	2010-11 DHS	29,4	30,7
Sierra Leone	2008 DHS	17,2	27,6
Swaziland	2006-07 DHS	52,1	52,3
Tanzanie	2010 DHS	48,2	42,7
Ouganda	2006 DHS	31,9	38,2
Zambie	2007 DHS	34	36,9
Zimbabwe	2010-11 DHS	51,9	47

(*) Données correspondant à la dernière enquête disponible.

Source : ICF International, 2012. MEASURE DHS STATcompiler – <http://www.statcompiler.com> – novembre 2012 (en anglais seulement).



PROPORTION DE FEMMES MARIÉES OU L'AYANT ÉTÉ OU VIVANT EN COUPLE, ÂGÉES DE 15 À 49 ANS, QUI ONT SUBI DES VIOLENCES PHYSIQUES OU SEXUELLES DE LA PART D'UN PARTENAIRE INTIME MASCULIN AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS

	2011		2011
Angola	29 %	Timor-Leste	29 %
Antigua-et-Barbuda	69 %	Togo	22 %
Azerbaïdjan	14 %	Tunisie	16 %
Bangladesh	53 %	République-Unie de Tanzanie	35 %
Bolivie	24 %	Vanuatu	60 %
Cambodge	10 %	Zimbabwe	22 %
République centrafricaine	40 %		
Tchad	30 %		
République tchèque	11 %		
République démocratique du Congo	64 %		
République dominicaine	12 %		
El Salvador	8 %		
Ghana	5 %		
Guatemala	28 %		
Guinée	37 %		
Guinée-Bissau	40 %		
Haïti	20 %		
Honduras	15 %		
Jamaïque	10 %		
Kenya	41 %		
Libéria	29 %		
Madagascar	9 %		
Malawi	31 %		
Îles Marshall	25 %		
Mexique	17 %		
République de Moldova	13 %		
Mongolie	10 %		
Maroc	15 %		
Népal	28 %		
Nicaragua	22 %		
Nigéria	18 %		
Panama	15 %		
Pérou	14 %		
Rwanda	44 %		
Sao Tomé-et-Principe	32 %		
Sierra Leone	10 %		
Swaziland	8 %		

NOMBRE DE FEMMES ADULTES INFECTÉES PAR LE VIH

	2001			2011		
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
CARAÏBES						
Bahamas	3 100	2 800	3 300	3 000	2 800	3 300
Barbade	< 500	< 500	< 500	< 500	< 500	< 500
Cuba	1 300	1 100	1 800	2 900	2 500	3 400
République dominicaine	26 000	22 000	30 000	24 000	20 000	28 000
Haïti	66 000	56 000	76 000	61 000	50 000	71 000
Jamaïque	13 000	11 000	17 000	10 000	8 200	13 000
Trinité-et-Tobago	5 600	5 000	6 200	6 800	6 100	7 500
ASIE DE L'EST						
Japon	1 800	1 500	2 300	2 400	1 800	3 100
Rép. de Corée	2 000	1 500	2 500	4 200	3 200	5 400
Mongolie	< 100	< 100	< 100	< 500	< 500	< 1 000
EUROPE ORIENTALE ET ASIE CENTRALE						
Arménie	< 1 000	< 500	2 400	< 1 000	< 1 000	2 000
Azerbaïdjan	< 500	< 500	< 1 000	1 000	< 1 000	1 400
Bélarus	1 700	< 1 000	3 800	6 400	4 600	9 300
Géorgie	< 500	< 100	1 000	1 200	< 1 000	2 000
Kazakhstan	2 500	1 900	3 300	7 900	7 000	9 700
Kirghizistan	< 500	< 500	< 1 000	4 200	3 000	6 700
République de Moldova	3 600	2 900	4 900	5 500	4 600	6 600
Fédération de Russie	...	110 000	170 000	...	190 000	350 000
Tadjikistan	1 300	< 500	3 500	3 500	2 200	5 800
Ukraine	96 000	72 000	130 000	94 000	71 000	120 000
AMÉRIQUE LATINE						
Argentine	22 000	17 000	28 000	35 000	28 000	44 000
Belize	1 200	< 1 000	2 000	1 800	1 500	2 100
Bolivie	5 700	3 100	10 000	1 200	< 1 000	1 900
Brésil	180 000	150 000	200 000	200 000	170 000	230 000
Chili	3 800	2 300	7 800	4 800	3 200	7 200
Colombie	22 000	15 000	31 000	29 000	19 000	43 000
Costa Rica	2 400	1 900	2 900	4 300	3 500	5 100
Équateur	9 100	2 200	22 000	8 200	5 300	18 000
El Salvador	3 000	1 700	5 800	9 800	4 400	26 000
Guatemala	7 200	2 000	21 000	26 000	7 100	120 000
Guyana	3 400	2 300	4 700	2 600	2 000	3 600
Honduras	25 000	19 000	33 000	10 000	8 100	14 000
Mexique	25 000	21 000	26 000	32 000	27 000	35 000
Nicaragua	1 500	< 1 000	4 800	5 200	2 300	13 000
Panama	7 900	5 000	13 000	4 400	3 000	6 800
Paraguay	1 300	< 1 000	2 500	4 100	1 900	10 000
Pérou	18 000	13 000	26 000	20 000	9 900	53 000

Source : ONUSIDA | Pour plus d'informations, consultez le site à l'adresse <http://aidsinfo.unaids.org>

	2001			2011		
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Suriname	3 900	2 600	5 900	1 700	1 200	2 600
Uruguay	4 000	1 900	12 000	3 800	2 100	9 300
Venezuela	20 000	8 700	49 000	25 000	14 000	54 000
MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD						
Algérie	...	1 400	2 600	...	3 800	8 100
Djibouti	5 900	4 800	7 100	4 600	3 400	6 300
Égypte	< 1 000	< 500	1 300	1 500	< 1 000	2 900
Iran	7 800	6 700	9 100	13 000	11 000	16 000
Liban	< 1 000	< 500	1 300	1 300	< 1 000	1 900
Maroc	6 300	4 500	8 500	15 000	10 000	22 000
Somalie	15 000	10 000	22 000	15 000	9 700	22 000
Soudan	9 000	6 800	11 000	22 000	18 000	28 000
Tunisie	< 500	< 200	< 500	< 500	< 500	< 500
Yémen	3 200	2 100	4 600	9 000	7 700	11 000
Océanie						
Australie	3 900	3 200	4 800	6 800	5 300	8 500
Fidji	< 100	< 100	< 100	< 200	< 100	< 200
Nouvelle-Zélande	< 500	< 500	< 1 000	< 1 000	< 1 000	1 100
Papouasie-Nouvelle-Guinée	10 000	7 200	14 000	12 000	10 000	14 000
AFRIQUE SUBSAHARIENNE						
Angola	67 000	48 000	100 000	120 000	83 000	180 000
Bénin	31 000	26 000	37 000	33 000	29 000	38 000
Botswana	140 000	130 000	150 000	160 000	150 000	170 000
Burkina Faso	71 000	61 000	88 000	56 000	50 000	72 000
Burundi	66 000	58 000	77 000	38 000	33 000	44 000
Cameroun	230 000	210 000	260 000	280 000	260 000	300 000
Cap-Vert	2 100	1 500	2 900	2 700	1 900	3 800
République centrafricaine	84 000	72 000	92 000	62 000	44 000	67 000
Tchad	84 000	69 000	100 000	100 000	87 000	140 000
Comores	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100	< 200
Congo	34 000	30 000	40 000	40 000	36 000	44 000
Côte d'Ivoire	270 000	250 000	300 000	170 000	150 000	200 000
Guinée équatoriale	4 000	3 000	5 000	10 000	8 900	15 000
Érythrée	12 000	7 600	24 000	12 000	6 600	27 000
Éthiopie	700 000	630 000	770 000	390 000	350 000	430 000
Gabon	19 000	13 000	26 000	24 000	18 000	35 000
Gambie	3 200	1 400	6 700	7 700	4 000	15 000
Ghana	120 000	110 000	140 000	110 000	95 000	130 000
Guinée	35 000	25 000	49 000	41 000	33 000	52 000
Guinée-Bissau	5 000	3 600	6 700	12 000	10 000	15 000
Kenya	790 000	750 000	840 000	800 000	760 000	840 000

NOMBRE DE FEMMES ADULTES INFECTÉES PAR LE VIH

	2001			2011		
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Lesotho	140 000	130 000	150 000	170 000	160 000	170 000
Libéria	21 000	14 000	28 000	12 000	10 000	16 000
Madagascar	9 400	6 700	23 000	9 500	7 400	13 000
Malawi	430 000	400 000	470 000	430 000	410 000	470 000
Mali	55 000	45 000	68 000	55 000	42 000	71 000
Mauritanie	5 300	3 200	10 000	13 000	7 100	22 000
Maurice	1 900	1 200	2 800	2 200	1 500	3 100
Mozambique	470 000	420 000	540 000	750 000	670 000	850 000
Namibie	90 000	72 000	110 000	100 000	83 000	120 000
Niger	22 000	20 000	25 000	33 000	29 000	36 000
Nigéria	1 300 000	1 100 000	1 500 000	1 700 000	1 500 000	1 900 000
Rwanda	110 000	92 000	120 000	110 000	94 000	130 000
Sao Tomé-et-Principe	< 500	< 500	< 1 000	< 500	< 500	< 500
Sénégal	14 000	11 000	18 000	28 000	23 000	34 000
Sierra Leone	12 000	8 500	18 000	27 000	21 000	38 000
Afrique du Sud	2 300 000	2 200 000	2 500 000	2 900 000	2 700 000	3 000 000
Soudan du Sud	...	...	...	77 000	52 000	100 000
Swaziland	69 000	64 000	75 000	100 000	96 000	110 000
Tanzanie	700 000	650 000	760 000	760 000	700 000	830 000
Togo	62 000	48 000	77 000	73 000	57 000	92 000
Ouganda	440 000	400 000	470 000	670 000	640 000	730 000
Zambie	400 000	370 000	440 000	460 000	430 000	510 000
Zimbabwe	880 000	840 000	940 000	600 000	570 000	640 000
ASIE DU SUD ET DU SUD-EST						
Afghanistan	< 1 000	< 500	1 100	1 300	< 1 000	3 900
Bangladesh	< 500	< 500	< 1 000	< 1 000	< 500	1 300
Bhoutan	< 100	< 100	< 100	< 500	< 500	< 1 000
Cambodge	40 000	30 000	56 000	31 000	24 000	49 000
Indonésie	3 300	< 100	9 900	110 000	70 000	170 000
République démocratique populaire lao	1 200	< 500	3 000	4 700	3 600	6 500
Malaisie	5 800	3 900	8 300	8 400	7 400	9 400
Maldives	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100
Myanmar	58 000	51 000	65 000	77 000	64 000	87 000
Népal	7 800	5 000	14 000	10 000	6 500	22 000
Pakistan	2 500	1 800	3 900	28 000	17 000	58 000
Philippines	< 1 000	< 200	< 1 000	3 500	2 800	4 200
Singapour	< 1 000	< 1 000	1 000	1 000	< 1 000	1 300
Sri Lanka	< 500	< 500	20 000	1 400	1 100	3 400
Thaïlande	200 000	180 000	230 000	200 000	170 000	220 000
Viet Nam	12 000	10 000	15 000	48 000	37 000	66 000

Source : ONUSIDA | Pour plus d'informations, consultez le site à l'adresse <http://aidsinfo.unaids.org>

	2001			2011		
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
EUROPE OCCIDENTALE ET CENTRALE ET AMÉRIQUE DU NORD						
Autriche	1 600	1 200	2 200	5 200	3 900	7 200
Belgique	2 500	1 900	3 300	5 700	4 500	7 300
Bulgarie	< 500	< 500	< 1 000	1 100	< 1 000	1 600
Canada	8 900	7 400	10 000	13 000	12 000	16 000
Croatie	< 500	< 200	< 500	< 500	< 500	< 500
République tchèque	< 500	< 500	< 500	< 1 000	< 1 000	< 1 000
Danemark	< 1 000	< 1 000	1 100	1 600	1 400	1 900
Estonie	1 400	1 100	1 700	3 100	2 500	3 800
Finlande	< 1 000	< 500	< 1 000	< 1 000	< 1 000	1 000
France	34 000	29 000	40 000	46 000	37 000	56 000
Allemagne	6 700	6 000	7 500	11 000	10 000	13 000
Grèce	2 500	2 200	2 800	3 300	2 800	3 900
Hongrie	1 000	< 1 000	1 300	1 300	< 1 000	1 600
Islande	< 100	< 100	< 200	< 200	< 200	< 200
Irlande	1 400	1 100	1 900	2 400	1 900	3 000
Israël	1 700	1 200	2 200	2 600	2 000	3 500
Italie	42 000	32 000	55 000	49 000	38 000	65 000
Lettonie	1 400	1 100	1 900	2 800	1 900	3 900
Lituanie	< 500	< 200	< 500	< 500	< 500	< 1 000
Luxembourg	< 200	< 200	< 500	< 500	< 500	< 500
Malte	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100	< 200
Pays-Bas	5 500	4 300	7 300	7 500	5 900	11 000
Norvège	< 1 000	< 1 000	1 300	1 300	1 000	1 800
Pologne	6 500	5 000	8 800	9 900	7 700	13 000
Portugal	10 000	7 800	14 000	14 000	11 000	19 000
Roumanie	4 500	3 500	5 800	4 700	3 900	5 800
Serbie	< 1 000	< 100	< 1 000	< 1 000	< 1 000	1 100
Slovaquie	< 100	< 100	< 100	< 200	< 100	< 200
Slovénie	< 100	< 100	< 100	< 200	< 200	< 500
Espagne	29 000	25 000	33 000	35 000	31 000	39 000
Suède	2 100	1 600	2 900	2 700	2 200	4 000
Suisse	4 100	3 200	5 300	6 200	4 700	8 100
Turquie	< 1 000	< 500	< 1 000	1 600	1 200	2 200
Royaume-Uni	14 000	11 000	18 000	29 000	23 000	36 000
États-Unis d'Amérique	200 000	150 000	260 000	300 000	210 000	470 000

ÉLIMINER LES RESTRICTIONS À L'ENTRÉE, AU SÉJOUR ET À LA RÉSIDENCE LIÉES AU VIH

	2009	2011		2009	2011
Albanie	Non	Non	Égypte	Oui	Oui
Andorre	Oui	Oui	El Salvador	Non	Non
Antigua-et-Barbuda	Non	Non	Estonie	Non	Non
Argentine	Non	Non	Éthiopie	Non	Non
Arménie	Oui	Non	États fédérés de Micronésie	Non	Non
Australie	Oui	Oui	Fidji	Oui	Non
Autriche	Non	Non	Finlande	Non	Non
Azerbaïdjan	Non	Non	France	Non	Non
Bahreïn	Oui	Oui	Gabon	Non	Non
Bangladesh	Non	Non	Gambie	Non	Non
Barbade	Non	Non	Géorgie	Non	Non
Bélarus	Oui	Oui	Ghana	Non	Non
Belgique	Non	Non	Grèce	Non	Non
Belize	Oui	Oui	Grenade	Non	Non
Bénin	Non	Non	Guatemala	Non	Non
Bosnie-Herzégovine	Non	Non	Guinée	Non	Non
Botswana	Non	Non	Guinée-Bissau	Non	Non
Brésil	Non	Non	Guyana	Non	Non
Brunei Darussalam	Oui	Oui	Haiti	Non	Non
Bulgarie	Non	Non	Hongrie	Non	Non
Burkina Faso	Non	Non	Islande	Non	Non
Burundi	Non	Non	Inde	Non	Non
Cambodge	Non	Non	Indonésie	Non	Non
Cameroun	Non	Non	Iran	Non	Non
Canada	Non	Non	Iraq	Oui	Oui
République centrafricaine	Non	Non	Irlande	Non	Non
Tchad	Non	Non	Israël	Oui	Oui
Chili	Non	Non	Italie	Non	Non
Chine	Non	Non	Jamaïque	Non	Non
Colombie	Non	Non	Japon	Non	Non
Comores	Oui	Oui	Jordanie	Oui	Oui
Congo	Non	Non	Kazakhstan	Non	Non
Rép. dém. du Congo	Non	Non	Kenya	Non	Non
Costa Rica	Non	Non	République populaire démocratique de Corée	Oui	Oui
Croatie	Non	Non	Rép. de Corée	Oui	Non
Cuba	Oui	Oui	Koweït	Oui	Oui
Chypre	Oui	Oui	Kirghizistan	Non	Non
République tchèque	Non	Non	Rép. démocratique populaire lao	Non	Non
Côte d'Ivoire	Non	Non	Lettonie	Non	Non
Danemark	Non	Non	Liban	Oui	Oui
Djibouti	Non	Non	Lesotho	Non	Non
Dominique	Non	Non	Libéria	Non	Non
République dominicaine	Oui	Oui	Libye	Non	Non
Équateur	Non	Non			

Source : ONUSIDA | Pour plus d'informations, consultez le site à l'adresse <http://aidsinfo.unaids.org>



	2009	2011		2009	2011
Liechtenstein	Non	Non	Samoa	Oui	Oui
Lituanie	Oui	Oui	Saint-Marin	Non	Non
Luxembourg	Non	Non	Arabie saoudite	Oui	Oui
Ex-Rép. yougoslave de Macédoine	Non	Non	Sénégal	Non	Non
Madagascar	Non	Non	Serbie	Non	Non
Malawi	Non	Non	Sierra Leone	Non	Non
Malaisie	Oui	Oui	Singapour	Oui	Oui
Maldives	Non	Non	Slovaquie	Oui	Oui
Mali	Non	Non	Slovénie	Non	Non
Malte	Non	Non	Îles Salomon	Oui	Oui
Îles Marshall	Oui	Oui	Somalie	Non	Non
Mauritanie	Non	Non	Afrique du Sud	Non	Non
Maurice	Oui	Oui	Espagne	Non	Non
Mexique	Non	Non	Sri Lanka	Non	Non
Monaco	Non	Non	Soudan	Oui	Oui
Mongolie	Oui	Oui	Swaziland	Non	Non
Monténégro	Non	Non	Suède	Non	Non
Maroc	Non	Non	Suisse	Non	Non
Mozambique	Non	Non	République arabe syrienne	Oui	Oui
Myanmar	Non	Non	Tadjikistan	Oui	Oui
Namibie	Non	Non	Tanzanie	Non	Non
Népal	Non	Non	Thaïlande	Non	Non
Pays-Bas	Non	Non	Togo	Non	Non
Nouvelle-Zélande	Oui	Oui	Tonga	Oui	Oui
Nicaragua	Oui	Oui	Trinité-et-Tobago	Non	Non
Nigéria	Non	Non	Tunisie	Non	Non
Norvège	Non	Non	Turquie	Non	Non
Oman	Oui	Oui	Turkménistan	Oui	Oui
Pakistan	Non	Non	Ouganda	Non	Non
Panama	Non	Non	Ukraine	Non	Non
Papouasie-Nouvelle-Guinée	Oui	Oui	Émirats arabes unis	Oui	Oui
Paraguay	Oui	Oui	Royaume-Uni	Non	Non
Pérou	Non	Non	États-Unis d'Amérique	Non	Non
Philippines	Non	Non	Uruguay	Non	Non
Pologne	Non	Non	Ouzbékistan	Oui	Oui
Portugal	Non	Non	Vanuatu	Non	Non
Qatar	Oui	Oui	Venezuela	Non	Non
République de Moldova	Oui	Non	Viet Nam	Non	Non
Roumanie	Non	Non	Yémen	Oui	Oui
Fédération de Russie	Oui	Oui	Zambie	Non	Non
Rwanda	Non	Non	Zimbabwe	Non	Non
Saint-Kitts-et-Nevis	Non	Non			
Sainte-Lucie	Non	Non			

PAYS DÉCLARANT AVOIR ÉLABORÉ UNE STRATÉGIE NATIONALE MULTISECTORIELLE POUR LUTTER CONTRE LE VIH

	2011		2011
Afghanistan	Oui	Dominique	Oui
Albanie	Oui	République dominicaine	Oui
Algérie	Oui	Équateur	Oui
Angola	Oui	Égypte	Oui
Antigua-et-Barbuda	Oui	El Salvador	Oui
Argentine	Oui	Érythrée	Oui
Australie	Oui	Estonie	Oui
Azerbaïdjan	Oui	Éthiopie	Oui
Bahamas	Oui	États fédérés de Micronésie	Non
Bahreïn	Oui	Fidji	Oui
Bangladesh	Oui	Finlande	Non
Barbade	Oui	France	Oui
Bélarus	Oui	Gabon	Oui
Belgique	Non	Gambie	Oui
Belize	Oui	Géorgie	Oui
Bénin	Oui	Allemagne	Oui
Bhoutan	Oui	Ghana	Oui
Bolivie	Oui	Grèce	Oui
Bosnie-Herzégovine	Oui	Grenade	Oui
Botswana	Oui	Guatemala	Oui
Brazil	Oui	Guinée-Bissau	Oui
Brunei Darussalam	Non	Guyana	Oui
Bulgarie	Oui	Haïti	Oui
Burkina Faso	Oui	Honduras	Oui
Burundi	Oui	Islande	Non
Cambodge	Oui	Inde	Oui
Cameroun	Oui	Indonésie	Oui
Canada	Oui	Iran	Oui
Cap-Vert	Oui	Italie	Oui
République centrafricaine	Oui	Jamaïque	Oui
Tchad	Oui	Japon	Oui
Chili	Oui	Jordanie	Oui
Chine	Oui	Kazakhstan	Oui
Colombie	Oui	Kenya	Oui
Comores	Oui	République populaire démocratique de Corée	Non
Congo	Oui	Rép. de Corée	Oui
Rép. dém. du Congo	Oui	Koweït	Oui
Costa Rica	Oui	Kirghizistan	Oui
Croatie	Oui	Rép. démocratique populaire lao	Oui
Cuba	Oui	Lettonie	Oui
Chypre	Oui	Liban	Oui
République tchèque	Oui	Lesotho	Oui
Côte d'Ivoire	Oui	Libéria	Oui
Djibouti	Oui		

Source : ONUSIDA | Pour plus d'informations, consultez le site à l'adresse <http://aidsinfo.unaids.org>



	2011		2011
Lituanie	Oui	Sénégal	Oui
Luxembourg	Oui	Serbie	Oui
Ex-RéP. yougoslave de Macédoine	Oui	Seychelles	Oui
Madagascar	Oui	Sierra Leone	Oui
Malawi	Oui	Singapour	Oui
Malaisie	Oui	Slovaquie	Oui
Mali	Oui	Slovénie	Oui
Malte	Oui	Îles Salomon	Non
Îles Marshall	Oui	Somalie	Oui
Mauritanie	Oui	Afrique du Sud	Oui
Mexique	Oui	Soudan du Sud	Oui
Mongolie	Oui	Espagne	Oui
Monténégro	Oui	Sri Lanka	Oui
Maroc	Oui	Saint-Vincent-et-les Grenadines	Oui
Mozambique	Oui	Soudan	Oui
Myanmar	Oui	Suriname	Oui
Namibie	Oui	Swaziland	Oui
Népal	Oui	Suède	Oui
Pays-Bas	Oui	Suisse	Oui
Nouvelle-Zélande	Non	République arabe syrienne	Oui
Nicaragua	Oui	Tadjikistan	Oui
Niger	Oui	Tanzanie	Oui
Nigéria	Oui	Thaïlande	Oui
Norvège	Oui	Timor-Leste	Oui
Oman	Oui	Togo	Oui
Pakistan	Oui	Trinité-et-Tobago	Oui
Palaos	Oui	Tunisie	Oui
Panama	Oui	Tuvalu	Oui
Papouasie-Nouvelle- Guinée	Oui	Ouganda	Oui
Paraguay	Oui	Ukraine	Oui
Pérou	Oui	Émirats arabes unis	Oui
Philippines	Oui	Royaume-Uni	Oui
Pologne	Oui	États-Unis d'Amérique	Oui
Portugal	Oui	Uruguay	Oui
Qatar	Non	Vanuatu	Oui
République de Moldova	Oui	Venezuela	Oui
Roumanie	Oui	Viet Nam	Oui
Rwanda	Oui	Yémen	Oui
Saint-Kitts-et-Nevis	Oui	Zambie	Oui
Sainte-Lucie	Oui	Zimbabwe	Oui
Samoa	Oui		
Sao Tomé-et-Principe	Oui		
Arabie saoudite	Oui		

PAYS DÉCLARANT AVOIR ÉLABORÉ UN PLAN POUR RENFORCER LES SYSTÈMES DE SANTÉ

	2011		2011
Afghanistan	Oui	Égypte	Oui
Albanie	Oui	El Salvador	Oui
Algérie	Oui	Érythrée	Oui
Angola	Oui	Estonie	Oui
Antigua-et-Barbuda	Oui	Éthiopie	Oui
Argentine	Non	États fédérés de Micronésie	Oui
Australie	Non	Fidji	Oui
Azerbaïdjan	Oui	Finlande	Oui
Bahamas	Oui	France	Non
Bangladesh	Oui	Gabon	Oui
Barbade	Non	Gambie	Oui
Bélarus	Oui	Géorgie	Oui
Belgique	Oui	Allemagne	Non
Belize	Oui	Ghana	Oui
Bénin	Oui	Grenade	Oui
Bhoutan	Oui	Guatemala	Oui
Bolivie	Oui	Guinée-Bissau	Oui
Bosnie-Herzégovine	Oui	Guyana	Oui
Botswana	Oui	Haïti	Oui
Bésil	Oui	Honduras	Oui
Brunei Darussalam	Oui	Islande	Non
Bulgarie	Oui	Inde	Oui
Burkina Faso	Oui	Indonésie	Oui
Burundi	Non	Iran	Oui
Cambodge	Oui	Italie	Oui
Cameroun	Oui	Jamaïque	Oui
Cap-Vert	Oui	Japon	Oui
République centrafricaine	Oui	Jordanie	Oui
Tchad	Oui	Kazakhstan	Oui
Chili	Oui	Kenya	Oui
Chine	Oui	Rép. de Corée	Oui
Colombie	Oui	Koweït	Non
Congo	Oui	Kirghizistan	Oui
Costa Rica	Non	Rép. démocratique populaire lao	Oui
Croatie	Non	Lettonie	Oui
Cuba	Oui	Liban	Oui
Chypre	Oui	Lesotho	Oui
Côte d'Ivoire	Oui	Libéria	Oui
Djibouti	Oui	Lituanie	Oui
Dominique	Oui	Luxembourg	Oui
République dominicaine	Oui	Ex-Rép. yougoslave de Macédoine	Oui
Équateur	Oui		

Source : ONUSIDA | Pour plus d'informations, consultez le site à l'adresse <http://aidsinfo.unaids.org>

	2011		2011
Madagascar	Oui	Sierra Leone	Oui
Malawi	Oui	Singapour	Non
Malaisie	Oui	Slovaquie	Non
Mali	Oui	Slovénie	Non
Malte	Non	Îles Salomon	Oui
Îles Marshall	Oui	Somalie	Oui
Mauritanie	Oui	Afrique du Sud	Oui
Mexique	Oui	Soudan du Sud	Oui
Mongolie	Oui	Espagne	Oui
Monténégro	Non	Sri Lanka	Oui
Maroc	Oui	Saint-Vincent-et-les Grenadines	Oui
Mozambique	Oui	Soudan	Oui
Myanmar	Oui	Suriname	Oui
Namibie	Oui	Swaziland	Oui
Népal	Oui	Suisse	Non
Pays-Bas	Non	République arabe syrienne	Oui
Nouvelle-Zélande	Non	Tadjikistan	Oui
Nicaragua	Oui	Tanzanie	Oui
Niger	Oui	Thaïlande	Oui
Nigéria	Oui	Timor-Leste	Oui
Oman	Oui	Togo	Oui
Pakistan	Oui	Trinité-et-Tobago	Oui
Palaos	Oui	Tunisie	Oui
Panama	Oui	Tuvalu	Oui
Papouasie-Nouvelle-Guinée	Non	Ouganda	Oui
Paraguay	Oui	Ukraine	Oui
Pérou	Oui	Émirats arabes unis	Oui
Philippines	Oui	Royaume-Uni	Non
Pologne	Non	États-Unis d'Amérique	Oui
Portugal	Oui	Uruguay	Oui
Qatar	Oui	Vanuatu	Oui
République de Moldova	Oui	Venezuela	Oui
Roumanie	Non	Viet Nam	Oui
Rwanda	Oui	Zambie	Oui
Saint-Kitts-et-Nevis	Non	Zimbabwe	Oui
Sainte-Lucie	Oui		
Samoa	Oui		
Sao Tomé-et-Principe	Non		
Arabie saoudite	Oui		
Sénégal	Oui		
Serbie	Oui		
Seychelles	Non		

TAUX ACTUEL DE FRÉQUENTATION SCOLAIRE CHEZ LES ENFANTS ÂGÉS DE 10 À 14 ANS

	Orphelins		Non orphelins	
	2009	2011	2009	2011
Algérie	...	...	...	...
Angola	75	71	87	90
Argentine	...	...	...	...
Bahamas	100	...	100	...
Bangladesh	...	...	...	...
Belize	62	62	94	94
Bénin	6	61	...	71
Bolivie	...	...	...	...
Bosnie-Herzégovine	...	...	...	...
Burkina Faso	56	...	49	...
Burundi	...	...	...	...
Cambodge	76	70	92	81
Cameroun	79	...	86	...
Cap-Vert	...	...	...	...
République centrafricaine	65	70	67	79
Tchad	54	67	46	57
Colombie	...	...	...	...
Congo	82	...	93	93
Rép. dém. du Congo	63	63	81	85
Costa Rica	...	95	...	93
Croatie	...	...	...	...
Cuba	100	100	100	100
Côte d'Ivoire	36	...	52	...
République dominicaine	69	95	97	98
Éthiopie	53	...	59	...
Gabon	81	81	96	96
Gambie	...	91	...	94
Ghana	67	...	88	...
Guinée	...	...	...	...
Guinée-Bissau	...	78	...	72
Guyana	...	...	...	...
Haïti	77	77	89	89
Honduras	59	25	55	84
Inde	...	...	...	...
Indonésie	87	87	93	93
Iran	75	75	92	92
Japon	100	...	100	...
Kenya	64	94	61	98
Lesotho	...	93	...	95
Madagascar	...	60	...	81
Malawi	89	91	91	93

Source : ONUSIDA | Pour plus d'informations, consultez le site à l'adresse <http://aidsinfo.unaids.org>

	Orphelins		Non orphelins	
	2009	2011	2009	2011
Mali	42	54	48	62
Mauritanie	51	...	71	...
Mongolie	...	100	...	98
Mozambique	79	66	87	79
Namibie	95	94	94	95
Nicaragua	...	...	...	...
Niger	25	25	38	37
Nigéria	84	84	72	72
Oman	...	100	...	...
Papouasie-Nouvelle-Guinée	75	...	87	...
Pérou	...	89	...	94
République de Moldova	50	...	97	...
Rwanda	75	88	91	96
Sainte-Hélène	...	100	...	100
Sainte-Lucie	100	...	72	...
Sao Tomé-et-Principe	...	...	...	...
Sénégal	...	90	...	94
Seychelles	...	100	...	100
Sierra Leone	47	47	76	76
Somalie	...	25	...	29
Afrique du Sud	98	98	99	99
Espagne	99	...	...	...
Soudan	54	78	67	82
Suriname	...	86	...	97
Swaziland	90	97	93	99
Tanzanie	60	32	...	62
Thaïlande	96	...	96	...
Timor-Leste	...	66	...	87
Togo	92	77	96	89
Turquie	...	...	...	...
Ouganda	...	...	82	...
Uruguay	...	100	...	...
Vanuatu	...	74	...	83
Zambie	81	...	88	...
Zimbabwe	...	88	...	95



20 Avenue Appia
CH-1211 Genève 27
Suisse

+41 22 791 3666
distribution@unaids.org

unaids.org

